

# PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE INMEDIATA

por el

DR. CARLOS A. RILLO

## DEFINICIÓN

Si se define a la prótesis inmediata como “la terapéutica mediante la cual instalamos la prótesis en seguida de la intervención quirúrgica, mientras perdura aún el efecto de la anestesia, efectuándose la cicatrización estando la prótesis en posición”, por extensión se define a la prótesis parcial removible inmediata como “la terapéutica mediante la cual instalamos la prótesis parcial removible, inmediatamente de efectuadas las exodoncias y mientras perdura el efecto anestésico, en un maxilar donde queda por lo menos una pieza dentaria, efectuándose la cicatrización con la prótesis instalada”.

## CONSIDERACIONES GENERALES

El anacrónico concepto, aún mantenido por algunos colegas, de esperar hasta tres meses de efectuadas las avulsiones dentarias para su reposición, debe rechazarse, demandando la aplicación racional y correcta de un servicio de prótesis inmediata, que cuenta con toda la seriedad científica y tantas satisfacciones estéticas y funcionales dan a nuestros pacientes y a nosotros.

Se aduce que la prótesis inmediata es “temporaria”. Se puede rebatir ese concepto diciendo que nada en prótesis es permanente; todo aparato protético tarde o temprano debe renovarse o, al menos, readaptarlo a las nuevas condiciones biofuncionales que se van produciendo.

Que las prótesis inmediatas deben ser readaptadas en relación a las comunes tempranamente, depende del estado general y local del paciente, del substrátum óseo y esencialmente de la técnica empleada, donde se tendrá presente la reabsorción que ha de sufrir el reborde alveolar para poder construir la prótesis de acuerdo a ella.

Otro punto importante que se debe aclarar es respecto a la indicación de la prótesis parcial removible inmediata. Muchos colegas afirman que este tipo de prótesis se halla indicada cuando se pierden piezas del sector anterior (sector estético) y que cuando es necesario extraer piezas dentarias posteriores (sec-

tor funcional) deben realizarse primero éstas y después tomar la impresión para confeccionar la prótesis inmediata abarcando el sector anterior, porque sostienen que la finalidad de estos aparatos es estética.

Se puede rebatir este concepto, que si bien no es anacrónico, demuestra un alto en el camino del perfeccionamiento.

La importancia de la reposición inmediata del o de los sectores funcionales (premolares y molares), especialmente cuando faltan totalmente los pilares posteriores o, habiéndolos, están ausentes sus antagonistas, radica en que ellos mantienen la relación vertical oclusiva posterior (que tomaremos como tema principal en otra oportunidad).

Si colocamos las prótesis, inmediatamente de extraídas las piezas dentarias del sector funcional, gracias a los registros realizados antes de las exodoncias, tendremos la altura (relación vertical oclusiva) que corresponde exactamente a ese paciente, evitando así posibles complicaciones, que se presentarían bajo el síndrome de Costen.

Concluyendo, se puede afirmar que las indicaciones de la prótesis parcial inmediata no sólo son de carácter estético, sino también funcional, biológico, biomecánico, social, terapéutico y psicológico.

Si se realizan estrictamente los pasos que a continuación se detallan, no será necesario rebasar sino excepcionalmente, pues, como queda dicho, la técnica tiene en cuenta la conformación postcicatrizal de la zona intervenida.

#### INDICACIONES

Están indicadas cuando se pierden las piezas dentarias por cualquier causa capaz de producir mutilación dentaria y que sea necesario mantener la estética, función e integridad psíquica.

#### CONTRAINDICACIONES

- a) En cardiovasculares descompensados.
- b) Por razones psíquicas en un estado general deficiente.
- c) Durante la evolución y convalecencia de enfermedades infecciosas.
- d) Algunos dan como contraindicación aquellos casos que requieren exéresis de tejido alveolar (ejemplo: protuberancia al-

veolar, exostosis, etc.), pero en realidad, y teniendo presente la base transparente de Sears, verdadera "guía quirúrgica", deja de ser una contraindicación.

### VENTAJAS

#### *Para el paciente:*

a) Sociales: Las actividades del paciente no son interrumpidas por la intervención.

b) Estéticas: Indiscutible, pues mantiene la expresión y dimensión faciales.

c) Funcionales: La primera faz de la digestión (masticación, insalivación, formación del bolo alimenticio) no se interrumpe. La fonética no se desvirtúa.

Se constituye un reborde alveolar, con gingiva fuertemente adherida y con un substrátum óseo, especialmente formado para mejor función de la prótesis.

d) Terapéuticos: No aparece o se halla grandemente amortiguado el dolor postoperatorio, pues la reposición actuará como anodino y protector de la herida.

También actúa como hemostático mecánico (verdadero vendaje), reteniendo los coágulos sanguíneos y evitando su infección secundaria.

El proceso cicatricial se encuentra dirigido y extraordinariamente acelerado por la acción mesoterápica de la prótesis.

e) Protésicas: Se puede efectuar prótesis con la disposición, forma, tamaño, dirección y matiz de los dientes naturales. Idéntica relación vertical oclusiva y la misma expresión facial.

f) Psicológicas: El paciente no se habitúa a estar sin dientes, por lo que el aprendizaje es más rápido. Se graba mentalmente la necesidad de tener constantemente los aparatos puestos. No se considera con vejez prematura por la falta de sus órganos dentales.

#### *Para el odontólogo:*

Oportunidad de realizar una técnica moderna y muy estética.

Trabajo bien remunerado.

Reconocimiento y confianza del paciente.

Jerarquía profesional.

### DESVENTAJAS

a) Se podría objetar que la colocación de una prótesis sobre una herida abierta provocará reacciones desfavorables, pero la experiencia clínica demostró que actúa como vendaje, hemostático mecánico por compresión y como protector de los tejidos traumatizados contra los agentes externos. La sensibilidad de los tejidos heridos disminuye y son moldeados en su cicatrización por la prótesis.

b) Mayores honorarios: Problemas de orden económico que se crean cuando no se pone en antecedentes al paciente de los mayores honorarios.

c) Preoperatorio: Exige una preparación previa del paciente más cuidadosa que en las simples exodoncias, en especial en lo referente al estado general, recordando la avulsión de varias piezas dentarias al mismo tiempo, pudiendo llegar su número a ocho o más, según el criterio del profesional, y combinarse con alveolectomía, ya sea correctora o regularizadora.

d) Mayor atención: Lógicamente exige una observación continuada de parte del profesional. Deben cuidarse la infección, los edemas, etc.

e) Aumento de sesiones: Por exigencias de esta técnica (no quitar la prótesis por lo menos pasados tres a cuatro días de la intervención, higienización de las prótesis por el profesional hasta la organización del coágulo, vigilar los edemas e infecciones, etc.) aumentarán las visitas del paciente.

f) Técnica muy precisa: Verdadero fantasma que deja de serlo si se realiza con prolijidad, método y siguiendo paso a paso la técnica.

### TÉCNICA

#### a) Generalidades:

La técnica, tanto en la clínica como en el laboratorio de una prótesis parcial removible inmediata, es la misma que para la prótesis completa. Obtenidos los registros pre-extracción, se procede a tomar una impresión en hidrocoloide, alginato o seccional, en pasta (en esta técnica tiene suma importancia la correcta impresión de los dientes).

Obtenidos los modelos, realizamos los registros de la oclusión céntrica y montamos en un articulador anatómico.

Con la prótesis inmediata podemos realizar el levante de la oclusión en los casos que está indicado, colocando incrustaciones o coronas en las piezas dentarias remanentes. También podemos realizarlo colocándolas directamente en la prótesis, a la altura de la zona funcional (primer y segundo premolar, primer molar).

Ya montado el caso en el articulador, estableciendo la relación dentaria, eliminamos del modelo muy cuidadosamente los dientes a extraer.

Terminados los aparatos y esterilizados, se efectúan las exodoncias previa anestesia, colocando inmediatamente de efectuadas la prótesis en su posición.

Si es necesario realizar alveolectomía correctora o regularizadora, se emplea la base transparente de Sears, que será nuestro principal auxiliar en estos casos, asegurándonos una exactitud no obtenida por otros medios.

b) *Técnica detallada de acuerdo a los pasos clínicos y de laboratorio:*

1) Estudio clínico-radiográfico del caso en particular, que nos dará el diagnóstico y el pronóstico.

Impresión correcta de ambas arcadas dentarias (aún cuando una sola de ellas lleve prótesis). Relación intermaxilar (mordida). Montaje en articulador para efectuar el planeo y diseño de la prótesis.

2) Con las radiografías, los modelos montados y el paciente en el sillón, se realiza el estudio clínico relacionado con la radiografía, resultando el tipo de anclaje que depende de la cantidad de piezas remanentes, su estado y el factor estético en la visualización de los mismos.

3) Intervención quirúrgica del sector funcional si es necesario. Este paso es aconsejado en aquellos colegas que todavía no han adquirido experiencia en este tipo de prótesis. Para los que han adquirido la experiencia necesaria, y por las razones expresadas en consideraciones generales, se extraerán las piezas dentarias del sector funcional conjuntamente con las del sector estético si hubiera que extraer alguna de este sector.

4) Preparación de la cubeta individual de acrílico o disco de fonógrafo si se decidió extraer los dientes de ambos sectores a la vez (si los hubiere).

Si se ha intervenido previamente el sector funcional, se volverá a tomar las impresiones, y en base a éstas se construirán las cubetas individuales.

5) Recorte muscular e impresión definitiva con la cubeta individual. Impresión del antagonista. Obtención de los modelos de trabajo. Relación intermaxilar.

Se toman matiz, forma, tamaño de los dientes anteriores. Impresión frontal. Montaje en articulador.

6) Preparación de los alvéolos o reborde artificial de acuerdo a que sea o no necesaria la alveolectomía (en el segundo caso, preparación de la placa de Sears).

Si lo indicado es realizar los alvéolos artificiales, se recortan los dientes a extraer y se realiza el socabado necesario de acuerdo al examen clínico-radiográfico en cada "alvéolo", siguiendo la técnica de la prótesis fija inmediata.

Este alvéolo artificial es preparado por razones de estética hasta el primer premolar. En el sector funcional se prepara el reborde de manera que una vez cicatrizado quede perfectamente romo, forma que mejor soportará el trabajo de la prótesis.

Si faltan dientes, se hará una prueba previa y las correcciones necesarias.

7) Encerado, enmuflado y curado de la prótesis.

8) Colocar en solución antiséptica cuarenta y ocho horas previas a la intervención.

9) Sesión quirúrgica: Exodoncia de las piezas dentarias que así lo exigen, realizar la osteotomía con ayuda de la transbase de Sears (copia fiel de la base de la prótesis a instalar) e instalación de la prótesis.

10) Citar cada veinticuatro horas al paciente durante los cinco primeros días postoperatorios; luego, cada cuarenta y ocho-setenta y dos para control e higienización realizada por el profesional, hasta que éste crea oportuno que lo realice el paciente (aproximadamente a la segunda semana de la intervención).

Recordemos que los primeros cuatro-cinco días postoperatorios *no debe retirarse la prótesis* para no provocar la ruptura del coágulo, realizando higienización superficial por intermedio del vaporizador, donde previamente se coloca una solución antiséptica y 20-30 gotas de agua oxigenada.

(Publicado "Coop. Dental", núm. 156, y "Odttoría.")