

Sobredentadura Implantoretenida. Un caso para reflexionar

Implant retained overdenture. A case to think about

MsC. René Abel Salso Morell, Esp. Cir. Maxilof. Alberto Acosta Pantoja, MsC.
Marcos Ros Santana, Esp. Prót. Estomatol. Yudelkis Pérez Guerra.

Clínica Universitaria de Especialidades Estomatológicas General Manuel Jesús Cedeño Infante. Bayamo. Granma, Cuba.

RESUMEN

Introducción: las sobredentaduras son aquellas prótesis totales o parciales que descansan sobre uno o más dientes remanentes y o implantes. Una premisa fundamental en este tratamiento consiste en poder insertar y retirar la prótesis a voluntad, facilitando la higiene, así como un periodo de descanso para la mucosa, sobre todo en casos donde la misma participa en la transmisión de cargas al hueso.

Presentación del caso: se presenta un caso, que por un proceder inadecuado, las prótesis quedaron unidas a los implantes por un lapso de dos años, sin posibilidad de remoción, afectando la salud del paciente.

Discusión: El paso de cargar los implantes al incorporarle las cápsulas retentivas a las prótesis, constituye un momento crítico dentro de este tratamiento ya que se utilizan materiales como el acrílico autopolimerizable y de no tomarse las adecuadas precauciones pudieran crearse trabas que dificulten la adecuada inserción y remoción del aparato protésico, generando esto graves complicaciones en nuestros pacientes.

Conclusiones: la falta de retención de las dentaduras completas inferiores ha constituido la principal queja de los pacientes portadores de esta aparatología. El tratamiento de sobredentaduras constituye una variante excepcional, y una de las indicaciones fundamentales del programa de generalización de la implantología aplicado en nuestro país.

Descriptores DeCS: PRÓTESIS DE RECUBRIMIENTO; DENTADURA COMPLETA; DENTURA PARCIAL.

ABSTRACT

Introduction: overdentures are the total or partial prostheses over one or more remnant teeth or implants. A main premise of this treatment is to insert and retire the prosthesis favouring the hygiene, as well as a resting period for the mucous, mainly in the cases where it participates in the transmission of the bone loading.

Presentation of the case: it was presented a case showing that for an inadequate behaviour, the prosthesis was joined to the implants for a period of 2 years, with no possibilities of removal, affecting the patient's health.

Discussion: the step of loading the implants when placing the retention capsules in the prosthesis constitutes a critical moment within this treatment, because there are used materials like autopolymerizable acrylic and if the adequate measures are not taken then some obstacles may difficult the proper insertion and removal of the prosthetic apparatus, generating severe complications in our patients.

Conclusions: the lack of retention of inferior complete dentures has been the main complaint of the patients wearing this apparatus. The overdenture treatment is an exceptional option and one of the main indications of the generalization program for the implantology in our country.

Subject heading: DENTURE, OVERLAY; DENTURE, COMPLETE; DENTURE, PARTIAL.

INTRODUCCIÓN

Llamamos implante dental a la estructura artificial de titanio en forma de tornillo que sirve para reemplazar la parte radicular de un diente natural perdido. Es colocado en el hueso del maxilar y/o la mandíbula mediante una intervención quirúrgica y logra una

unión con el hueso que sirve como un ancla para el diente sustituto, además sirve para reponer uno, varios o todos los dientes perdidos. Es una opción de rehabilitación probada con una larga historia clínica que preserva la integridad de las estructuras faciales y reduce los inconvenientes asociados al desdentamiento.^{1, 2}

Las sobredentaduras son aquellas prótesis totales o parciales que descansan sobre uno o más dientes remanentes y/o implantes.^{3, 4} Se describen varios sistemas asociados al tipo de anclaje. Los más utilizados son las barras y las rótulas o esférulas (Bolas). En cualquiera de los dos casos el paciente las puede insertar y retirar a voluntad. Esta última en particular constituye una opción terapéutica de gran aceptación amparado en la colocación de una menor cantidad de implantes (mínimo de dos en la mandíbula) disminuyendo el costo del tratamiento; así como en la rapidez del mismo, pudiendo colocar los implantes y rehabilitar al paciente en una misma consulta (carga inmediata).^{5, 6}

El paso de cargar los implantes al incorporarle las cápsulas retentivas a las prótesis, constituye un momento crítico dentro de este tratamiento ya que se utilizan materiales como el acrílico autopolimerizable y de no tomarse las precauciones pertinentes pudieran crearse trabas que dificulten la adecuada inserción y remoción del aparato protésico, generando esto graves complicaciones en nuestros pacientes.^{7,8}

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 56 años de edad que acude a la consulta provincial de implantes dentales de la Clínica Universitaria de Especialidades Estomatológicas "General Manuel Jesús Cedeño Infante" de Bayamo, con antecedentes de haber recibido tratamiento rehabilitador sobre implantes en otra institución de salud hace alrededor de dos años, perdiendo el vínculo con sus estomatólogos debido a haber realizado cambio de domicilio. El mismo refirió molestias asociadas al uso de las prótesis, sensación de ardor y en algunas ocasiones sangramiento. También manifestó preocupación dada la imposibilidad de realizar de forma satisfactoria la higiene de las dentaduras.

Al examen intraoral se constató la presencia de prótesis totales, infiriéndose un posible tratamiento de sobredentadura, intentándose de forma infructuosa su remoción. Al

indagar sobre esto, el paciente confirmó que desde el periodo en que se realizó el tratamiento nunca más se pudo retirar las mismas.

Se procedió a realizar un Rx panorámico para determinar el número y ubicación de los implantes y de esta forma facilitar la remoción de las prótesis. Se corroboró la presencia de 4 implantes en el maxilar y en la mandíbula respectivamente. Teniendo esto como referencia se comenzó a liberar de inmediato los implantes, perforando cuidadosamente las prótesis combinando el uso de piezas de mano a alta y baja velocidad según la proximidad a la mucosa y a los implantes evitando el daño de los mismos. Las prótesis, al no constituir una prioridad, quedaron inutilizadas (Fig. 1).



Fig. 1 Base mucosal de la prótesis inmediatamente retiradas.

Al examinar el maxilar y la mandíbula, se detectaron múltiples zonas eritematosas con sangramiento al menor estímulo, úlceras traumáticas, pseudo membranas blanquecinas, removibles mecánicamente con torunda de gasa; compatibles con infección por *Candida albicans* y finalmente proliferación de tejido fibroso en fondo de surco vestibular derecho diagnosticándose un *épulis* fisurado. La integración de los implantes no estuvo comprometida, detectándose solamente zonas de inflamación de la mucosa alrededor de los mismos asociado a la retención de placa dental bacteriana (Fig. 2).



Fig. 2 Situación de la mucosa del maxilar al retirar las prótesis.

La primera fase del tratamiento y a nuestro entender lo fundamental fue la remoción de la prótesis y la indicación de no utilizar ningún aparato protésico. Se complementó con nistatina en suspensión (500000 U/5ml) cada 6 horas, para el tratamiento de la candidiasis; buchadas de manzanilla por sus propiedades antiinflamatorias 3 veces por día y colutorios de Halitol (antiséptico a base de fenol) diario por una semana. Además se prescribió vitamina A (25000 UI) una tableta diaria por un mes.

El paciente fue reevaluado a los 30 días, constatándose una gran mejoría en todos los aspectos, incluida la regresión del épulis fisurado (figura 3). El único aspecto negativo a señalar fue la formación de sarro alrededor de los implantes, el cual fue removido al iniciar la segunda fase del tratamiento, durante la cual fueron confeccionadas nuevamente prótesis totales acrílicas y cargadas de forma satisfactoria instruyendo al paciente en su inserción y remoción, así como en la higiene adecuada de las mismas.



Fig. 3 Evolución al mes de concluido el tratamiento medicamentoso.

Se realizó seguimiento mensual por un periodo de 6 meses sin encontrarse ninguna complicación.

DISCUSIÓN

La falta de retención de las dentaduras completas inferiores ha constituido la principal queja de los pacientes portadores de esta aparatología. El tratamiento de sobredentaduras constituye una variante excepcional, y una de las indicaciones fundamentales del programa de generalización de la implantología aplicado en nuestro país. En la mayoría de las bibliografías disponibles son descritas muy pocas complicaciones asociadas a dicho tratamiento. En el caso anterior se ponen de manifiesto las consecuencias de una técnica terapéutica incorrecta, que gracias a una pronta intervención luego del diagnóstico, no tuvo consecuencias negativas irreversibles para la salud del paciente. Situaciones de esta naturaleza pueden presentarse durante la práctica diaria de cualquier especialista en prótesis dedicado a estos menesteres, sin embargo es la conducta que adoptemos ante estos accidentes la que marcará la conciencia y la calidad del profesional así como la satisfacción de nuestros pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Spiekermann H. Atlas de implantología. Barcelona: Editorial Masson; 1995.

2. Velasco Ortega E, Segura Egea JJ, Linares Gancedo D, Medel Soteras R, Poyato Ferrera M. La carga inmediata de implantes transicionales en sobredentaduras mandibulares en adultos mayores. Avances en Periodoncia Implantología [Internet]. 2004 [citado 17 Ene 2012]; 16(2). Disponible en:
<http://personal.us.es/segurajj/documentos/CV-Art-Sin%20JCR/Avances%20en%20perio%20e%20implan-2004-Transicionales.pdf> .
3. Uribe R, Penarrocha M, Balaguer J, Fulgueiras N. Carga inmediata en Implantología oral. Situación actual. Med Oral Patol Oral Cir Bucal [Internet]. 2005 [citado 17 Ene 2012]; 10 (Suppl.2). Disponible en:
http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv10suppl2_i_p143.pdf
4. Almagro Urrutia Z, Sáez Carriera R, Sánchez C, Lemus Cruz LM. Sobredentaduras. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2009 [citado 17 Ene 2012]; 46(1). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000100010&lang=es .
5. Rengifo Alarcón CA, Balazero Razzeto JA, Matta Morales C, Vicente Zamudio EG. Implantes dentales para mejorar la biomecánica y estética de la prótesis parcial removible. Rev Estomatol Herediana [Internet]. 2011 [citado 17 Ene 2012]; 21(2). Disponible en:
http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552011000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
6. Nellyda Ovalle L. Guía de manejo de restauración de implantes dentales oseointegrados. [Internet]. 2009 [citado 17 Ene 2012]. Disponible en:
http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion_homi/Guia_Manejo_Restauracion_Implantes_Dentales_Oseointegrados.pdf.
7. Pardo Zamora G, Calvo Guirado JL, Sáez Yuguero MR, Muñoz Barrio E. Comportamiento clínico y radiológico de 154 implantes monofásicos inmediatos postextracción de carga inmediata: Valoración a los dos años. Rev Intern Prót Estomatol. 2006; 8(3): 317-21.
8. Liendo M C, Herschdorfer T. Carga inmediata en implantes dentales. Implantología. Acta Odontol Venez [Internet]. 2009 [citado 17 de enero de 2012]; 47(2). Disponible en:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S000163652009000200025&script=sci_arttext&tlng=pt.

Recibido: 21 de febrero de 2013.

Aprobado: 28 de marzo de 2013.

René Abel Salso Morell. Clínica Universitaria de Especialidades Estomatológicas General
Manuel Jesús Cedeño Infante. Bayamo. Granma, Cuba.