

REVISIÓN PRÓTESIS TOTALES



[Resumen]

El presente artículo pretende mostrar un modo de dar fácilmente con la posición correcta de los dientes incluso en personas edéntulas sin ignorar la prótesis orientada al paciente. Por medio de un caso clínico, se ilustra una posibilidad para hallar una solución casi perfecta en equipo (paciente, odontólogo y protésico dental).

Palabras clave

Prótesis total. Prótesis única orientada al habla. Disposición de los dientes. Función. Articulación.

(Quintessence Zahntech. 2007;33(4):480-5)

PUH: prótesis únicas orientadas al habla

Una forma un poco distinta de prótesis total

Dieter Veit

Dar con la posición correcta de los dientes en pacientes edéntulos no es una tarea fácil. Seguramente existen valores medios en lo que respecta a la posición de los incisivos centrales delante de la papila incisiva. Existen puntos de referencia para la posición de los caninos por medio de la anchura de la nariz y las primeras arrugas del paladar. No obstante, hay valores medios que pueden ser correctos en el efecto final, pero que a menudo se desvían por completo de las condiciones anatómicas y fisionómicas reales o no tienen en cuenta las necesidades de los pacientes en cuanto a cosmética y fonética. Para conseguir una prótesis adecuada para el paciente, éste es indispensable durante la fase de fabricación. Por medio del caso clínico presentado en este artículo, se ilustra una posibilidad para hallar una solución casi perfecta en equipo (paciente, odontólogo y protésico dental).

Introducción

El paciente se presentó en la consulta criticando su prótesis superior relativamente nueva, que había dejado de funcionar correctamente después de varios rebasados, que se-

Situación de partida

REVISIÓN PRÓTESIS TOTALES

gún la experiencia del autor con frecuencia son la única solución que proponen los protésicos y odontólogos en este caso (fig. 1). El habla del paciente era casi imposible, ya que las arcadas dentarias estaban unidas gracias a una elevación «algo» excesiva de la mordida. La masticación también suponía un esfuerzo, ya que el soporte de la prótesis era más que insatisfactorio. Con motivo de esta situación insuficiente, se optó por una reelaboración completa de la prótesis superior y por la colocación mediante un análisis del habla.

Tras la impresión y la incorporación en el articulador mediante la disposición arbitraria de los ejes de bisagra (una obligación en las prótesis totales y realmente en todas partes), comenzó la colocación con la colaboración del paciente.

Dientes frontales superiores

El principio de la colocación tiene lugar en los incisivos superiores 11 y 12. Su correcta posición determina en última instancia la distribución total del espacio «vacío» del maxilar superior y el tridimensional. Tras la prueba en boca de la base de la colocación, el autor incorporó los dos incisivos centrales y comenzó con la prueba de habla. Sueno sorprendente, pero sólo estos dos dientes son necesarios para formar consonantes fricativas, como la F y la V inglesa. En estos sonidos labiodentales, los bordes de corte de los incisivos superiores están en contacto con el labio inferior en la región entre la mucosa húmeda y seca (fig. 2). Se pide al paciente que diga varias palabras con F relajando al máximo la musculatura labial. El objetivo es conseguir un juego ligeramente fricativo entre los dientes y el labio inferior. Se corregirá la posición de los dientes frontales hasta que se emita el sonido F de manera impecable, lo cual por cierto es registrado enseguida por el paciente durante la corrección. Si está de acuerdo con la posición, comienza la colocación de los incisivos laterales. Y se llevan a cabo las mismas prácticas del habla. Con una posición correcta de los dientes 12 y 22, comienza la colocación de los caninos. Tienen una importancia decisiva para la expresión facial del paciente. Una vez pulidos hasta darles la forma deseada y dispuestos correctamente, se vuelve a comprobar la fonética. También es importante procurar no colocarlos en posición opuesta a la línea de sonrisa. Por tanto, el autor siempre coloca los incisivos centrales lo más largo posible



Fig. 1. Situación de partida.

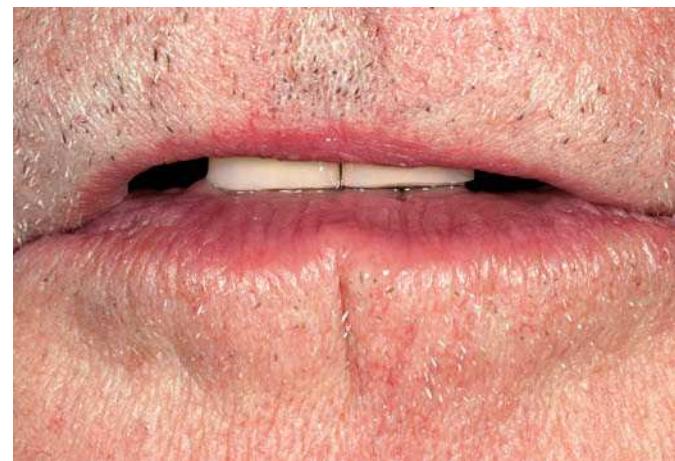


Fig. 2. En la reproducción de sonidos labiodentales, los bordes de corte de los incisivos superiores entran en contacto con el labio inferior en la región entre la mucosa húmeda y la mucosa seca.

REVISIÓN PRÓTESIS TOTALES



Figs. 3 y 4. Cuando la posición de los dientes frontales es correcta, la guía lineal discurre paralela al labio inferior.

y los caninos lo más corto posible. Si la posición de los dientes frontales es correcta, el resultado es que la trayectoria de la línea discurre paralela al labio inferior (figs. 3 y 4). A lo largo de todo el proceso de colocación puede ocurrir que la musculatura del paciente se relaje cada vez más, lo que puede hacer que la colocación del diente se tenga que corregir ligeramente después.

Tras la colocación satisfactoria y la aprobación del paciente, éste se envía a casa, ya que su colaboración no es necesaria para la colocación de los dientes laterales. Esto se lleva a cabo según puntos de vista estáticos o dinámicos.

Para conseguir una colocación funcional de los dientes laterales es necesario un análisis del modelo. Para ello, en la región de los terceros y cuartos se establece un punto en el centro de la cresta maxilar. Asimismo, las tuberosidades reciben una marca en el centro. Por encima de la línea de unión resulta la llamada estática fundamental (rojo); la delimitación externa surge del límite bucal de la cresta maxilar en la región de la mucosa de crecimiento fijo (azul) (fig. 5). La delimitación externa debería ser marcada por el odontólogo en realidad, ya que sólo él puede evaluar dónde termina la mucosa de crecimiento fijo. Dentro de las dos líneas que hay que transferir al modelo –ambas hacia fuera– se forma el terreno de colocación. En la región bucal de la delimitación externa no puede haber contacto con los antagonistas.

Esencialmente, los dientes laterales también deben volver a colocarse en su posición original a causa del equilibrio muscular. Esto es factible muy pocas veces debido a la atrofia de la cresta maxilar en dirección bucal en la mandíbula (a excepción de las prótesis inmediatas). Asimismo, cada diente debería ser estable por sí mismo y de forma autónoma durante la masticación (según el profesor Gerber), es decir, la prótesis debe ocupar una posición estable cuando el bolo alimenticio se encuentra a un lado entre las arcadas dentarias y no es posible el apoyo por parte de los demás dientes. El odontólogo comprueba esto sometiendo cada uno de los dientes a una prueba de carga. Por tanto, los dientes laterales artificiales deben colocarse en posición estable pero lo más lejos posible en dirección bucal. Para conseguirlo, el autor se sitúa principalmente en el sistema

Dientes laterales

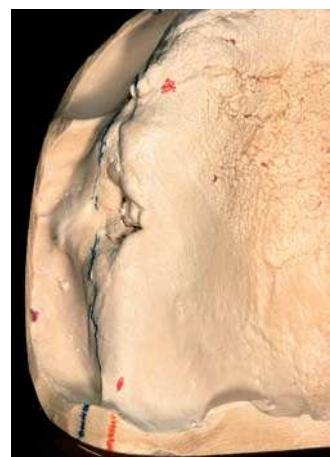


Fig. 5. Modelo de la cresta maxilar.

REVISIÓN PRÓTESIS TOTALES



Fig. 6. Los dientes laterales acrílicos deberían colocarse lo más lejos posible en dirección bucal, pero siempre en una posición estable.

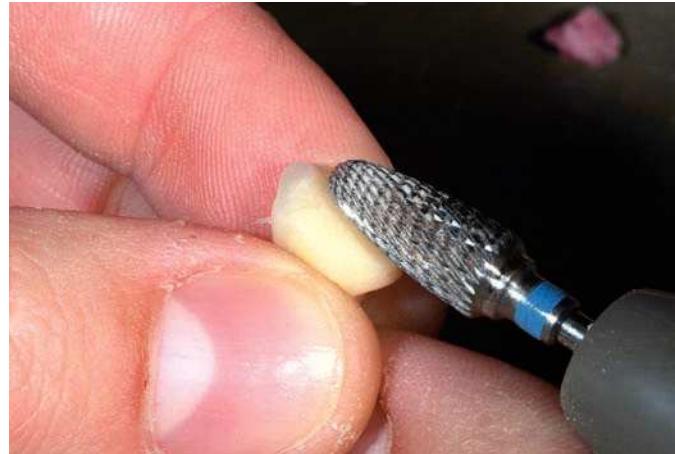


Fig. 7. Para utilizar el 24 como diente guía en la guía canina/premolar-molar, las cúspides palatinas deben rebajarse y la superficie de guía debe ser similar a la del canino.

lingualizado, es decir, sólo las cúspides palatinas del maxilar están en contacto con sus antagonistas. Las cúspides bucales se liberan de carga en al menos 1 mm (fig. 6).

Hay que dedicar una atención especial a la posición del primer premolar. Debido a la posición fonéticamente correcta de los dientes frontales, los caninos suelen estar claramente fuera de la estética. Si el canino eclipsa armónicamente el primer premolar, a menudo aparece el problema de que la zona de contacto también se encuentra fuera de la zona de carga. Esto puede evitarse colocando el primer premolar más alejado en dirección bucal (lo que implicaría un «salto en dirección bucal» en cuanto a la posición y un estrechamiento relativo del espacio lingual), o rectificando el contorno del 4.^º. Así, las cúspides palatinas se rebajan y se forma una superficie de guía similar a la del canino. De hecho, este diente sirve sólo como diente guía en la guía canina/premolar-molar (fig. 7). En esencia, cada contacto de un diente debería comprobarse con el paralelómetro, que es más económico que una luz láser especial. Para ello, cada contacto con los antagonistas debe quedar dentro de la superficie de carga (figs. 8 y 9).



Figs. 8 y 9. Cada uno de los contactos de un diente se comprueba con el paralelómetro; cada contacto con los antagonistas debe permanecer dentro de la superficie de carga.



REVISIÓN PRÓTESIS TOTALES



Figs. 10 y 11. Tras la colocación del trabajo completo, se comprueba la funcionalidad en el articulador. Se aprecia claramente la guía canina/premolar.

Una vez instalado el trabajo completo, se comprueba su funcionalidad en el articulador (figs. 10 y 11). Se aprecia claramente la guía canina/premolar.

Tras la prueba completa, el trabajo se transfiere a acrílico. El autor emplea desde hace aproximadamente un año la duplicación con gel y polimerización en frío y está encantado con la superficie resultante, que es extremadamente lisa. Al final, realmente vale la pena un modelado exacto. Incluso el punteado se modela en cera con un pincel corto y duro.

La figura 12 explica la diferencia con el primer tratamiento no apto para el habla. La prótesis antigua se llevó fácilmente a la oclusión en el modelo nuevo. Para ello, en el vástago incisal resultó una diferencia de 11 mm. Esto hace entre 3 y 4 mm en la región lateral 6/7, si no más de 5 mm.

En este caso pudo alcanzarse el objetivo de todos los esfuerzos: un paciente afortunado y orgulloso que después de una semana se presentó nuevamente en la consulta para la reoclusión (figs. 13 a 15).

Elaboración



Fig. 12. La prótesis antigua se llevó fácilmente a la oclusión en el modelo nuevo: en el vástago incisal resultó una diferencia de 11 mm.

REVISIÓN PRÓTESIS TOTALES

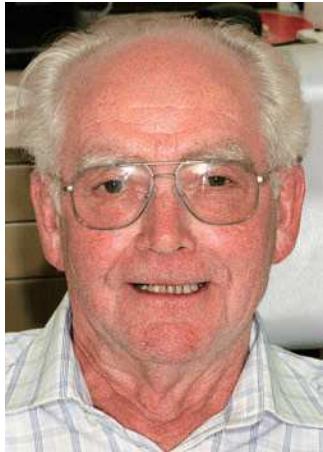


Fig. 13. Paciente satisfecho.



Fig. 14. Trabajo acabado en el articulador.



Fig. 15. Trabajo acabado in situ.

Conclusión

El autor quiere dedicar unas palabras a la liquidación de cuentas. Tal como se ha descrito, no deben generarse costes adicionales para las posiciones BEL II. Esto lo entienden todos los pacientes. Si tenemos en cuenta que los pacientes pagan dinero extra incluso por prótesis que no son nada aptas, estas personas pagan gustosamente un precio más alto y, como pacientes satisfechos, son la mejor y más barata publicidad para el odontólogo y el laboratorio dental.

Correspondencia

ZTM Dieter Veit.
Bachstrasse 16, 35232 Dautphetal, Alemania.
Correo electrónico: veit.zahntechnik@t-online.de