

## Decálogo del proceso de confección de la prótesis completa mucosoportada (Dr.Salvador Gallardo Colchero)



En el siguiente post comparto los 10 pasos a seguir durante la confección de la prótesis completa mucosoportada. Soy consciente de que me dejo muchos detalles atrás pero creo que puede servir de guía para que tengamos en cuenta algunos parámetros importantes.



Debe delimitar bien el fondo de vestíbulo, los frenillos, línea hamular, límite del paladar duro y blando, materiales recomendados, alginato y silicona pesada tipo putty. Cubetas de desdentados cuando estas se adaptan bien a la anatomía del reborde, en caso de falta de coincidencia preferible cubetas de dentados.

## 2. Cubetas Individuales.



Esta debe ser de 1 a 2 milímetros más corta del fondo de vestíbulo que habremos delimitado previamente en el modelo o sobre el material de impresión de la impresión primaria con un lápiz tinta de manera que cuando esta impresión primaria es positivada, la línea marcada queda incluida en nuestro modelo de yeso. La cubeta individual debe ser más corta para poder funcionalizarla con el material de impresión correspondiente y para permitir realizar el sellado periférico. Preferiblemente la cubeta no debe tener un mango que impida la movilización de los labios por lo que preferimos crear un reborde vertical sobre el proceso alveolar para poder sujetarla mientras se coloca el material de impresión. Preferiblemente utilizaremos acrílico fotopolimerizable por la comodidad de tener el tiempo de trabajo ilimitado ya que endurecerá al introducirlo en la lámpara de polimerización.

## 3. Sellado Periférico.



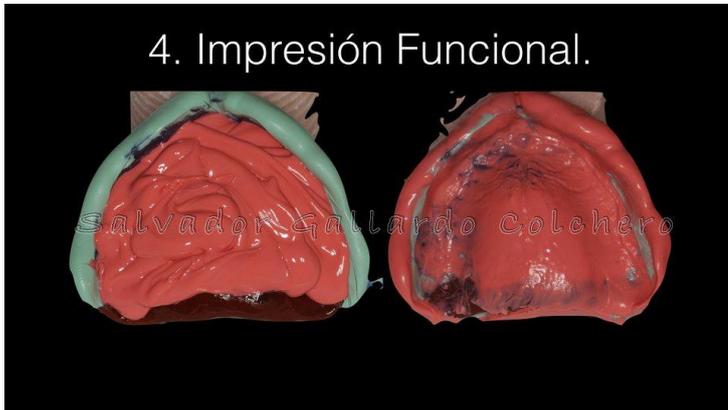
Con este procedimiento ya sabremos si nuestro trabajo está siendo bueno ya que con él conseguiremos que nuestra cubeta queda perfectamente estable en nuestro paciente. Tradicionalmente se ha empleado la Godiva de baja fusión para su confección pero es un material incómodo por el manejo de la temperatura ideal que permita su modelado sin quemar al paciente y la inestabilidad cuando la temperatura es excesiva. Idealmente utilizaremos una resina fotopolimerizable que podremos modelar en boca con la ventaja de que no endurecerá hasta que apliquemos luz.

### 3. Sellado Periférico.



Otro material alternativo es el empleo de silicona pesada tipo putty a modo de cordón por el margen periférico de la cubeta lo que nos delimitará el sellado periférico cuando llevamos la cubeta a boca y movilizamos la musculatura.

### 4. Impresión Funcional.



En este punto se ha recomendado el polisulfuro de mercaptano, la pasta cinquenólica o la silicona fluida de consistencia media. Lo que buscamos es un material que no presione la mucosa durante la toma de impresión, sea estable en el tiempo y nos reproduzca fielmente el tejido blando. En este aspecto nos decantamos por la pasta cinquenólica y la silicona fluida, el primero por la escasa presión que realiza sobre la mucosa y el segundo por la comodidad de su utilización con pistolas dispensadoras. Es fundamental en este momento el realizar movimientos funcionales del paciente mientras el material está en boca para poder registrar la dinámica muscular del paciente en sus movimientos funcionales así le pediremos al paciente que intente silbar, soplar, mover la lengua, movilizaremos los labios de un lado a otro para registrar correctamente los frenillos y las inserciones musculares que debemos liberar con la futura base de la prótesis.

### 5. Planchas Base.



Por tradición se han utilizado planchas de material termoplástico tipo truwax pero dada la comodidad del uso de las planchas fotopolimerizables cada vez más recurrimos más a este material. La clave de esta fase es reproducir la forma que hemos conseguido con nuestra impresión funcional y no sobreextender las planchas a pesar de obtener un modelo con los márgenes más extensos ya que la cubeta individual ha sido funcionalizada y se deben respetar los límites de esta.

Sobre estas planchas confeccionaremos unos rodets articulares con cera de registro. Estas planchas con rodets los utilizaremos en primer lugar para la transferencia al articulador del modelo superior del paciente mediante la utilización de arco facial de transferencia con lo que posicionaremos en el articulador semiajustable el modelo superior del paciente en la misma orientación que la que presenta el paciente respecto a su plano de Francfort.



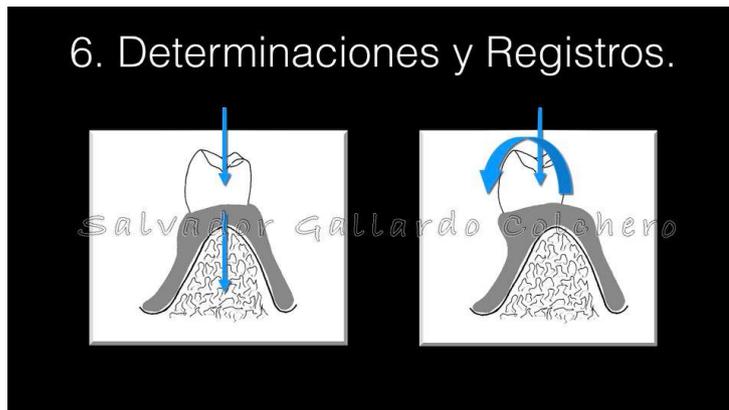
Nuestros rodets articulares van a recoger la información necesaria para que el técnico de laboratorio pueda tener una idea clara sobre lo que queremos sobre nuestro paciente para rehabilitarlo estética y funcionalmente.

En primer lugar utilizaremos el rodete para poder transferir al articulador semiajustable la posición del maxilar superior del paciente respecto al plano de Francfort del paciente así lo ubicaremos tridimensionalmente en el articulador de la misma forma que se encuentra en el cráneo del paciente. Posteriormente determinaremos sobre el rodete la línea media del paciente siguiendo el eje largo de la cara del paciente.

Esa línea debe ser paralela al eje largo del paciente y centrada en su cara y al mismo tiempo perpendicular al plano que forma el rodillo de cera en el plano anterior. Los rodets articulares van a imitar la posición de los futuros dientes de la prótesis por lo que tendremos que hacer al paciente mejorar estéticamente. Para ello dejaremos que el borde inferior del rodete articular superior asome unos 2-3 mm por debajo del borde inferior del labio superior.



El plano que conforma el rodillo articular debe ser paralelo al plano de Camper puesto que, como hemos dicho antes, el rodete articular va a ser una reproducción o imitación de los futuros dientes del paciente. Para esto nos ayudaremos del plano de Fox que es una herramienta que nos va a indicar la orientación del plano de nuestro rodillo articular respecto al plano de Camper del paciente. El siguiente valor a indicar es la línea de sonrisa y líneas de caninos con lo que ya podremos determinar el tamaño de los dientes que tendremos que utilizar para confeccionar la prueba de dientes. Otro parámetro importante en las prótesis completa que debemos controlar es el soporte labial de la prótesis. Dado que el paciente cuando queda desdentado pierde una cantidad enorme de soporte de los labios apreciándose un perfil cóncavo en la mayoría de los pacientes. Debemos obtener con nuestro rodete articular un soporte labial estético.



En este momento determinaremos, y así debemos comunicárselo al técnico de laboratorio, si el montaje de los dientes posteriores será normal o cruzado en sectores posteriores en función de la relación de los rodetes articulares con la cresta ósea residual. Debemos en todo momento intentar que los dientes de la prótesis estén en relación a la cresta ósea para favorecer la estabilidad y la transmisión de las fuerzas de la oclusión. En determinadas ocasiones, debido a la diferencia de reabsorción ósea del maxilar y la mandíbula nos vemos obligados a montar los sectores posteriores en podrida cruzada para garantizar esa estabilidad. Iconografía cedida por [Ernest Mallat](#).



También es importante indicar al laboratorio que rehuse de montar los últimos molares si vemos que el montaje de los mismo corresponde con la zona curva de la parte posterior de la mandíbula ya que la carga oclusal sobre esta zona provocará la desestabilización de la prótesis y la propulsión hacia delante de la prótesis inferior provocando a medio plazo que durante la masticación el paciente realice una protrusión mandibular.

## 7. Registro de Relación Céntrica.



Cuando tenemos determinados los parámetros estéticos en el rodete de cera superior necesitamos relacionar ambas arcadas a una determinada dimensión vertical y en una posición condilar que sea estable y reproducible. Dado que el paciente es desdentado total la única posición de referencia es condilar, en este caso relación céntrica o más concretamente exploramos el movimiento de cierre del paciente de manera que buscamos la zona de arco de giro puro de la ATM para determinar una posición a la DVO que estimemos oportuna en función de parámetros estéticos y funcionales del paciente.

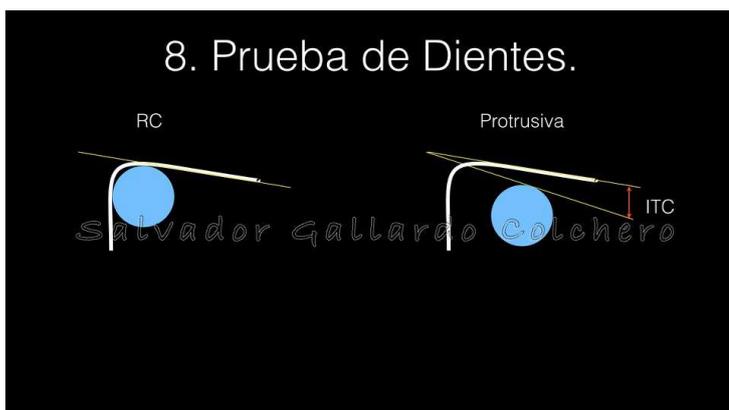
Tenemos varias formas de determinar esta posición, tanto con técnica mano-mentón como técnica bimanual de Dawson pero quizás la técnica más fiable sea el registro con puntero inscriptor sobre el plano horizontal o registro de 'arco gótico'.

## 8. Prueba de Dientes



Durante la prueba de dientes en cera debemos tener presente aspectos estéticos y funcionales. No solo comprobar que se cumplen los registros que determinamos en el paciente durante la prueba de rodetes de cera en cuanto a tamaño de los dientes, exposición incisiva, soporte labial, etc sino que aprovecharemos esta cita para regular el articulador a unos valores individuales de ITC y ángulo de Bennet mediante la toma de un registro de protrusiva a unos 3 mm, más o menos en posición borde a borde de incisivos.

## 8. Prueba de Dientes.



Con ello verificaremos si el montaje de dientes es correcto en cuanto a función de oclusión balanceada bilateral dado en los parámetros estándar en los que regulamos el articulador en el montaje inicial de modelos o si por el contrario debemos hacer una modificación del montaje de dientes para adaptarlos a los parámetros individuales del paciente que acabamos de registrar. También debemos comprobar en esta prueba de dientes en cera, que se han respetado por parte del laboratorio, que el sellado periférico determinado en la impresión funcional se mantiene para reproducirlo en la fase final de terminación de la prótesis. Otros parámetros funcionales a comprobar son tanto la DVO como que la máxima intercuspidad coincide con nuestro registro de relación céntrica. Si no es exactamente así tendremos que proceder al ajuste oclusal o a la toma de nuevos registros en función de la cantidad de desajuste que exista.



Dado que estamos rehabilitando al paciente con una prótesis mucosoportada donde la estabilidad viene dada por la calidad del sellado periférico que consigamos de la mucosa con las bases de la prótesis, debemos ser muy exigentes con el ajuste oclusal de la prótesis porque la ausencia del mismo nos provocará el desajuste de estas bases llegando a provocar la inestabilidad de las prótesis durante la función masticatoria así como úlceras de decúbito en zonas donde se reciba más carga oclusal. El patrón colosal que ofrece mayor estabilidad a las prótesis mucosoportadas es el balanceado bilateral en el cual ofrecemos contactos en todos los dientes en posición estática y dinámica, es decir, en posición de MI tenemos contactos anteriores y posteriores y en movimientos excursivos tenemos contactos en lado de trabajo como en no trabajo en lateralidades y en anteriores y posteriores en protrusiva.



El día de la colocación de la prótesis terminada debemos tener en cuenta, al igual que en la prueba de dientes, los aspectos estéticos y funcionales.

Si todos los procedimientos han sido controlados durante todo el proceso de confección no debemos tener excesivos problemas pero

unos detalles a tener en cuenta en las sucesivas revisiones deben ser:

- Si aparecen decúbitos en zonas de sellado periférico, nos está indicando que los faldones son excesivamente largos, debemos retocarlos.
- Si los decúbitos aparecen en la cresta alveolar debemos revisar la oclusión porque en la zona relacionada es muy probable que exista un contacto oclusal excesivo.
- Si el paciente refiere que la prótesis se mueve durante el habla, es posible que los faldones sean largos o haya algún frenillo o inserción muscular que no se ha liberado correctamente.
- Si el paciente refiere que la prótesis se mueve durante la función es muy probable que la oclusión no esté correctamente equilibrada.

Como cuidados e instrucciones hay que informar al paciente, sobre todo al paciente que se enfrenta por primera vez al edentulismo total, que debe tener paciencia durante su adaptación y que en primer lugar se acostumbre a llevarla puesta hasta que poco a poco deje de detectarla como un cuerpo extraño y pueda comenzar a practicar la función masticatoria.

Informar al paciente que es muy importante el cuidado la higiene tanto de la prótesis como de la mucosa alveolar por tanto se le explicará los mecanismos de higiene de la prótesis con cepillo y jabón y de la mucosa y lengua con un cepillo de dientes para permitir el recambio celular de la mucosa de revestimiento de la cavidad oral evitando así posibles problemas de mucositis protésica.

Si bien es recomendable el retirar las prótesis durante la noche y conservarla en medio húmedo, hay pacientes que prefieren mantenerlas durante la noche a los cuales se les recomienda el retirarlas al menos una hora al día para el ?descanso? de la mucosa. Personalmente se les recomienda mantenerlas retiradas desde la última higiene del día hasta el momento de acostarse cuando el paciente por propia comodidad prefiere mantenerla colocada.