

[Resumen]

El deseo por parte del paciente de recibir una nueva restauración protésica es una situación recurrente, que a menudo puede obedecer a una suave presión por parte de la pareja, a una malnutrición latente o dificultades crecientes para hacerse entender.

Independientemente de los motivos, en última instancia se trata siempre del legítimo deseo de recuperar la calidad de vida perdida. En el presente artículo se describen dos conceptos protésicos sencillos para lograr esta calidad de vida en base a dos casos clínicos.

Palabras clave

Prótesis completa. Conceptos de montaje. Concepto simple. Concepto ampliado con horquillas de mordida individuales.

(Quintessenz Zahntech. 2008;34(12):1522-8)



Concepto protésico para el paciente edéntulo

Dieter Ehret y Stephan Berger

Introducción

Los pacientes que necesitan una nueva rehabilitación suelen añorar su antigua sonrisa. Esto significa que la prótesis dental en tales casos debería restablecer con la mayor fidelidad posible la función y la estética originales. Para conseguirlo, el protésico dental dispone de diversas posibilidades. Este artículo presenta dos de estos conceptos de solución: un concepto básico simple y un concepto ampliado.

Concepto simple

Se configura la llave de la plantilla del maxilar superior para la toma de mordida conforme a los datos de medición y al análisis del modelo, de tal forma que la llave se corresponda con la posición de los dientes de la nueva prótesis a confeccionar. Tras la toma de impresión funcional y la toma de mordida por parte del odontólogo responsable del tratamiento, se fija el maxilar superior en la posición correcta en el articulador mediante el posicionador del modelo del (arco facial) maxilar superior. Se aplica la horquilla en posición estable por anterior en el punto más bajo del pliegue gingivobucal y por posterior sobre el rafe pterigomandibular y se articula en esta posición (fig. 1). Una vez realizada la articulación de los maxilares superior e inferior (fig. 2), se confecciona mediante silicona una mesa de montaje individual (fig. 3) a partir de la plantilla del

PUESTA AL DÍA CONCEPTOS DE MONTAJE



Fig. 1. El posicionador del modelo del maxilar superior.

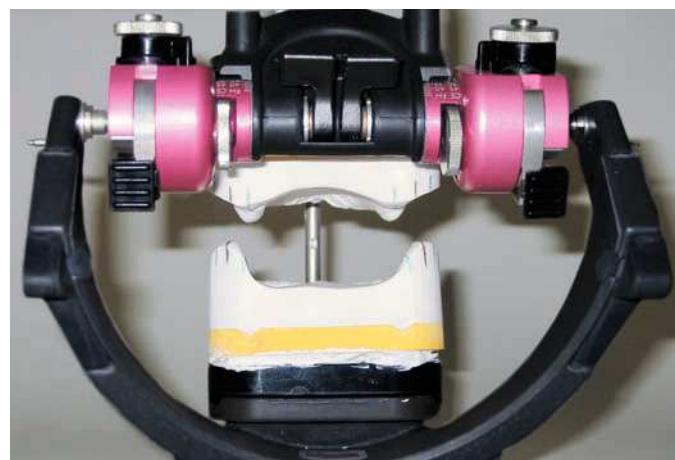


Fig. 2. La articulación de los maxilares superior e inferior.



Fig. 3. La mesa de montaje individual.



Fig. 4. La horquilla de mordida.

maxilar superior. Para comprobar el plano oclusal de la plantilla del maxilar superior, el odontólogo utiliza la horquilla de mordida (fig. 4).

Una vez trasladadas las líneas auxiliares estáticas a la mesa de montaje individual que representa tanto la expansión labial como el plano horizontal, se montan los dientes superiores teniendo en cuenta la estática y el montaje de los dientes anteriores. En este proceso, el protésico dental puede atender especialmente los deseos del paciente (fig. 5).

A partir de la estática y el montaje selectivo de una relación de contacto lingual (nonoclusión lingual), resulta una posición de los dientes prácticamente idéntica a la que se da en la dentición natural. Esta posición de los dientes posteriores es determinante para compensar hacia bucal la variación del volumen tras la pérdida de los dientes (fig. 6).

Para la técnica de montaje aquí descrita, en opinión del autor se ha revelado especialmente indicado el diente Premium de Heraeus Kulzer (Hanau, Alemania), el cual satisface a su parecer todos los requisitos en cuanto a estética, funcionalidad y naturalidad. En virtud de su configuración totalmente anatómica, en la experiencia del autor estos

Relación diente a diente

PUESTA AL DÍA CONCEPTOS DE MONTAJE

Fig. 5. El montaje de los dientes anteriores.



Fig. 6. El montaje de los dientes posteriores.



Fig. 7. Las cúspides bucales en el maxilar superior se hallan fuera de contacto.

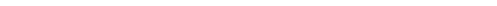
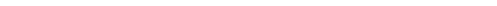


Fig. 8. Espacio libre para la lengua.



dientes están indicados para todos los conceptos de montaje y brindan así todas las posibilidades para hacer realidad los deseos individuales del paciente.

Una vez retirada la llave de silicona, se procede al montaje del maxilar inferior. Mediante una relación diente a diente se reduce la presión masticatoria. Esto descarga tanto la prótesis como la zona de apoyo de ésta, y el bolo alimenticio puede desplazarse mejor. A fin de poder garantizar la estabilidad posicional de la prótesis sobre el maxilar, es preciso evitar los empujes transversales. A su vez, esto se logra mediante la tripodización de los dientes posteriores. Sin embargo, el requisito para ello es que sólo las cúspides palatinas de los dientes 5 y 6 encajen en la fosa central del maxilar inferior, mientras que en el diente 4 la fosa central se sitúe en el maxilar superior y la cúspide central en el maxilar inferior. De este modo, las cúspides bucales de los dientes 5 y 6 del maxilar superior se hallan fuera de contacto (fig. 7).

La vista dorsal permite apreciar claramente que los dientes no provocan ninguna restricción del interior de la boca. La lengua dispone de su máximo espacio, lo cual beneficia tanto a su función como a la fonética (fig. 8).

En caso de que los cambios en las dimensiones sean pequeños en comparación con las prótesis anteriores del paciente, la prueba de cera en boca garantiza la verificación de los nuevos valores teóricos. En caso de montajes en cera por succión o retentivos, de esta manera se asegura de forma predecible la implementación en resina en cuanto a la función y la estética (figs. 9 y 10).

**Concepto ampliado
con horquillas
de mordida individuales**

Para la orientación aproximada, se parte nuevamente de la medición de la prótesis utilizada hasta la fecha (figs. 11 y 12). A partir de aquí, el camino conduce desde la toma de impresión esmerada, pasando por la toma de mordida orientadora, hasta el

PUESTA AL DÍA

CONCEPTOS DE MONTAJE



Fig. 9. Vista lateral de la prueba de cera en boca.

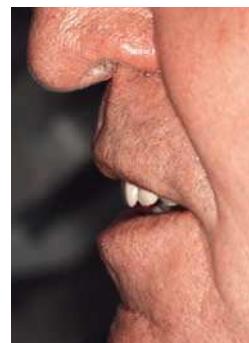


Fig. 10. Vista frontal de la prueba de cera en boca.

Fig. 11. Situación de partida de un caso complejo.

Fig. 12. Vista lateral de la situación de partida.

montaje en relación con el cráneo y con las articulaciones en el articulador ajustable o semiajustable.

A continuación se procede a la confección de horquillas de mordida individuales en resina. Se ajusta su altura en base a la información obtenida. Estas horquillas de mordida permiten en la boca tanto una configuración funcional muy precisa como una cétrica definitiva. Incluso es posible una prueba fonética durante una sesión. La plantilla del maxilar superior sirve como base para el montaje en relación con el cráneo y con las articulaciones. Mediante registros de protrusión y laterotrusión se programa el articulador para un montaje de los dientes con una fuerte intercuspidación.

El análisis exhaustivo del modelo requiere para la estética básica la corrección exterior e interior precisas, así como el examen minucioso del recorrido alveolar. De esta manera se obtienen bases de decisión fiables para el montaje individualizado.

A continuación, como ya se ha descrito, se asegura la información de la plantilla del maxilar superior mediante una llave de silicona en el maxilar inferior y se utiliza para el montaje de los dientes superiores. Acto seguido se procede al montaje del maxilar inferior, pero esta vez adaptado individualmente. Al igual que en el marco del concepto simple, también en el concepto ampliado los dientes posteriores Premium en el maxilar superior se colocan en base a la situación estética teniendo en cuenta todos los criterios (fig. 13). Los dientes posteriores Premium y los dientes anteriores del maxilar inferior se montan de forma análoga al maxilar superior (fig. 14).

A fin de realzar la naturalidad, se montan los caninos con un tono cromático más oscuro (fig. 15).

En el caso que nos ocupa, la situación estética conduce en el lado derecho a una mordida cruzada, la cual gracias a la multifuncionalidad Premium pudo implementarse en

PUESTA AL DÍA CONCEPTOS DE MONTAJE

Fig. 13. El montaje del maxilar superior.



Fig. 14. El montaje del maxilar inferior.



Fig. 15. Se escoge un tono cromático más oscuro para los caninos.



Fig. 16. La mordida cruzada en el lado derecho.



posición definida y con buen apoyo sin mutilación de la superficie masticatoria. En consecuencia, esta variante necesaria es aceptable tanto funcionalmente como desde el punto de vista de la estética global (fig. 16).

Como repertorio técnico ampliado para el montaje están disponibles los siguientes pasos de trabajo:

- Configuración de arcadas dentarias acortadas
- Optimización estática de la posición de los dientes (lingualizada, si fuera necesario también en mordida cruzada)
- Aplicación multifuncional de la relación dental oclusal
- Adaptaciones a procesos de movimiento individuales determinados por una HCN (inclinación horizontal de la trayectoria condílea) y un ángulo de Bennett muy distintos, mediante una inclinación suficiente de las cúspides
- Utilización de un diente que apoye todo esto, sin abandonar la forma y la superficie del ideal anatómico
- Además, utilización de las características orales idénticas a las naturales de un diente, las cuales ofrecen al paciente una buena fonética y una sensibilidad táctil especialmente agradable (fig. 17)

La estética del rostro

El modelado de la encía análogo a la posición tiene lugar de forma adaptada a la edad y teniendo en cuenta los deseos del paciente. Los cuellos dentales ensanchados y la corporeidad anatómicamente correcta de los dientes anteriores favorecen la configuración correcta de las papilas (fig. 18). Gracias a la franja interproximal cerrada de los dientes posteriores, resulta posible la configuración natural y funcional de la extensión

PUESTA AL DÍA

CONCEPTOS DE MONTAJE



Fig. 17. Una morfología plenamente anatómica.



Fig. 18. La configuración de las papillas en la zona de los dientes anteriores.



Fig. 19. La expansión de las papillas en la zona de los dientes posteriores.



Fig. 20. La parte roja de los labios y el filtrum con la prótesis in situ.



Figs. 21 y 22. La concavidad practicada en la base de la prótesis para el apoyo del músculo buccinador y del músculo orbicular de la boca.



de las papillas (fig. 19). Es posible influir positivamente en la estética del rostro mediante el apoyo y la reafirmación de los labios y las mejillas. A este respecto, la parte roja de los labios y el filtrum deberían presentar una apariencia natural y mostrarse con el tono adecuado al cerrar los labios y sonreír (fig. 20).

En el cuerpo de la prótesis se modela para el músculo buccinador una superficie cóncava en dirección dorsal desde el frenillo labial en la región del diente 4 (fig. 21). Mediante el apoyo del músculo, la prótesis recibe una retención adicional. A fin de proporcionar una retención adicional también en la zona frontal de la prótesis, se modela así mismo una

Fig. 23. Vista lateral de los labios en la situación final.

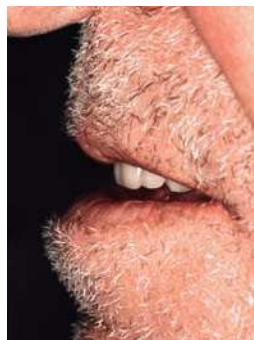


Fig. 24. Las prótesis in situ, tras un tiempo de utilización.

superficie cóncava para el músculo orbicular de la boca (fig. 22). Además, la superficie cóncava en la zona de los dientes anteriores de la prótesis refuerza la apariencia de los labios superior e inferior (fig. 23).

Por medio de modernos sistemas de inyección de resina autopolimerizable (como p. ej. Palajet, Heraeus Kulzer), durante el acabado pueden evitarse eficazmente las divergencias entre el montaje/el modelado en cera y los cuerpos de la prótesis prensados en resina. Se acaban con precisión hasta el deslizamiento y finalmente se pulen las trayectorias mediante movimientos de articulación tras la aplicación de la emulsión cerámica abrasiva.

Conclusión

Lo que en el primer caso ya conduce al objetivo mediante la aplicación consecuente de un concepto simple, en el segundo caso sólo puede lograrse mediante el registro diagnóstico previo de una lateralidad morfológica y funcional. Mediante la ejecución de pasos de configuración y control adicionales –manteniendo el procedimiento básico– se logra la adaptación a la compleja tarea (fig. 24).

Al final, estos procedimientos resultan en un paciente satisfecho, que se ha acostumbrado rápidamente a las nuevas prótesis y está contento con su función masticatoria optimizada, una adhesión fiable y la retención, así como con la estética atractiva y natural. Esto se corresponde con la autoimagen vital de nuestros pacientes y les ayuda a disfrutar nuevamente de las comidas en compañía y de la comunicación.

Correspondencia

ZTM Dieter Ehret, Implantec GmbH & Co. KG.
Zeisigweg 6, 73340 Amstetten, Alemania.
Correo electrónico: dieter.ehret@web.de

ZTM Stephan Berger, Heraeus Kulzer GmbH.
Schlätterstrasse 2, 88142 Wasserburg, Alemania.
Correo electrónico: stephan.berger@heraeus.com