



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**REUTILIZACIÓN DE INFRAESTRUCTURA METÁLICA
PARA RENOVAR PRÓTESIS HÍBRIDA ALL-ON-6 DE
DIEZ AÑOS DE USO**

CASO CLÍNICO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

**ESPECIALISTA EN PRÓTESIS BUCAL E
IMPLANTOLOGÍA**

P R E S E N T A:

DOMENICO JEROME RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

TUTOR: Mtro. ALEJANDRO TREVIÑO SANTOS



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES.....	2
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
4. OBJETIVO.....	4
5. MÉTODO: PRESENTACIÓN DEL CASO.....	5
5.1 IMPRESIONES Y REGISTROS INTERMAXILARES.....	8
5.2 FASE I DE LABORATORIO.....	10
5.3 VERIFICACIÓN EN CERA.....	12
5.4 FASE II DE LABORATORIO.....	12
5.5 INSERCIÓN DE LA PRÓTESIS SUPERIOR.....	13
5.6 PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.....	13
6. RESULTADOS.....	15
7. DISCUSIÓN.....	16
8. CONCLUSIONES.....	17
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18

Reutilización de infraestructura metálica para renovar prótesis híbrida All-on-6 de diez años de uso

Rodríguez González D, DDS. Treviño Santos A, MSC.

INTRODUCCIÓN: La actualización de materiales para rehabilitación en Implantología ha generado que algunos aditamentos que fueron de ayuda en el pasado actualmente queden obsoletos, generando la necesidad de comprar materiales para cambiar prótesis que ya están deterioradas.

OBJETIVO: Describir una alternativa para preservar aditamentos e infraestructura de una prótesis híbrida, optimizando tiempo y economía y evaluar los resultados estéticos y funcionales.

METODOLOGÍA: Una paciente de 77 años de edad que utiliza prótesis híbrida maxilar tipo All-on-6 metal-acrílico, acude al departamento de Prótesis Bucal. Clínicamente, existen múltiples daños en el acrílico. La prótesis está retenida por aditamentos Multibase®, no disponibles en el mercado. Por cuestiones económicas, el tratamiento consistirá en cambiar el acrílico de la prótesis híbrida y colocar dientes nuevos, preservando la infraestructura metálica. En mandíbula, se realizará prótesis inmediata. Se realizó una impresión con polivinil-siloxano sobre la prótesis maxilar, la cual, posteriormente, fue retirada de boca y se le atornillaron análogos para Multibase para colocarla dentro de la impresión. Se realizó un registro interoclusal. Se atornillaron casquillos de protección a cada uno de los Multibase® en boca y se colocó una prótesis transicional. Se envió al laboratorio, donde se retiró todo el acrílico de la prótesis superior, dejando descubierta la infraestructura; sobre ésta se enfilaron nuevos dientes de acrílico. Se hizo una verificación en cera de la prótesis.

RESULTADOS: Tras su acrilizado, se insertó la prótesis híbrida en la paciente, observando buen ajuste y asentamiento sobre los aditamentos; se atornilló a 15Ncm y se sellaron los orificios de acceso. Se realizaron las extracciones de dientes inferiores y se adaptó la prótesis total.

CONCLUSIÓN: La preservación de la infraestructura para crear una nueva prótesis híbrida representó ser una alternativa viable y económica que ahorra tiempo y trabajo en el consultorio.

PALABRAS CLAVE: Prótesis híbrida, infraestructura, acrilizado.

INTRODUCTION: The updating of materials for rehabilitation in Implantology has generated that some attachments that were helpful in the past are now obsolete, generating the need to buy materials to change prostheses that are already deteriorated.

OBJECTIVE: Describe an alternative to preserve attachments and infrastructure of a hybrid prosthesis, optimizing time and economy, and evaluating the aesthetic and functional results.

METHODS: A 77-year-old patient who uses an All-on-6 metal-acrylic hybrid maxillary prosthesis, visits the Oral Prosthesis department. Clinically, there are multiple damages to acrylic. The prosthesis is retained by Multibase® abutments, not available on the market. For economic reasons, the treatment will consist of changing the acrylic of the hybrid prosthesis and placing new teeth, preserving the metallic infrastructure. In the mandible, an immediate prosthesis will be made. A polyvinyl-siloxane impression was made on the maxillary prosthesis, which was subsequently removed from the mouth and analogues for Multibase were screwed onto it to place it within the impression. An interocclusal record was made. Protection caps were screwed to each of the Multibase® in the mouth and a transitional prosthesis was placed. It was sent to the laboratory, where all the acrylic was removed from the upper prosthesis, exposing the infrastructure; on this new acrylic teeth were filed. A wax verification of the prosthesis was made.

RESULTS: After processing, the hybrid prosthesis was inserted in the patient, observing a good fit and settlement on the attachments; it was screwed to 15Ncm and the access holes were sealed. The lower teeth were extracted and the full denture was fitted.

CONCLUSION: The preservation of the infrastructure to create a new hybrid prosthesis represented to be a viable and economical alternative that saves time and work in the office.

KEY WORDS: Hybrid prosthesis, infrastructure, acrylic.

INTRODUCCIÓN

El concepto de tratamiento “All-on-six” fue desarrollado para maximizar el uso de hueso remanente disponible en los maxilares, permitir la función inmediata y evitar procedimientos regenerativos que incrementan los costos y riesgos de complicaciones. Así mismo, el objetivo principal de la colocación de implantes es generar retención duradera de la rehabilitación, colocándolos en la mejor posición posible para generar una solución protésica funcional y estética.

Para una planeación exitosa de la rehabilitación con implantes, se deben considerar factores como: la morfología del tejido, higiene bucal, historia de periodontitis y posibilidad económica del paciente. Las fallas técnicas más comunes asociadas a las prótesis fijas implanto-soportadas son: fractura del material de recubrimiento, ruptura del tornillo del aditamento y fractura de la supraestructura.

Las reconstrucciones con implantes en maxilares edéntulos a menudo son desafiantes y complicadas. Algunas de las consideraciones y desafíos importantes incluyen la anatomía del maxilar, el patrón de reabsorción ósea, la calidad del hueso disponible para los implantes, el papel del maxilar en el habla y la percepción de la estética.

La rehabilitación protésica del maxilar edéntulo puede lograrse mediante prótesis removibles implanto-retenidas o implanto-soportadas y mediante prótesis fijas implanto-soportadas.

Para pacientes completamente desdentados, las prótesis totales fijas sobre implantes representan una alternativa de tratamiento comúnmente aceptada. Éstas usualmente requieren la colocación de cierta cantidad de implantes sobre el hueso residual o después de procedimientos óseos regenerativos. La prótesis consiste en una infraestructura metálica que puede ser vaciada o fresada y que estará cementada o atornillada a los implantes o a los aditamentos, mientras que materiales poliméricos (resinas) o cerámicos serán utilizados para reemplazar los dientes y tejidos gingivales faltantes.

Los aditamentos Multibase® fueron desarrollados para soportar rehabilitaciones de gran extensión que deben ser atornilladas, como prótesis fijas, sobredentaduras de barra y prótesis híbridas. Actúan como un intermediario entre la conexión del implante y el aparato protésico, funcionando como un rompiefuerzas entre ambos. Estos aditamentos proporcionan flexibilidad restaurativa debido a una amplia gama de componentes.

ANTECEDENTES

Una prótesis fija implanto-soportada se compone de un armazón metálico vaciado, que es recubierto por resina acrílica y que también incluye dientes artificiales. El primer modelo de prótesis fija implanto-soportada fue propuesto por Bränemark, también llamada como Ad-Modum Bränemark®, en el que los implantes en el maxilar se encontraban colocados mesialmente respecto al seno maxilar. El aparato protésico constaba de una base de aleación preciosa unida a los aditamentos de los implantes, y sobre ella, dientes acrílicos unidos por medio de resina acrílica. ^{1,2}

Algunos de los parámetros determinantes del tipo de rehabilitación con implantes en un paciente completamente edéntulo son: la magnitud del espacio disponible desde la cresta ósea hasta el plano oclusal (también llamado espacio protésico) y el soporte que tienen los labios. ³

El espacio necesario para una prótesis fija implanto-soportada va desde los 11 mm hasta los 15 mm, siempre que exista un soporte labial provisto por la estructura ósea. Cuando hay menos espacio (10mm) y se dispone de soporte labial, se utiliza la restauración fija implanto-soportada hecha de metal porcelana; cuando tenemos más de 15 mm de espacio para la prótesis, pero no se dispone de soporte labial, la opción a seguir será una sobredentadura implanto-retenida, que dará el soporte labial que no puede dar la estructura ósea del paciente. ⁴

Sin embargo, Zarb y colaboradores proponen el tratamiento en maxilares desdentados totales con reabsorción severa utilizando una prótesis fija implanto-soportada que posee un armazón metálico cubierto de acrílico y dientes artificiales, habiendo espacios protésicos mayores a 15mm.⁵ La falta de adaptación entre el armazón metálico y los implantes puede ocasionar la pérdida de soporte óseo y falla de la oseointegración, lo cual resulta un factor clínico determinante. Generalmente es aceptado que el ajuste pasivo de una prótesis es necesario para brindar mantenimiento y así consolidar el éxito a largo plazo de un tratamiento implanto-soportado.⁶

Los reportes científicos han evidenciado que el desajuste del armazón metálico es un indicador importante en las causas de dificultades mecánicas y también biológicas. El debilitamiento de tornillos tanto de la prótesis como del aditamento protésico, así como la ruptura de varias partes de éste sistema han sido atribuidos al desajuste y desadaptación de la prótesis. Así mismo, reacciones negativas de los tejidos circundantes, dolor y disminución del hueso marginal son también una posible consecuencia de la desadaptación de la prótesis.⁷

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La constante actualización de materiales para rehabilitación en Implantología ha generado que algunos aditamentos que fueron de gran ayuda en el pasado, actualmente queden obsoletos. Esto conduce a la necesidad de comprar nuevos materiales para cambiar prótesis que ya se encuentran deterioradas debido a su uso normal.

En éste trabajo se describe una alternativa de tratamiento que consiste en preservar aditamentos e infraestructura de una prótesis híbrida ya existente, optimizando tiempo y economía y obteniendo excelentes resultados estéticos y funcionales.

OBJETIVO

Describir una alternativa de tratamiento protésico que consiste en preservar aditamentos e infraestructura de una prótesis híbrida ya existente para confeccionar una nueva prótesis.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Una paciente femenina de 77 años de edad se presenta a la clínica de Prótesis Bucal e Implantología solicitando el cambio de sus prótesis (figura 1). Como antecedentes patológicos personales, padece hipertensión y está medicada con ácido acetil salicílico de 75 mg. cada 24 horas. Al análisis clínico, se observa que es portadora de una prótesis híbrida tipo All-on-6 en maxilar, la cual tiene severo desgaste del material de recubrimiento y pigmentación de la resina que sella los orificios de acceso para los implantes (figura 2).



FIGURA 1. Fotografías extraorales iniciales de la paciente.



FIGURA 2. A) Vista oclusal de la prótesis híbrida superior donde se observa la pigmentación de la resina en los orificios de acceso, B) Vista frontal donde se aprecia el desgaste del acrílico provocando un plano protésico inadecuado, C) Vista de la superficie interna de la prótesis, con presencia de cálculo.

En mandíbula presenta una rehabilitación fija metal-porcelana cementada sobre los órganos dentarios 33, 34, 43, 44 y 45 con púnticos del mismo material para los órganos dentarios 32, 31, 42 y 41; se observa desprendimiento de la cerámica en la zona del 44 y aditamentos de semiprecisión en el aspecto distal de los dientes 34 y 45 (figura 3). La paciente cuenta con una prótesis parcial removible inferior, pero no la utiliza debido a que al tratar de insertarla siente movilidad en los pilares metal-cerámica. Su tratamiento protésico fue realizado en la clínica de Prótesis en el año 2013.

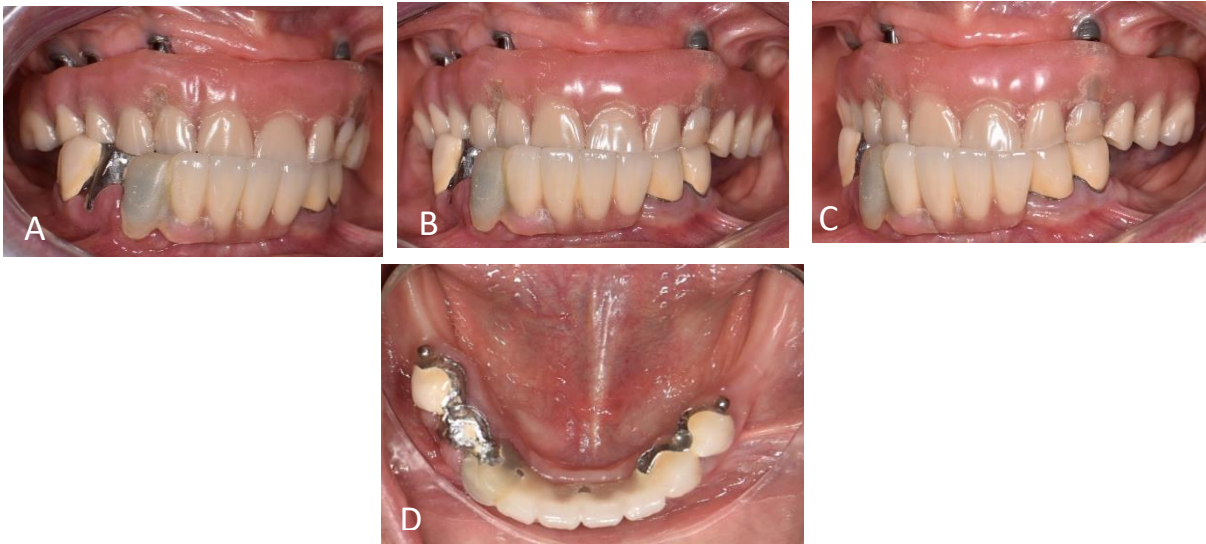


FIGURA 3. A) Vista lateral derecha de las prótesis superior e inferior, donde se observa la pérdida de cerámica en el diente 44, B) Vista frontal donde nuevamente se aprecia el desgaste del acrílico provocando un plano protésico inadecuado, C) Vista lateral izquierda de ambas prótesis evidenciando el desajuste de las prótesis inferiores, D) Vista oclusal inferior donde se observan los retenedores macho de semiprecisión.

Se realizó un estudio radiográfico, observando que en maxilar tiene 6 implantes Straumann® en la zona de los dientes 14, 13, 23, 24, 16 y 26, además de aditamentos Multibase® conectados a cada uno de ellos (figura 4). La prótesis híbrida está atornillada a dichos aditamentos. En mandíbula, los dientes 33, 44 y 45 están tratados endodónticamente, mientras que los dientes 33 y 34 presentan pérdida ósea horizontal y los dientes 44 y 45, pérdida en sentido horizontal y vertical. El diente 43 tiene engrosamiento del espacio del periápice y una severa pérdida de soporte óseo (figura 5).

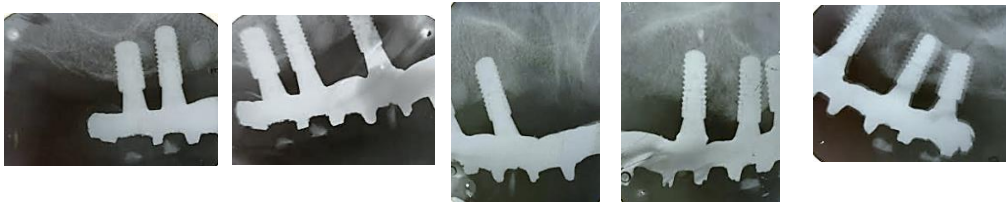


FIGURA 4. Radiografías dentoalveolares donde se observan los implantes de los dientes 14, 13, 23, 24, 16 y 26, aditamentos Multibase® conectados en cada uno y la infraestructura metálica de la prótesis.



FIGURA 5. Radiografías dentoalveolares donde se observa que los dientes 33 y 34 presentan pérdida ósea horizontal y los dientes 43, 44 y 45, pérdida en sentido horizontal y vertical.

Se decidió desatornillar la prótesis híbrida maxilar, con lo cual se observó una encía subyacente ausente de eritema o inflamación; también se pudo observar la presencia de los 6 aditamentos Multibase®, los cuales están en buenas condiciones (figura 6).



FIGURA 6. A) Vista clínica de los aditamentos Multibase® en zonas de dientes 13, 14 y 16. B) Vista oclusal de los 6 aditamentos y la encía sana subyacente. C) Vista clínica de los aditamentos Multibase® en zonas de dientes 23, 24 y 26.

En mandíbula, se realizó una impresión diagnóstica con alginato, durante la cual, la prótesis metal- cerámica se separó de boca, con lo que se pudo observar que los dientes 33, 34, 43, 44 y 45 presentaban caries, dentina reblandecida y movilidad grado II, además de que el 45 no tenía corona clínica (figura 7A). Se realizó la higiene de la prótesis maxilar y se colocó de nuevo sellando los orificios de acceso con cinta teflón y resina compuesta, y se realizaron prótesis provisionales acrílicas para colocarlas en los dientes inferiores (figura 7B y 7C).



FIGURA 7. A) Dientes 33, 34, 43, 44 y 45 presentan caries, dentina reblandecida y movilidad grado II, además de que el 45 no tenía corona clínica. B) Higiene de la prótesis superior. C) Coronas provisionales inferiores con la misma forma y dimensiones que la prótesis metal cerámica previa.

Basándose en los hallazgos clínicos y radiográficos, se emitió el diagnóstico de periodontitis estadio IV generalizada en la arcada inferior y salud periimplantaria en la arcada superior.

A partir del diagnóstico emitido, se le propusieron a la paciente tres opciones de tratamiento (cuadro 1).



CUADRO 1. Opciones de tratamiento ofrecidas a la paciente.

Por cuestiones económicas de la paciente y debido a que los aditamentos Multibase® ya no son comercializados por Straumann®, el plan de tratamiento elegido es cambiar el acrílico de la prótesis híbrida y colocar dientes y encía nuevos, preservando la infraestructura metálica y los aditamentos. En mandíbula se realizarán extracciones de los órganos dentarios remanentes, regularización de proceso y se colocará una prótesis total inmediata.

IMPRESIONES Y REGISTROS INTERMAXILARES

Para elaborar la prótesis inferior, se utilizó el modelo primario para realizar un portaimpresión personalizado. Se retiraron los provisionales de los dientes 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44 y 45; se realizó una impresión fisiológica en boca con silicona por condensación y hule de polisulfuro para registrar a detalle los tejidos y movimientos musculares. Se obtuvo el modelo de trabajo inferior, en el cual se realizó una base de registro que evitara tocar los dientes remanentes, pero que

permitiera colocar un rodillo de cera para registrar las relaciones intermaxilares (figura 8).

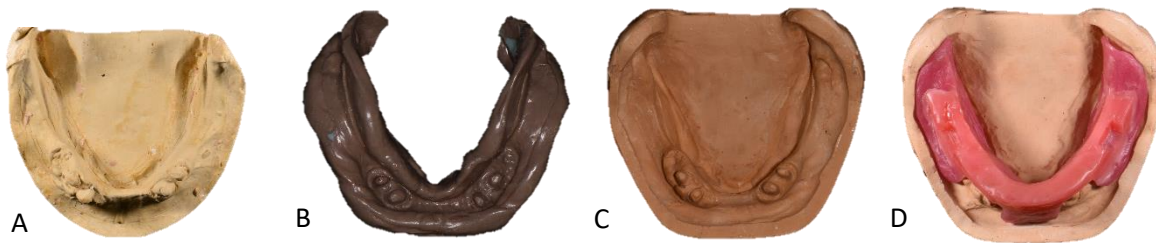


FIGURA 8. A) Modelo primario inferior. B) Impresión fisiológica inferior. C) Modelo de trabajo inferior. D) Placa base y rodillo.

Con la base de registro y rodillo inferior y la prótesis superior colocados en boca, se hicieron pruebas de fatiga y fonéticas para determinar la dimensión vertical, estableciéndola en 54 mm. Después de ello, se obtuvo un registro interoclusal con silicona por adición (figura 9).



FIGURA 9. A) Dimensión vertical en 54 mm. B) Pruebas fonéticas con el rodillo colocado en boca. C) Registro interoclusal.

Para poder obtener un registro adecuado de la prótesis superior y los tejidos blandos subyacentes, se realizó una impresión con polivinil-siloxano sobre la prótesis maxilar atornillada en boca. Después de obtenida la impresión, se retiró la prótesis de boca y se le atornillaron 6 análogos para Multibase®, los cuales se obtuvieron de un caso antiguo, y se colocó la prótesis dentro de la impresión (figura 10). Ésta impresión servirá para que, en el laboratorio, el técnico obtenga un modelo de trabajo. Se realizó una selección de color para los nuevos dientes. Se enviaron al laboratorio: la impresión superior, la prótesis híbrida con los análogos y el modelo inferior con el rodillo y registro interoclusal.

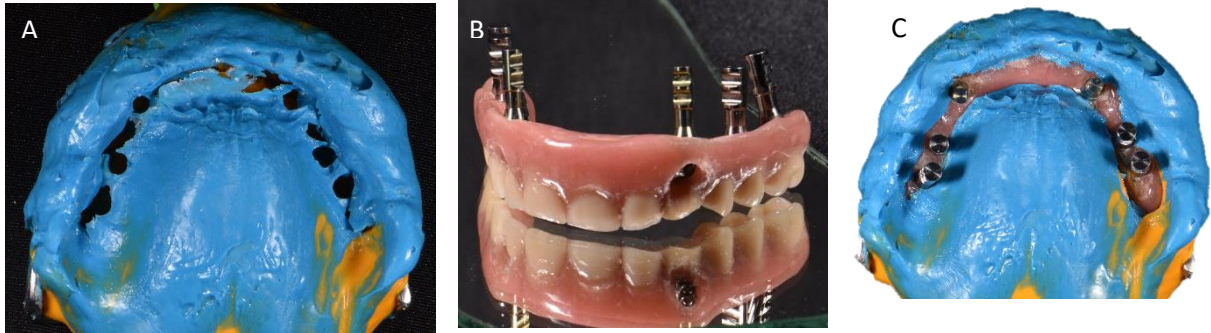


FIGURA 10. A) Impresión en polivinil-siloxano de la prótesis superior. B) Prótesis superior fuera de boca con análogos de laboratorio colocados. C) Prótesis con los análogos ya colocados insertada dentro de la impresión y lista para obtener el modelo de trabajo superior.

Como tratamiento provisional superior, se atornillaron casquillos de protección a cada uno de los Multibase® en boca y se colocó una prótesis total transicional, que fue rebasada con acondicionador de tejidos. Se colocaron de nuevo las prótesis provisionales inferiores (figura 11).

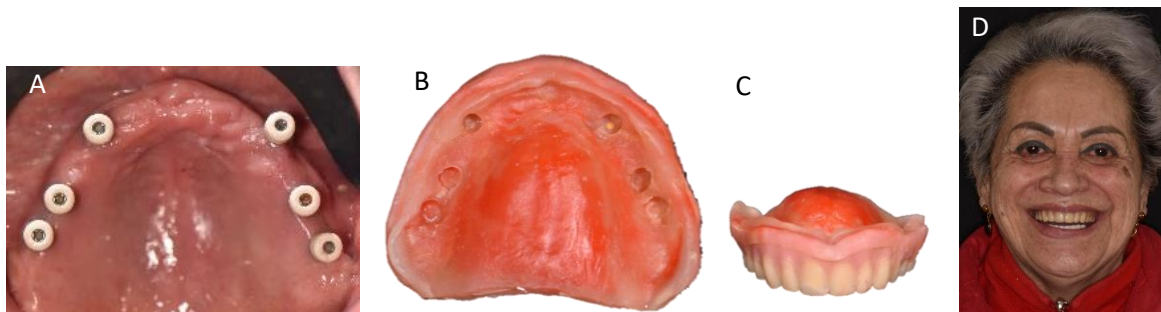


FIGURA 11. A) Casquillos de protección colocados en boca. B) y C) Prótesis superior transicional con el acondicionador de tejidos en su base. D) Vista de sonrisa de la paciente con sus prótesis provisionales.

FASE I DE LABORATORIO

En el laboratorio, se obtuvo el modelo de trabajo superior y se articuló con el modelo inferior. Se enfilaron primero los dientes inferiores para conservar la orientación del plano oclusal dada por el rodillo, después se retiró todo el acrílico de la prótesis superior, dejando descubierta la infraestructura metálica, sobre la cual se enfilaron nuevos dientes de acrílico (figuras 12 y 13).

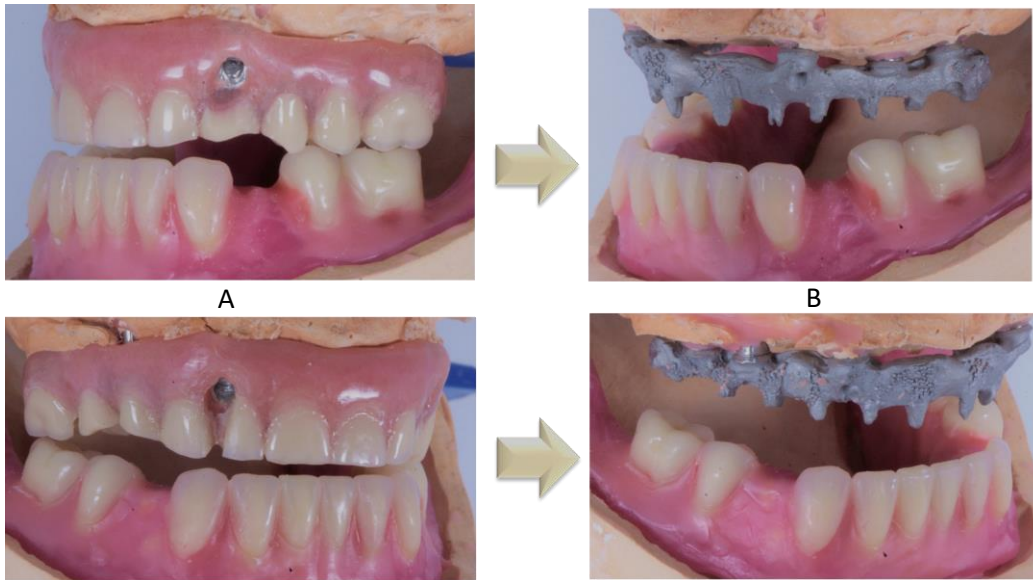


FIGURA 12. A) Vistas lateral derecha e izquierda de los modelos articulados y la colocación de los dientes inferiores. B) Vistas lateral derecha e izquierda de la infraestructura metálica superior una vez retirado todo el acrílico.

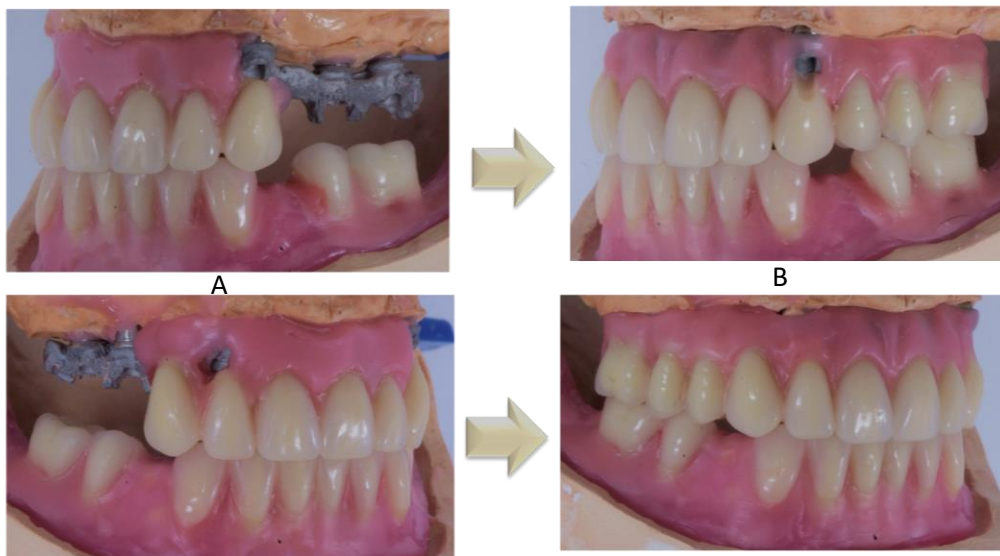


FIGURA 13. A) Vistas lateral derecha e izquierda de los modelos articulados y la colocación de los dientes anteriores superiores. B) Vistas lateral derecha e izquierda de todos los dientes enfilados.

VERIFICACIÓN EN CERA

Se hizo una verificación en cera de ambas prótesis en boca, se realizaron pruebas fonéticas, estéticas y funcionales, observando la necesidad de incrementar la dimensión vertical 3 mm. adicionales, teniendo una medida final de 57 mm. Se obtuvo un nuevo registro interoclusal (figura 14).

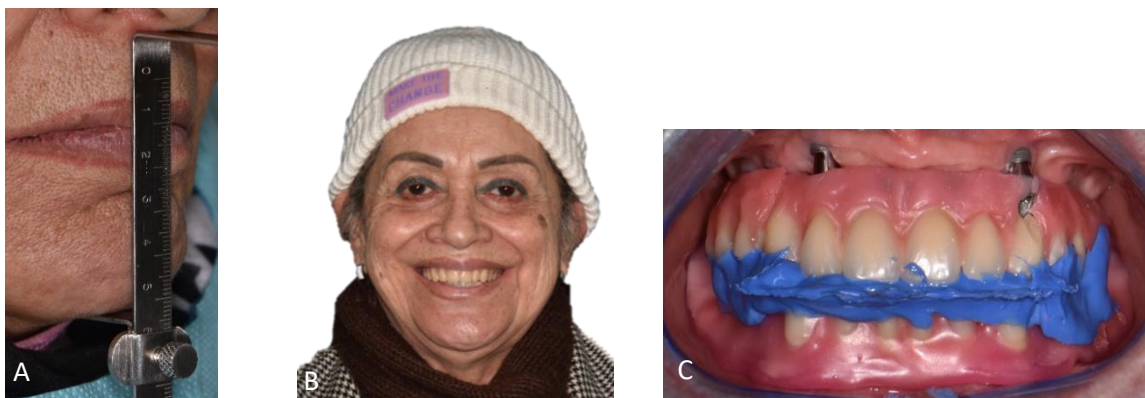


FIGURA 14. A) Incremento de la dimensión vertical a 57 mm. B) Fotografía de sonrisa de la paciente durante la verificación en cera, observando estética agradable. C) Registro interoclusal.

Se retiraron los dientes remanentes en el modelo inferior, simulando la anchura y altura ideal del reborde que se requerirá en el futuro acto quirúrgico. Se envió de nuevo el trabajo al laboratorio.

FASE II DE LABORATORIO

Con el nuevo registro interoclusal, se volvió a montar el modelo inferior, se terminaron de enfilar los dientes de acrílico, proveyendo un esquema oclusal bibalanceado. Se realizó el procesado de ambas prótesis, se realizó el remontaje de las mismas, se ajustaron los contactos oclusales y se pulieron ambas dentaduras (figura 15).



FIGURA 15. A) Esquema oclusal bibalanceado. B) Remontaje de prótesis recién acrilizadas. C) Pulido de las prótesis.

INSERCIÓN DE LA PRÓTESIS SUPERIOR

Se programó la cirugía para extraer los remanentes dentarios inferiores y regularizar el reborde; ése día, antes de la cirugía, se insertó la nueva prótesis híbrida superior en la paciente, ésta fue atornillada a 15 Ncm y se sellaron los orificios de acceso con cinta teflón y resina compuesta. Se observó una estética adecuada (figura 16).



FIGURA 16. A) Vista oclusal de la prótesis superior. B) Vista frontal de la prótesis superior. C) Fotografía frontal de sonrisa con la prótesis superior definitiva.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

En el acto quirúrgico, se realizaron las extracciones de los remanentes dentarios inferiores, se regularizó el reborde, revisando que coincidiera con el modelo maestro con ayuda de una guía quirúrgica de acetato, la cual se utilizó antes y después de suturar las heridas. Se insertó la prótesis total inferior, observando adecuadas relaciones oclusales (figura 17).



FIGURA 17. A) Verificación con guía quirúrgica del reborde antes de suturar. B) Verificación con guía quirúrgica del reborde después de suturar. C) Fotografía frontal inmediata a la colocación de la prótesis total inferior.

Se prescribieron medicamentos y cuidados postquirúrgicos a la paciente y se le dio cita 24 horas después para revisión del proceso inflamatorio y realizar ajustes a la prótesis inferior. Se revisó a la paciente también a la semana, a los 15 días y al mes de realizada la cirugía, colocando acondicionador de tejidos después del retiro de suturas y pasado el proceso inflamatorio.

A las 6 semanas de la cirugía, se realizó una dentadura inferior definitiva (figura 18).



FIGURA 17. A) Vista oclusal del reborde edéntulo inferior 6 semanas después de la cirugía. B) Vista intraoral frontal de ambas prótesis. C) Fotografía lateral derecha mostrando adecuados contactos oclusales. D) Fotografía lateral izquierda mostrando adecuados contactos oclusales. E) Fotografía de sonrisa final.

RESULTADOS

En el presente caso clínico se buscó dar una solución al deterioro y desgaste del material de recubrimiento de una prótesis híbrida maxilar. Se presentó la dificultad de ya no ser vigentes los pilares de impresión, los análogos ni los calcinables de los aditamentos Multibase®, tornándose complicado seguirlos utilizando para una nueva prótesis, a pesar de estar éstos en adecuadas condiciones. Sin embargo, la infraestructura metálica de dicha prótesis estaba aún íntegra y funcional, por lo que se decidió seguir un protocolo en el que pudiera conservarse la infraestructura y confeccionar un nuevo recubrimiento acrílico para restablecer la oclusión y estética de la paciente. Ésta vía de tratamiento dio buenos resultados estéticos y funcionales, pero tuvo la dificultad de tener que conseguir análogos para pilares Multibase®, los cuales se obtuvieron de un caso antiguo que ya se había dado de alta.

Otra opción de tratamiento habría sido reemplazar los aditamentos por SRA®, actualmente vigentes en el mercado y con todos los pilares clínicos y de laboratorio al alcance, pero de haber seguido ésta opción, habrían aumentado considerablemente el costo y tiempo del tratamiento, además, se habrían tenido que desechar aditamentos e infraestructura metálica por el sólo hecho de estar discontinuados.

DISCUSIÓN

A pesar de que se han reportado altos índices de éxito con el uso de prótesis totales fijas implantosoportadas, las complicaciones protésicas son frecuentes. Los pacientes deben estar informados desde el inicio del tratamiento sobre la prevalencia de complicaciones protésicas y la necesidad de un estricto mantenimiento y revisiones periódicas antes de la fabricación de dichas prótesis.⁸ Los factores de riesgo como bruxismo y el tipo de dentición antagonista deben ser abordados durante la planeación del tratamiento.⁹

El uso de implantes ha expandido significativamente el alcance y la calidad de la rehabilitación protésica bucal. Los implantes dentales han generado una alta tasa de éxito en pacientes con experiencias desfavorables en cuanto a dentaduras mal adaptadas. Las modalidades de tratamiento con implantes dentales incluyen prótesis fijas y removibles con distintas configuraciones, las cuales también dependen de varios tipos de cuerpos de implantes y aditamentos. Entre ellos, las prótesis atornilladas han logrado el éxito en casos donde se necesitan dentaduras totales fijas. El rango de éxito de implantes en maxilar es menor que en mandíbula debido a varios factores, como la morfología del reborde residual, la calidad de hueso y la biomecánica. Reportes previos sugieren una notable tasa de éxito de prótesis fijas implanto-soportadas con seis implantes en maxilar. Éstas prótesis en arco corto ofrecen adecuada masticación, estética y rentabilidad; por otro lado, la colocación de implantes en regiones posteriores del maxilar presenta muchos obstáculos.^{10,11}

Las prótesis totales inmediatas mucosoportadas son una buena alternativa de tratamiento en casos donde rehabilitaciones fijas metal-cerámica ya no cumplen los requerimientos de cada paciente en lo que respecta a función, estética, comodidad o calidad de vida.¹²

CONCLUSIONES

La preservación de la infraestructura metálica para crear una nueva prótesis híbrida representó ser una alternativa viable y económica que, a su vez, ahorra tiempo y trabajo en el consultorio.

Las fallas técnicas asociadas a la fractura del material de recubrimiento, es una de las más frecuentes en prótesis fijas implanto-soportadas, razón por la cual, requieren una planeación cuidadosa del caso.

REFERENCIAS

- 1.- Wael Att, Jasmin Bernhart. Fixed Rehabilitation of the Edentulous Maxilla: Possibilities and Clinical Outcome. *J Oral Maxillofac Surg* 67:60-73, 2009, Suppl 3
- 2.- Urs C Belser, German O Gallucci. Descriptive analysis of implant and prosthodontic survival rates with fixed implant-supported rehabilitations in the edentulous maxilla. *J Periodontol.* 2009 Aug;80(8):1220-30.
- 3.- Chochlidakis K, Einarsdottir E, Tsigarida A, Papaspyridakos P. Survival rates and prosthetic complications of implant fixed complete dental prostheses: An up to 5-year retrospective study. *J Prosthet Dent.* 2020 Nov;124(5):539-546.
- 4.- Alfarsi MA, Shaik S. Implant-supported fixed hybrid acrylic complete dentures opposing fully restored mandibular metal ceramic restorations *BMJ Case Rep.* 2020;13.
- 5.- Nam J, Janakievski J, Raigrodski AJ. Complete transition from failing restorations to implant- supported fixed prostheses in a patient with scleroderma. *Compend Contin Educ Dent.* 2012; 33(10):746-56.
- 6.- Molinero-Mourelle P, Al-Haj Husain N. Single-visit chairside adjustment of a metal-acrylic resin implant-supported fixed complete dental prosthesis on an unloaded implant using a novel fixed attachment system: a case report. *J Med Case Rep.* 2021; 15(1):236.
- 7.- Punj A. A Blended Prosthesis Design for an Implant-Supported Fixed Complete Denture to manage Restricted Restorative Space. *Compend Contin Educ Dent.* 2022;43(3): E5-e8.
- 8.- Arun Kumar G, Sapna B. A novel design of a transitional complete denture in full arch fixed implant restoration. *J Indian Prosthodont Soc.* 2014;14(3):313-6.
- 9.- Michalakakis KX, Touloumi F. Simplifying prosthetic procedures while converting an interim maxillary removable complete denture to an interim implant- supported fixed complete denture. *J Prosthodont.* 2011 ;20(5):408-13.
- 10.- Bhandari J, Adhapure P. Full Mouth Rehabilitation by Implant Supported Fixed Prosthesis. *Contemp Clin Dent.* 2020 Apr-Jun;11(2):199-202.
- 11.- Bragger U, Heitz-Mayfield L. *ITI Treatment Guide Volume 8: Biological and hardware complications in Implant Dentistry.* Quintessence Publishing Co, 2015. Pp. 455-465.
- 12.- Brida A, Agar J. A classification system of patients for esthetic fixed implant-supported prostheses in the edentulous maxilla. *Compend Contin Educ Dent.* 2010;31(5):366-8.