

A multidisciplinary approach in oral rehabilitation: case report

Miguel Cabello Chávez 1

RESUMEN

El manejo multidisciplinario en odontología es muy importante para planificar, diagnosticar y establecer un plan de tratamiento adecuado para el beneficio y la satisfacción de los pacientes. El objetivo del presente caso clínico fue rehabilitar, de forma correcta, el funcionamiento del sistema masticatorio y, a la vez, devolver la estética perdida de la paciente, a través de un enfoque odontológico multidisciplinario. La paciente femenina de 60 años, acudió a la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos porque presentaba dificultad para masticar sus alimentos.

Al examen clínico se observó gran ausencia de dientes en el sector posterior y espacios entre los dientes antero - superiores. Se tuvo entre los principales diagnósticos: Edentulismo parcial, diastemas entre los dientes antero - superiores y colapso de mordida posterior. Mediante el análisis de un equipo multidisciplinar, se realizaron múltiples tratamientos de forma organizada y secuencial: Restauraciones metal cerámicas y prótesis parcial removible. En conclusión, el abordaje multidisciplinario en odontología conlleva a obtener resultados favorables, brindando un enfoque más amplio de las diferentes alternativas de tratamiento para los pacientes.

PALABRAS CLAVE:

Estética, enfoque multidisciplinario, rehabilitación, rehabilitación bucal, sistema masticatorio, restauraciones metal cerámicas, coronas dentales y estética dental.

ABSTRACT

Multidisciplinary management in dentistry is a very important goal which includes the diagnosis and a plan of treatment for the benefit and satisfaction to the patients. The objective of this case report was to rehabilitate properly the function of the masticatory system and at the same time, to return the loss of beauty of the patient through a multidisciplinary approach. A patient, female 60-year-old, was attended in the Faculty of Dentistry of the San Marcos University because she presented difficulty to chew their food.

Clinical examination showed absence of teeth and gaps between the upper front teeth. It was among the main diagnosis: partial edentulism and diastemas between teeth upper front, posterior bite collapse. Held multiple treatments: restorations ceramic - metal and removable partial denture. In conclusion, the multidisciplinary approach in dentistry leads to favorable results providing a broader view of the different treatment alternatives to patients.

KEY WORDS:

Esthetics, multidisciplinary approach, rehabilitation, mouth rehabilitation, masticatory system, metal ceramic restorations, dental crowns and dental aesthetics.

* Reporte de caso realizado en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología. Clínica de Pregrado. Dirección: Av. Germán Amézaga s/n; Av. Venezuela Cdra. 34 - Cercado de Lima. No se contó con financiamiento para la realización del artículo de caso clínico.

1 Cirujano dentista egresado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Perú). Dirección postal: Jr. Francisco de Zela 1741 - Lince. Correo electrónico: angelchavezangel11@hotmail.com; celular 998885843.

Citación sugerida

Cabello-Chávez M. Un enfoque multidisciplinario en rehabilitación oral: Reporte de caso. *Acta Odontológica Colombiana* [en línea] 2015, [fecha de consulta: dd/mm/aaaa]; 5(2): 135-142. Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>

Recibido	Septiembre 30 2015
Aprobado	Octubre 31 2015
Publicado	30 de junio de 2015

Introducción

Son cada vez más comunes las situaciones en las que los pacientes acuden a la consulta clínica demandando un tratamiento odontológico integral (1, 2). Muchas veces, el abordaje de estos tratamientos integrales es realizado de forma unipersonal, brindando una solución de forma parcializada y no interrelacionada (2). Es fundamental que este tipo de tratamientos sean realizados por un equipo multidisciplinar debido a que la visión limitada y enfocada a un solo profesional, o especialista, puede llevar a no apreciar soluciones clínicas adecuadas en el abordaje de los tratamientos (2, 3, 4).

En la realización de cualquier tratamiento odontológico integral es de suma importancia realizar una planificación ordenada y secuencial del caso clínico; de esta forma, se llegará a un correcto diagnóstico que es la base para alcanzar el éxito (1, 2, 5). Es sumamente importante un enfoque multidisciplinario coordinado para obtener una visión integral de los problemas del sistema masticatorio y, así, realizar un correcto plan de tratamiento; de esta manera, se lograrán resultados positivos para el beneficio y la satisfacción de los pacientes (1, 2, 5, 6, 7, 8). En muchos casos clínicos existe la necesidad de un enfoque multidisciplinario que combine e integre principios biológicos, estéticos, quirúrgicos y protésicos esenciales para el éxito en el tratamiento integral y así alcanzar un resultado estructural y funcional satisfactorio a partir del abordaje del sistema masticatorio como un todo (2, 9).

El sistema masticatorio, o estomatognático, es extremadamente complejo; los componentes fisiológicos son los dientes, el periodonto, los músculos y la articulación temporomandibular que son absolutamente interdependientes (10). Este sistema puede verse alterado por un colapso de la mordida posterior debido a la ausencia de dientes en este sector. En este caso, durante el cierre mandibular, los dientes anteriores pasan a ser el tope funcional causándose una disminución de la dimensión vertical de oclusión (10). Los dientes anterosuperiores no están preparados para aceptar fuerzas oclusales intensas y, por lo general, se desplazan en dirección labial creándose espacios, o diastemas, entre los dientes; de esta forma, se afecta la estética y la función del sector anterior (10, 11).

En casos donde se involucra la estética y función del sector anterosuperior es indispensable una planificación y selección adecuada de las restauraciones de esta región, con el fin de alcanzar una sonrisa estéticamente satisfactoria y agradable (3, 5, 8, 12). Una rehabilitación oral bien planificada brinda al paciente alternativas de tratamiento y la solución a su problema bucal de manera eficaz tanto funcional como estética, devolviendo la función al sistema masticatorio (13, 14).

El objetivo del presente caso clínico fue rehabilitar de forma correcta el funcionamiento del sistema masticatorio y, a la vez, devolver la estética perdida de la paciente a través de un enfoque odontológico multidisciplinario.

Reporte del Caso

Paciente de sexo femenino de 60 años de edad, de raza mestiza, sin riesgo sistémico, quien acudió a la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú, expresando dificultad para masticar sus alimentos y con manifestación antiestética de sus dientes anterosuperiores. La dieta de la paciente básicamente estuvo dada por alimentos blandos debido a la gran ausencia de dientes.

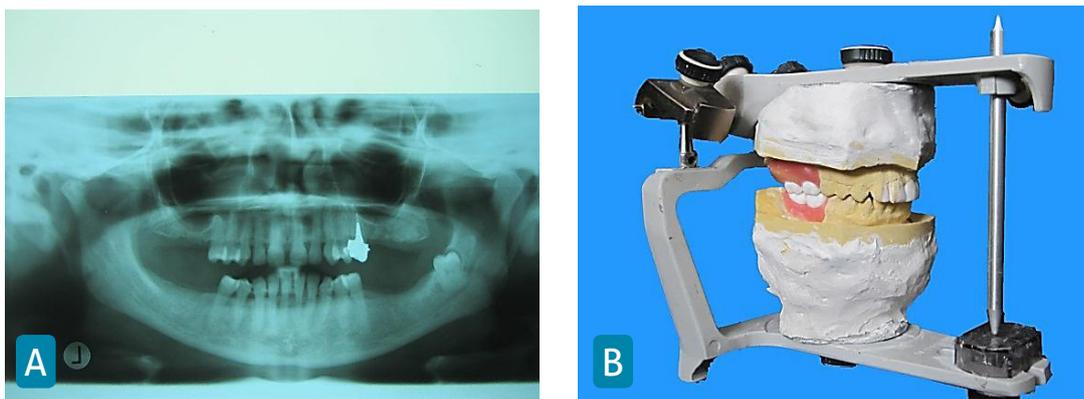
A la exploración clínica se observó placa dental, lesiones cariosas, corona en mal estado, espacios entre los dientes anterosuperiores y ausencia de movilidad y dientes. En la radiografía panorámica se observó que el diente 48 no ha erupcionado y una imagen radiopaca compatible con una masa ósea prominente a nivel de la tuberosidad derecha. Previa interconsulta con rehabilitación oral, se decidió realizar un encerado de diagnóstico mediante el análisis del plano de Broadrick (15) (Figuras 1, 2, 3, 4).

Figuras 1 y 2. A: Vista oclusal superior, presencia de diastemas entre los dientes anterosuperiores. B: Vista oclusal inferior.



Fuente: Fotografías propias del estudio de caso

Figuras 3 y 4. A: Radiografía panorámica, se observa el diente 48 retenido y una imagen radiopaca compatible con una masa ósea prominente a nivel de la tuberosidad derecha. B: Encerado de diagnóstico en el articulador semiajustable, se observa cierre de los diastemas en el sector anterosuperior y una oclusión posterior estable.



Fuente: Fotografías propias del estudio de caso

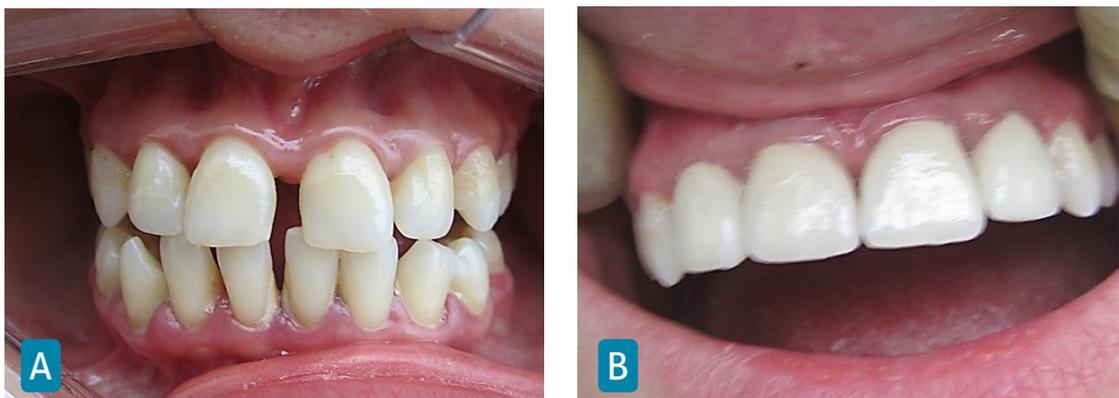
Los principales diagnósticos fueron: Gingivitis asociada a placa dental; diente 48 retenido; corona de Venner desadaptada por mesial en el diente 15; caries dental en los dientes: 14, 24, 25 y 44; diastemas entre los dientes anterosuperiores 13 - 23; edéntulo parcial con ausencia de dientes: 16, 17, 18, 26, 27, 28, 36, 37, 38, 46, 47; y colapso de mordida posterior. Mediante el análisis de un equipo multidisciplinario el plan de tratamiento definitivo consistió en hacer: 1) Fisioterapia y profilaxis;

2) Exodoncia de los dientes 15 y 48 y remodelación de la tuberosidad derecha; 3) Restauraciones directas con resina en los dientes: 14, 24, 25 y 44; 4) Coronas de metal cerámicas en los dientes 12 - 22; y 5) Prótesis parcial removible superior e inferior.

Se inició el tratamiento multidisciplinariamente con el consentimiento informado del paciente. Se realizó una profilaxis bucal y se retiró la placa dental, lográndose inicialmente la antisepsia a nivel bucal. Se instruyó a la paciente para una correcta higiene bucal. Se realizó la exodoncia del diente retenido 48 debido a que, al colocar una prótesis definitiva, éste en contacto con el área edéntula podría activar la erupción de dicho diente y causar una posterior desadaptación de la prótesis; a la vez, se realizó la exodoncia de la pieza dentaria 15 con la corona de Veneer desadaptada por mesial, debido a que no presentaba un buen soporte óseo radicular y causaba empaquetamiento de la comida con el diente adyacente. Por ello, una posible restauración presentaba un pronóstico reservado, debido a ello no era considerado como un buen pilar para la prótesis parcial removible.

Luego se realizó la remodelación de la tuberosidad derecha, se esperó en promedio 3 meses para que las zonas operadas cicatricen y se fueron restaurando áreas alejadas. Se restauraron con resina (3M, Estados Unidos) por oclusal los dientes 14, 24, 25 y 44. Se realizaron preparaciones dentarias para las coronas metal porcelana en los dientes 12, 11, 21 y 22 y se adaptaron las coronas provisionales elaboradas con base en el encerado de diagnóstico. Luego, se procedió a la impresión definitiva mediante la técnica con las copas de Ripol y el rebase con alginato (Zhermack, Italia), se tomó registro intermaxilar y se envió al laboratorio para la elaboración de las cofias metálicas. Éstas se probaron en boca y se seleccionó el color de las coronas. Se realizó el glaseado de las coronas y se verificó el color de los dientes y la oclusión dentaria en boca, posteriormente se procedió a la cementación definitiva; de esta forma, se cerraron los diastemas entre estos dientes anterosuperiores que no mostraban un buen aspecto estético. Otra alternativa de tratamiento de cerrar estos espacios fue mediante la colocación de algún aparato de ortodoncia pero la paciente, por la edad y la duración del tratamiento, no eligió dicha alternativa. (Figuras 5 y 6).

Figuras 5 y 6. A: Vista inicial con presencia de diastemas entre los dientes 13, 12, 11, 21, 22 y 23. B: Cementación definitiva de las coronas metal porcelana.



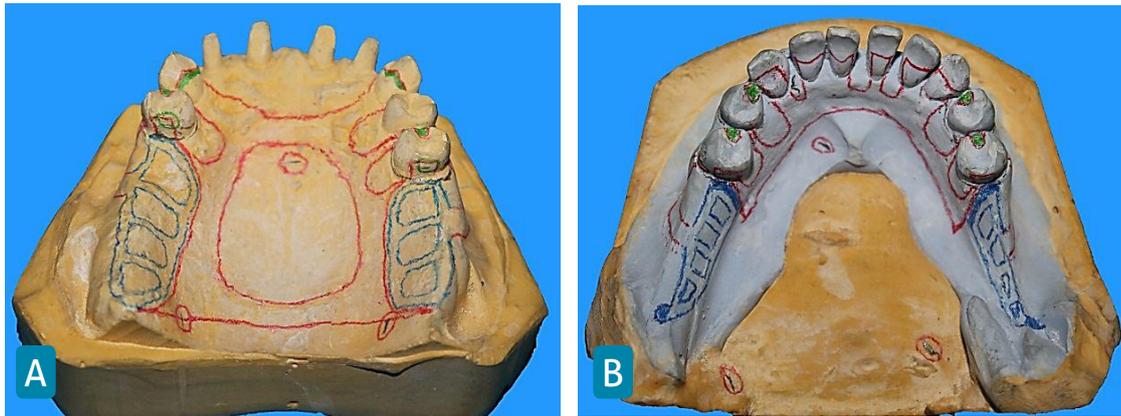
Fuente: Fotografías propias del estudio de caso

Para la confección de la prótesis parcial removible se hizo el diseño de la base metálica, se realizó la preparación biostática y se tomó la impresión la arcada superior e inferior. Se tomó el registro intermaxilar y se seleccionó el color de los dientes. Luego se procedió a la prueba del enfilado de los dientes en boca, verificando el color y la oclusión dentaria; posteriormente, se instaló

definitivamente las prótesis en la boca del paciente. Otra alternativa de tratamiento en el sector posterior fue mediante la colocación de los implantes pero el paciente, por el costo y la duración del tratamiento, no eligió dicha alternativa.

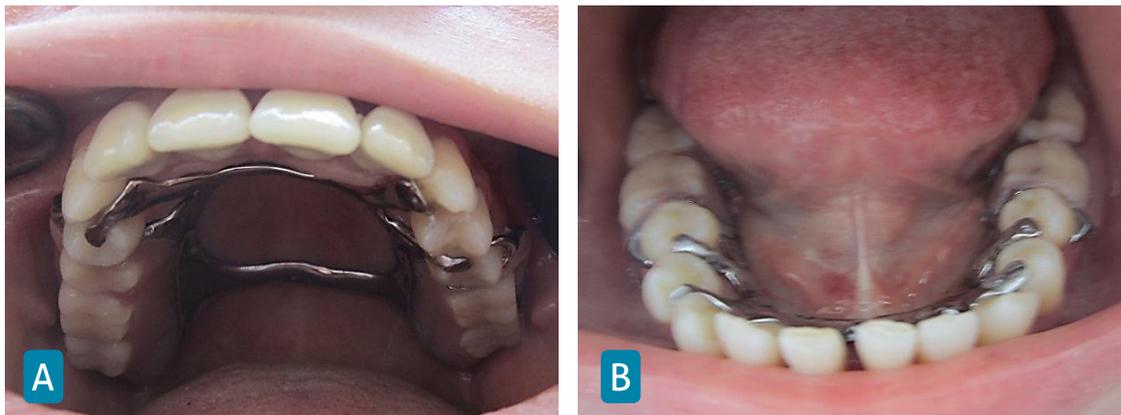
Se instruyó a la paciente acerca del mantenimiento e higiene de las prótesis y de sus tejidos remanentes. Se citó a la semana, luego al mes, a los tres meses, y finalmente cada seis meses. (Figuras 7, 8, 9, 10).

Figuras 7 y 8. A: Diseño de la prótesis parcial removible en el modelo superior.
B: Diseño de la prótesis parcial removible en el modelo inferior



Fuente: Fotografías propias del estudio de caso

Figuras 9 y 10. A y B: Prótesis parcial removible superior e inferior instalada en boca.



Fuente: Fotografías propias del estudio de caso

Discusión

En el presente caso clínico los resultados fueron satisfactorios para la paciente debido a que se logró rehabilitar la función masticatoria y la estética perdida; lográndose un correcto funcionamiento del sistema masticatorio, a través del tratamiento odontológico multidisciplinario.

En este caso clínico, como en el de otros autores (1, 2, 3, 4, 5, 6), el abordaje multidisciplinario fue realizado con éxito porque se logró planificar, diagnosticar y ejecutar las mejores alternativas de tratamiento desde un enfoque integral; lográndose una satisfacción en el tratamiento de los pacientes a corto y largo plazo. En el presente caso, como en el de Villaseñor et al (1) y Guevara et al (5), el manejo de un paciente de manera multidisciplinaria fue la mejor manera de llegar a un diagnóstico y plan de tratamiento adecuado; lo que se vio reflejado en un resultado favorable que logró satisfacer las necesidades tanto del paciente como de los profesionales.

Al igual que Blanco et al (13), en el presente caso, la propuesta terapéutica se realizó mediante la combinación de restauraciones metal cerámicas en el sector anterior y una prótesis parcial removable en el sector posterior. La propuesta resultó ser una buena alternativa de tratamiento, tanto funcional como estética, donde el éxito alcanzado fue satisfactorio en un 100%, lográndose un correcto funcionamiento de sistema masticatorio.

De esta forma, el profesional ofrece diferentes alternativas de tratamiento para que el paciente pueda escoger el adecuado según su necesidad y economía. Las restauraciones metal cerámicas son frecuentemente utilizadas en la práctica clínica habitual, debido a que presentan una excelente biocompatibilidad y buena estética. El uso de estas coronas en rehabilitaciones de prótesis parcial fija extensas está indicado, debido a que presentan mayor resistencia a la fractura en un porcentaje de 5 a 10 % en 10 años de permanencia en boca, a diferencia de las estructuras cerámicas donde no hay evidencia que demuestre su éxito a largo plazo(16,17). En caso de fracturas una de las ventajas de las coronas de metal cerámicas es su reparación directa o indirecta (18, 19).

Para lograr el éxito, la experiencia enseña que, en la resolución de los diferentes casos en la práctica clínica diaria, el profesional debe trabajar multidisciplinariamente para identificar las patologías del sistema masticatorio, planificar adecuadamente el caso clínico y realizar un correcto diagnóstico que es la base para poder alcanzar el éxito; de esta forma, establecer un óptimo plan de tratamiento para el beneficio y la satisfacción de los pacientes. Por ello, se recomienda que la formación del profesional sea realizada desde un enfoque multidisciplinario para el abordaje de casos complejos que actualmente se presentan con frecuencia. (1, 2, 6, 20)

Conclusión

Se logró rehabilitar satisfactoriamente la función masticatoria y la estética perdida de la paciente; lográndose un correcto funcionamiento del sistema masticatorio, a través de un enfoque odontológico multidisciplinario.

El tratamiento integral en odontología, mediante la integración con las diferentes especialidades, lleva a obtener resultados clínicos favorables. De esta forma, se tiene un enfoque más amplio de las diferentes alternativas de tratamiento en los pacientes.

La rehabilitación oral con coronas de metal cerámica combinada con prótesis parcial removible, bien planificadas y correctamente confeccionadas, ofrece a los pacientes una buena alternativa de tratamiento y una solución eficaz funcional y estética.

Bibliografía

1. Villaseñor C, López M. Tratamiento interdisciplinario de paciente con sonrisa gingival: Reporte de un caso. *Rev Odont Mex* 2013; 17(1):51-56.
2. Campos L, Lorente P, González J, et al. Coordinación y enfoque multidisciplinar de un caso complejo. *RCOE* 2006; 11(1): 95-103
3. Spears F, Kokich V, Mathews D. Interdisciplinary management of anterior dental esthetics. *JADA* 2006; 137(2): 160-169.
4. Lamas C, Paz J, Paredes G, et al. Rehabilitación Integral en Odontología. *Odontol Sanmarquina* 2012; 15(1): 31-34.
5. Guevara S, López S. Rehabilitación estética en zona anterior maxilar. Análisis y tratamiento interdisciplinario. *Rev Mex Periodontol* 2014; 5(3): 113-118.
6. Sada V, Caffesse R. Enfoque ortodóncico en el tratamiento multidisciplinario de adultos. Su relación con implantes y prostodoncia. *RCOE* 2004; 9(2): 195-207.
7. Sada V, Caffesse R. Enfoque ortodóncico en el tratamiento multidisciplinario de adultos. Su relación con periodoncia. *RCOE* 2003; 8(6): 723-784
8. Pawasoottikul C, Leevailoj C, Chamnannidiadha N, et al. Smile makeover in an esthetic-compromised patient: a multidisciplinary approach. *CUDent J* 2012; 35(3):201-212
9. Apa M, Chadroff B. Interdisciplinary Sequencing of Aesthetic Treatment. *DentClin N Am* 2015; 59(3): 717-732.
10. Okeson J. *Oclusión y afecciones temporomandibulares*. 6ª. ed. Barcelona: Mosby(Doyma); 2008.
11. Manns A. *Sistema Estomatognático: Fundamentos clínicos de fisiología y patología funcional*. 2nd. ed. Caracas: Amolca; 2013.
12. Cabello M, Alvarado S. Relationship between the shape of the upper central incisors and the facial contour in dental students. Lima. Peru. *J Oral Res* 2015; 4(3): 189-196.
13. Blanco F, Abreu E. Prótesis híbrida: presentación de caso. *Rev Méd Electrón* 2011; 33(5): 626-632.

14. [Gutiérrez M, González G, Grau I.](#) Importancia de la Oclusión Dentaria en la Rehabilitación por Prótesis Parcial Fija. *Rev Cubana Estomatol* 2001; 38(3): 155-164.
15. [Montero J, Almagro Z, Díaz M.](#) El plano de Broadrick en la rehabilitación implantológica. Presentación de caso. *Rev haban cienc med* 2013; 12(4): 592-598.
16. [Vilarrubí A, Pebé P, Rodríguez A.](#) Prótesis fija convencional libre de metal: tecnología CAD/CAM-Zirconia, descripción de un caso clínico. *Odontoestomatología* 2011; 13(18): 16-28
17. [Siegward D, Heintze D.](#) Survival of zirconia and metal-supported fixed dental prostheses: a systematic review. *Int J Prosthodont* 2010; 23(6): 493-502.
18. [Bravo D, Bustamante E, Daza V.](#) Influencia del tratamiento de superficie en la resistencia traccional de porcelana feldespática reparada con resina compuesta. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral* 2014; 7(3):123-127
19. [Fraxino B, Goulart C, Caregnatto M, et al.](#) Técnica Indirecta Para Reparación De Prótesis Parcial Fija Metal-Porcelana Relato Del Caso. *Acta odontol venez* 2010; 48(1): 164-169.
20. [Spears F, Kokich V.](#) A multidisciplinary approach to aesthetic dentistry. *Dent Clin N Am* 2007; 51(2): 487-505.