

INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MEDICAS DE LA HABANA

FACULTAD DE ESTOMATOLOGIA

ALTERNATIVA PROTÉSICA EN EL TRATAMIENTO DEL BRUXISMO DEL ADULTO MAYOR: UN CASO CLÍNICO

AUTORES:

Dra. Leticia Lemus Cruz. *
Dra. Zoraya Almagro Urrutia. **
Dra. Milay Justo Díaz. ***
Dra. Liscary Fuertes Rufin. ****
Dra. Elaine Fernández Pérez. *****

* Prof. Auxiliar y Especialista de 2do. Grado en Prótesis Estomatológica.
Dirección: 5ta y 94 No. 9404, 1er piso, Apto 3. Playa, Ciudad Habana.

** Prof. Auxiliar y Especialista de 2do. Grado en Prótesis Estomatológica.
Dirección: Washington No. 7 e/ Gómez y Calzada de Bejucal. Arroyo Naranjo, Ciudad Habana.

***Especialista en Prótesis.
Dirección: Calle 49 No. 5820 e/ 58A y 58B, Playa, Ciudad Habana.

****Dirección: Calle Rabí No. 574, Apto 6, Santos Suárez.

*****Dirección: Ave. 229 e/ 206 y 235, No. 19845, Fontanar. Boyeros, Ciudad Habana.

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un paciente bruxópata a quien se le realizó una prótesis acrílica removible, la cual permitió controlar el hábito parafuncional y lograr la rehabilitación en un mismo tratamiento. Además, se logró devolverle la estética y funcionabilidad, así como la integridad de sus dientes remanentes (sin necesidad de realizar tratamientos pulporradiculares) y tejidos de sostén; se restauraron la dimensión vertical oclusiva y el contorno facial. Se propone este tratamiento combinado como alternativa eficaz para sustituir el uso de férulas, en el manejo del bruxismo en pacientes parcialmente desdentados.

Palabras clave: Prótesis, Bruxismo, Adulto mayor.

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud Pública ha trazado entre sus líneas principales de desarrollo la creación de una modalidad de atención gerontológica en la comunidad, que permita resolver las necesidades biopsicosociales y médicas de los ancianos.(1) Las enfermedades bucodentales son tan comunes entre la población que, algunos creen que su ausencia es anormal; generalizando, es probable que en la América Latina y el Caribe a la edad de 30 años el 70% de la población necesite del servicio de rehabilitación.(2) La pérdida de uno o varios dientes, independientemente de cual sea la causa, conduce al paciente desdentado parcial o totalmente. En ocasiones, el sólo hecho de que una corona se ha perdido en parte por el hábito de apretar y/o rechinar los dientes, trae como consecuencia la pérdida del equilibrio biológico, funcional y estético. Estos desórdenes y trastornos condicionan la solución de los mismos a través de prótesis parciales removibles metálicas y parciales de acrílico, viéndose la posibilidad de que este tipo de rehabilitación conserve los dientes como parte del reborde, persistan los receptores de la membrana parodontal y, por tanto, los impulsos propioceptivos que le permiten al individuo un sentido discriminatorio, donde retiene la capacidad sensitiva de controlar el contacto y las fuerzas oclusales, además de atenuar el grado de reabsorción del hueso alveolar, por lo cual se contribuye a un mejor soporte, retención y estabilidad de la futura prótesis.(3, 4)

La función masticatoria depende de la integración del aporte sensorial desde todas las partes componentes del sistema: ligamento parodontal, músculos masticatorios, articulaciones temporomandibulares y superficies epiteliales de la boca y lengua.(5)

Algunos autores, como Denis y Cruz (4, 5), han utilizado las sobredentaduras en la rehabilitación protésica y corrección del bruxismo. Tylman, Malone y Okeson utilizan las prótesis parciales removibles en la rehabilitación protésica de los pacientes desdentados.(6 y 7)

La indicación de los aparatos a utilizar debe cumplir los principios y requisitos biológicos, así como los elementos mecánico-protésicos y sus posibilidades materiales y técnicas.(8 y 9)

Ante la problemática que se presenta, se concibió la posibilidad de rehabilitar al paciente a través de una prótesis parcial removible con afección ferulizante para resolver la bruxomanía, acciones que por separado mantendrían por un mayor tiempo al paciente afectado estética, biológica y funcionalmente.

El bruxismo es una afección que tiende a la cronicidad, que produce facetas de desgaste dentario que dan al traste con la oclusión, creándose patrones parafuncionales que requieren de tratamientos ferulizantes y otras técnicas para poder controlar el hábito. Su naturaleza y etiología han sido discutidas y analizadas por diversos autores por su complejidad, encontrándose investigaciones donde se plantea que, la causa principal de dicha patología está basada principalmente en el factor de sobrecarga psíquica, tensión emocional, angustia, frustración, etcétera. (10, 11) En nuestra especialidad nos hemos visto limitados de aplicar las técnicas requeridas y, ante esta problemática concebimos la posibilidad de rehabilitación a través de una prótesis parcial removible con características óptimas para resolver la bruxomanía, proponiéndonos como objetivo demostrar la solución alternativa de rehabilitación con prótesis parcial removible de los pacientes bruxópatas.

A continuación, se relaciona un caso seleccionado dentro de los pacientes rehabilitados a través de las prótesis acrílicas combinadas.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.

HEA: Paciente del sexo masculino de 66 años de edad, que acude al servicio de prótesis, con antecedentes de habersele indicado en el nivel primario de atención exodoncia de sus dientes remanentes, para valorar la posibilidad de rehabilitación, con conservación de sus dientes remanentes.

Examen físico:



Observación:

- Maxilar. Presencia de 11, 12, 13, 22 y 23 con gran pérdida de la estructura dentaria, atrición grado 3, marcado desgaste uniforme del cuello de todos los dientes con la

consiguiente formación de dentina terciaria. Presencia de bordes y aristas filosos. Desdentado bilateral posterior.

- Mandíbula. Presencia de 31, 32, 33, 41, 42 y 43. Desdentado bilateral posterior.
- Pérdida de la dimensión vertical oclusiva, producto del marcado desgaste y aumento del espacio libre interoclusal. Al ejecutar los movimientos mandibulares de apertura y cierre, presentaba ruidos perceptibles a la palpación en ambas articulaciones.

Test de movilidad: No se observa movilidad.

Exámenes complementarios:

- Prueba de vitalidad pulpar: (+)
- Rx: reforzamiento óseo aumentado, relación normal del diente con el hueso sin evidencias de algún deterioro óseo, con conservación de la lámina dura.

Diagnóstico:

- Bruxismo.
- Disfunción masticatoria.

PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO.

Se realizó toma de impresiones primarias para obtener modelos de estudio.

Análisis de los modelos. Preparación de los dientes remanentes eliminando aristas y bordes filosos realizando preparaciones, conservando la mayor cantidad de tejido dentario.

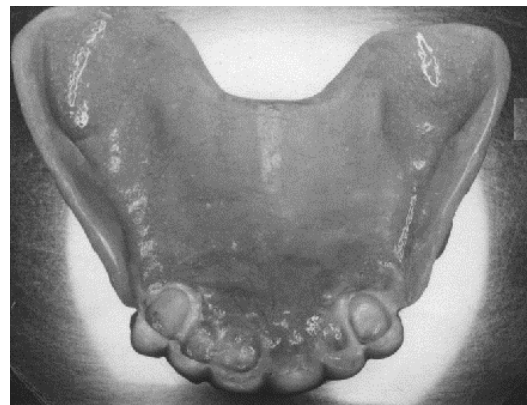
Técnicamente en el laboratorio:

Obteniendo el modelo de trabajo se procedió a confeccionar las placas de



articulación, teniendo en cuenta aumentar la altura del rollo superior 4 mm por encima del plano oclusal, para resarcir en la relación cráneo-mandibular la pérdida del tejido

dentario y la dimensión vertical oclusiva. Se escogieron para la muestra dientes colombianos A25 color 65 para definir y hacer más duradero el resultado estético.



Con todos estos elementos, se procedió a la cura paulatina de los dientes, logrando que éstos armonizaran en contorno con los remanentes, acotando que se debe lograr un perfecto ajuste entre la preparación y el tercio cervical del diente deacrílico.

En el paso de encerado de terminación, se sobrestendió la cera 1 mm; en el siguiente



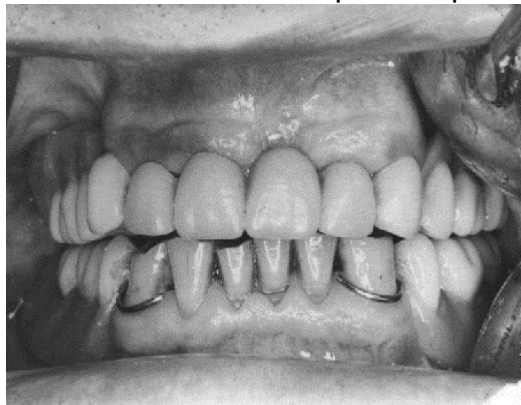
paso, se tuvieron en cuenta todas las normas para evitar posibles defectos de curado. Finalmente, recuperamos el aparato protésico, se rebajó y pulió tomando esta su forma definitiva. Se procedió a la instalación del mismo en la clínica, cumpliendo las expectativas de los objetivos propuestos.

DISCUSIÓN

Conociendo las características de un paciente de 65 años de edad, donde la posibilidad de prótesis fija no es posible dada la presencia de bruxismo, extremos libres posteriores, obliteración o calcificación de sus conductos radiculares, se diseñó una prótesis acrílica removible, la cual, además de cumplir los principios y requisitos establecidos para su utilización, nos da la posibilidad de evitar el uso de férulas, ya que de por sí rompe con el mecanismo de retroalimentación que genera dicho hábito.

Teniendo en consideración la necesidad de preservar la integridad ósea, los dientes remanentes y el resto de los tejidos de sostén con vistas al aparato protésico a utilizar, tomamos como decisión rehabilitar al paciente con una prótesis acrílica removible como alternativa al desdentamiento parcial del paciente. Cumpliendo con los principios y requisitos que se requieren para la confección de una prótesis acrílica combinada, procedimos a realizar las preparaciones de los dientes remanentes, toma de impresiones y la respectiva técnica de laboratorio con el cuidado necesario para restablecer las funciones perdidas, y lograr el mejor confort de la misma. Esta alternativa de tratamiento en la rehabilitación de los pacientes bruxópatas ofrece la posibilidad de que los mismos sean restituidos estética y funcionalmente y, al mismo tiempo, deja abierta la posibilidad de otros tipos de tratamientos más complejos en caso de que fuesen necesarios.

Después de la colocación de los aparatos protésicos, evolucionamos al paciente



durante seis semanas, corroborando la efectividad de nuestro tratamiento, el cual permitió a nuestro paciente adulto mayor su restablecimiento biopsicosocial.

CONCLUSIONES

Esta alternativa de tratamiento resulta un método eficaz de rehabilitar al paciente bruxópata, conservando sus dientes remanentes, restableciendo su equilibrio ocluso-articular y, dejando abierta la posibilidad de rehabilitarlo con aparatos más complejos en caso necesario.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS. Aplicación de la Estrategia Mundial de Salud para todos en el año 2000. Segunda Evaluación. Octavo informe sobre la Situación Mundial. Vol. I. Análisis Mundial 1993.
2. Mojou P, Rentesh A. Relationship between prothodontic status, caries and periodontal disease in a geriatric population. *Int. J. Prosthodont.* Nov.-Dec. 1995; 8(6): 564-71.
3. Burns DR, Unger J.W. The construction of crowns for removable partial denture abutment teeth. *Quintessence Int.* Jul. 1994; 25(7): 471-5.
4. Gutteridge DI, Cassidy M. An update on conventional fixed bridges. Part I; patient assessment and selection. *Dent Update.* Apr. 1994; 21(3): 110-5.
5. Yap UJ, Org 6. Fabrication of a fixed partial denture in the class II partial edentulous mandible using the UCLA abutment, a clinical report. *J Prosthodont.* Sep. 1994; 3(3): 121-5.
6. Madeira, Ademar Americo, Caetano, Marice, Minatti, Evandro Jos. Odontogeriatría: Una necesidad curricular. *Rev Bras Odontol.* Mayo-Junio de 1996; 44(3): 6-12.

7. El-Sherif M, Jacobi R. La corona tres cuartos invertida de cerámica para dientes anteriores: Diseño de la preparación. I. Rev Aten Argentino Odont. ene-jun 1994; XXXLL (1): 69-73.
8. El-Sherif M, Jacobi R. La corona tres cuartos invertida de cerámica para dientes anteriores: Diseño de la preparación. II. Rev Aten Argentino Odont. ene-jun 1994; XXXLL (1): 74-78.
9. O. Brien WJ. Porcelanas dentales. En O. Brien WJ, Ryge G. Materiales dentales y su selección. 1 de cubana, 1 reimp. Guantánamo: [s.n] 1985; 140-151.
10. Shenep He. Orificaciones. En O. Brien WJ, Ryge G. Materiales dentales y su selección. 1 de cubana, 1 reimp. Guantánamo: [s.n] 1985; 174-182.