

Los 20 pasos en los aumentos de la dimensión vertical de oclusión (II) (Dr. Ernest Mallat)



En esta segunda parte se muestra el procedimiento clínico de aumento de la dimensión vertical de oclusión (DVo).

8. Aumentar la dimensión vertical de oclusión (DVo) en boca

Después de la planificación previa se aumentará la dimensión vertical en boca. En primer lugar se determinará la DVo que tiene el paciente antes de iniciar el tratamiento.

Procedimiento paso a paso:

- Fabricación de las llaves de silicona transparente de los sectores posteriores (Una vez concluido el encerado se fabricará una llave de silicona transparente sobre los sextantes posteriores encerados (Elite Glass de Zhermack)).



- Probar las llaves en boca (Se comprobará que las llaves de silicona asienten correctamente).
- Colocar cuñas en espacios interproximales. Las cuñas permiten que, a pesar de restaurar las caras oclusales de forma continua de mesial a distal, el paciente pueda pasarse cepillos interproximales y mantener una buena higiene. Para que asienten correctamente las llaves de silicona hay que recortarlas de manera que apenas sobresalgan más allá de las áreas de contacto.



- Preparar la superficie dentaria para adherir composite híbrido. A continuación, se observará la superficie oclusal de los dientes a tratar para evidenciar si hay alguna obturación filtrada o alguna caries, que se eliminará antes de empezar. Se repararán las caras oclusales con turbina y fresa de diamante de grano fino para eliminar prismas de esmalte sin soporte dentinario que frecuentemente se hallan en la periferia de la cara oclusal. A continuación, se aplicará el sistema adhesivo fotopolimerizable. Si se utilizan adhesivos autograbantes es preferible aplicar previamente ácido ortofosfórico durante 20 segundos ya que en las caras oclusales suele encontrarse dentina terciaria.



- Atemperar el composite híbrido. Para reconstruir las caras oclusales a la nueva dimensión vertical de oclusión se utilizará composite híbrido o nanohíbrido en compules, que se calentarán previamente en agua caliente para hacerlos más fluidos. Si no se calienta antes de colocarlo en la llave de silicona, al tratar de asentarla en boca, ésta se deformará ya que el composite será excesivamente denso.
- Cargar las llaves de silicona transparente. Se colocará el composite en el interior de la llave en todas las caras oclusales a reconstruir.
- Insertar las llaves (esperar 30?). Se asentará con suavidad hasta que se note que se apoya en los dientes, se esperarán 30 segundos para que el composite fluya.
- Fotopolimerizar a través de la llave. A continuación, se fotopolimerizará a través de la silicona transparente durante 30 segundos en cada uno de los dientes. Este composite formará parte de los muñones una vez estén los dientes preparados para las restauraciones definitivas. Ya sin la llave, se fotopolimerizará convenientemente toda la restauración de composite y podremos comprobar como ya se habrá transferido la nueva morfología oclusal.





- Rellenar los defectos vestibulares y completar la cara oclusal del último molar. Se acabarán de restaurar con composite los defectos que hayan quedado por palatino y vestibular y también la mitad distal del último molar. Si hubiera que aumentar también la altura de los dientes posteroinferiores se seguirá el mismo procedimiento. Si no hay que aumentar su altura, se restaurarán en aquellas zonas donde sea conveniente y donde se haya perdido excesiva estructura dentaria.
- Ajustar la oclusión y pulir



Se comprobará que el aumento de DVo es el que estaba previsto y se pulirán todas las restauraciones.

9. Preparar provisionales de los dientes anterosuperiores

El mismo día en que se realiza el aumento de la Dvo se toma una impresión de alginato de la arcada superior y un registro de relación céntrica para que el laboratorio fabrique una prótesis provisional de los dientes anterosuperiores.



En cuanto a la cara palatina de los provisionales, en estos casos no hay ninguna referencia de cómo era la guía anterior del paciente por tanto no es posible saber de entrada qué inclinación hay que darle a la guía anterior. Se le dará una inclinación tal a la guía anterior que sea capaz de conseguir una separación entre los dientes posteriores de al menos 1mm.



10. Tallado y provisionales de los dientes anterosuperiores

En la siguiente cita se reconstruirán con composite los dientes anterosuperiores desgastados y se procederá al tallado de los mismos.



Se colocará la prótesis provisional. Se observará que las distintas referencias estéticas sean correctas (cantidad de incisivos superiores visible con el labio en reposo, línea media,....).



11. Ajustar la oclusión (guía anterior)

Antes de cementar provisionalmente la prótesis provisional, se realizará el ajuste de la guía anterior. Es un procedimiento que requiere tiempo y paciencia, sobre todo si el paciente presenta una sobremordida de 3-4mm. Aquí, se aplicarán los conceptos descritos en el artículo sobre el golpe traumático.



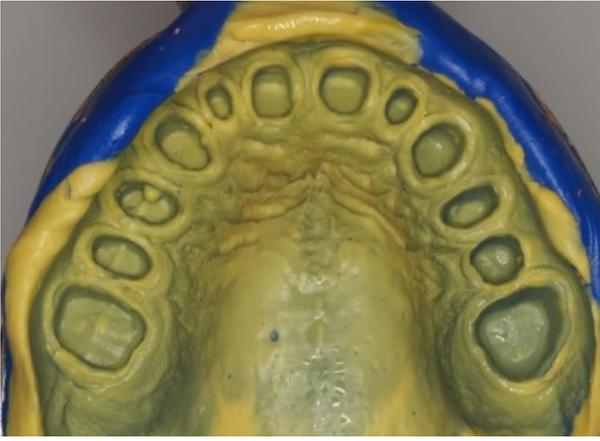
12. Tallar los demás dientes

En las siguientes citas se procederá a tallar los demás dientes de la boca a los que se colocará la prótesis provisional correspondiente.



13. Toma de impresiones definitivas

En el momento en que el ajuste de los provisionales sea correcto, y antes de tomar las impresiones definitivas, se medirá con un calibre el grosor del provisional a lo largo de toda la cara palatina en cada uno de los dientes tallados y también por toda la cara vestibular. De esta manera, se comprobará si se ha tallado lo suficiente o si en alguna zona se debe profundizar más el tallado con el objeto de garantizar el mínimo grosor de material restaurador.

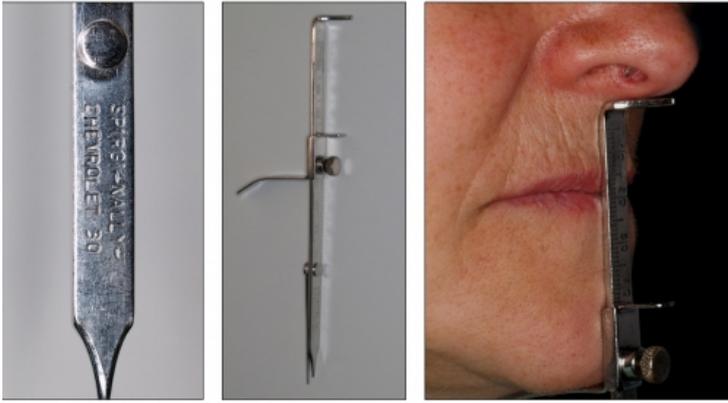


Se tomarán las impresiones definitivas de ambas arcadas con siliconas de adición y mediante la técnica de la doble impresión. En la misma cita se tomará el color para las cofias de óxido de zirconio y se le comunicará al técnico de laboratorio si los muñones tienen un color oscuro que conviene opacificar (si el color de los muñones es correcto el grosor de las cofias de óxido de zirconio será de 0.3mm, mientras que si se trata de muñones oscuros debe tener un grosor de 0.6mm).



14. Toma de registros

En esta misma cita, se tomarán el registro craneomaxilar con el arco facial y un registro intermaxilar. Será fundamental transferir al articulador la correcta DVo. Es muy útil el compás de Spirgi-Nally-Chevrolet ya que presenta como principal ventaja que siempre utiliza las mismas referencias, tiene un brazo que se apoya en la base de la nariz y otro brazo que se apoya en la base del mentón. Como las referencias son siempre las mismas, la DVo que se registra en la primera cita servirá para las demás citas, por lo que no será necesario repetir la medición al principio de cada cita.



15. Prueba de cofias

Cuando se reciben las cofias, se observará en primer lugar que cumplan los requisitos de diseño. En dientes anteriores, las cofias deberán dejar al descubierto el hombro y se comprobará el grosor de las mismas en función del color de los muñones. En dientes posteriores, si llevan hombro cerámico, también dejarán al descubierto la preparación marginal. Una posible causa de un incorrecto asentamiento de la cofia es la presencia de ángulos marcados en la transición de las paredes axiales a la cara oclusal o la cara palatina. Ni los colados ni las cofias fresadas con CAD-CAM son capaces de reproducir los ángulos marcados en el interior de las cofias y siempre los redondean de manera que, al insertar la cofia, ésta tropieza con ellos.



16. Toma de registros interoclusales y toma del color

En los aumentos de la DVo, a pesar de que se hayan tomado registros intermaxilares con anterioridad, es conveniente volverlos a tomar en la fase de prueba de cofias ya que una pequeña variación de 0.5mm en el espacio interoclusal puede llevarnos a dar un grosor escaso a la cerámica de la cara oclusal. Al igual que se hizo cuando se tomaron los anteriores registros, ahora se tomarán de nuevo por sectores, dejando la prótesis provisional colocada en buena parte de la arcada y que sirva así de referencia. Se vuelve a tomar el color y se confirma la elección que se hizo antes de la fabricación de las cofias.



17. Prueba de bizcocho

La prueba de bizcocho irá destinada a valorar el color (sobretudo el valor), la forma, el tamaño y, por último, la oclusión. Cuando se prueban las coronas anteriores, como suelen llevar hombros cerámicos, habrá que valorar el ajuste de los mismos.



Se procederá a valorar la longitud dentaria estando el labio superior en reposo, la línea media dental superior, el plano incisal, el plano oclusal cuando el paciente sonríe y pequeños detalles de la forma que se puedan mejorar (líneas ángulo vestibulares, contorno de la cara vestibular, bordes incisales, troneras incisales, textura superficial, translucidez incisal, etc.).

En todos los dientes se verificarán los puntos de contacto pero con una distinta finalidad según se trate de dientes anteriores o posteriores. A nivel de los dientes anteriores el punto de contacto tratará de conseguir que la tronera gingival esté completamente ocupada por la papila, mientras que a nivel de los dientes posteriores esos puntos de contacto trabajarán para impedir que entre la

comida entre ellos.

A continuación, se analizará la oclusión, empezando por la DVo, siguiendo con el ajuste de la máxima intercuspidadación y finalizando con los movimientos excéntricos. Si ya se está en la DVo terapéutica se observará si aparecen contactos en todos los dientes en máxima intercuspidadación y, donde no aparezcan, habrá que añadir cerámica. Por último, si ya de entrada la DVo con las restauraciones en fase de bizcocho es menor que la DVo terapéutica, se tomará de nuevo un registro intermaxilar, se remontará el modelo inferior y se añadirá cerámica en las caras oclusales y las caras palatinas de todos los dientes.

18. Prueba de la prótesis acabada y cementado

Cuando se recibe la prótesis acabada se revisarán todas las modificaciones que se hicieron en la fase de bizcocho, tanto en lo concerniente a la forma, al tamaño como al color. También se verificarán los puntos de contacto, la oclusión y, sobretodo, la DVo.



Si todo es correcto, se pasará a cementar las restauraciones definitivas. Para el cementado todas las superficies a cementar se deberán preparar convenientemente, tratando de conseguir tanto retención micromecánica como retención química (no es el objeto de este artículo explicar el protocolo de cementado que sigo).



Se muestra un visión frontal de los dientes anterosuperiores en que se aprecia el excelente trabajo del técnico de laboratorio (TPD. Íñigo Casares), tanto en cuanto a forma como en cuanto a color o textura. El ajuste marginal de las restauraciones con hombros cerámicos es excelente y permite conseguir un correcto sellado marginal a través del cementado adhesivo.



Se pueden observar ambas arcadas terminadas en visión oclusal.



Se puede comprobar el cambio dimensional de los dientes anterosuperiores con la fotocomposición en la que se combinan las imágenes antes y después del tratamiento.



En esta imagen se observan los incisivos superiores en visión lateral al sonreír.

19. Revisar la oclusión (sobre todo la guía anterior)

Se citará al paciente al cabo de una semana para valorar de nuevo la oclusión ya con el paso de los días los dientes sufrirán movimientos hasta que encuentren contactos con los antagonistas que les den estabilidad. En ese movimiento aparecerán seguramente contactos indeseables, ya sean interferencias o prematuridades, que se deberán eliminar.



20. Férula oclusal

Cualquier paciente al que le hayamos hecho un aumento de la DVo será candidato a llevar una férula oclusal de uso nocturno para reducir el riesgo de aparición de complicaciones en las restauraciones una vez las hayamos cementado. Al paciente se le explica que con el tiempo seguro que irá descascarillando alguna corona pero se le debe hacer entender que es normal ya que si ha sido capaz de desgastar de forma intensa su dentición, nuestras restauraciones no serán mejores que sus propios dientes. En último término, lo que se le ha hecho al paciente con el aumento de la DVo es retroceder en el tiempo a un estado en que los dientes estaban conservados y, a partir de aquí, volverá a desgastar.



ERNEST MALLAT CALLÍS