

Reconstrucción de una guía anterior parcialmente perdida

Es deseable que toda oclusión se sirva de la guía anterior para dirigir los movimientos excursivos mandibulares. La pérdida, aunque sea parcial, de la misma puede entrañar el riesgo de afectación ulterior de otras partes del sistema estomatognático.

DIAGNÓSTICO

Paciente que tras un accidente, sufrió avulsión y pérdida de los dientes 21, 22, 23 y 24 y pérdida de sustancia a nivel de 23 y, sobretodo, 24 (figs.1 y 2). Por tanto, presenta una pérdida parcial de la guía anterior que queremos restaurar.



Fig.1



Fig.2

OBJETIVOS

Reconstruir la guía anterior parcialmente perdida y reponer la sustancia perdida. Para ello, podemos valernos básicamente de dos opciones: Prótesis parcial removible y prótesis sobre implantes.

La **prótesis fija convencional** la descartamos de entrada ya que la longitud del tramo edéntulo era importante y, para conseguir unos resultados predecibles desde el punto de vista funcional, habría sido necesario preparar los dientes 13, 12 y 11 por un lado, y los dientes 25 y 26. Siendo todas ellas piezas que estaban intactas y no presentaban restauraciones de ningún tipo consideramos que era un tratamiento demasiado mutilante.

La **prótesis parcial removible** era una opción posible desde el momento en que queremos reponer tejidos blandos y dientes, pero la paciente rechazaba esta posibilidad. Además, los ganchos perjudicarían la estética y a nivel anterior, ésta tiene un papel principal. De hecho, ella había llevado una prótesis removible para reponer esos dientes de forma transitoria.

Por último, una **prótesis fija implantosoportada** reunía la estética, la conservación de los dientes remanentes y permitía reponer tanto tejidos blandos como dientes. Por ello fue la opción elegida.

DIFICULTADES A RESOLVER

Un primer problema aparecía por la **colocación lingualizada de los implantes**. La pérdida de sustancia de la pared vestibular obligó a colocar los implantes hacia palatino con el fin de conseguir la mayor superficie de asiento y una buena estabilización primaria (figs.3 y 4).



Fig.3



Fig.4

La consecuencia de ello era la aparición de un brazo de palanca ya que el contacto con los antagonistas se situaba ligeramente por vestibular de los implantes, sobretodo durante los movimientos de protrusiva y de lateralidad. Este brazo de palanca era más dañino durante la lateralidad ya que este movimiento se hace al masticar (desplazamiento en "media de gota de agua") y la paciente era bruxista (en la fig.2 podemos observar el 33 con la cúspide desgastada).

Por todo ello, fue necesario realizar un ajuste oclusal muy preciso con el fin de conseguir una buena función de grupo para los movimientos de lateralidad (ayudando también en ello el 25 y la cúspide mesiovestibular del 26). Para valorar el ajuste se aplanaron las vertientes de la prótesis fija hasta que se consiguió un desplazamiento lateral sin notar golpe traumático en los antagonistas.

En protrusiva, llevamos la responsabilidad del desplazamiento a los dientes anteriores contralaterales (12 y 11) para evitar sobrecargar los implantes.

Un segundo problema era la **falta de espacio**. Se había producido una extrusión de los dientes antagonistas durante el tiempo en que la paciente había llevado la prótesis removible. Ante esta situación o no se hacía nada y nos servíamos del espacio disponible o procedíamos a rebajar los antagonistas. Cómo queríamos ser conservadores al máximo decidimos no tocarlos. Por este motivo la superficie cingular y oclusal era totalmente metálica (figs.5 y 6).



Fig.5



Fig.6

La **pérdida de sustancia** era el tercer problema a resolver. Si modelábamos los dientes 21, 22 y 23 hasta contactar con la encía éstos se verían excesivamente largos por lo que la estética se vería comprometida. Para evitar este problema se modelaron los dientes siguiendo las medidas y proporciones de los dientes contralaterales y la parte gingival se modeló con porcelana rosa (figs.7 y 8).



Fig.7



Fig.8

Así, conseguimos el objetivo de reponer la sustancia sin perjudicar la estética. En la fig.9 podemos ver la restauración desde oclusal y en la fig.10 podemos comparar el cambio que resulta del tratamiento.



Fig.9



Fig.10

Dr.Ernest Mallat Desplats
Clínica Drs.Mallat

Caso clínico publicado en Geodental.com
<http://www.geodental.net/article-5414.html>