

Prótesis provisional en pacientes edéntulos tras colocación de implantes

Wolfram Bücking, Dr. med. dent.

Problema: ¿qué tratamiento provisional es el más adecuado durante la fase de integración para un paciente edéntulo al que se le acaban de colocar implantes?

La rehabilitación provisional de pacientes edéntulos que acaban de recibir implantes supone un grave problema. Los pacientes desean salir a la calle sin llamar la atención, poder comer en la medida de lo posible y poder mirarse al espejo (figs. 1 a 4). En este contexto, se plantean las siguientes preguntas:

- ¿Cuánto tiempo debe esperar el paciente para poder llevar la prótesis?
- ¿Es preciso rebasar la prótesis? Si es así, ¿con qué material?
- ¿Existe dehiscencia de la sutura?
- ¿Puede comer el paciente con la prótesis rebasada?
- ¿Qué puede comer?
- ¿Cómo debemos proceder?
- ¿Debemos colocar implantes provisionales?

La solución probada: rebase con silicona blanda de color dentario

Tras colocar los implantes, la prótesis permanece 3 días en la consulta para que el paciente no intente ponérsela y no provoque de ese modo dehiscencias de la sutura, exposición de los implantes, puntos de presión, etc. El paciente debe permanecer en casa, refrigerar la herida, cuidarse, seguir el tratamiento con antibióticos y, en caso necesario, tomar analgésicos. Al tercer día se irriga

la herida con clorhexidina para proteger la red de fibrina del surco en una fase temprana.

En mi opinión es muy importante que el cirujano esté siempre localizable telefónicamente tras la intervención. Mis pacientes tienen todos mis números de teléfono y siempre llevo encendido mi móvil. Me parece vergonzoso para nuestra profesión que el número privado de muchos colegas no aparezca ni tan siquiera en el listín telefónico. En caso de que el cirujano no pueda estar localizable al menos debería crear un servicio de suplencia o emergencias que se encuentre operativo.

Desde el punto de vista humano y médico es muy importante llamar al paciente pasadas unas horas de la intervención o, a lo sumo, al día siguiente y preguntarle cómo se encuentra. Este gesto genera simpatía y confianza del paciente para con su dentista. El mejor cumplido que recibí de uno de mis pacientes fue el siguiente: «¡Ah, doctor! Me alegro de que me haya llamado: me ha sentado mejor que cualquier pastilla».

Dado que solemos administrar pequeñas dosis de cortisona para prevenir la inflamación, los pacientes se encuentran relativamente bien y a menudo se toman la intervención a la ligera. Por esa razón, para asegurar el éxito del implante es imprescindible que el odontólogo se ocupe del paciente después de la operación.

Al cuarto día después de la operación el paciente acude de nuevo a la consulta. En dicha cita mejoraremos su aspecto tras adaptar su prótesis para que la pueda llevar. Éstos son los pasos a seguir:

1. Inspección del campo quirúrgico (fig. 5).
2. Control de la sutura. En caso necesario, acortar los puntos demasiado largos.
3. Prueba de la prótesis total con cuidado (fig. 6).
4. Determinar cuánto se deben reducir los bordes de la prótesis.

Correspondencia: Dr. Wolfram Bücking.
Buchweg 14. 88239 Wangen/Allgäu. Alemania.

(*Quintessenz*. 2006;57(6):627-32)



Figura 1. Mandíbula edéntula.

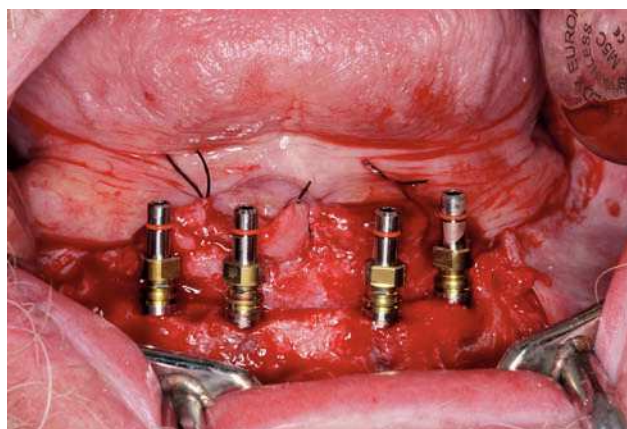


Figura 2. Colocación de los implantes.



Figura 3. Inicio de la integración tras la sutura.



Figura 4. La prótesis total: ¿se debe llevar puesta o no?

5. Rebajar los bordes hasta que el paciente no note dolor por carga inmediata (fig. 7).

6. Aplicar el agente adhesivo para silicona (fig. 8).

7. Preparar la silicona blanda de color dentario para el rebase en la jeringa mezcladora (fig. 9).

8. Aplicar la silicona de rebase con la jeringa (figs. 10 y 11).

9. Toma de impresión acorde con la nueva situación en boca (fig. 12).

10. Extracción pasados 5 minutos.

11. Eliminar el exceso de silicona y rebajar los bordes con instrumental especial (las siliconas blandas son muy difíciles de trabajar; en las figuras 13a-d se muestran los diferentes pasos a seguir).

12. Desinfección con un par de gotas de clorhexidina.

13. Colocar la prótesis total inferior provisional rebasada (fig. 14).

La figura 15 muestra el rebase tras la implantación en el maxilar de otro paciente.

Algunos materiales, como Kerr Fitt o Coe Comfort, no son adecuados para el rebase porque no se corresponden con los colores dentarios, desarrollan un grado de dureza excesivo y con el tiempo presentan colonizaciones bacterianas (fig. 16). Personalmente recomiendo la que utilizo en mi consulta, una silicona de adición y de color dentario a base de polivinilsiloxano que con ayuda del agente adhesivo se adhiere a la perfección y no se infecta.

Adicionalmente, el paciente debería fijar la prótesis al maxilar con crema adhesiva. Según la asociación alemana de consumidores «Stiftung Warentest», de las cremas adhesivas de siempre, la de blend-a-dent es la mejor, aunque como el resto es muy difícil de retirar tanto del maxilar como de la prótesis (fig. 17).



Figura 5. Inspección del campo quirúrgico. Ligera dehiscencia de la sutura.



Figura 6. Prueba en boca con sumo cuidado de la prótesis total.



Figura 7. Rebaje de los bordes de la prótesis total.



Figura 8. Aplicación del agente adhesivo para silicona.



Figura 9. Silicona de rebase blanda colocada en la jeringa mezcladora.



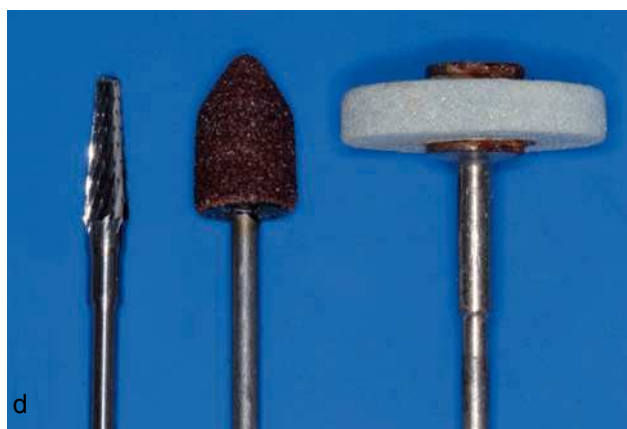
Figura 10. Aplicación de la silicona blanda de rebase y de color dentario con la jeringa mezcladora.



Figura 11. Distribución homogénea con una espátula.



Figura 12. Toma de impresión adecuada a la situación tras la colocación de los implantes.



Figuras 13a a 13d. Recorte de los bordes funcionales: primero se recorta el exceso de material con un bisturí (a), después se procede a redondear y rebajar la silicona con una fresa especial de dentado cruzado (b y d), con un cono de lija (c y d) o una muela (tipo Soft heatless) (d).



Figura 14. Colocación de la prótesis total con rebase blando, apoyada sin presión.



Figura 15. Situación tras la colocación de implantes en el maxilar.



Figura 16. Los materiales de rebase convencionales se endurecen y sufren colonización bacteriana.



Figura 17. Crema adhesiva blend-a-dent.



Figura 18. Sistema adhesivo dent-o-secura.

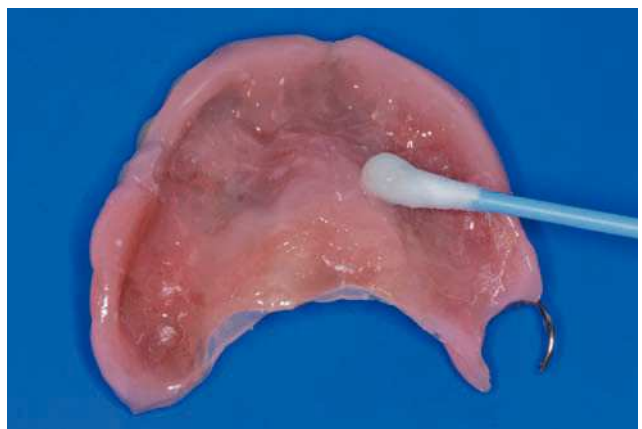


Figura 19. Aplicación del adhesivo líquido.



Figura 20. Aplicación del adhesivo en polvo.

Recientemente se ha lanzado al mercado el sistema dent-o-secura, que forma un cojín adhesivo blando que se adapta con total exactitud a los bordes de la prótesis. El tiempo de adherencia se puede ajustar para cada paciente en función de las características y la consistencia de su saliva. Además, el agente adhesivo es antibacteriano y se puede retirar fácilmente y sin restos con agua y un cepillo de dientes. Por otra parte, su fórmula favorece la cicatrización (figs. 18 a 21).

El paciente sólo debería llevar la prótesis para mejorar su aspecto en sociedad y bajo ningún concepto deberá comer con ella, ya que sigue existiendo el riesgo de que se produzca dehiscencia de la sutura. En esta fase el paciente deberá servirse de la picadora y la batidora, y seguir una dieta blanda a base de sopas y purés. Se trata en cierto modo de algo similar a La Pasión: el período que sigue a la implantación equivaldría al Viernes Santo, pero tras la cementación llegaría el Domingo de Resurrección.

La colocación de implantes provisionales para conseguir cierta capacidad masticatoria sería una alternativa a debatir. No obstante, esta opción encarece tanto el tratamiento que la mayoría de mis pacientes no se lo podrían permitir (véase sección «Primeros auxilios en prótesis totales» de *Quintessenz*. 4/2002).

Pasados 10 días se retira la sutura bajo anestesia superficial. Dado que se utiliza hilo de teflón y en éste apenas se produce colonización bacteriana o no se produce en absoluto, el paciente no siente dolor.

A partir de ese momento el paciente puede comer alimentos de consistencia blanda con la prótesis rebasada. En algunos casos se puede producir una exposición de implante espontánea tras unas semanas, pero según mi experiencia esto no tiene por qué llevar a un fracaso. Bajo determinadas circunstancias puede ser necesario



Figura 21. La prótesis del maxilar queda fija.

realizar un segundo rebase de silicona hasta la exposición de los implantes, aunque suele ser excepcional.

En el artículo «La prótesis total racional» (*Quintessenz*. 3/2003) se explica la aplicación de las siliconas blandas de rebase.

Agradecimientos

En esta ocasión deseo dar las gracias a mis pacientes por su colaboración y la paciencia demostrada en las sesiones fotográficas.

Lista de materiales

1. Material de rebase blando provisional Mollosil plus (Detax, Ettlingen-Alemania; www.detax.de) o Mucopren (Kettenbach, Eschenburg-Alemania; www.kettenbach.de).
2. Fresas especiales Komet (Gebr. Brasseler, Lemgo-Alemania; www.brasseler.de) o D+Z (Drendel+Zweiling, Berlín; www.drendel.de).
3. Sistema de fijación especial dent-o-secura (PMS Handelskontor, Hamburgo; www.dentosecura.de).
4. Chlorhexamed (GlaxoSmithKline, Bühl-Alemania; www.gsk-consumer.de).
5. Material de sutura Gore-Tex CV-5 (W. L. Gore & Associates, Putzbrunn-Alemania; www.gore.com).

Bibliografía

En el mercado se pueden encontrar infinidad de cremas y sistemas adhesivos. Recomendando realizar una búsqueda en Google o informarse en la asociación de consumidores. Ambas opciones permiten dar con una gran cantidad de referencias bibliográficas.

Llamamiento

El autor confía en suscitar un animado debate, así como en recibir noticias sobre fracasos, propuestas de mejora y nuevos consejos y trucos procedentes de la práctica para la consulta. El contacto puede establecerse por fax (0049 75 22/91 22 78) o por correo electrónico (w.buecking@t-online.de).