

Presentación de caso

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

Presentación de un paciente con sobredentadura implantoretenida**Presentation of a Patient with Retained Implant Overdenture**

*René Abel Salso Morell*¹, *Alberto Acosta Pantoja*², *Marcos Ros Santana*³, *Ana Leonor de la Guardia Casate*⁴, *Yudelkis Pérez Guerra*⁵

- 1 Máster en Atención de Urgencias en Estomatología. Especialista de Primer Grado en Prótesis Estomatológica. Asistente. Clínica Universitaria de Especialidades Estomatológicas General Manuel Jesús Cedeño Infante. Bayamo. Granma
- 2 Especialista de Primer Grado en Cirugía Maxilofacial. Asistente. Clínica Universitaria de Especialidades Estomatológicas General Manuel Jesús Cedeño Infante. Bayamo. Granma
- 3 Máster en Atención de Urgencias en Estomatología. Especialista de Primer Grado en Prótesis Estomatológica. Asistente. Clínica Universitaria de Especialidades Estomatológicas General Manuel Jesús Cedeño Infante. Bayamo. Granma
- 4 Especialista de Segundo Grado en Prótesis Estomatológica. Asistente. Clínica Universitaria de Especialidades Estomatológicas General Manuel Jesús Cedeño Infante. Bayamo. Granma
- 5 Especialista de Primer Grado en Prótesis Estomatológica. Instructor. Clínica Universitaria de Especialidades Estomatológicas General Manuel Jesús Cedeño Infante. Bayamo. Granma.

RESUMEN

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 para facilitar la higiene, así como un periodo de descanso para la mucosa, sobre todo en casos donde esta participa en la trasmisión de cargas al hueso. El paso de cargar los implantes al incorporarle las cápsulas retentivas a las prótesis, constituye un momento crítico en el tratamiento porque 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, que generan graves complicaciones a estos pacientes. Se presentó un caso donde a causa de un proceder inadecuado, las prótesis quedaron unidas a los implantes por un lapso de dos años, sin posibilidad de remoción, y la consiguiente afectación a la salud del paciente.

Palabras clave: sobredentadura, implantes, prótesis

ABSTRACT

Overdentures are those partial or total prosthesis that are over one or more remaining tooth and or implants. A very important detail in this treatment is the possibility of inserting and removing the prosthesis making with a best oral hygiene and providing a rest time to the mucosa. The step of loading the implants by incorporate the retentive caps to the prosthesis is a critical moment because of the use of materials like the acrylic resin, if the proper measures are not take into account it could generate locks that interfere with the proper insertion and removing of the dentures, causing serious complications in patients. A case was presented in this paper to describe and inadequate procedure that promote the fixing of a complete denture for two years without the possibility of removing it, affecting the patient's health.

Key words: overdenture, implants, prosthesis.

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. Se coloca en el hueso del maxilar y la mandíbula mediante una intervención quirúrgica, y logra una unión con el hueso que sirve como un ancla para el diente sustituto, 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 con el desdentamiento ^{1,2}.

Las sobredentaduras son aquellas prótesis totales o parciales que descansan sobre uno o más dientes remanentes e implantes ^{3,4}. Se describen varios sistemas asociados con el 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) que disminuye el costo del tratamiento; así como su rapidez y puede 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 en el tratamiento porque 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, y ello genera graves complicaciones en estos pacientes ^{7,8}.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 56 años de edad que se presenta ante la Consulta Provincial de Implantes Dentales de la Clínica Universitaria de Especialidades Estomatológicas General Manuel Jesús Cedeño Infante, de Bayamo, con antecedentes de tratamiento rehabilitador sobre implantes en otra institución de salud hace alrededor de dos años; el paciente perdió el vínculo con sus estomatólogos debido a cambio de domicilio; refirió molestias asociadas con el uso de las prótesis, sensación de ardor y en algunas ocasiones sangramiento. También manifestó preocupación

debido a la imposibilidad de realizar de forma satisfactoria la higiene de las dentaduras.

En el examen intraoral se constató la presencia de prótesis totales, y se infirió un posible tratamiento de sobredentadura. De forma infructuosa se intentó su remoción. Al indagar sobre sus antecedentes, el paciente confirmó que desde el momento en que se realizó el tratamiento nunca más pudo retirarse las prótesis.

Se procedió a realizar un rayo x 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 cuatro implantes en el maxilar y en la mandíbula, respectivamente. Luego, se comenzó a liberar de inmediato los implantes al perforar 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 para evitar daños. Las prótesis al no constituir una prioridad su preservación 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 a su alrededor, asociado con 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 fundamental fue la remoción de la prótesis y la indicación de no utilizar ningún aparato protésico. Se complementó con nistatina en suspensión (500000 u/5 ml) cada seis horas, para el tratamiento de la candidiasis; buchadas de manzanilla por sus propiedades antiinflamatorias tres veces por día y colutorios de halitol (antiséptico a base de fenol) diario por una semana. Además, se prescribió vitamina A (25000 U) una tableta diaria por un mes.

El paciente fue reevaluado a los 30 días; se constató una gran mejoría en todos los aspectos, incluida la regresión del épulis fisurado (fig. 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 se confeccionaron nuevamente prótesis totales acrílicas y cargadas de forma satisfactoria; se instruyó al paciente en su inserción y remoción, así como, en su higiene adecuada. Se realizó seguimiento mensual por un periodo de seis meses, sin encontrarse ninguna complicación.



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

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, constituye una de las indicaciones fundamentales del programa de generalización de la implantología aplicado en nuestro país.

En la mayoría de la bibliografía disponible se describen muy pocas complicaciones asociadas con este tratamiento. En el caso anterior se manifiestan las consecuencias de una técnica terapéutica incorrecta, que como resultado de 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. Sin embargo, es la conducta que se adopte ante estas situaciones la que marcará la diferencia en la atención al paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Spiekermann H. Atlas de implantología. Barcelona: 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. *Avanc Period Implant.* 2004 [citado 17 ene 2012]; 16(2): 107-13. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852004000200005&script=sci_arttext&tIng=e.
- 3 Uribe R, Penarrocha M, Balaguer J, Fulgueiras N. Carga inmediata en Implantología oral. Situación actual. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2005 [citado 17 ene 2012]; 10 (Suppl I2): 143-53. Disponible en: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v10Suppl2i/medoralv10suppl2ip143.pdf?q=inmediata>.
- 4 Almagro Urrutia Z, Sáez Carriera R, Sánchez C, Lemus Cruz LM. Sobredentaduras. *Rev Cub Estomatol.* 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.* 2011 [citado 17 ene 2012]; 21(1): 116-8. Disponible en: http://www.upch.edu.pe/FAEST/old/publica/2011/vol21_n2/vol21_n2_11_art09.pdf.
- 6 Nellida Ovalle L. Guía de manejo de restauración de implantes dentales oseointegrados. 2009 [citado 17 ene 2012]: 1-6. 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 [citado 17 ene 2012]; 8(3): 317-21. Disponible en: <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloId=453209&donde=castellano&zfr=0>

- 8 Liendo MC, Herschdorfer T. Carga inmediata en implantes dentales. Implantol. 2009. [citado 17 ene 2012]; 47(2). Disponible en:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652009000200025&script=sci_arttext&tIng=pt.

Correspondencia

Dr. Rene Abel Salso Morell. Correo electrónico: reneabel@grannet.grm.sld.cu.