

OLIVIERI, A.

Construcción de una prótesis total previa extracción de un caso de paciente joven

Construction of a total prosthesis after extraction in a case of a young patient

Resumen

Debido a la joven edad de algunos pacientes se debe intentar, previa extracción de las piezas remanentes, elegir las formas y colores y personalizar las prótesis completas para lograr resultados aceptables.

Palabras clave: Prótesis dental. Personalización. Montaje de dientes.

Summary

Due to youth of some patients, an attempt should be made to choose the forms and colors and to personalize the total prosthesis after extraction of the remnant pieces in such a way as to obtain acceptable results.

Key words: Dental prosthesis. Personalization. Fitting of teeth.

LA importancia de la colaboración entre protésico y médico es generalmente reconocida; sin embargo, hay casos particulares en que ésta se presenta como elemento absolutamente indispensable, no sólo para un buen resultado genérico de la rehabilitación, sino para la precedente evaluación de los tiempos y modalidades de intervención.

El caso que describiremos se refiere a un paciente de treinta y tres años que sufre de diabetes y presenta un cuadro dental de negligencia total (Figs. 1 y 2).

Después de la visita profesional y la determinación con el técnico dental del programa preliminar llegan al laboratorio dos impresiones primarias (Figs. 3 y 4) que reproducen la condición panorámica de las arcadas dentarias y propor-



Fig. 1.—El paciente tal como se presenta a la primera visita.



Fig. 2.—Radiografía panorámica de las arcadas dentales.



Figs. 3 y 4.—Los modelos primarios.

Correspondencia:

ALBERTO OLIVIERI. Vía Goito, 4. 60121 Ancona (Italia).



Figs. 5 y 6.—Las impresiones máster.

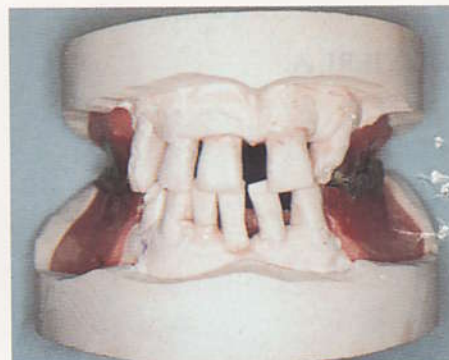


Fig. 7.—Los modelos en relación mandibulo-cránica.

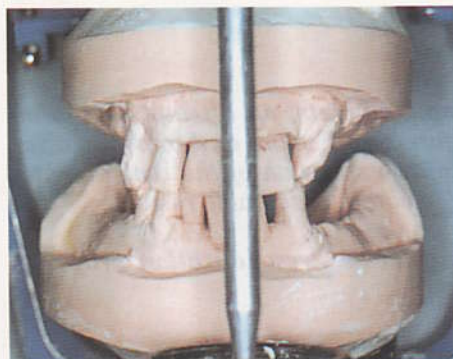
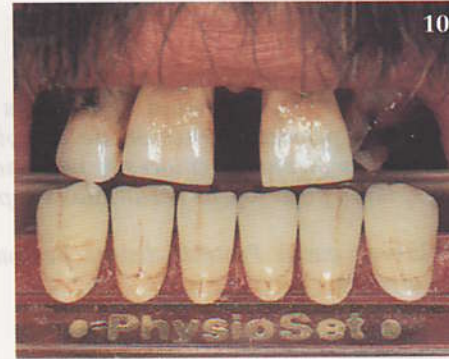


Fig. 8.—Los modelos en articulador.



Figs. 9 y 10.—Armonización de los dientes en comercio al caso individual.

cionan los elementos para la construcción de las dos cubetas de impresión individuales.

La lectura apropiada de las impresiones conducirá a la construcción de las dos cubetas de impresión que permitirán al dentista registrar el borde periférico individual.

Debemos destacar que en este caso para el diseño de la cubeta de

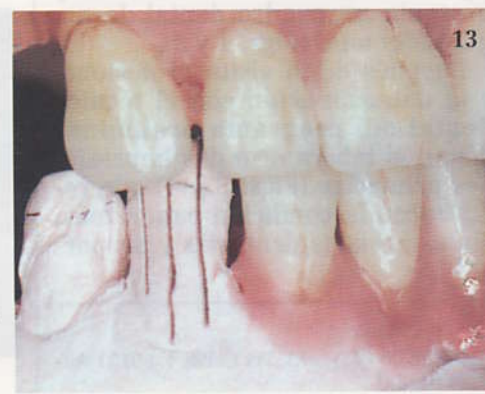
impresión se ha prestado especial atención no a los dientes remanentes, sino a la delimitación, que será prioritaria en la construcción de la prótesis.

Del consultorio han regresado las dos impresiones (Figs. 5 y 6) que son vaciadas en una escayola de clase IV.

Los dientes remanentes en la cavidad oral, aunque en un precario



Fig. 11.—Paso inicial del montaje.



Figs. 12 y 13.—Los incisivos inferiores en relación con los superiores.



Figs. 14 y 15.
Montaje de los
diatóricos inferiores.



estado de salud, mantienen una dimensión vertical habitual aceptable.

Los dos rodetes de cera contruidos según los modelos maestros sobre planchas de resina fotopolimerizable permitirán registrar la relación mandíbula-cráneo de oclusión habitual, evaluada por el dentista, sin desviación lateral y sin modificación en dimensión vertical (Fig. 7).

Una vez recibidos los registros de los rodetes y un arco de transferencia los modelos son ubicados en el articulador (Fig. 8).

Dada la joven edad del paciente y la posibilidad de deducir mediante el remanente las caracterís-

ticas de la dentadura original, se ha optado después de elegir la forma y el color básico por la personalización de los dientes anteriores en cerámica (Figs. 9 y 10).

El montaje de los dientes en la arcada anterior es facilitado por la presencia de los dientes remanentes, que proporcionan un indicio importante, permitiendo una armonización mejor (Fig. 11).

Una vez ubicado el grupo incisivo superior pasamos al montaje de los incisivos inferiores (Figs. 12 y 13).

Una de las mayores dificultades de la prótesis total es la restitución del plano de oclusión; por consiguiente, en la prótesis previa extracción las informaciones deducidas de los dientes remanentes no extrusionados resultarán importantes para el montaje de los dientes posteriores.

Iniciamos ahora el montaje de los diatóricos inferiores de la parte lateral contraria al diente remanente (uno solo, aunque indicativo) (Figs. 14 y 15).

Terminado un cuadrante se pasa al lateral contrario.

Este tipo de montaje secuencial nos llevará al posicionamiento del seis superior (Fig. 16), controlando que el contacto céntrico de la cúspide mesiolingual caiga perfectamente en el centro de la cavidad del homónimo antagonista (Fig. 17).

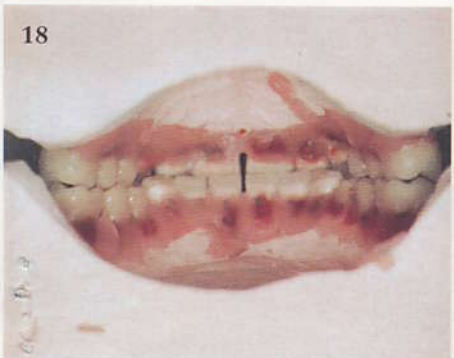
Seguidamente pasaremos al montaje de la piezas cuarta y quinta, respetando los mismos conceptos de oclusión, sabiendo que la estabilidad céntrica y la dimensión vertical son mantenidas por estos contactos dentales (Figs. 18 y 19).

La modelación en cera de los escudos frontales y laterales y el cierre del borde periférico precederán a la puesta en mufla (Figs. 20 y 21).

Esta transformación de los cuerpos protésicos en resina se produce según la metodología tradicional (Fig. 22), sin olvidar que el pasaje de resinación es tan impor-



Figs. 16 y 17.—El contacto céntrico del sexto superior en relación con el diente antagonista.



Figs. 18 y 19.—Visión lingual y vestibular del montaje terminado.

tante como los que le han precedido y los que le seguirán y sabiendo que los metacrilatos de metilo polimerizados en caliente ya tienen un margen de error, aunque sea mínimo, debido a su contracción (Fig. 23).

Después de la polimerización y la consiguiente nueva oclusión las prótesis son retiradas de los modelos, acabadas (Figs. 24, 25, 26 y 27), res-

- Respeto de la fonet
- Lengua que no se alarga.
- Mejillas que no se aflojan.
- Mantenimiento de la dimensión vertical.
- Posibilidad de montar dientes iguales en cuanto a forma, dimensión, inclinación y rotación.
- Rapidez.

En el caso arriba descrito la buena colaboración entre el laboratorio protésico y el consultorio han permitido conseguir estos resultados.

AGRADECIMIENTO

Deseo agradecer la colaboración de Roberto Marchetti.



Figs. 20 y 21.—Las prótesis enceradas ya listas para la puesta en mufla.

petando la morfología previamente definida en cera, y pulidas (Fig. 28).

Las prótesis enviadas al dentista serán rebasadas con hidrocast (Figs. 29 y 30) durante las fases de curación.

Un análisis y una intervención exhaustiva por parte del profesional han permitido que el paciente mantenga en la arcada inferior dos pilares (34 y 43), que desvitalizados y tallados después de la curación constituirán el soporte de una sobredentadura sobre las que se aplicarán dos anclajes (Fig. 31) que se insertarán en la fase final de rebasado con resina acrílica.

Las figuras 32 y 33 muestran al paciente antes y después de la rehabilitación.

CONCLUSIÓN

Los «porqués» de la prótesis previa extracción:

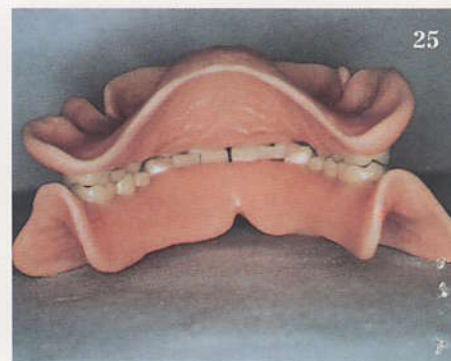
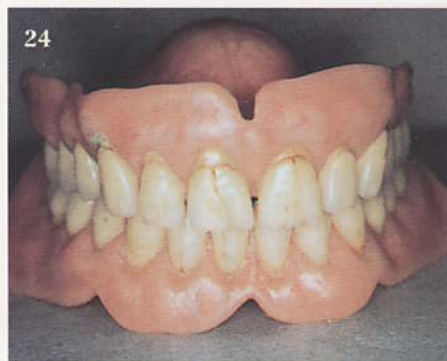
- Ausencia de trauma psíquico.
- Respeto de las necesidades funcionales.



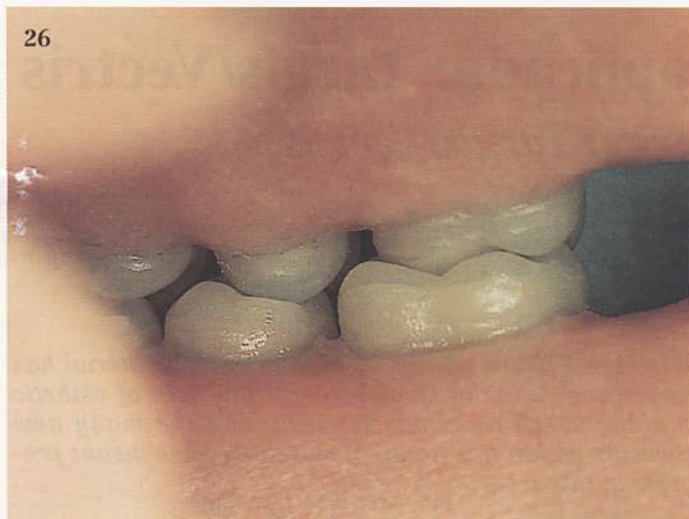
Fig. 22.—Sistema tradicional de transformación.



Fig. 23.—Prótesis resinada.



Figs. 24 y 25.—La prótesis acabada en visión vestibular y lingual.



Figs. 26 y 27.
Contactos céntricos.

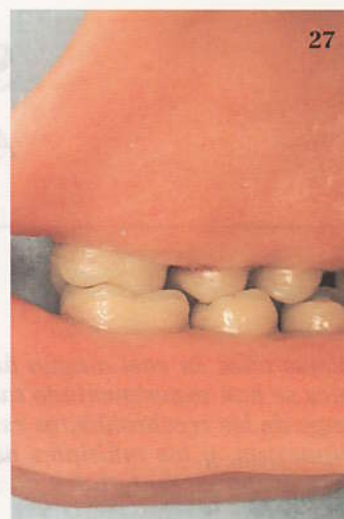
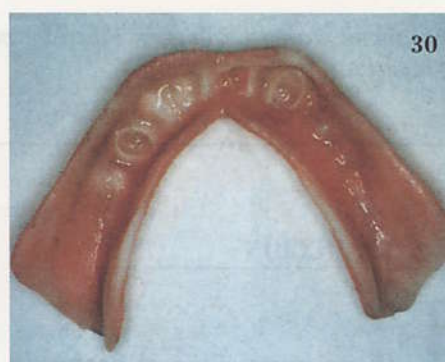
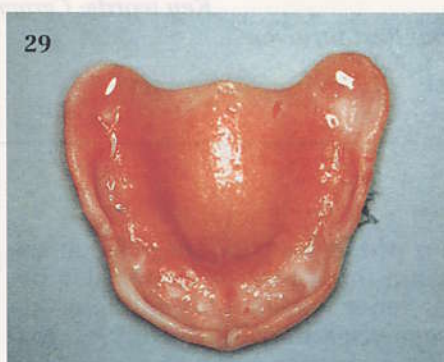


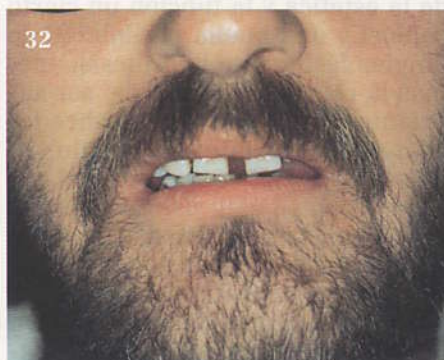
Fig. 28.—La prótesis pulida.



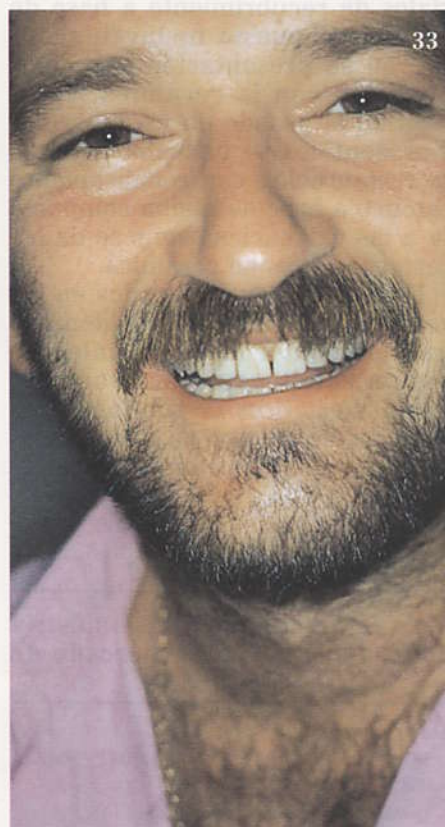
Figs. 29 y 30.—Las prótesis rebasadas con hidrocast.



Fig. 31.—Muestra del tipo de anclaje utilizado.



Figs. 32 y 33.—El paciente antes y después de la rehabilitación.



BIBLIOGRAFÍA

- Canton A, Marino G. L'impronta anatomico funzionale delle arcate edentule. Torino: Cides Odonto Editrice; 1982.
- Garotti G. In tema di protesi dentale (2.^a ed) (estrattida Dental Cadmos 1982. p. 4-12). Naturno BZ Ivoclar (sezione italiana); 1986.
- Barbetti L, Garotti G, Milano V, Pavese A. Odontotecnica pratica. Firenze: Uses Edizioni Scientifiche; 1990;2:407-42.
- Passamonti G. Immediate denture prosthesis. Dent Clin North America 1964;718.

- Pound E. La protesi totale con la tecnica hidrocast. En: Fossano CN, ed. Società Italiana Idra; 1988.
- Schreinemakers J. Le basi razionali della protesi totale. Piccin: Padova; 1982.
- Vergnano A, Passamonti G. Atlante di protesi dentale. Torino: Cides Odonto Editrice; 1978.
- Samoian R. La dimensione verticale dell' étage inférieur de la face (3.^a ed). Parigi.
- Sicher H. Oral anatomy. Saint Louis: The CV Mosby Co; 1960.