

Resolución de un Síndrome combinado de Kelly

Se presenta el caso de un paciente que presentaba una edentación completa superior y una edentación posterior unilateral inferior que condicionaba el denominado Síndrome combinado de Kelly.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome combinado de Kelly describe una situación que se da cuando se presenta una edentación completa opuesta a una edentación parcial.

La situación que lo muestra con mayor claridad es cuando la edentación completa es superior y en el inferior hay extremos libres a ambos lados de la arcada. Las consecuencias de todo ello son las siguientes:

- Reabsorción progresiva del hueso maxilar a nivel anterior ya que el fuerte contacto con el antagonista natural sobrecarga en exceso la zona.
- Basculación de la prótesis completa superior que condiciona una hipertrofia mucosa a nivel de los sectores posterosuperiores.
- Reabsorción progresiva de la cresta ósea de los extremos libres.
- Mayor sobrecarga a nivel anterior y se cierra el círculo vicioso.

La única forma de romper este círculo de acontecimientos es equiparar el contacto a nivel anterior, p.e. colocando implantes osteointegrados.

DIAGNÓSTICO

El paciente en cuestión presenta una edentación completa superior y una edentación parcial inferior (faltan los dientes 14-15-16-17).

A pesar de que la edentación parcial inferior es unilateral también se manifiesta el Síndrome aunque de forma más atenuada.

La gran reabsorción ósea superior es evidente en la radiografía panorámica realizada tras la colocación de los implantes (fig.1).

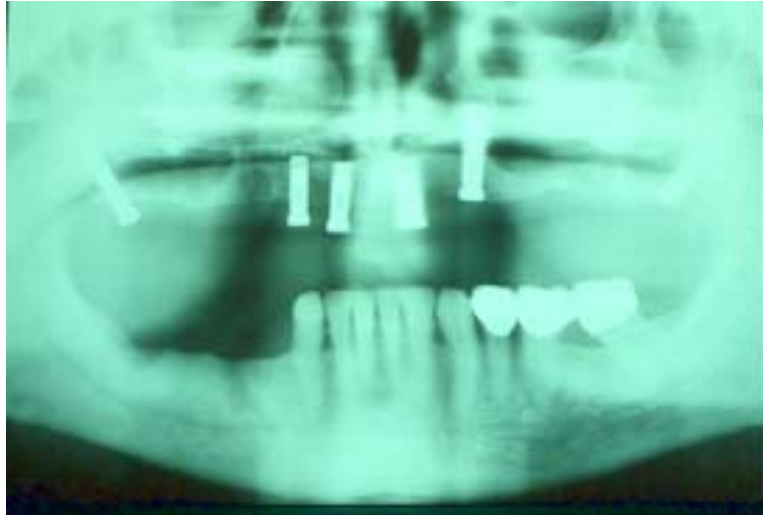


Fig.1

Todo ello condiciona la colocación de implantes en la apófisis pterigoides o la realización de técnicas de elevación de senos.

En este caso, se colocaron dos implantes de 30mm en las apófisis pterigoides.

OBJETIVO

Compensar la situación y detener la evolución del Síndrome combinado de Kelly, restituyendo contactos similares a nivel anterior y posterior y eliminando la basculación descrita.

DIFICULTADES A RESOLVER Y TRATAMIENTO

Se tenían que situar implantes en el cuarto cuadrantes con el fin de establecer un plano oclusal y conseguir una oclusión normal.

La proximidad del nervio dentario inferior dificultaba la colocación de implantes en las zonas de 45 y 46.

La situación del hueso a nivel anterosuperior obligó a la colocación de los cuatro implantes de 10mm entre 13 y 23 con ligera lingualización para conseguir el anclaje necesario (fig.2).



Fig.2

La presencia de los implantes pterigoideos permitía reducir la carga soportada a nivel anterior. Tras la toma de impresiones se realizaron las estructuras tanto superior (fig.3) como inferior.



Fig.3

Se probaron en boca (figs.4, 5 y 6) y, tras comprobar que el ajuste era clínicamente aceptable, se pasó a colocar los dientes de acrílico en la estructura superior y la porcelana en la prótesis parcial inferior.



Fig.4



Fig.5



Fig.6

La utilización de dientes de acrílico a nivel superior permitirá equiparar más el contacto que no si se tratara de porcelana, a la vez que la resina absorberá parte de la carga que disipará en forma de desgaste, algo que con porcelana no sería posible.

En las figs.7 y 8 vemos el puente inferior acabado.



Fig.7



Fig.8

En las figs.9, 10 y 11 las estructuras colocadas en boca.



Fig.9



Fig.10



Fig.11

Los resultados estéticos y funcionales fueron satisfactorios (figs.12 y 13).

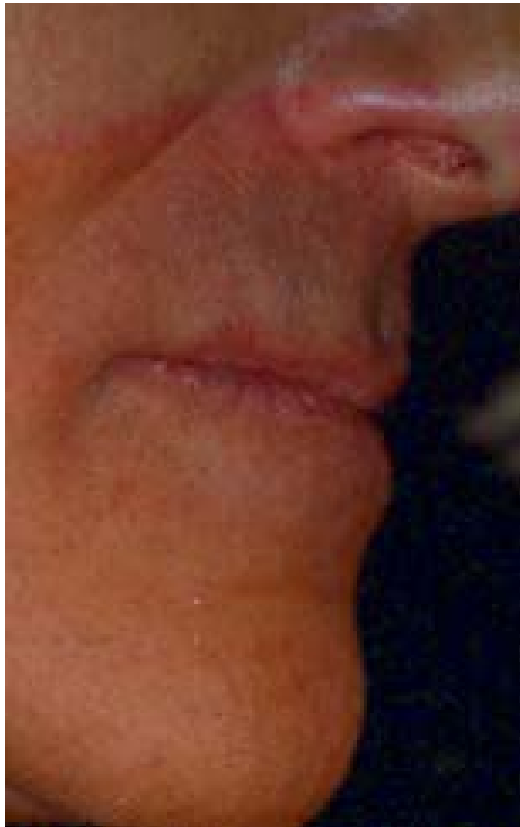


Fig.12



Fig.13

Dr.Ernest Mallat Desplats
Clínica Drs.Mallat

Caso clínico publicado en Geodental.com
<http://www.geodental.net/article-5310.html>