

Exodoncias múltiples en paciente hipertenso y colocación de prótesis acrílica inmediata. Reporte de un caso clínico

Bryan Barrantes Arias⁽¹⁾

Patricia Sotela Truque, DDS, MSc.⁽²⁾

⁽¹⁾ Estudiante de tercer año de carrera Licenciatura en Odontología, Universidad Latino Americana de Ciencia y Tecnología ULACIT.

⁽²⁾ Dra. en Cirugía Dental, Docente titular de clínicas, ULACIT.

Fecha de Recibido: 5 de septiembre, 2014

Fecha de Aceptación: 25 de septiembre de 2014

Resumen: Las intervenciones con exodoncias múltiples casi siempre conllevan la colocación de una prótesis provisional inmediata, que puede ser colocada en el mismo acto quirúrgico. La pérdida de piezas dentarias es debida a diversas causas, las más frecuentes son enfermedades con gran prevalencia, la caries y la enfermedad periodontal. La pérdida de una o más piezas dentarias comporta un déficit en la eficacia masticatoria, con consecuencias tanto funcionales como orgánicas. Por ello se aconseja reponer las piezas dentarias perdidas.

Reporte de un caso: Paciente femenina de 46 años de edad, hipertensa controlada bajo medicamentos (enalapril) atendida en Ulacit el día 30 de Junio 2014, la paciente presentaba restos en 1.8 y 2.8, restos de las piezas 1.2 y 2.3 y por otro lado fractura de paredes MDP en 2.6 y en 1.6 caries extensa con compromiso pulpar asintomática sin tratamiento alguno. El propósito principal de la prótesis provisional es restituir la apariencia hasta que pueda ser elaborada una prótesis de diseño definitivo, aunque en algunos casos el mantenimiento del espacio puede ser un objetivo secundario.

Palabras Claves: exodoncias múltiples, prótesis provisional inmediata, caries, enfermedad periodontal.

Abstract: Interventions with multiple extractions almost always involve the immediate placement of a provisional prosthesis, which can be placed in the same surgical procedure. The tooth loss is due to several causes, the most common are diseases with high prevalence, caries and periodontal disease. The loss of one or more teeth comprises a deficit in masticatory efficiency with both functional and organic consequences; therefore it is advisable to replace the lost teeth. **Case Report:** Female patient, 46 years old, hypertensive controlled on medication (enalapril), presented to Ulacit on June 30, 2014. The patient presented with root tips of teeth 1.8 and 2.8, residues of 1.2 and 2.3, fractures on the walls MDP of 2.6 and 1.6 with extensive decay engaging the pulp asymptotically that was untreated. The main purpose of the temporary restoration is to restore the appearance until the final prosthesis can be prepared.

Keywords: multiple extractions, provisional prosthesis, caries, periodontal disease.

Introducción

La rehabilitación bucal de pacientes que padecieron periodontitis agresiva generalizada representa un desafío debido a la reducción horizontal y vertical de los procesos alveolares que dan como resultado la disminución en el soporte, la estabilidad y retención de la prótesis parcial.

También se presenta un colapso de los tejidos periorales, de tal forma que la prótesis parcial es una alternativa de tratamiento. La periodontitis agresiva generalizada, es una enfermedad periodontal poco común que se caracteriza clínicamente por la pérdida de inserción y destrucción ósea severa.

La pérdida de dientes causa un impacto psicológico importante, ya que el paciente se ve privado de una parte importante de su propia identidad y puede sufrir inadaptación, repercutiendo en su bienestar psicosocial y por ende en la calidad de vida, por lo tanto la rehabilitación del paciente no sólo debe considerar un plan de tratamiento adecuado desde el punto de vista clínico y de laboratorio, sino que es importante tener en cuenta el aspecto psicológico.

Por otro lado las intervenciones con exodoncias múltiples casi siempre conllevan la colocación de una prótesis provisional inmediata, que puede ser colocada en el mismo acto quirúrgico.

También La necesidad de realizar numerosas exodoncias a la vez en el mismo paciente, exige cuidados y técnicas especiales, y si a esto le sumamos compromiso sistémico debemos saber que estamos ante un tratamiento dental de bastante atención.

Antecedentes

Las prótesis dentales que utilizamos para restaurar dientes y tejidos adyacentes ausentes tienen su origen en las antiguas civilizaciones. Culturas alejadas y sin relación entre sí buscaron soluciones al edentulismo. Esto nos da una idea de lo importante que ha sido desde siempre para el hombre su dentadura. A lo largo de la historia se han utilizado para confeccionar las prótesis distintos materiales como madera, conchas, marfil, huesos, dientes de animales e incluso humanos y distintos metales, principalmente el oro. Hoy en día utilizamos metales, cerámica y resina. Surgieron por una cuestión estética pero poco a poco fue ganando peso también un objetivo más funcional. La primera prótesis dental de la que se tiene constancia se encuentra en

el Museo de la Escuela Dental de París. Fue confeccionada por los etruscos en el siglo IV a.C. utilizando dientes, animales o humanos, montados sobre bandas de oro.

Por otro lado, la exodoncia fue practicada desde la antigüedad con técnicas poco ortodoxas y muy agresivas, por personal variopinto como eran los curanderos, sangradores y barberos. Es a partir de P. Fauchard (XVIII) cuando adquiere una nueva dimensión técnica que se consolida posteriormente con los avances de los modernos anestésicos y los más depurados principios quirúrgicos.

Justificación

Una causa frecuente de consulta es la pérdida de dientes asociada a diferentes factores. A partir de esta situación, se han propuesto diversas técnicas de restauración, pero es importante que cada técnica trate de promulgarse con un uso racional y responsable de la misma, con una base diagnóstica sólida y aplicándola con un fundamento académico basado en la evidencia. Por lo que se considera necesario, la elaboración de prótesis parcial removible para la rehabilitación de pacientes edéntulos parciales.

Objetivos.

- Devolver la anatomía y fisiología de la estructura dental.
- Mejorar la salud oral del paciente.
- Dar soporte al labio y fonética
- Recuperar la función oclusal
- Recuperar dimensión vertical.
- Recuperar la estética.

Marco referencial

Cuando la indicación de exodoncia se extiende a un grupo de dientes contiguos en el mismo cuadrante, en lugar de efectuar las extracciones de cada diente de forma aislada, es decir en diferentes sesiones, se aconseja el abordaje conjunto de los mismos en una única intervención quirúrgica. Para ello, además de la extracción de los dientes, disponemos de una serie de procedimientos quirúrgicos que variarán en función del tratamiento protésico posterior. El propósito principal de la prótesis provisional es restituir la apariencia hasta que pueda ser elaborada una prótesis de diseño definitivo. (Odontocat., 2001).

La estrecha relación que existe entre la exodoncia y la prótesis están en íntima relación, ya que en un futuro más o menos próximo, se asentará una prótesis en la zona que hemos trabajado. Por ello para poder aplicar las técnicas quirúrgicas más correctas, que permitan la rápida rehabilitación protésica de la zona tratada, el odontólogo debe recordar que inmediatamente deberán reponerse los dientes extraídos. Entendemos como prótesis inmediata aquella prótesis que se coloca inmediatamente después de las exodoncias. Ello implica que se confecciona la prótesis antes del acto quirúrgico, y que durante la intervención se regularizan los maxilares, con el fin de poder colocar dicha prótesis inmediatamente después de finalizar el acto quirúrgico (Cosme Gay Escoda/Leonardo Berini Ayté, 2008).

La prótesis inmediata puede realizarse de un diente, de un grupo de dientes. En la actualidad, la mayoría de los prostodoncistas resalta la conveniencia de colocar las prótesis tan pronto como sea posible después de la extracción de los dientes naturales, con el fin de evitar las alteraciones de las relaciones intermaxilares, la modificación de la apariencia del paciente y la formación de hábitos musculares defectuosos durante la masticación y la fonación. Por ello, cuando esté indicado desdentar al paciente, debemos valorar la posibilidad de colocar una prótesis inmediata y planificar la intervención con el fin de remodelar el hueso alveolar y eliminar los posibles obstáculos que impidan la normal inserción de la prótesis. Cuando las personas saben que no permanecerán edéntulas durante un período prolongado de tiempo, es menos probable que comprometan su salud general al conservar sus dientes sépticos (B. Alan Carr, McGivney Glan, 1994)

Las prótesis inmediatas tienen una serie de ventajas:

- Mejor hemostasia
- Curación más rápida de las heridas
- Mejor fonación, respiración y deglución
- Mejor eficacia masticatoria, aunque suele ser lenta
- Mejor estética del paciente y por tanto menor impacto psicológico
- Mejor tono muscular
- Cuando la prótesis no tiene la misma forma que los dientes extraídos, la provisional nos sirve de orientación para confeccionar la definitiva, el paciente sobre la provisional opina de las variaciones que le gustaría realizar en la definitiva, en muchos casos es posible (tamaño de dientes, forma, color, disposición de los dientes, etc.)
- Menor reabsorción ósea (B. Alan Carr, McGivney Glan, 1994).

Las contraindicaciones son: alteraciones del paciente tipo diabetes, debido a la mala cicatrización, enfermedades sanguíneas y hemáticas, y alteraciones cardíacas.

Por otro lado las indicaciones de las exodoncias son:

- Patología dentaria
- Caries que ha destruido total o parcialmente la corona dentaria con afectación pulpar o con otras complicaciones que no pueden ser tratadas de forma conservadora.
- Patología periodontal y enfermedades periodontales avanzadas, que ya no son eficaces técnicas conservadoras de periodoncia.
- Pérdida ósea.
- Bolsas a la bifurcación.
- Movilidad dentaria.
- Motivos protésicos
- Por diseños o estabilidad de prótesis.
- Diente extruido que altera dimensión vertical, dientes inclinados y en malposición.
- Motivos estéticos
- Todos los traumatismos alveolo dentarios.
- Fracturas verticales de los dientes (Cosme Gay Escoda/Leonardo Berini Ayté, 2008).

Contraindicaciones para la exodoncia

- Alteraciones regionales.
- Tumores malignos bucales.
- No se recomienda la extracción de un diente en una neoplasia (Cosme Gay Escoda/Leonardo Berini Ayté, 2008).

Reporte del caso clínico

Se atendió a una paciente femenina de 46 años de edad, atendida en Ulacit el día 30 de Junio 2014, la paciente tiene presión alta y toma Enalapril y menciona estar bajo control, La paciente presentaba restos en 1.8 y 2.8, restos de las piezas 1.2 y 2.3 y por otro lado fractura de paredes MDP en 2.6 y en 1.6 caries extensa con compromiso pulpar asintomática sin tratamiento alguno.

En este caso mi paciente indica que “no recuerdo si en algún momento me sacaron las cordales”, clínicamente no son visibles y por otro lado la 1.2 y 2.3 son restos radiculares que en su momento tenían caries y se agravo dando como resultado las fracturas dentales completas de su corona; sin embargo se desconoce los motivos por los cuales se presentan en este estado las piezas, por otro lado las piezas 2.6 y 1.6 presentan el mismo pronostico a diferencia que poseen 1 o 2 paredes coronales ambas con compromiso pulpar y asintomáticas. (Fig.1)



Fig. 1. A. Arcada superior, B. Arcada inferior.

La etiología de su condición se debe porque por temor al dentista y decidió no asistir a realizar los debidos procedimientos y por eso permitió que avanzaran las caries. Por tanto en el caso de las cordales se desconoce su etiología y la paciente no recuerda, sin embargo radiográficamente se observan restos radiculares que han ido bajando y quedaron impactados.

Secuencia del tratamiento

En la primera cita se realiza un diagnóstico y se indaga en la historia clínica del paciente y un minucioso examen clínico, anotando todos los datos que estos estudios nos aportarán, suele ser muy fácil establecer un correcto diagnóstico, lo cual es primordial para efectuar el tratamiento más pertinente en cada caso particular. En la historia clínica. Se realiza una correcta anamnesis, investigando todos los antecedentes que puedan ser de interés, sin descuidar todos los signos y síntomas del proceso o enfermedad actual. También se realiza un examen clínico general buscando signos y síntomas sistémicos empezando con tensión arterial y pulso. Por consiguiente se realiza un examen regional. Investigando la presencia de tumefacción extrabucal, adenopatías cervicales, trismo, disfagia, etc. Se procede a realizar radiografías intraorales completas (Fig. 2 y Fig. 3.), modelos de estudio para la confección de la prótesis parcial provisional, índice de placa y de sangrado, sondaje periodontal, instrucciones de higiene oral y el adecuado seguimiento, por consiguiente no se le suspende la toma de su medicamento (enalapril) ya que se encuentra controlada y se eliminan todos los focos infecciosos realizando raspado manual y el uso del cavitron tanto en la arcada inferior como superior.

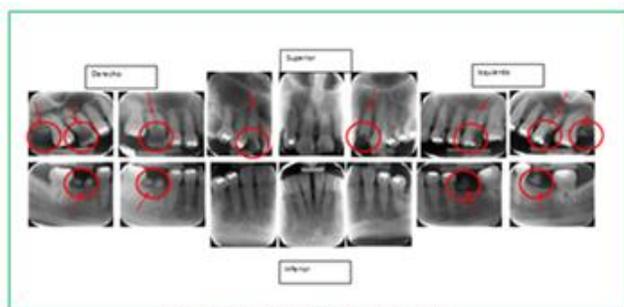


Fig. 2. Radiografías intraorales.

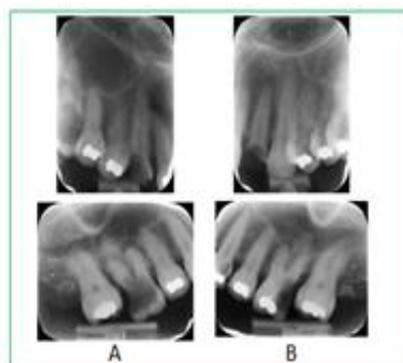


Fig. 3. A. Cuadrante II y III, B. Cuadrante I y IV.

En la segunda cita (Fig. 4), se le dan las indicaciones y se le explica brevemente las acciones a ser realizadas ese día. Se procede a realizar las exodoncias múltiples de las piezas con restos en 1.8 y 2.8, 1.2 y 2.3 y por otro lado fractura de paredes MDP en 2.6 y en 1.6 caries extensa con compromiso pulpar asintomática sin tratamiento alguno.

Para la confección de la prótesis parcial inmediata se escoge el color A66 Guía Vita con la

elección del tamaño de los dientes midiendo la distancia de canino a canino.

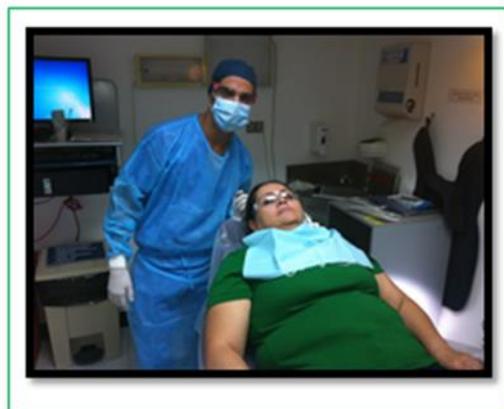


Fig. 4. Atención segunda cita ULACIT.

Se utiliza anestesia tópica y 4 cárpales de anestesia (lidocaína 2%) y jeringa pequeña con técnica infiltrativa y refuerzo palatino en las piezas a extraer. Se empieza por cuadrante I con las exodoncias de 1.8, 1.6 1.2 y se termina por cuadrante II con las piezas 2.3, 2.6 y 2.8, (Fig. 5, Fig. 6, Fig.7.). Se sigue protocolo de principios básicos de la exodoncia bucal que comprende:

1. Asepsia.

La asepsia quirúrgica es un conjunto de acciones diseñadas para evitar la infección de la herida durante la intervención quirúrgica. Existe ausencia total de gérmenes microbianos.

La antisepsia es un conjunto de métodos destinados a prevenir y combatir la infección, destruyendo los microorganismos existentes en la superficie o en el interior de las cosas o los seres vivos.

2. Asepsia del paciente

La cavidad bucal nunca está completamente estéril. Sin embargo, puede evitarse la mayor parte de la contaminación antes de la intervención efectuando una limpieza de la boca de forma minuciosa, previa a la intervención con cepillado y enjuagues con Clorhexidina 2%.

3. Asepsia del instrumental

Todo el instrumental utilizado estéril, lo cual puede obtenerse con calor húmedo (autoclave).

4. Asepsia del dentista.

Lavado de manos y la colocación de la ropa adecuada y los guantes estériles.

5. Instrumental: Jeringa metálica tipo Carpule, Separador de Minnesota, Periostótomo, la cucharilla para hueso o cureta sirve para eliminar tejido patológico, pinzas gubia, elevadores rectos siguiendo los tiempos de los elevadores (Aplicación, luxación y extracción), Forceps para molares y dientes anteriores respetando los tiempos de los fórceps (Prensión, Impulsión, luxación, Tracción). (Cosme Gay Escoda/Leonardo Berini Ayté, 2008)



Fig.5 Exodoncia de 1.8, 1.6 y 1.2



Fig.6 Exodoncia de 2.8 , 2.3



Fig. 7. Exodoncia de 1.2 y 2.3

Después de realizar las exodoncias múltiples (Fig. 8) se realizan pruebas de valsalva se coloca Gelfoan en todos los alveolos, la colocación de la prótesis se lleva a cabo después de que los alveolos hicieron la coagulación correspondiente.



Fig. 8. Piezas extraídas.

Se da seguimiento a la colocación de la Prótesis parcial inmediata (Fig. 9, Fig.10), se ajustan los ganchos forjados y se chequea la oclusión (Fig. 11.).



Fig. 9. Colocación de la prótesis parcial inmediata.



Fig. 10. Colocación de la prótesis parcial inmediata.



Chequeo de la oclusión.



Al final de la cita se le dan indicaciones post-exodoncia entre ellas se mencionan:

- No conducir o beber alcohol hasta 24 horas después de la exodoncia.
- Coloque una bolsa de hielo o toallas frías en la cara lo más cerca de la zona durante las primeras 24 horas (frío local durante 10 minutos y descansar después 10 minutos).
- No enjuague la boca durante las primeras 24 horas. No se debe escupir ni hacer movimientos repetitivos de succión.
- Si hace estas acciones puede desalojarse el coágulo e interrumpir el proceso normal de cicatrización.
- Al día siguiente de la exodoncia puede enjuagarse la boca, con Colgate Plax sin alcohol, debe hacerlo después de cada comida (3 veces al día). Es normal que la limpieza de la herida quirúrgica le produzca un poco de dolor y un ligero sangrado durante las dos primeras semanas.
- Mantener una postura en la que la cabeza esté a nivel más alto que el cuerpo.
- Alimentos blandos y a temperatura ambiente (ni frío ni caliente).
- Durante las primeras 24 horas notará que rezuma un poco de sangre por la herida, si aparece un sangrado anormal, doble una gasa estéril, colóquela sobre la zona y muerda durante 30 minutos (puede repetirlo varias veces) hasta que pare de sangrar.

- Durante el postoperatorio puede presentar hinchazón y hematoma (cara y cuello), dolor, dificultad a la apertura de la boca. No realizar trabajo o ejercicio físico importante.
- No fumar durante el postoperatorio.(Cosme Gay Escoda/Leonardo Berini Ayté, 2008)

Por otro lado se le recomienda un analgésico de su elección, en caso de dolor.

Conclusiones

1. La valoración, diagnóstico, planeación y tratamiento interdisciplinario exodoncia-prótesis, permiten obtener resultados exitosos.
2. Se mostró que las prótesis parciales inmediatas son una alternativa de rehabilitación protésica para pacientes que padecieron periodontitis agresiva generalizada severa o algún otro padecimiento.
3. Se logró mejorar la función, la estética, y fonética.
4. Desde la perspectiva psicosocial, todo esto representa una mayor seguridad y confianza en el desarrollo de relaciones interpersonales de la paciente, repercutiendo en su bienestar, elevando su autoestima y por ende, una mejor calidad de vida.
5. Las prótesis parciales inmediatas facilitan la adecuada higiene y un menor costo de mantenimiento.

Agradecimientos

A la Dra. Patricia Sotela Truque por su conocimiento y por la colaboración brindada durante las citas dentro del tratamiento para llevar a cabo la ejecución del caso con la paciente.

Bibliografía

“A systematic review of cardiovascular effects of epinephrine on hypertensive dental patients” Triple O. junio 2002. V. 93. No. 6

“Oral surgery in patients on anticoagulant therapy.” Triple O. Julio 2002. V. 94. No. I.

“The impact on dentistry of recent advances in the management of hipertensión” Triple O. Noviembre 2000. V. 90. No. 5.

Alpizar, Astrid; Arroyo, Vanessa, Jiménez, Patricia y Portuguez, Francisco. PRINCIPIOS BÁSICOS EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE DE EXODONCIA SIMPLE. Primera edición. Ulacit. San José. Costa Rica. 2004.

B. Alan Carr, McGivney Glan (1994)McCracken, Prótesis Parcial removible, 11° Ed. Pág.458

Cosme Gay Escoda/Leonardo Berini Aytés. Cirugía bucal. Editorial: Océano/Ergon. Año: 2008 vol. 1.Tema 1. La Cirugía Bucal como especialidad. Pág. 1- 40.

Cosme Gay Escoda/Leonardo Berini Aytés. Cirugía bucal. Editorial: Océano/Ergon. Año: 2008 vol. 1.Tema 1. La Cirugía Bucal como especialidad. Pág. 1- 40.

Cosme Gay Escoda/Leonardo Berini Aytés. Cirugía bucal. Editorial: Océano/Ergon. Año: 2008 vol. 1.Tema 2. Instrumental y material quirúrgico. Pág. 41- 66.

Cosme Gay Escoda/Leonardo Berini Aytés. Cirugía bucal. Editorial: Océano/Ergon. Año: 2008 vol. 1.Tema 4. Tiempos operatorios en Cirugía Bucal. Pág. 111- 154.

Cosme Gay Escoda/Leonardo Berini Aytés. Cirugía bucal. Editorial: Océano/Ergon. Año: 2008 vol. 1.Tema 5. Técnicas anestésicas en Cirugía Bucal. Pág. 155- 198.

Cosme Gay Escoda/Leonardo Berini Aytés. Cirugía bucal. Editorial: Océano/Ergon. Año: 2008 vol. 1.Tema 6. Principios básicos de la exodoncia. Pág. 199-226.

Ferro Camargo, M. B. (1995). Periodoncia. En M. Gómez Guzmán, Fundamentos de la odontología. (Segunda ed., Vol. 1, pág. 586). Colombia: Pontificia Javeriana .

G. Bartolucci, E. (2007). Atlas de Periodoncia. En E. G. Bartolucci, & R. López Gómez (Ed.), Atlas de Periodoncia. (E. Padros Serrat, Trad., 1º ed., pág. 671). MADRID, España: Ripano S.A.

Laskin, Daniel M. CIRUGIA BUCAL Y MAXILO FACIAL. Última edición. Editorial Médico Panamericana. Buenos Aires.

Odontocat. (2001). Especialidades cirugía, extracciones múltiples. Recuperado el 21 de setiembre de 2011 de <http://www.odontocat.com/ciru5.htm>

Paula Aparicio Morales; Adriana Basili Esbry; Loreto Castellón Zirpel. Autotrasplante dentario: revisión de literatura y casos clínicos. Revista Odontológica Mexicana Vol. 12, Núm. 4 Diciembre 2008.

Peterson, Larry J. CONTEMPORARY ORAL AND MAXILLO FACIAL SURGERY. Cuarta Edición 2002. Editorial Mosby. USA.