

ATROFIA PARAPROTÉTICA DE LOS MAXILARES

Dr. Juan Farina

Odontólogo – Docente Autorizado de la Facultad de Odontología, UBA
 Jefe de trabajos prácticos de la Cátedra Clínica I de prótesis, UBA
 Jefe de Clínica de Prótesis general del Ateneo Argentino de Odontología
 Miembro centro D.O.G.M.A., Prótesis alta complejidad implanto asistida
 Jurado Comité de Evaluación, Especialidad en Prótesis Ministerio de Salud
 Codictante del Curso de Especialista en Prostodoncia, Facultad de Odontología - UBA
 Dictante curso Teórico Práctico de Prostodoncia, Ateneo Argentino de Odontología

Coautores: Dr. José Esquenazi, Dra. Estefanía Ardhengi, Dra. Verónica Altman

Colaboración en Clínica: Dra. María Adela Gumliela

RESUMEN El objetivo de esta presentación es describir las alteraciones provocadas por la desadaptación o sobrecarga sectorizada de las prótesis mucosoportadas sobre el terreno de soporte óseo. Luego, relacionarlas con las alteraciones periprotéticas asociadas más comunes y realizar la descripción de una de las alteraciones atrófica paraprotética de mayor casuística con sus consecuencias en el sistema estomatognático. Finalmente, describir los tratamientos protéticos no implantológicos y la prevención de estas alteraciones con prótesis convencionales e implanto asistidas.

Palabras clave

Atrofia periprotética de los maxilares

ABSTRACT The goal of this work is to present the different changes that bone supported zones presented when they were exposed to non-correctly adapted mucus based prosthesis. We will also relate this aforementioned changes with peri-prosthetic injuries (in which we have extended casuistry). Additionally, this work will describe high incidence para-prosthetic alterations within the estomatognathic system. Finally, we will present treatments to help prevent this injuries in users of prosthesis, both with and without implants.

Keywords

periprosthethic atrophic maxilla

Introducción

Desde que el hombre a tratado de reponer sus piezas dentarias perdidas por medio de elementos artificiales removibles ha sufrido y soportado diversas contingencias comenzando con las típicas ulceraciones, dolor, dificultad al masticar, alteraciones fonéticas etc.. Con el tiempo, la experiencia y el avance tecnológico permitió sobrellevar en gran medida las consecuencias de la reposición de estas piezas dentarias perdidas hasta llegar al día de hoy donde la implantología es indiscutible. De este modo se logra evitar en gran medida la mayoría de estos inconvenientes además de brindar confort e higiene más aceptable.

Largo fue el camino transitado por los profesionales en busca de una estabilidad y confort adecuado para el paciente portador de las prótesis removible, por lo cual se

desarrollaron materiales de registro del terreno protético, materiales factibles de portar estructuras similares dentarias compatibles en el medio bucal y se realizaron estudios biomecánicos para lograr función acorde con la estabilidad ocluso protética. A pesar de todos estos avances, las prótesis siguen ocasionando diversos tipos de trastornos, muchos de ellos asociados por falta de mantenimiento y controles, intrusismo y descuidos profesionales.

Desarrollo

Patologías asociadas

Las lesiones, cuyo agente causal es la prótesis, se denominan **lesiones paraprotética**. A grandes rasgos pueden producir alteraciones periféricas a las prótesis (tejidos peri-

proteticos) como úlceras, epulis fisurado, hiperplasias etc. lesiones en el terreno mucoso de soporte sub placa como las palatitis o lesiones papilomatosas, con o sin micosis sobre agregada, que dan origen a otras alteraciones. Pero cuando estas placas protéticas apoyadas sobre el terreno mucoso que las soportan reciben cargas sectorizadas e inadecuadas, ejercen sobre compresión en las mucosas, absorbidas finalmente por el reborde óseo remanente. Como sabemos, todo hueso sometido a una presión se reabsorbe, consecuentemente se produce la pérdida del hueso llegando finalmente a la atrofia ósea sectorizada por causas de sobrecompresión protética. Estas atrofias llevarán el nombre del lugar donde se encuentran y a su vez pueden estar categorizadas dependiendo del nivel de pérdida o reabsorción ósea tomando como referencia distintos parámetros ya sea mucosos, óseos etc., (ejemplo figura 1 y 2).

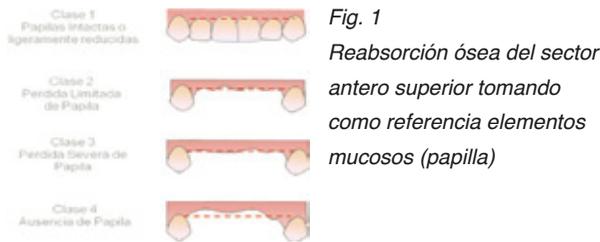


Fig. 1
Reabsorción ósea del sector antero superior tomando como referencia elementos mucosos (papilla)

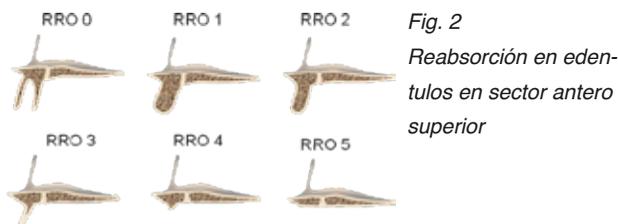


Fig. 2
Reabsorción en edentulos en sector antero superior

Prótesis removible y edad del paciente

Paciente joven

Las bases protéticas apoyadas sobre las porciones edentulas de los maxilares trae aparejado indefectiblemente la pérdida ósea en altura. La edad del paciente tiene una importancia fundamental a tener en cuenta debido a que las reabsorciones son inevitables y en huesos jóvenes ella es mayor, (tomando en consideración que el pronóstico de pérdida ósea producida por una prótesis a lo largo de 10 años no es lo mismo en un paciente de 60 o 70 años que en uno de 30 o 40 años). La pérdida de las piezas dentarias prematuramente y su reposición con prótesis removibles tiene consecuencias muchas veces irreversibles en las resoluciones dentomucosoportadas de clase IV, I y II de Kennedy. La clase IV afecta más al maxilar superior trayendo distintos grados de atrofias descritas en la fig. 1 tanto en alto como en an-

cho. En cambio, la clase II Y I ocasiona mayor reabsorción en el maxilar inferior produciendo pérdida ósea en altura llegando a un nivel de reabsorción tal que impide la colocación de implante. Muchas veces -por acercamiento o exposición del conducto dentario inferior transformándolo en canal dentario- es imposible la instalación de otra prótesis removible condenando al paciente a no poder reponer esas piezas dentarias por ningún medio hasta el momento conocido.

Paciente adulto mayor

En un paciente adulto mayor con pérdida total de las piezas dentarias del maxilar superior (desdentado total del max. sup.) muchas veces tienen permanencia de los dientes anteroinferiores, o bien, siguiendo el consenso mundial de resolución protética en desdentados totales (desdentado total max. sup. e inf.), tiene colocados 2 implantes en el sector antero inferior y la resolución protética funciona con elementos antero inferiores ídem a el caso de permanencia de piezas antero inferiores.

Las reabsorciones producidas por estos dos tipos de estados bucales son más significativas en el sector antero superior dando lugar a la **Atrofia paraprotética premaxilar**. Varios autores han descrito estas alteraciones. La mayoría las insertaban dentro de los síndromes como el síndrome de combinación o síndrome combinado o también síndrome de Kelly.

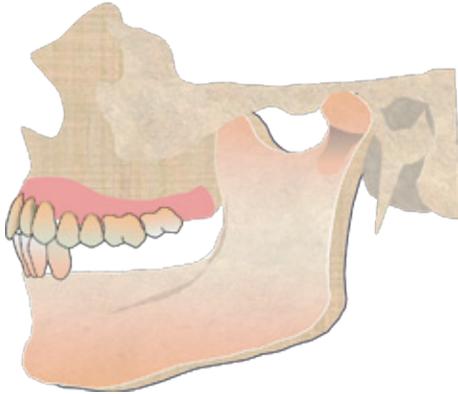
A nuestro entender el agente causal es una prótesis, donde la primera consecuencia irreversible evidente es una atrofia ósea y a partir de allí se comienzan a sumar otras alteraciones. Por ello decidimos incluirla dentro de las lesiones paraprotética y este caso en particular, al causar atrofia ósea del sector antero superior, lo llamaremos, atrofia paraprotética premaxilar.



Atrofia ósea premaxilar

Etiología: pacientes portadores de una prótesis completa superior antagonizando solo en el sector anterior ya sea por falta de prótesis en la zona edentula bilateral posterior (clase I) o si esta existe no ocluye, en pacientes desdenta-

dos totales max sup. e inferior portadores de una sobredentadura inferior donde los sectores posteriores están en desoclucion (figura 3).



Evidencia clínica

Facialmente vemos la perdida exagerada de la tonicidad del labio superior (foto 1) donde el bermellón del labio superior queda por detrás de las narinas en una vista de perfil. El labio inferior se ve abultado pero realmente conserva su posición original, solo que por extruccion de las piezas dentarias antero inferiores en algunos casos se pueden ver las piezas dentarias, con el labio en reposo (recordemos que este estará uno o dos mm. por debajo del borde del labio inferior en estado normal y en reposo).

Intrabucalmente carecemos de toda o gran parte del proceso alveolar premaxilar y puede estar reemplazado por una bandeleta fibrosa.

Podemos encontrar si no fueron tratadas con anterioridad algunas de las lesiones asociadas ya mencionadas anteriormente. Pero en este apartado lo más significativo es la atrofia del sector antero superior y muchas veces (si usa o usó prótesis removible inferior) la pérdida de altura ósea en las zonas edéntulas posteroinferiores (foto 2)



Tratamiento

El tratamiento de estas alteraciones lo vamos a dividir en dos opciones:

- 1) Prótesis removibles convencionales
- 2) Prótesis implanto asistidas

La primera opción lleva aparejado poder respetar a rajatablas

las pautas del tratamiento protético de un desdentado total recordando fundamentalmente que muchas veces tenemos bandeleta fibrosa en el sector anterior que de ninguna manera sera removido quirúrgicamente y sí, se toma en cuenta en el momento de la toma de las distintas impresiones.

Se debe respetar la zona de desoclución del sector anterior (de 1.4 a 2.4) y definir la zona de contacto oclusal en el primer molar y segundo premolar de cada lado realizando el balanceo en propulsión con el segundo molar inferior (4.7 y 3.7).

La salvedad que tenemos que considerar con respecto a la prótesis inferior es que de alguna manera tenemos que impedir la extrucción anterior ya sea ferulizando. Ello lo podemos hacer confeccionando cromos con gancho continuo o placa lingual Además no se descarta la posibilidad de confeccionar coronas ferulizadas con boll atach distal y cromo atachado.

El control permanente de la desoclución en el sector anterior es fundamental y de por vida para este tratamiento.



En la segunda opción se abre un gran abanico de posibilidades terapéuticas y éstas estarán en estrecha relación con la disponibilidad económica, ósea y de salud del paciente.

Por ejemplo, cuatro implantes en el maxilar superior se pueden distribuir del siguiente modo:

- 4 en el sector antero superior con una barra atachada y completa convencional.
- 4 en los sectores posteriores con o sin levantamiento de piso de seno, en los sectores: 2.4, 2.6, 1.4 y 1.6 ferulizados de a par con boll atache y completa convencional.
- 6 o más implantes con prótesis totalmente fija o combinada con la salvedad de que ya no tendríamos una prótesis mucosoportada implantoretenida y por lo tanto no tendría los requisitos de una completa balanceada. Así podemos realizar una oclusión orgánica sin ningún inconveniente.

Los sectores posteriores del maxilar inferior pueden rehabilitarse con 2 implantes y confeccionando un cromo atachado mesial o bien más implantes y hacer prótesis fija implanto-asistida.

Por supuesto solo la disponibilidad del paciente, la experiencia y la imaginación del profesional pondrán límites a

las posibilidades terapéuticas implanto-asistidas.

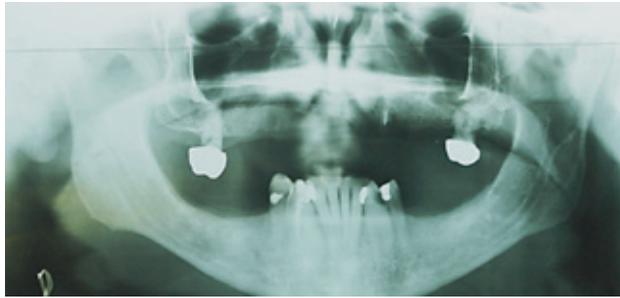
Caso clínico implanto asistido implanto retenido y soportado



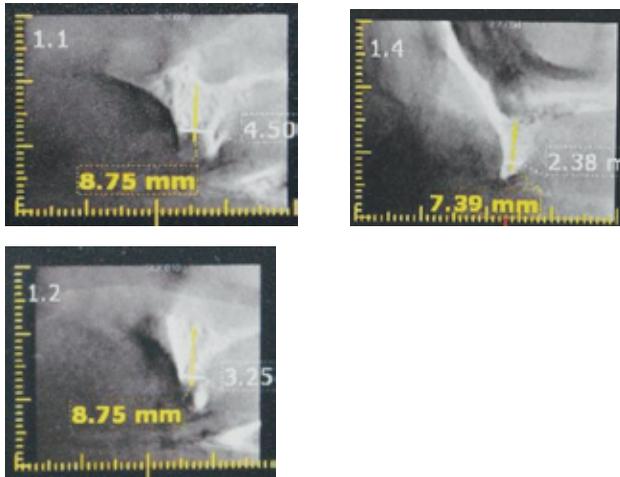
Estado actual



Estudios radiográficos



Estudios tomográficos



Resolución protética



Otro caso con terminación palatina metálica



Conclusiones

En la rehabilitación protética de pacientes con carga parcial o totalmente mucosa podemos ocasionar la pérdida de los procesos alveolares, único patrimonio del paciente total o parcialmente desdentado, impidiéndoles acceder a otro tipo de rehabilitaciones como la implantológica. Sólo el conocimiento de cómo se realizan estas prótesis, su biomecánica y cómo se distribuyen las cargas por parte del odontólogo, evita o minimiza los inconvenientes que éstas pueden ocasionar.

Los pacientes desdentados totales rehabilitados con sobredentaduras del maxilar inferior (implantoasistida) también son susceptibles a padecer pérdidas óseas sectorizadas. Solo la experticia del profesional (odontólogo) y la adecuada distribución de las cargas con controles continuos pueden minimizar los efectos no deseados a tal punto de ser no significativos.

La odontología implanto asistida mínimamente invasiva, la utilización de implantes cortos y las diferentes alternativas de transmisión de fuerzas a los implantes, abre un nuevo capítulo tanto para evitar las reabsorciones óseas como también para dar más confort a los pacientes de la tercera edad.

Bibliografía:

Prótesis total removible: Dr. Héctor Álvarez Cantoni, Dr. Norberto Fassina

Tratamiento del desdentado total: Dr. Capuselli

Prótesis parcial removible: MC Cracken, Dr Gle. P. McGivney, Dr. Alan B. Carr

MANEJO DEL PERFIL EN EL TRATAMIENTO DE LA CLASE II ESQUELÉTICA CON LA TÉCNICA CSW (Custom made Straight-Wire)*

*El siguiente artículo es parte de un trabajo en serie que el Doctor Echarri realizará.

El restante será expuesto en el próximo número de la Revista del A. A. O.

Agradecemos al Doctor y al compromiso que sigue demostrando para con nuestra Institución.

Dr. Pablo Echarri

Práctica exclusiva de ortodoncia (Barcelona)

Presidente de Comisión Científica del COEC (Colegio de Ortodontistas y Estomatólogos de Cataluña)

Dr. Martín Pedernera

Lic. en Odontología (Universidad Nacional de Córdoba - Argentina)

Ortodoncista en Práctica privada (Tarragona)

Ortodoncista en Postgrado Centro de Ortodoncia Ladent (Barcelona)

RESUMEN En el presente artículo los autores reconocen la importancia de la cefalometría en el estudio de las estructuras internas que afectan el perfil, pero remarcando que es imprescindible acompañarlo de un análisis estético del perfil facial que nos brinde un punto de vista objetivo que nos ayude a planificar el tratamiento y/o analizar los efectos del tratamiento sobre el perfil. Se tratan también los factores a tener en cuenta a la hora de realizar el estudio del perfil facial y que influyen directamente en su resultado del mismo y que tienen relevancia en nuestra decisión terapéutica.

Actualmente la estética facial está muy valorada por la sociedad en general y nuestra profesión en particular por tanto debemos tener muy presente las opciones terapéuticas con las que contamos para tratar maloclusiones de clase II y su efecto en el perfil del paciente.

Palabras clave

Manejo del perfil - Tratamiento Clase II - Técnica CSW

ABSTRACT In this article, the authors recognize the importance of the cephalometry in the study of internal structures that affect the profile, but they also stress the importance of adding to it the aesthetic analysis of the facial profile which would bring an objective point of view, helping us in this way to plan the treatment and/or analyze the effects of the treatment over the profile. The factors that should be also taken into account when carrying out the facial profile study, which have a direct influence on its results and which are also relevant in our therapeutic decision were also described.

Nowadays, the facial aesthetics is highly valued in the society in general, and especially in our profession, and therefore we should always have in mind all the available therapeutic options to treat Class II malocclusions and its effect on the patient's profile.

Keywords

Profile Management - Skeletal Class II treatment - CSW Technique