

ATROFIA PARAPROTÉTICA DE LOS MAXILARES II

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 / DR. ARIEL SERRANO

RESUMEN

En esta última presentación veremos otra variante de pérdidas óseas sectorizadas cuya reabsorción es incrementada por el uso de prótesis con soporte dentomucoso.

Como ya dejamos asentados en números anteriores de la RAAO, la presión ejercida por una base protética sobre el terreno mucoso de soporte protético es absorbida finalmente por el hueso remanente de este reborde residual, acelerando su reabsorción.

La reabsorción de los rebordes residuales tendrá diferente grado de complejidad dependiendo de múltiples factores que aquí analizaremos y pronosticaremos tratando de llegar a un plan de tratamiento adecuado para nuestro caso en particular.

Al igual que en los casos anteriores haremos la evaluación de los efectos no deseados de las prótesis parciales removibles dento-muco-soportadas. Incluiremos también su biomecánica, diseño más aconsejado y resolución protética implanto asistida de mínima, mediana y óptima prevención.

PALABRAS CLAVE: atrofia de los maxilares parcialmente desdentado inferior.

ABSTRACT

In this last paper we will review another type of circumscribed bone loss, one that its reabsorption is increased by dental-mucosa supported prosthesis.

As formerly stated in former papers published in the RAAO Journal, the prosthesis exercises pressure on the adjacent mucosa, though it's the bone that ultimately absorbs this pressure, hence accelerating its reabsorption.

Affected by multiple variables, the reabsorption of residual edges will have different levels of complexity that we will analyze and intend to predict so that to plan for the best treatment option for each case.

As usual, we will assess in depth the dental-mucosa supported prosthesis side effects. We will also cover topics such as biomechanics, most recommended prosthesis designs and finally some implant-assisted treatment options for the whole spectrum of prevention objectives.

KEYWORDS: prosthetics atrophy of partial toothless jaw

INTRODUCCIÓN

Las batallas libradas en resoluciones protéticas con el fin de reponer las piezas dentarias perdidas en los sectores postero inferiores, debemos reconocer, las hemos perdido.

Aquí veremos cuál fue el motivo de ese frustrante fracaso, cómo fue resuelto biomecánicamente hablando para minimizar este inconveniente terapéutico hasta el día de hoy con prótesis convencional

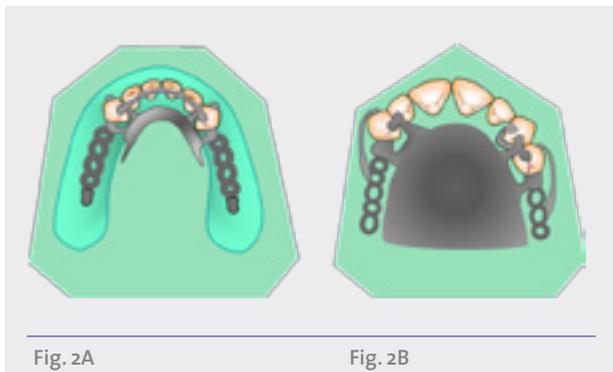
(cromos) y cómo debe a, nuestro buen entender, abordar dichas resoluciones.

Comenzaremos viendo a qué clase de prótesis nos referimos:

CLASIFICACIÓN DE LAS ARCADAS PARCIALMENTE EDÉNTULAS



Lo primordial es entender que las clase I y II de Kennedy (fig. 1), a la cual haremos referencia, es biomecánicamente muy diferente en maxilar superior o inferior (fig. 2 A Y B).



La diferencia más significativa es que el conector mayor del superior está en íntima relación con el paladar, brindando una excelente área de soporte colaborando con la base protética .

En cambio, el conector mayor del maxilar inferior, está aliviado por lo que su función netamente es, unir los elementos protéticos y brindar la rigidez necesaria a la estructura protética.

Esta circunstancia particular hace que la clase I Y II de Kennedy del maxilar inferior sea considerada la prótesis más estudiada y de difícil resolución, ya que las consecuencias de su utilización son inevitable-

mente perjudiciales para el hueso remanente sobre el cual se asienta.

El alivio del conector mayor, el uso del retenedor rpi, la placa lingual, los apoyos indirectos, entre otros, son los resultados de evaluar la biomecánica de esta prótesis como así también el lugar de elección de colocación de los apoyos con el fin de no perjudicar el diente pilar.

DESARROLLO

Como ya dijimos, las zonas desdentadas sin pilar posterior son las más difíciles de resolver y, aunque logremos resolverlos momentáneamente, al confeccionar las prótesis estas, al ejercer presión sobre el terreno de soporte, provocará la reabsorción ósea provocando una pronta desadaptación y consecuentemente una inevitable pérdida del capital óseo.

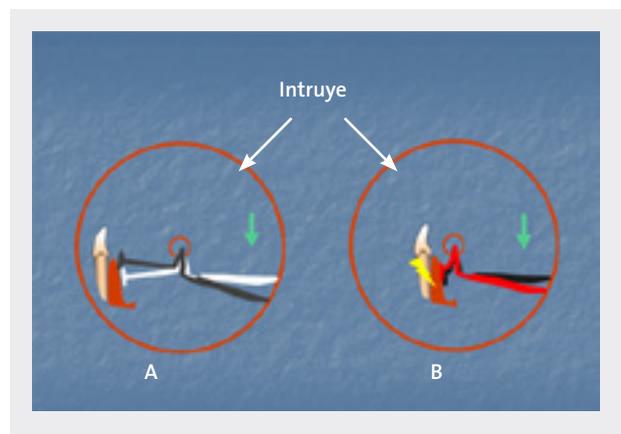
Las más perjudiciales son la clase I Y II y, entre estas, la de mayor problemática es la I y es en ella donde radicaremos nuestro estudio.

Comencemos con la biomecánica del conector mayor:

El conector mayor se ubica en la porción lingual del sector anterior sobre el frenillo lingual y dejando libre la encía marginal al menos en 4 mm esto es de conocimiento general y contemplado por odontólogos y cromistas y cuando este espacio no existe se recurre a la placa lingual.

La duda permanente es el alivio del conector mayor y ¿por qué se realiza?

Cuando la porción desdentada posterior es sometida a una fuerza intrusiva (masticación), esta se hunde la estructura gira alrededor de su eje de fulcrum dado por los apoyos y dependiendo de la distancia de estos apoyos con el conector mayor este se incrusta o se eleva.



En el esquema A los apoyos están a la altura del segundo premolar. En cambio, en la figura B, a la altura de los caninos. De aquí se desprende que cuanto más larga es la brecha, mayor es el alivio o, cuanto más anterior es el eje de fulcrum, mayor es el alivio del conector mayor.

Este movimiento de impactación del conector mayor contra la zona lingual anterior explica las ulceraciones, que en estado de reposo, no son evidenciables; ya que se impacta durante la función masticatoria. Otro factor que provoca este adelantamiento del conector mayor hacia la mucosa es el hecho que la base protésica produce reabsorciones óseas obligándola a descender y ejerciendo el mismo impacto que en la masticación pero ahora en forma permanente y observable clínicamente. En este último caso está indicado el rebasado de la base protésica para levantar la estructura a expensas de reponer el tejido óseo perdido con técnicas de aumento de DV.

Como consecuencia de esta técnica es que nuevamente contaremos con oclusión correcta de los sectores posteriores por lo tanto genera presión el hueso remanente acelerando su reabsorción. Al cabo de un tiempo indefinido la reabsorción será tan marcada que nos imposibilitará seguir utilizando prótesis. Este inconveniente es uno de los mayores que presenta el usar este tipo de prótesis llegando, en muchos casos, a formar el canal del conducto dentario inferior con exposición y dolor a la simple palpación de la zona.

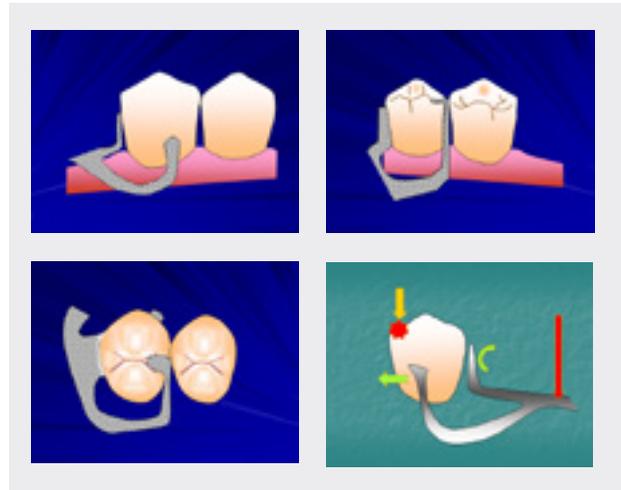
Hacemos mención al tiempo indefinido cuya importancia radica en la calidad del hueso que lo soporta y de la edad del paciente a más temprana edad, es más probable llegar a un nivel de reabsorción incompatible con cualquier tratamiento de bajo costo y éxito predecible.

Otro factor a tener en cuenta en las ppr a extremo libre es mantener la salud de la pieza pilar. **¿Dónde se dispone el retenedor?** Con indicaciones biomecánicas bien definidas no solo en la elección del tipo de retenedor sino también la ubicación del apoyo oclusal.

El retenedor RPI es el de primera elección ya que al tener su brazo retentivo formado por un retenedor a barra con terminación en I alojado en el socavado retentivo del diente pilar por su porción vestibulo mesio servical, le brinda dos propiedades favorables en estos casos que son la flexibilidad del retenedor a barra y la desactivación del retenedor ante una fuerza intrusiva.

La placa proximal ubicada en el plano guía por distal de la pieza pilar también se aleja del diente pilar ante una fuerza intrusiva y por último, el apoyo oclusal ubicado en el reborde marginal ocluso mesial del diente pilar se activa haciendo que esta pieza dentaria se mantenga en su lugar ante fuerzas intrusivas.

Por el contrario, ante fuerzas extrusivas o extractivas el retenedor y la placa proximal se activan brindando retención.



Teniendo en cuenta estos principios biomecánicos más la toma de impresiones primarias con técnicas y materiales adecuados para la confección de la estructura de cromo para luego poder tomar la impresión funcional con cubetilla sobre el cromo (técnica de modelo recortado) y así realizar una base protésica lo más extensa posible; en este momento estaremos en condiciones de obtener una ppr que perjudicara lo menos posible al terreno de soporte.

RESOLUCIONES PROTÉTICAS IMPLANTO ASISTIDAS (PIA)

En la actualidad la utilización de los implantes en la resolución de los casos protéticos clase I y II de Kennedy son utilizados para eliminar la utilización de retenedores en la pieza pilar cercana a la brecha; ya que esta es la más perjudicada estadísticamente. En estos casos clínicos, por lo que la colocación de un implante inmediatamente posterior a esta pieza permite colocar un retenedor a bola y así liberarse de la utilización de otro elemento de retención.



Como se observa en este esquema, la colocación de estos implantes solo elimina al retenedor pero, desde el punto de vista biomecánico, que ostenta contra el mantenimiento de nuestro capital óseo, no hemos hecho prácticamente nada. La extensión de las rejillas, la amplitud de las bases, el alivio del conector mayor y compensar el fulcrum extrusivo sigue siendo exactamente igual o sea le dimos solo retención implanto asistido pero el soporte sigue siendo mucoso.

Pero si el paciente puede colocarse solo un implante o dos según el caso clínico (I O II de Kennedy) y este es colocado en la zona posterior de la brecha, impediría la intrusión protética y, en este caso, sería una PPR conservadora el capital óseo que disponemos.



Como observamos en este esquema la diferencia es significativa ya que cambia rotundamente la biomecánica. Ya no es una clase I de Kennedy sino una pseudo clase III y digo pseudo porque, según la extensión de la zona edéntula, es conveniente aprovechar la tolerancia en movimientos intrusivos que da el retenedor a bola y seguir manteniendo una buena extensión de base protética, pero el tope de silla, el rpi y la retención indirecta para el fulcrum extrusivo no hacen falta.



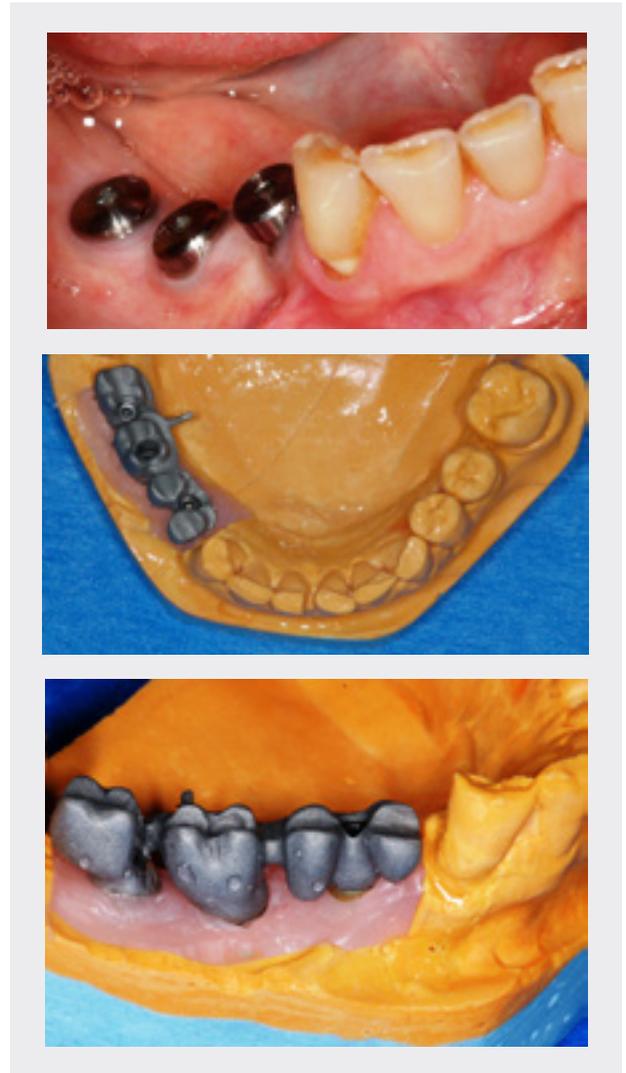
RESOLUCIONES DE MÁXIMA PREVENCIÓN CON PIA FIJA

En la actualidad y gracias a la evolución de los implantes cada vez más se amplía el abanico de posibilidades en la resolución implanto protética en pacientes parcialmente edéntulos con un alto porcentaje de éxito a bajo costo sin la necesidad de hacer grandes técnicas quirúrgicas. Pero sí ser muy meticulosos en la ingeniería protética.

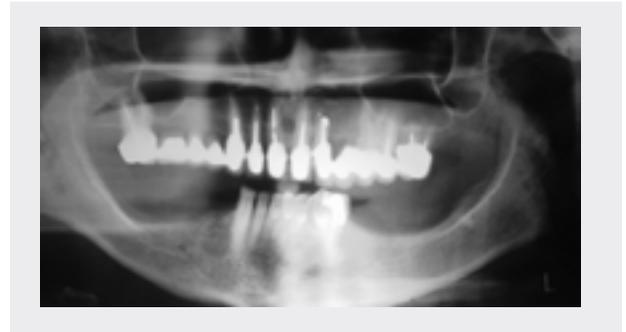
CASOS CLÍNICOS

A continuación veremos algunos ejemplos de resoluciones protéticas implanto asistidas fijas en pacientes desdentados del sector molar sin pilar posterior.

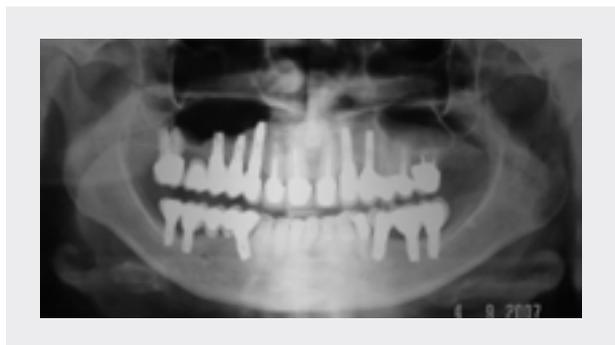
Paciente de 45 años femenino clase II de Kennedy última exodoncia hace 10 años, portadora de una ppr.



Paciente de 50 años masculino clase I de Kennedy portador de una ppr hace 15 años aproximadamente.



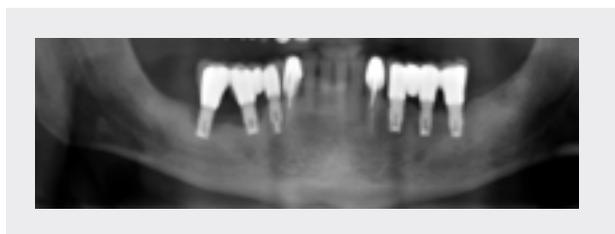
El sector 3.6 y 3.7 la pérdida ósea vertical es muy marcada.



La resolución protética con implantes cortos a los 4 meses de colocados los implantes es de un éxito sumamente aceptable.



Otro caso similar: paciente de 60 años clase I de Kennedy portadora de ppr donde se usó una técnica similar.



Caso terminado.



CONCLUSIONES

Las prótesis dento-muco soportadas (en esta publicación, clase I y II de Kennedy) donde la parte edéntula carece de pilar posterior, las bases protéticas apoyan sobre el terreno que las soporta produciendo reabsorciones óseas. El protesista recurre a conocimientos biomecánicos para que esta base protética produzca la menor reabsorción posible, así también el estudio biomecánico de la estructura metálica impida el volcamiento o pérdida de las piezas pilares donde se instalan los elementos de retención.

En la práctica actual, gracias a la evolución de la implantología y la instalación de implantes cortos, las alternativas terapéuticas se han ampliado significativamente, pudiendo brindar diferentes alternativas a estos casos clínicos, desde mejoramientos estéticos, importantes en maxilar superior, prevención de pérdidas óseas, importante en maxilar inferior, y rehabilitación fija implantoasistida para ambos maxilares.

BIBLIOGRAFÍA

Atlas de prótesis parcial removible, Lawrence a weinberg.

Prótesis parcial removible. Mc cracken. Edit panamericana, 10ma edición.

Prótesis total removible. Dr. Héctor Álvarez Cantoni. Dr. Norberto Fasina.

Carl.e.misch "implantología contemporánea" el sevier mosby, 3 edición.

Branemark pi zarb albrektsson t (eds.), tissue.integrated prostheses (1985) quintaessence.

Laskin dm cirugía bucal y maxilofacial, mexico df. Edit médica panamericana, 1988, 316_46.

Capuselli h schwartz. Tratamiento del desdentado total. 2 edición, Bs. As., Mundi, 1980.

Bortolotti l. Prótesis removible, clásica e innovaciones. Colombia, Amolca, 2006.

Geering a kundert. M. Atlas de prótesis total y sobredentaduras. Barcelona, Salvat, 1988.