



Revista Médica de Trujillo

Publicación oficial de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo - Perú

Reporte de Caso

Rehabilitación mediante prótesis telescópica en un paciente periodontalmente comprometido

Rehabilitation by telescopic prosthesis in a periodontally compromised patient

Britto Ebert Falcón-Guerrero^{1,2}

1 Doctor en estomatología, Especialista en periodoncia e implantología. 2 Universidad Latinoamericana CIMA. Tacna - Perú

Correspondencia.

Britto Ebert Falcón-Guerrero

Dirección: Av. Tarapacá # 350.
Tacna - Perú

Email: artdent2000@hotmail.com

Teléfono: 052-407409

Recibido: 31/12/19

Aceptado: 21/03/20

RESUMEN

El objetivo de este artículo es describir la rehabilitación de un paciente masculino de 76 años de edad con enfermedad periodontal, mediante una prótesis telescópica. Donde se realizó un tratamiento interdisciplinario, que incluyó, el tratamiento periodontal, la cirugía y la rehabilitación con una prótesis telescópica; logrando rehabilitar de forma exitosa su función y estética. El paciente manifiesta sentirse cómodo desde la instalación de la prótesis telescópica y del mismo modo, expresa que puede realizar su higiene diaria de forma más sencilla. Lo cual se evidencia a los 6 meses de control, donde se observa una buena salud periodontal de los pilares telescópicos. Las prótesis telescópicas, son una buena alternativa para los pacientes periodontalmente comprometidos, mejorando significativamente su calidad de vida.

Palabras claves: Prótesis dental, Dentadura parcial removible, coronas, Doble, Periodontitis (DeCS)

SUMMARY

The aim of this article is to describe the rehabilitation of a 76-year-old male patient with periodontal disease, using a telescopic prosthesis. Where an interdisciplinary treatment was carried out, which included periodontal treatment, surgery and rehabilitation with a telescopic prosthesis; successfully rehabilitating its function and aesthetics. The patient expresses feeling comfortable from the installation of the telescopic prosthesis and, in the same way, expresses that he can perform his daily hygiene more easily. Which is evident at 6 months of control, where good periodontal health is observed. Telescopic prostheses are a good alternative for periodontally compromised patients, significantly improving their quality of life.

Keywords: Dental prosthetics, Denture partial removable, Crowns, Double, Periodontitis.

INTRODUCCIÓN

La patogénesis de la periodontitis crónica en pacientes de la tercera edad, está asociada con la pérdida progresiva del hueso alveolar, trayendo como consecuencia la pérdida de los dientes afectados.¹

Los pacientes parcialmente edéntulos ven disminuida su capacidad masticatoria, por lo que en la literatura se han planteado varias alternativas de tratamientos dentales para lograr su rehabilitación, incluidas las prótesis fijas y removibles. Siendo importante valorar el estado periodontal de los dientes remanentes, para considerar un buen pronóstico del tratamiento.² Siendo el pronóstico, la predicción del futuro patrón de la enfermedad en términos de su resultado desde el comienzo hasta el tratamiento.³

Históricamente, la rehabilitación oral ha evolucionado desde una prótesis parcial removible y total, hasta llegar a los implantes dentales. Las limitaciones financieras y otras prioridades pueden hacer que el paciente llegue a elegir algún tratamiento más óptimo y deseable. Los retenedores telescópicos, además de ser rentables, amplían la gama de alternativas de tratamiento en pacientes edéntulos parciales, al combinar las ventajas de las prótesis fijas y removibles.⁴

Las coronas telescópicas como retenedores para prótesis removibles se introdujeron a principios del siglo XX. El término acuñado fue corona y cofia, o Konuskrone, un término alemán que describe un diseño en forma de cono. Estas coronas exhiben retención por fricción cuando se asientan completamente usando un efecto de cuña. Cuanto más pequeños son los ángulos de convergencia de las cofias telescópicas, mayor es la fuerza de retención.⁵

A lo largo de los años se han podido describir varias ventajas de las prótesis telescópicas: 1) Preservación de las crestas alveolares residuales durante más tiempo debido a la presencia de dientes naturales restantes, en comparación con las prótesis totales convencionales; 2) Dirección de las fuerzas verticales a lo largo de los ejes largos de los dientes, favorable

para los dientes pilares; 3) Mantenimiento de la higiene bucal y la salud periodontal alrededor de los dientes pilares, debido a que hay áreas de fácil acceso y limpieza después de retirar la prótesis de la boca; 4) El efecto de ferulización de una prótesis telescópica tiene un efecto estabilizador favorable sobre la dentición remanente; 5) Se puede retirar y reparar en caso de falla de los dientes pilares, sin reconstruir toda la prótesis; 6) Mayor beneficio psicológico para el paciente al asegurar la retención de los dientes naturales.⁶

El objetivo del presente reporte clínico es describir la rehabilitación de un paciente de 76 años de edad con enfermedad periodontal, mediante una prótesis parcial removible telescópica,

REPORTE DEL CASO

Se describe el procedimiento de un caso clínico donde se realizó un tratamiento multidisciplinario, que incluyó, el tratamiento periodontal, la cirugía y la rehabilitación con una prótesis telescópica mandibular, con un seguimiento de 6 meses de función.

Paciente de 76 años, de sexo masculino, de profesión profesor, con aparente buen estado de salud y con antecedentes de diabetes mellitus tipo II controlada, y con el hábito de fumar un promedio de 6 cigarros al día, acude a consulta por sentir que se le mueven los dientes antero-inferiores.

Al examen clínico estomatológico, presenta una prótesis removible de acrílico superior, y en la arcada inferior, se evidencia la presencia de cálculo dental, inflamación y la movilidad grado 3 de Miller de las piezas 32,31 y 41, movilidad grado 2 de la pieza 42, y movilidad grado 1 de las piezas 33, 34 y 35; y una zona edéntula posterior izquierda inferior; al examen radiográfico se observa una marcada pérdida ósea en el sector anteroinferior. Se le realiza el llenado del periodontograma, diagnosticándosele periodontitis inferior grave generalizada asociada a placa bacteriana. (Figura 1)



Figura 1. imagen preoperatoria

Tomando en cuenta la evaluación, el estado periodontal y la necesidad del paciente de no querer usar prótesis tradicionales y que sus nuevos dientes le queden fijos, se le plantea la alternativa de realizarle una prótesis telescópica.

Luego de firmar un consentimiento informado, se le hace el tratamiento no quirúrgico o fase 1 del

tratamiento periodontal y la desfocalización mediante raspado y alisado radicular (RAR), y la extracción de las piezas 41,31 y 32. Se le indica enjuagues con digluconato de clorhexidina al 0,12%, 2 veces al día durante 3 semanas, acompañado de antibioticoterapia con Metronidazol de 250 mgrs 2 veces al día durante 7 días, y Naproxeno sódico de 550 mgrs 3 veces al día, durante 3 días. (Figura 2)



Figura 2. Imagen posterior al RAR y extracción de piezas 41,31,32.

Luego de tener estabilidad periodontal se realiza el tallado de las piezas 42, 33, 34 y 35, tallando los dientes pilares, hasta lograr reducir la proporción corona/raíz y nos permita la instalación de las coronas telescópicas y la inserción de las cofias secundarias. Se realiza la impresión y montaje de los modelos de trabajo en ASA y posteriormente se prueban las coronas telescópicas o primarias. (Figura 3, A y B)

Posteriormente, se hace una impresión de arrastre de las coronas telescópicas puestas sobre los dientes y se envía al laboratorio para la confección de las cofias secundarias y la elaboración de la prótesis parcial removible telescópica. Finalmente, se realiza el cementado definitivo de las coronas primarias y se prueba el ajuste de la prótesis telescópica removible. (Figura 4, A y B)

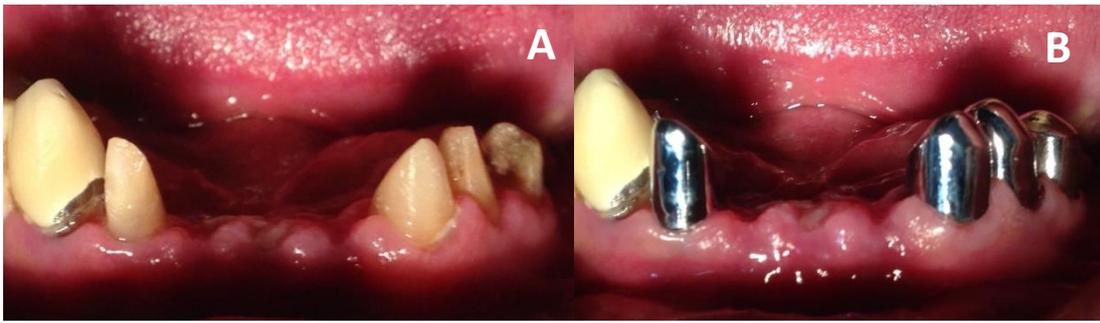


Figura 3: A; tallado de los dientes pilares, B; prueba de las coronas telescópicas.

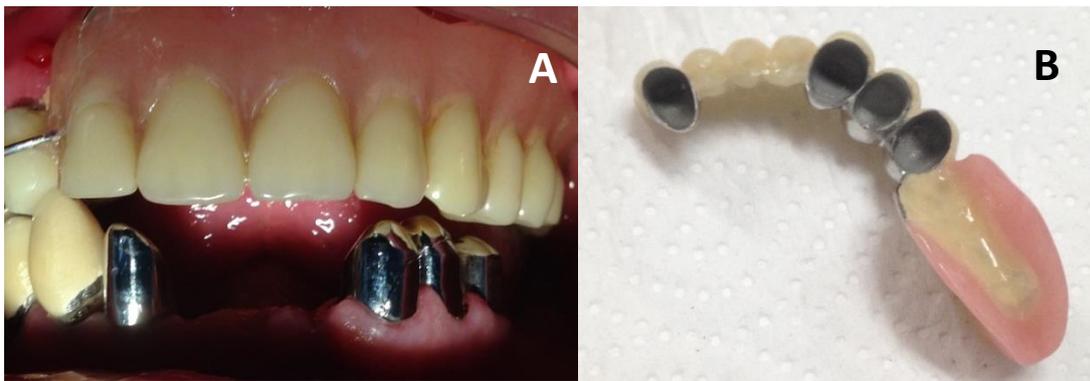


Figura 4: A; cementado definitivo de coronas primarias, B; Prótesis parcial de acrílico terminada conteniendo las cofias secundarias.

Finalmente, se realiza la instalación y se prueba la estabilidad de la rehabilitación, logrando la satisfacción funcional y estética inmediata del paciente, donde el paciente manifiesta que siente la estabilidad de su prótesis y no hay la presencia de ganchos o retenedores externos, como en su prótesis superior. (Figura 5)

A los 6 meses, vuelve el paciente para su control, observando que en las piezas dentarias superiores

hay presencia de calculo y del mismo modo en las coronas unitarias inferiores fijas del cuadrante derecho. Sin embargo, al evaluar las coronas telescópicas se observa una buena salud y estabilidad periodontal de todos los pilares, lo cual evidencia que al existir un buen acceso para la higiene se logra un mantenimiento adecuado de este tipo de rehabilitaciones. (Figura 6)



Figura 5: prótesis telescópica inferior instalada.



Figura 6; A; evaluación a los 6 meses de función, donde se observa presencia de cálculo dental y restos de alimentos en los dientes fijos, B; buena salud periodontal de los pilares telescópicos.

DISCUSIÓN

Los pacientes con enfermedades periodontales avanzadas, no siempre son candidatos para usar una rehabilitación fija, debido a que el pronóstico es malo; por lo que, manejarlos representan siempre un mayor reto. En tal sentido, es necesario analizar el pronóstico periodontal de las piezas dentarias y ver si es mejor la extracción, o si se dejan en boca para un tratamiento conservador; esto se puede hacer mediante la clasificación del pronóstico de McGuire y Nunn que consiste en: *Bueno*: adecuado soporte periodontal y control de los factores etiológicos. *Moderado*: pérdida de inserción, intervención de furca clase I. *Pobre*: pérdida de inserción moderada con furcación clase I o clase II. La localización y la profundidad de las bolsas permiten un buen mantenimiento, aunque con dificultad. *Cuestionable*: pérdida de inserción severa y como resultado, pobre proporción corona-raíz. Furcación clase II o III con difícil acceso para mantenimiento, movilidad grado 2 y proximidad radicular. *Sin esperanza*: pérdida de inserción severa e inadecuada para mantener el diente en salud, confort y función; se sugiere la extracción.⁷

Así también sucede con las prótesis removibles tradicionales, donde el soporte dentario disminuido y la poca estabilidad de los pilares, van a ser sus principales desventajas.⁸ Antiguamente, un paciente con enfermedad periodontal grave, estaba condenado a la pérdida de sus dientes y a rehabilitarse con prótesis totales. Dicho tratamiento es muy radical y en la mayoría de los casos, los pacientes no lo aceptan bien.⁹ En tal razón, el uso de las prótesis telescópicas son una buena alternativa, que combina las ventajas de las prótesis dentales fijas y removibles, como se ve en el resultado de este caso clínico. Este tipo de prótesis telescópicas, evita las fuerzas de palanca indebidas por la parafunción, ya

que la superestructura es removible. La acción de ferulización rígida, el soporte y la retención que proporcionan los dientes pilares, y una mejor distribución de las fuerzas son algunas de sus ventajas. Además, se logra mejor pronóstico de los dientes pilares, debido a una mejor relación corona-raíz, un mejor mantenimiento de la higiene y el refuerzo proporcionado por las cofias metálicas primarias.¹⁰

Después de analizar el estado de nuestro paciente, se pudo plantear esta alternativa, debido a que brindaba las condiciones para poder realizar este tratamiento, y en el control a los 6 meses se pudo evidenciar, un buen estado de salud de los pilares.

Sin embargo, en la literatura también se han manifestado algunas desventajas, como: mayor tiempo de tratamiento, mayor esfuerzo y el poco espacio vertical. Se requiere un espacio vertical mínimo de 9 mm para adaptar las cofias metálicas (1,5 a 2mm) y la superestructura (3 mm). Además, el procedimiento es sensible a la técnica y puede darse el desprendimiento o fractura de la prótesis.^{6,11}

Gupta et al.⁴, manifestaron que la prótesis telescópica brinda las características de las prótesis fijas y removibles, siendo una alternativa de tratamiento viable para pacientes con displasia ectodérmica que presentan su dentición comprometida y son de bajos recursos. De forma similar, Zoidis P, et al.,¹² reportaron la rehabilitación en un paciente periodontalmente comprometido con diabetes no controlada, utilizado por un período de seis meses.

Shankargouda et al.⁶, indicaron que las coronas telescópicas se consideran una opción más efectiva en comparación con las prótesis dentales fijas, ya que el paciente las tolera psicológicamente mejor. Coincidiendo con el resultado obtenido con nuestro

paciente, quien al ver que no había presencia de retenedores externos visibles, pudo sonreír y expresarse de forma más cómoda.

Del mismo modo, Sethuram et al.⁵, reportaron que la prótesis telescópica proporcionaron una excelente retención, estabilidad, estética y ecualización del estrés en la dentición decidua restante; y el mantenimiento de los procedimientos de higiene oral fue más simple. Coincidiendo con lo manifestado por nuestro paciente, quien tuvo mejor accesibilidad para realizar un adecuado cepillado.

Actualmente, con el auge de los implantes dentales, también se ha planteado el uso de prótesis telescópicas sobre implantes de manera exitosa, como lo que mencionara Guarnieri et al.¹³, quienes evaluaron los resultados a largo plazo de restauraciones completas retenidas telescópicamente sobre dientes e implantes dentales, en pacientes periodontalmente comprometidos, encontrando que después de 15 años de seguimiento, todas las prótesis estaban en funcionamiento. Concluyendo que las prótesis telescópicas sobre dientes/implantes, mejoraban el soporte protésico y ofrecen una función exitosa a largo plazo en pacientes con dentición periodontalmente comprometida. Coincidiendo con Kern et al.¹⁴, quienes evaluaron prótesis removibles soportadas solo por implantes o sobre implantes y dientes, en un periodo de tiempo entre 8 a 12 años de función, encontrando que las prótesis telescópicas son una opción de tratamiento satisfactorio a largo tiempo, en pacientes con una reducción severa de la dentición. Recientemente, Mori G, et al.,¹⁵ propusieron un nuevo método de adhesión intraoral que utiliza cofias galvano-telescópicas como una forma de mejorar el ajuste protésico para pacientes edéntulos con soporte de implantes de arco completo, combinada con tornillos para evitar la pérdida de retención; con cuatro años de evaluación, durante el cual ha exhibido un buen curso clínico sin inflamación en los tejidos circundantes.

Este caso clínico describe la rehabilitación de un paciente con enfermedad periodontal mediante una prótesis telescópica removible, donde se realizó un enfoque interdisciplinario. Concluyendo en que las prótesis telescópicas, son una buena alternativa para

los pacientes periodontalmente comprometidos y ayuda a restaurar la función y la estética, mejorando significativamente la calidad de vida de nuestro paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tonsekar PP, Jiang SS, Yue G. Periodontal disease, tooth loss and dementia: Is there a link? A systematic review. *Gerodontology*. 2017; 34(2): 151–163.
2. Verma M, Mutneja P, Gupta RM, Gill S. Telescopic overdenture for oral rehabilitation of partially edentulous patient. *Indian J Dent Res*. 2019; 30(3):468-471.
3. Ortiz-Pérez S, Aguilar M. Pronóstico periodontal: parámetros para una clasificación sencilla. *ODOVTOS-Int. J. Dental Sc*. 2011; 13: 61-64.
4. Gupta C, Verma M, Gupta R, Gill S. Telescopic overdenture for oral rehabilitation of ectodermal dysplasia patient. *Contemp Clin Dent*. 2015; 6(Suppl 1): S258–S261. doi: [10.4103/0976-237X.166821](https://doi.org/10.4103/0976-237X.166821)
5. Sethuram AK, Arora V, Kumar Pal A, Singh Sandhu H, Sahoo NK, Guruprasada BS. Prosthodontic Rehabilitation with a Telescopic Prosthesis of a Nonsyndromic Oligodontia Patient. *J Prosthodont*. 2016; 25(3):247-251.
6. Shankargouda SB, Sidhu P, Kardalkar S, Desai PM. A Simple Technique for Accurate Transfer of Secondary Copings in a Tooth-Supported Telescopic Prosthesis. *J Prosthodont*. 2017; 26(2):168-171.
7. Zerón A, Lorenzo D. Factores de pronóstico en la enfermedad periodontal. *Rev Mex Periodontol* 2015; VI (2): 67-73
8. Zitzmann NU, Hagmann E, Weger R. What is the prevalence of various types of prosthetic dental restorations in Europe?. *Clin Oral Implants Res*. 2007; 18 Suppl 3:20-33.
9. Breitman JB, Nakamura S, Freedman AL, Yalisove IL. Telescopic retainers: An old or new solution? A second chance to have normal dental function. *J Prosthodont*. 2012; 21:79-83.
10. Schwindling F, Dittmann B, Rammelsberg P. Double-crown-retained removable dental prostheses: A retrospective study of survival and complications. *J Prosthet Dent*. 2014; 112:488-493.
11. Wöstmann B, Balkenhol M, Weber A, Ferger P, Rehmann P. Long-term analysis of telescopic crown retained removable partial dentures: Survival and need for maintenance. *J Dent*. 2007; 35:939-945.
12. Zoidis P, Panagiota S, Polyzois G. A Fixed Telescopic Prosthesis Designed to Retrieve and Convert to Fixed-Removable Combination Case: A Clinical Report. *Acta Stomatol Croat*. 2015;49(2):145–150.
13. Guarnieri R, Ippoliti S. Restoration of Periodontally Compromised Dentitions Using Telescopic Full-Arch Retrievable Prosthesis Supported by Tooth-Implant Combination: A Long-Term Retrospective Study. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2018; 38:217–224.
14. Kern JS, Hanisch O, Hammächer C, Yildirim M, Wolfart S. Telescopic Crowns On Implants And Teeth: Evaluation Of A Clinical Study After 8 to 12 Years. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2019; 34(4):977–986.
15. Mori G, Iwai K, Oda Y, Furuya Y, Yajima Y. Full-Arch Implant-Supported Fixed Dental Prosthesis Retained by a Combination of Galvano-Telescopic Copings and Screws: A Clinical Report. *J Prosthodont*. 2019;28(9):947–950.