



EL USO DE IMPLANTES DENTALES EN EL MANEJO DE PACIENTES CON CLASIFICACIÓN I Y II DE KENNEDY.

Reporte de tres casos clínicos



Dr. José Luis Alonso Padilla

Licenciado en Odontología por la Universidad Intercontinental (1993). Posgrado de Prosthodontia por Boston University School of Dental Medicine (2003). Profesor de Prosthodontia e Implantología de la Universidad Intercontinental desde 2004. Profesor de Prosthodontia e Implantología del Instituto Ross, Morelia, Michoacán, desde 2014. Práctica limitada a la prosthodontia e implantología en la Ciudad de México.

DURANTE LOS INICIOS DE LA IMPLANTOLOGÍA, EL ODONTÓLOGO SE PREOCUPÓ POR SOLUCIONAR PROBLEMÁTICAS ESTÉTICAS Y FUNCIONALES DE PACIENTES CON EDENTULISMO TOTAL; MEDIANTE PRÓTESIS ATORNILLADAS QUE EL PACIENTE NO PODÍA REMOVER SE DISEÑARON LOS PRIMEROS PROTOCOLOS PROTÉSICOS. POSTERIORMENTE, LA GAMA DE INDICACIONES TERAPÉUTICAS DE LOS IMPLANTES SE MULTIPLICÓ HASTA EL GRADO DE SUSTITUIR UN DIENTE PERDIDO CON UN IMPLANTE Y UNA PRÓTESIS INDIVIDUAL. DURANTE ESTA EVOLUCIÓN, DESAFORTUNADAMENTE HA EXISTIDO FALTA DE ATENCIÓN A PACIENTES PARCIALMENTE EDÉNTULOS QUE NO NECESARIAMENTE SON CANDIDATOS PARA PRÓTESIS FIJAS IMPLANTOSOPORTADAS, PERO REQUIEREN MEJORES DISEÑOS DE PRÓTESIS PARCIALES REMOVIBLES CON MAYOR ESTABILIDAD, FUNCIÓN Y ESTÉTICA.

En específico, los pacientes parcialmente edéntulos con extensiones distales libres posteriores sufren de una disminuida función masticatoria, una pobre estética y muchos de ellos no encuentran en las prótesis parciales removibles tradicionales un tratamiento satisfactorio. La clasificación de Kennedy fue descrita por el Dr. Eduard Kennedy en 1925.¹ Los pacientes con extensiones distales libres bilaterales son clase I (Figura 1) y los pacientes con una extensión distal libre unilateral son clase II (Figura 2). Los pacientes con dicha condición especialmente en la mandíbula pueden sufrir un torque excesivo en los dientes que soportan a los retenedores directos debido a que no hay soporte de la bóveda palatina como en la arcada

superior ni soporte distal. Se han desarrollado teorías que argumentan y dan indicaciones para el uso de retenedores directos que son menos traumáticos para los dientes soporte. En la Figura 3 se muestra un retenedor circunferencial (lado izquierdo); en teoría, cuando la prótesis recibe apoyo distal tiende a girar sobre el eje longitudinal de la raíz del diente y le genera torque porque la zona retentiva del gancho está mesial. El esquema del lado derecho explica el retenedor en "T", que al recibir el mismo apoyo distal, permite que la prótesis gire más libremente, generando un menor torque sobre el diente soporte debido a que la zona retentiva del gancho está en distal. (Figura 4)

Una situación que incrementa el torque sobre los dientes soporte en estos pacientes se da cuando la base acrílica de la prótesis se desajusta gracias a la reabsorción progresiva del reborde alveolar, fenómeno que ocurre con el uso y el tiempo; entonces existe una mayor fuerza de palanca y un mayor torque.

Entendiendo dicha problemática, el odontólogo ha desincentivado el uso de la prótesis parcial removible y comúnmente recomienda la colocación de múltiples implantes dentales en dichas zonas desdentadas para soportar prótesis parciales fijas; sin embargo, muchos pacientes no cuentan con las condiciones óseas para múltiples implantes o no cuentan con suficientes recursos económicos para solventar dicho tratamiento.

Un plan de tratamiento poco recomendado por los odontólogos incluye colocar un implante dental en la extensión distal libre, que sirva únicamente de soporte adicional a la prótesis parcial removible, controlando las fuerzas torsionales y, sobre todo, disminuyendo la reabsorción del reborde alveolar remanente. Quizá una razón por la cual no se recomienda comúnmente dicho tratamiento es porque el resultado final continúa siendo una prótesis parcial removible, sin entender la importancia del gran valor protésico que le brinda el soporte distal. Este apoyo mejora la función masticatoria, estabiliza la prótesis y mejora su soporte; además incrementa la longevidad de los dientes que soportan a la prótesis porque disminuye las fuerzas torsionales a las que son sometidos con una prótesis parcial removible.

A continuación presentamos tres casos clínicos que ejemplifican el uso de implantes dentales en pacientes clase I y II de Kennedy; es importante mencionar que el propósito de este artículo no incluye la descripción completa de los casos clínicos presentados a continuación. Se presentarán sólo las etapas relevantes a las prótesis parciales removibles inferiores.



Figura 1. Paciente clase I de Kennedy. Extensión distal libre bilateral.



Figura 2. Paciente clase II de Kennedy. Modificación 1. Extensión distal libre unilateral con espacio adicional.

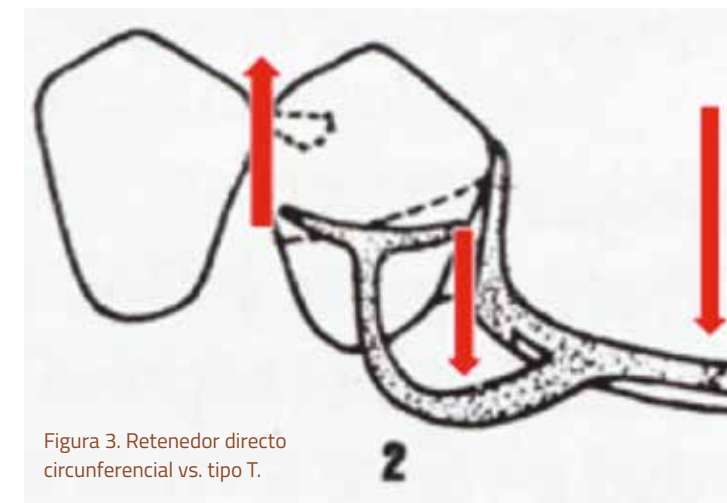
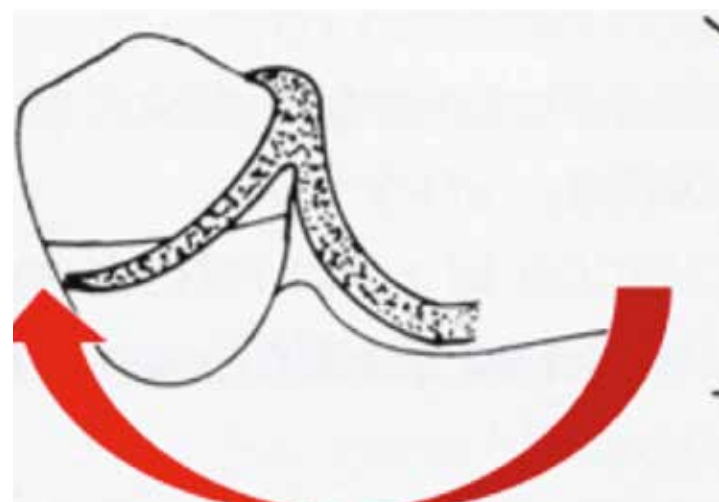
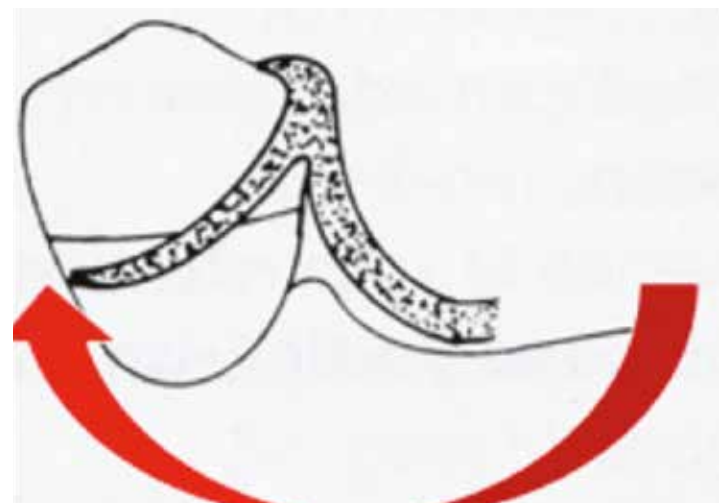


Figura 3. Retenedor directo circunferencial vs. tipo T.

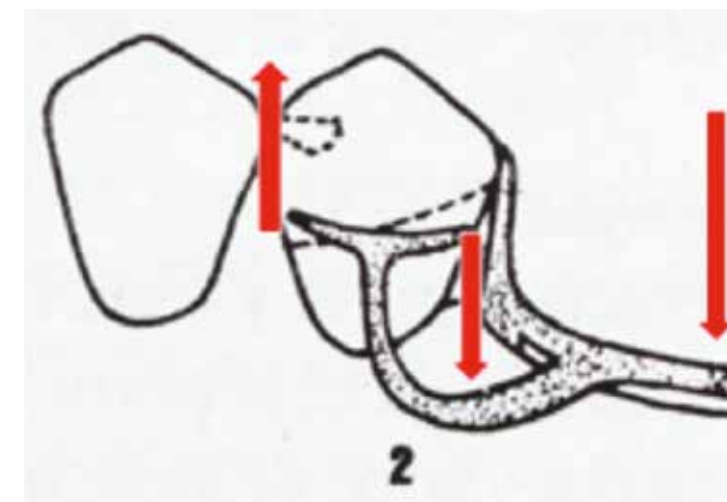




Figura 4. Clásico eje de rotación sobre los dientes soporte que ocasiona una prótesis parcial removible en un paciente con clasificación Kennedy I.

Figura 5. A pesar de mostrar altura suficiente clínica y radiográficamente, la paciente no presenta grosor suficiente para la colocación de implantes en la zona de los premolares y primeros molares.



Figura 6. Imagen clínica que muestra restauraciones protésicas deficientes y un esquema oclusal desfavorable.



CASO 1

Paciente femenino que se presenta con la queja principal de que no puede utilizar su prótesis parcial removible inferior, ya que "se encaja y lastima". Menciona que le han ofrecido implantes dentales, pero que necesita injertos óseos y que dicha alternativa no le es atractiva porque siente temor. (Figuras 5-7)

El plan de tratamiento incluye realizar dos fresados telescópicos para recibir las coronas secundarias unidas a la prótesis parcial removible. Las coronas deben cumplir dos funciones: la primera es la de soporte, evitando que la prótesis comprima el

Figura 7. La radiografía muestra la colocación de un implante en cada una de las extensiones distales inferiores, con el objeto de brindar apoyo a una prótesis parcial removible. La colocación de los implantes se realizó en la zona donde existieron los segundos molares.

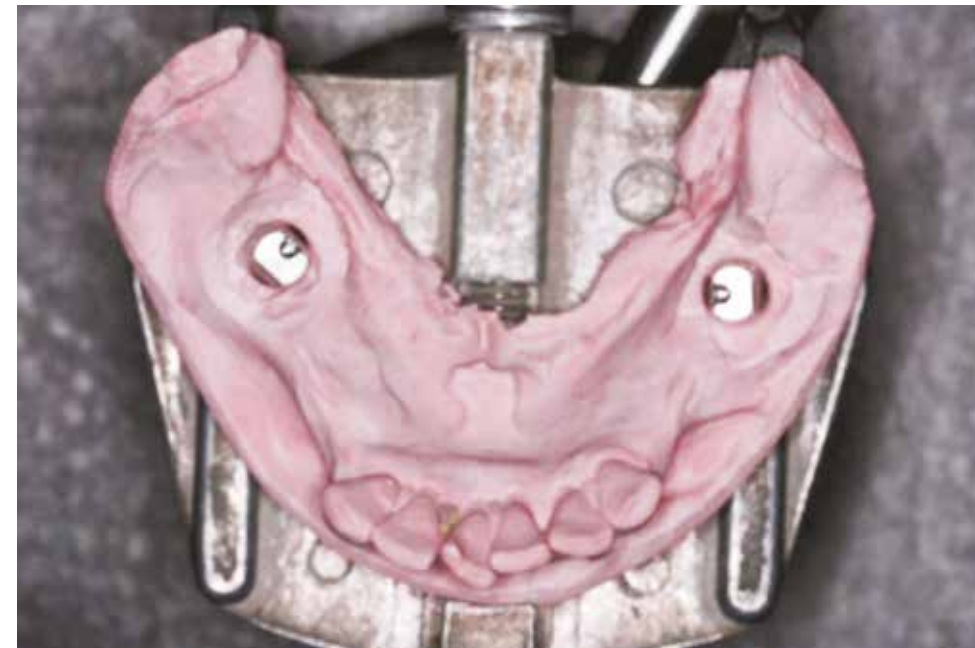
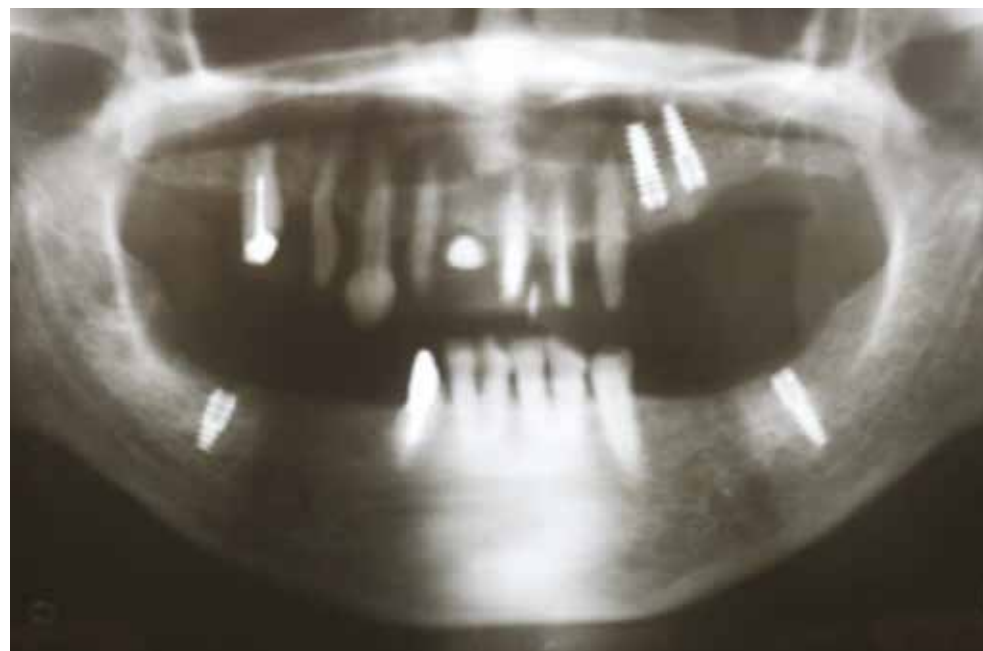


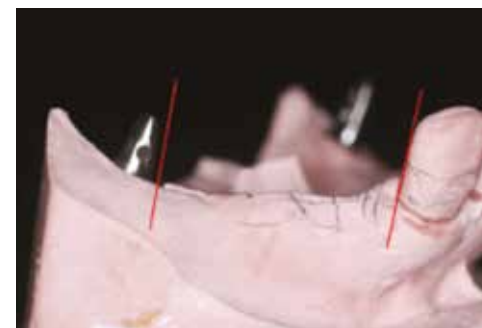
Figura 8. Modelo con los implantes y sus soportes protésicos.

proceso edéntulo libre causando reabsorción a largo plazo y torque sobre los dientes soporte; la segunda es la de retención directa, ya que las coronas presentarán fricción entre ellas y van a tener un patrón de inserción único con los planos guía de los dientes soporte. (Figuras 8-12)

Después de tener la preparaciones telescópicas de los soportes protésicos, se enceran y vacían las coronas secundarias, que deberán tener una extensión guía para soldarlas al armazón de la prótesis parcial removible. Sobre el mismo modelo



Figura 9. Fresado de los soportes protésicos con la ayuda de una fresadora; la fresa deberá ser especial para titanio y las paredes deberán tener un paralelismo no mayor los 4 grados.



Figuras 10 y 11. Soportes protésicos fresados, paralelos entre sí y a los planos guía de los dientes soporte. El grado de paralelismo puede variar según la altura de los soportes. La retención necesaria puede variar entre un caso y otro. A mayor paralelismo, mayor la retención. No deben existir más de 5 grados de convergencia en las preparaciones de los soportes.

se diseña y fabrica la prótesis parcial removible. Las coronas telescópicas y el armazón se unen en boca con resina acrílica y se procede a soldarlas. (Figuras 13-14)

Una vez soldadas las coronas a la prótesis, se deberá probar en boca, verificando su asentamiento, retención adecuada y un patrón de inserción único entre las dos coronas telescópicas y los dos retenedores directos sobre los dientes soporte. (Figura 15)

Caso terminado con un adecuado esquema de oclusión. La prótesis tiene una excelente estabilidad, los dientes anteriores que la soportan no son sometidos a fuerzas de torsión y el hueso no va a reabsorberse de manera acelerada porque los implantes soportan las cargas oclusales. (Figuras 16-19)

Figura 12. Soportes protésicos fresados colocados sobre los implantes durante una prueba en boca.





Figuras 13 y 14. Las coronas y la prótesis parcial removible son unidas en boca para poder ser soldadas.

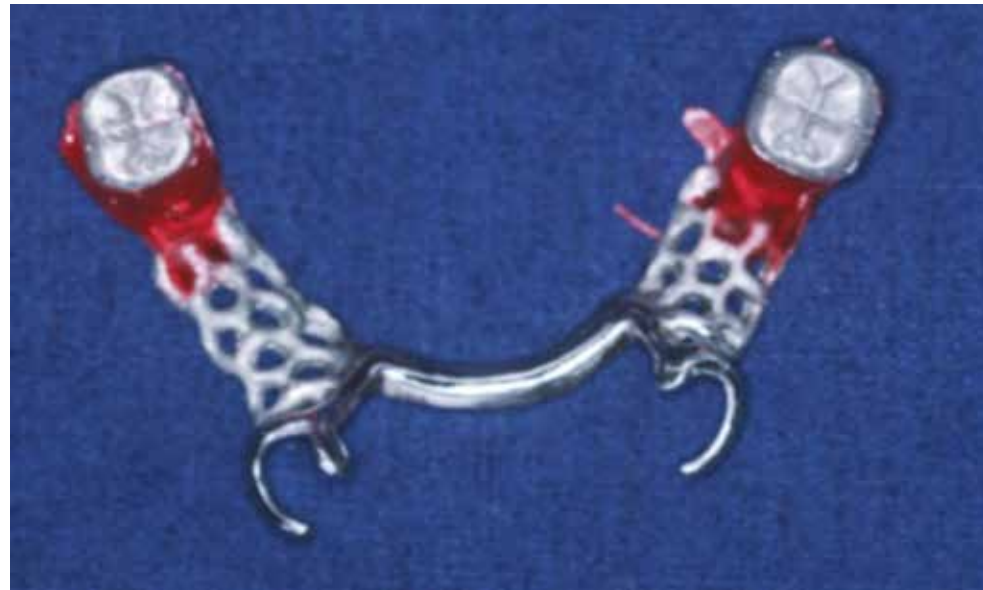


Figura 15. Prótesis parcial removible con coronas telescópicas ya soldadas a la misma.



Figuras 18 y 19.



Figura 16.



Figura 17.



Figura 20. Imagen panorámica de la situación del paciente, encontrando que los dientes posteriores en la arcada inferior no son restaurables.

CASO 2

Paciente masculino de 68 años que se presenta con la idea de recibir un tratamiento integral; su último tratamiento dental fue hace más de 15 años. Presenta prótesis parciales fijas con filtración, caries recurrente y movilidad. (Figura 20).

Después de haber removido las prótesis antiguas y dientes no restaurables, el paciente queda en una clase I de Kennedy inferior. (Figuras 21 y 22).

Se ofrecieron tres planes de tratamiento para la arcada inferior: el primero incluía la regeneración ósea con injertos para la colocación de múltiples implantes que pudieran soportar prótesis fijas; el segundo contemplaba la remoción quirúrgica de los torus linguales para permitir el uso de una prótesis parcial removible que se apoyará en el reborde alveolar lingual y brindará mejor estabilidad, soporte y comodidad; el tercero incluía la colocación de un implante dental en la zona de segundos molares inferiores de cada lado con el propósito de dar apoyo a una prótesis parcial removible, convirtiendo al paciente en una clase III de Kennedy. De esta manera la prótesis parcial removible no necesitaría el apoyo en la zona lingual del borde alveolar edéntulo.

El paciente aceptó el tercer plan de tratamiento, encontrando en el mismo una opción menos invasiva, menos costosa, más práctica y rápida.

La colocación de los implantes fue precedida por la fabricación de coronas metálicas con planos guía, descansos oclusales y ecuares protésicos para retenedores directos circunferenciales. A diferencia de la paciente descrita en el caso 1, la restauración de los implantes incluyó coronas cementadas a los soportes protésicos. El soporte que brindan los implantes a la prótesis removible es igual en diseño al que podría provenir de raíces naturales; en otras palabras, las coronas implantosoportadas reciben a los retenedores directos de la prótesis parcial removible brindándole retención, apoyo y estabilidad. (Figuras 23-26)



Figura 21. Imagen del lado inferior derecho que muestra un torus lingual de gran tamaño.



Figura 22. Imagen del lado inferior izquierdo que muestra un torus lingual de gran tamaño.



Figura 23.



Figura 24.

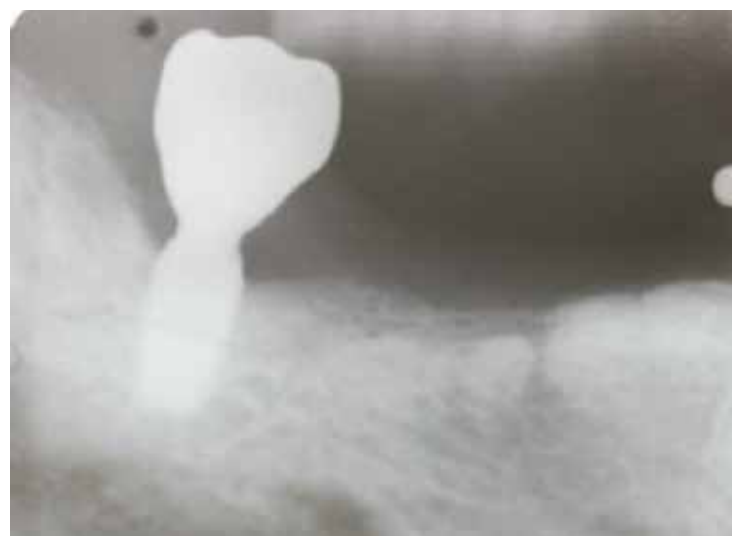


Figura 25.



Figura 26.

En las imágenes se muestra el caso terminado con prótesis parciales removibles superior e inferior. (Figuras 27-29)



Figuras 27-29.



Figura 30.



Figura 31.

Figura 32.

CASO 3

Paciente femenino de 65 años que desea tener prótesis fija; sin embargo, otro odontólogo le ha informado que no existe el suficiente grosor para colocarle implantes en la zona mandibular posterior. La paciente ha utilizado varias prótesis parciales removibles sin lograr gozar de una funcionalidad satisfactoria. Durante el diagnóstico se concluyó que no existía el suficiente grosor para la colocación de implantes premolares y primer molar. Después de discutir diversas opciones para la regeneración ósea y una adecuada colocación de 3 implantes por lado, se decidió la colocación de un solo implante por arcada para dar soporte a una prótesis parcial removible. (Figura 30)

Se decidió colocar aditamentos retentivos individuales tipo O-Ring sobre los implantes. Los dientes anteriores encargados de soportar a la prótesis parcial removible fueron restaurados con coronas y aditamentos de semiprecisión. (Figuras 31-33)





Figura 33.



Figura 34.

LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE RECIBIÓ 4 PUNTOS DE SOPORTE Y RETENCIÓN DIRECTA

La prótesis parcial removible recibió 4 puntos de soporte y retención directa. Dos sobre dientes restaurados con coronas y aditamentos de semiprecisión y los dos posteriores con O-Rings sobre implantes. (Figuras 34-36)

CONCLUSIONES

Comprendemos que por múltiples razones, los pacientes no siempre son candidatos a prótesis fijas implantosoportadas. Se han descrito tres distintos tratamientos con el uso de dos implantes dentales que funcionan como retenedores directos para una prótesis parcial removible, brindando a los pacientes una excelente estabilidad oclusal, devolviéndoles estética y función de una manera práctica, con procedimientos quirúrgicos simples y un costo moderado.

Las tres modalidades de tratamiento descritas en los tres casos clínicos presentan opciones viables con ventajas similares. La mayor diferencia entre las tres es el grado de resiliencia. Cuando existe mayor resiliencia en el retenedor directo sobre los implantes, también existe mayor movimiento en el retenedor directo sobre los dientes. El caso 3 con O-Rings es el más resiliente, seguido del caso 1 con coronas telescópicas, siendo el caso 2 con retenedores directos extracoronarios el menos resiliente de los tres.

La resiliencia puede ser un factor de relevancia si los dientes soporte tienen condiciones protésicas no ideales o soporte periodontal reducido, ya que el movimiento de la prótesis puede generar fuerzas no deseables en dichos dientes. Es de la



Figura 35.

opinión del autor que si un diente está tratado endodónticamente o tiene pérdida ósea, deberá emplearse un diseño no resiliente. Por lo tanto, cuando el paciente presente dichas condiciones, no recomendamos el uso de O-Rings o aditamentos similares.

El principal objetivo de este artículo es el de señalar que muchos pacientes pueden ser candidatos a procedimientos más simples, menos invasivos con implantes y que el hecho de que el diseño protésico es removible no lo convierte en un tratamiento limitado o menos deseable.



Figura 36.

BIBLIOGRAFÍA

Carr AB, McGivney GP, Brown DT, McCracken. Prótesis parcial removible. 11ª ed.