



Rehabilitación mediante prótesis completa de un paciente tras el uso de una prótesis provisional posicionalmente inestable

Andreas Polei y Stephan Berger

La pérdida total de dientes constituye un evento radical para el paciente, especialmente tras una extracción en serie de los dientes no conservables. En tales casos, la rehabilitación del paciente debería tener lugar en primera instancia mediante una prótesis dental provisional. Ésta debería permanecer in situ hasta que hayan cicatrizado las heridas de extracción y hayan podido establecerse todos los parámetros necesarios para una rehabilitación definitiva, tales como relación maxilar, oclusión, fonética, estética, etc., y exista aceptación de la rehabilitación definitiva por parte del paciente.

Sin embargo, un problema frecuente tras las extracciones en serie radica en el hecho de que la prótesis dental provisional confeccionada para el paciente se vuelve cada vez más inestable posicionalmente debido a la creciente reabsorción de la herida. Esta inestabilidad posicional provoca zonas de presión incontrolables, especialmente en un maxilar inferior con gran pérdida ósea horizontal⁴. La solución a este difícil caso pasa por lograr una estática óptima teniendo en cuenta el equilibrio muscular y todas las

[Resumen]

A partir de un caso clínico con pérdida total de dientes se discute el procedimiento que seguir cuando la prótesis dental provisional confeccionada en primera instancia se vuelve cada vez más inestable posicionalmente debido a la reabsorción ósea provocada por la herida. La inestabilidad posicional da lugar a zonas de presión incontrolables, especialmente en un maxilar inferior con pocas zonas retentivas. El artículo describe la solución, que permite lograr una estática óptima teniendo en cuenta el equilibrio muscular y todas las circunstancias anatómicas restrictivas.

Palabras clave

Prótesis completa. Restauración provisional. Inestabilidad posicional. Cresta blanda. Atrofia ósea. Dientes protésicos prefabricados.

(Quintessenz Zahntech. 2010;36(7):964-8)

Introducción

circunstancias anatómicas restrictivas. A continuación se discute el procedimiento a partir de un caso clínico concreto.

Caso clínico El paciente, fumador empedernido y diabético, había sido dotado de prótesis completas provisionales en los maxilares superior e inferior tras una extracción en serie. Como consecuencia del abuso de nicotina, la humectación de la cavidad oral estaba fuertemente restringida, y además la saliva era muy mucosa. Pese al intenso reflejo nauseoso, la prótesis completa del maxilar superior era tolerable para el paciente (fig. 8 izquierda). La restauración del maxilar inferior condujo –según indicó el paciente– a un deslizamiento hacia delante con reflejo nauseoso. Se perdió en diciembre de 2008 y desde entonces no ha sido echada de menos. Ahora se debía dotar al paciente, quien desarrolla su actividad de cara al público, de una prótesis dental con un alto grado de calidad estética y funcionalidad.

Anamnesis El abuso de nicotina y la diabetes mellitus redujeron hasta tal punto las perspectivas de éxito de una implantación que se antojó indicada una rehabilitación mediante prótesis completas.

La restauración provisional del paciente era estéticamente desfavorable, dado que los dientes de reposición habían sido escogidos demasiado cuadrados y grandes. Como consecuencia, al sonreír resultaba visible un «frente blanco» (fig. 1). Además, debido al tamaño excesivo de los dientes anteriores se estrechó hasta tal punto la zona de apoyo oclusal que fue necesario optar por un juego de dientes posteriores de menor tamaño en comparación con los dientes anteriores.

El maxilar superior presentaba tuberosidades salientes con zonas retentivas extremas y áreas de cresta blanda.

El recorrido de la cresta maxilar era asimétrico (fig. 2). El proceso alveolar del maxilar inferior aparecía fuertemente atrofiado (fig. 3). Las ramas de la mandíbula ascendían en pendiente pronunciada y topaban con las tuberosidades superiores, de modo que las aletas retromolares de una prótesis habrían aplastado la mucosa de la mejilla y de este modo habrían desprendido la prótesis inferior de su apoyo.



Fig. 1. La situación de partida: los dientes anteriores superiores de la prótesis provisional son demasiado grandes.

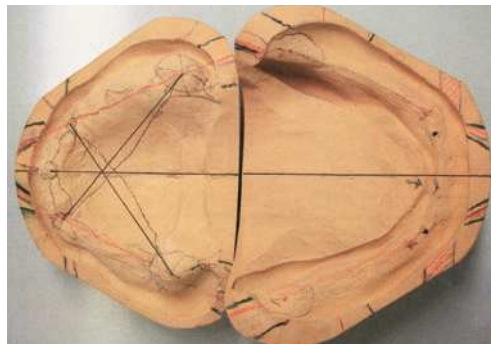


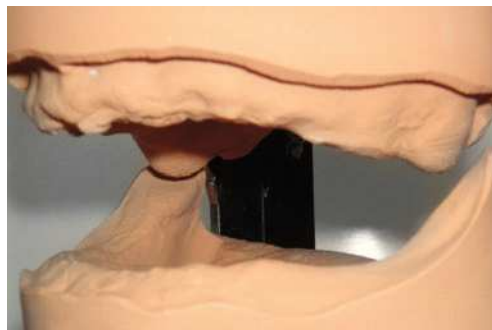
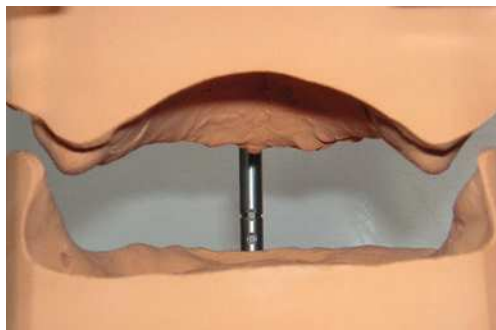
Fig. 2. El análisis del modelo de los maxilares superior e inferior. El maxilar superior presenta tuberosidades salientes. El marcado de análisis para la estática y la posición de los caninos están asegurados mediante proyección láser.



Fig. 3. La situación clínica: las ramas ascendentes topan con las tuberosidades superiores, de modo que las aletas retromolares de una prótesis aplastan la mucosa.

CASO CLÍNICO

PRÓTESIS COMPLETA



Figs. 4a y 4b. Los modelos maestros montados. Se dispone del suficiente espacio intermaxilar.

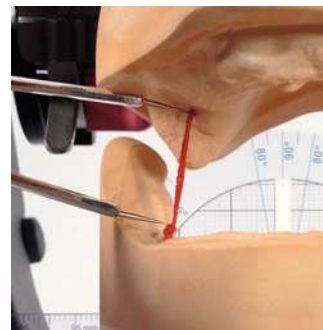


Fig. 5. Medición del ángulo interalveolar mediante el Palameter de Heraeus: es posible el montaje en mordida neutra.



Fig. 6. El montaje presenta una adaptación armoniosa del tamaño con una posibilidad de montaje natural de los dientes protésicos.

El tono de la lengua y la fonética del paciente se habían adaptado a la ausencia de apoyo. Se había perdido la sensación de la relación correcta.

El caso parecía solucionable intermaxilarmente, puesto que el espacio disponible se antojaba suficiente (figs. 4a y 4b). La relación intermaxilar permitía, con bases ligeramente diferentes, una mordida neutra, algo que era de esperar como consecuencia de la breve duración de la extracción (figs. 5 y 6).

Como base³ igualmente importante para el montaje de las nuevas prótesis sirvieron tanto la medición espacial como el análisis de la forma protésica de partida. Como dientes se escogieron los dientes protésicos prefabricados de las líneas dentales Mondial y Premium (Heraeus Kulzer, Hanau, Alemania).

La adecuación del aprovechamiento del volumen preparada mediante el análisis del modelo y la medición de la prótesis con respecto al equilibrio tonal de la lengua y la mejilla (= zona de equilibrio neuromuscular) pueden verificarse ya en las plantillas de mordida convenientemente configuradas. Pese a los meses de ausencia de las prótesis en el maxilar inferior, el paciente aceptó inmediatamente el volumen requerido por la plantilla de mordida en el maxilar inferior.

Con la reducción estética del frente (fig. 8) pudo conseguirse una ganancia de espacio en la zona estáticamente favorable, de modo que pudieron igualarse las bases maxilares ligeramente diferentes.

Solución del caso

Figs. 7a y 7b. El acabado. En el método Palajet® de la empresa Heraeus no se observa ninguna modificación de la oclusión después de retirar las prótesis del modelo.

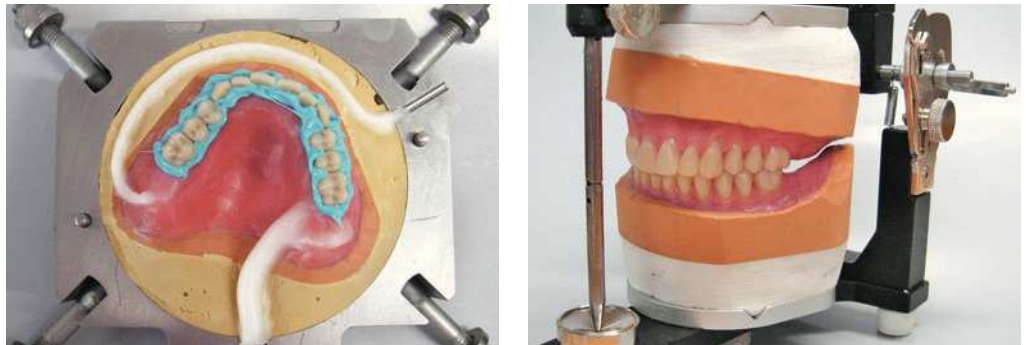
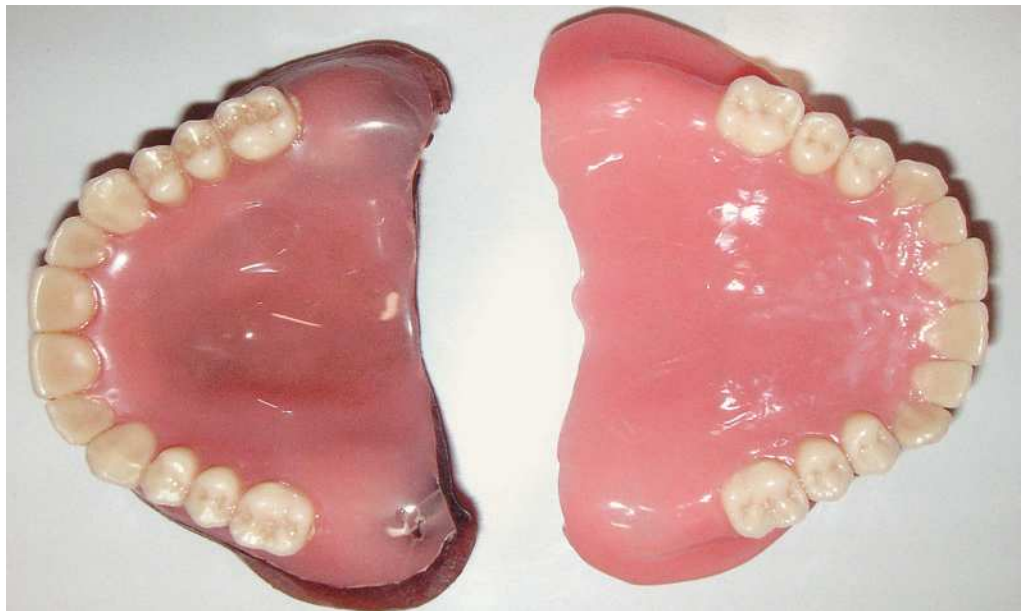


Fig. 8. Comparación entre la restauración provisional (izquierda) y la prótesis terminada. Mediante la reducción estética del frente se logra una ganancia de espacio. Los pliegues palatinos de la restauración se configuraron con Pala cre-active®.



La unión contralateral de las tuberosidades por el centro a través de la punta del primer par de pliegues palatinos sirvió para la verificación adicional de la posición de los caninos, la cual se observó en la coincidencia estética con la base de la nariz durante la primera prueba en boca de los dientes anteriores. Los aparentes errores de marcado son atribuibles al paralelaje fotográfico, y los puntos finales y de análisis están garantizados mediante la proyección de líneas de láser (fig. 2).

La base de la prótesis posicionalmente inestable debido a la cresta blanda requirió una implementación basal lo más precisa posible. Tampoco la saliva mucosa contribuía a incrementar el efecto de succión. En consecuencia, se decidió optimizar el ajuste mediante el aparato de inyección por aire comprimido Palajet® (Heraeus Kulzer) para la confección de prótesis completas en el método de inyección¹ (figs. 7a y 7b).

La individualización de las prótesis, esto es, la estética, el apoyo de los labios y de las mejillas, el agarre muscular y la inserción del frenillo, así como la configuración de los pliegues palatinos, pudo mejorarse mediante un acabado con el Colorfluid Pala cre-active® (Heraeus) fotopolimerizable³ (figs. 8 y 9).

Conclusión Las inestabilidades posicionales de una prótesis dental provisional sensibilizan al paciente. Esto puede reducir la tolerancia a una prótesis completa. Este problema puede agra-

CASO CLÍNICO

PRÓTESIS COMPLETA



Fig. 9. Las prótesis terminadas. La estética, así como el apoyo de los labios y de las mejillas, se mejoraron mediante el acabado con Pala cre-active®.



Figs. 10a y 10b. La situación final con la prótesis in situ. El paciente acepta la estética natural, la retención mejorada y la función individual de la prótesis dental.

varse adicionalmente por particularidades anatómicas, como tuberosidades salientes. La solución en este caso radicó en una estricta implementación estática de la oclusión, acompañada de una elevada calidad estética de la reposición. Las variaciones de la zona estática en cuanto al equilibrio tonal y al posicionamiento óptimo de la mayor unidad de masticación con una configuración anterior estéticamente favorable requieren juegos dentales cuya adaptación de tamaño, posibilidad de combinación y posibilidad de montaje natural permitan ajustes de la máxima precisión. Sólo si el paciente acepta estéticamente la prótesis dental, tolerará restricciones iniciales de la función (zonas de presión) durante un periodo de tiempo breve (figs. 10a y 10b).

1. Bücken-Thielmeyer E, Stahl B, Brzoska R. Totalprothesen nach Gutowski, Teil II. Dent Labor 2007;55:677-690.
2. PALA cre-active® Factsheet. Hanau: Heraeus Kulzer, 2007.
3. Polei A, Ivanov V. Grundlagen der Totalprothetik, Teil I. Dent Labor 2008;56:607-612.
4. Polei A, Ivanov V. Schmerzhaftes Totalprothesen – ein Trauma für den Patienten. DZW Zahntech 2009;1-2:30-32.

Dr. Andreas Polei.
Hauptstraße 36b, 94551 Lalling, Alemania.
Correo electrónico: Dr.A.Polei@gmx.de

Bibliografía

Correspondencia