

Danny Romero Luzuriaga ^a; José Luis Egas Sánchez ^b;
Álvaro Fabián Cando Flores ^c; Marco Alejandro Díaz Ronquillo ^d

Técnica de Modelo Alterado: Reporte de un Caso Clínico

Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. Vol. 2 núm.2, mayo,
ISSN: 2588-073X, 2018, pp. 92-104

DOI: [10.26820/recimundo/2.\(2\).2018.92-104](https://doi.org/10.26820/recimundo/2.(2).2018.92-104)

Editorial Saberes del Conocimiento

Recibido: 10/12/2017

Aceptado: 17/03/2018

- a. Especialista en Rehabilitación Oral; Docente Universidad de Guayaquil; dannyeduardo.romero@ug.edu.ec
- b. Universidad de Guayaquil; jose.egass.@ug.edu.ec
- c. Universidad de Guayaquil; alvaro.candof@ug.edu.ec
- d. Universidad de Guayaquil; maro.diazr@ug.edu.ec

RESUMEN

Los pacientes edéntulos constituyen un verdadero reto para el profesional en odontología, por lo tanto, es necesario repasar periódicamente los contenidos del tema, y analizar los casos clínicos que se presentan en nuestra labor diaria.

El siguiente caso corresponde a la elaboración de una prótesis mucodentosoportada en una paciente edéntulo bilateral del maxilar inferior, teniendo como objetivo principal la estabilidad y soporte a través de la compresión de la mucosa y correcta selección de dientes pilares. Este tipo de casos se considera realmente atractivo para el dentista.

Palabras clave: Prótesis mucodentosoportada, cresta gingival, enfilado.

Técnica de Modelo Alterado: Reporte de un Caso Clínico

Vol. 2, núm. 2., (2018)

Danny Romero Luzuriaga; José Luis Egas Sánchez; Álvaro Fabián Cando Flores; Marco Alejandro Díaz Ronquillo

ABSTRACT

Edentulous patients are a real challenge for the dental professional, you must periodically review the contents of the item, and analyze clinical cases presented in our daily work.

The following case describes the development of prosthesis in a patient with bilateral tooth and mucosa supported edentulous mandible, with the main objective of stability and support through compression of the mucosa and proper selection of abutment teeth. Such a case is considered attractive for the dentist.

Key words: Tooth and mucosa supported prosthesis, gingival crest, rowed.

Introducción.

Los procedimientos de impresión en prótesis parcial removible se dividen de acuerdo al soporte que dé el paciente, sea este mucodentosoportado o dentosoportados.

Los dentosoportados, son impresiones en las que se siguen parámetros técnicos previsibles, y se alcanza el éxito al final del tratamiento; sin embargo, las prótesis mucodentosoportadas en maxilar inferior, específicamente las que corresponden a la clase I y II de Kennedy¹, se han constituido en un problema para el odontólogo, y muchas veces, da como resultado el fracaso de la prótesis debido a que el paciente no la tolera, en el 50% de los casos²⁻⁹.

El modelo alterado, es la técnica de impresión indicada en prótesis parcial removible mucodentosoportada, porque registra la forma de los dientes y tejidos suaves de manera precisa bajo una presión distinta y diferentes grados de desplazamiento¹⁰⁻¹¹.

Con estos antecedentes, he desarrollado este caso clínico, en el cual se detalla específicamente la forma de impresión que se le realizó a un paciente edéntulo bilateral del maxilar inferior, (Clase I de Kennedy), que se constituye en el máximo reto del diseño, impresión y elaboración de una prótesis parcial removible^{6-7,10}.

El éxito del tratamiento, es dado principalmente por la pericia del odontólogo al utilizar la técnica correcta para la confección de la prótesis; el cual redundara en el bienestar del paciente, tanto físico como mental, al mejorar la función masticatoria y la estética⁴.

Técnica de Modelo Alterado: Reporte de un Caso Clínico

Vol. 2, núm. 2., (2018)

Danny Romero Luzuriaga; José Luis Egas Sánchez; Álvaro Fabián Cando Flores; Marco Alejandro Díaz Ronquillo

Caso clínico.

Paciente de sexo femenino de 44 años de edad, ama de casa; con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial. Acude a la consulta con prótesis provisionales en férula completa en maxilar superior mal adaptadas; postes colados cortos, desadaptados en piezas 15, 14, 13, 21, 25, y poste desalojado en pieza 11; además de ausencia de piezas 16, 12, 22, 23, 24, 37, 36, 46 y 47, inflamación de encías, e inadecuada oclusión.



Figura 1. Prótesis provisionales en férula completa mal adaptados. Antes y Después

Mediante percusión, palpación, movilidad, sondaje, exploración visual intraoral y extraoral, medios radiográficos (periapicales y panorámica), modelos de estudio, montaje en articulador semiajustable y pruebas de vitalidad determinamos que la paciente presenta enfermedad periodontal generalizada en maxilar superior, provisional mal adaptado en pieza 45, caries en piezas 34, 33, 31, 41, 42 y 43, y tártaro en todas las piezas inferiores presentes por mala higiene en maxilar inferior.

Una vez obtenido el diagnóstico se instaura tratamiento periodontal completo en maxilar superior; así como profilaxis en maxilar inferior. Después de un mes se procede a realizar alargamientos coronarios en piezas 16, 15, 14, 13, 11, 21, 25, 44 y 45; el retratamiento de conductos en piezas 15, 14, 13, 11, 21, y 25. Luego de dos meses, se coloca postes colados en piezas 16, 15, 14, 13, 11, 21, 25, 44 y 45. En el mes siguiente se coloca puente fijo 10 unidades m-p en piezas 27-13, corona m-p en pieza 14, puente fijo 3 unidades en piezas 15-17, 2 coronas m-p en piezas 44 y 45, y resinas en piezas 34, 33, 31, 41, 42 y 43. A los 4 meses de iniciado el tratamiento se coloca una prótesis removible inferior mucodentosoportada de 11 unidades.

Se utiliza la técnica de Mc Craken modificada o impresión modificada. Se toma la impresión en alginato utilizando cubetas stock y se diseñó el armazón metálico. Luego se determina la altura del contorno y localización de retenciones mediante el uso del paralelizador dental. Se utiliza una barra Lingual, que requiere de un mínimo de 7 mm de distancia entre la encía libre y la inserción del frenillo activo. Nos alejamos de la cresta gingival un mínimo de 3 mm para evitar problemas de inflamación¹².

Técnica de Modelo Alterado: Reporte de un Caso Clínico

Vol. 2, núm. 2., (2018)

Danny Romero Luzuriaga; José Luis Egas Sánchez; Álvaro Fabián Cando Flores; Marco Alejandro Díaz Ronquillo





Fig.2 Esqueleto Metálico, confección de cubeta individual con la estructura metálica

Una vez probado en boca y aceptada la base metálica, se construye en las zonas desdentadas, unas cubetillas acrílicas retenidas en la rejilla de la base, las cuales tienen la misma forma y extensión de la futura base de la prótesis, se calienta la godiva de baja fusión y se colocan los bordes de la base los cuales se ajustan a la boca haciendo movimientos funcionales.



Técnica de Modelo Alterado: Reporte de un Caso Clínico

Vol. 2, núm. 2., (2018)

Danny Romero Luzuriaga; José Luis Egas Sánchez; Álvaro Fabián Cando Flores; Marco Alejandro Díaz Ronquillo

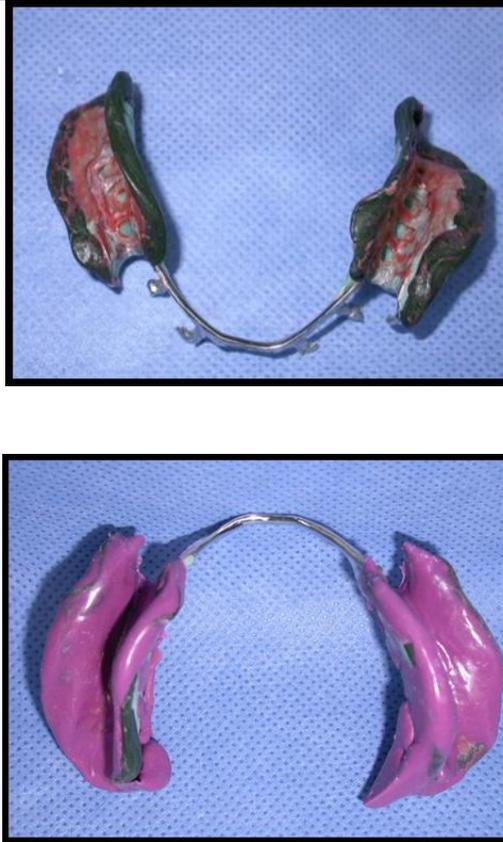


Figura 3. Prueba en boca y toma de impresión

Se calienta el compuesto modelar de baja fusión y se coloca en los bordes de la base, los cuales se ajustan a la boca haciendo movimientos funcionales; hecho el sellado periférico funcional se toma la impresión con un polivinil siloxano monofásico teniendo especial cuidado en que los apoyos estén en su lugar.

En el laboratorio se eliminó del modelo maestro original las zonas desdentadas y se asentó la estructura metálica con la impresión del extremo libre en su posición en el modelo recortado. Se aseguró los apoyos en su sitio con cera adhesiva y previo encajonado, se realizó el

Técnica de Modelo Alterado: Reporte de un Caso Clínico

Vol. 2, núm. 2., (2018)

Danny Romero Luzuriaga; José Luis Egas Sánchez; Álvaro Fabián Cando Flores; Marco Alejandro Díaz Ronquillo

vaciado de las zonas desdentadas obteniendo la impresión anatómica de la parte dental y una funcional de la parte desdentada.



Técnica de Modelo Alterado: Reporte de un Caso Clínico

Vol. 2, núm. 2., (2018)

Danny Romero Luzuriaga; José Luis Egas Sánchez; Álvaro Fabián Cando Flores; Marco Alejandro Díaz Ronquillo



Se realiza la revisión en cera en el articulador semiajustable de las trayectorias céntricas y excéntricas de la prótesis.

Se procede a la prueba de cera en boca. Se terminan los detalles en el laboratorio y finalmente, se obtuvo los resultados deseados.



Figura 4: Vista oclusal de la prótesis terminada.

Discusión.

La técnica del modelo alterado permite una reproducción en negativo de un área o áreas edéntulas, hecha indistintamente de la impresión inicial de los dientes naturales y después de

ésta. Esta técnica utiliza una cubeta de impresión unida a la estructura de la prótesis parcial removible². Zinner⁷ refiere que esta técnica está indicada para casos inferiores exclusivamente, debido a que si se realiza en el maxilar superior, en el modelo se creará una línea de demarcación entre la base de la prótesis y el conector mayor que afectará a los tejidos blandos. A sí mismo la prótesis parcial removible superior está bien soportada por el conector mayor y es poco el soporte adicional que puede incrementarse con esta técnica, especialmente si la impresión final ha sido realizada con una cubeta individual¹².

Conclusiones.

La técnica de modelo alterado requiere de un proceso laboratorio que demanda más tiempo que los modelos normales, sin embargo al mejorar la estabilidad de las bases protésicas a extensión distal, reducir la tensión que normalmente reciben los dientes pilares, sostener una estabilidad oclusal por un mayor lapso de tiempo y además disminuir los ajustes en boca, justifica su ejecución, siempre y cuando el clínico siga los parámetros de elaboración.

Bibliografía.

1. Carrillo A, Gómez P, y Bárdales R: Impresiones del extremo distal mandibular en prótesis parcial removible; La Carta Odontológica, Perú, 5(16): 4-9, 2001.
2. Glossary of prosthodontic terms. J Prosthet Dent 1999;81(1): 48-110.
3. Hernández et al.: Escala para medir la calidad de vida en desdentados totales rehabilitados con prótesis completa mucosoportada; RCOE, Madrid – España, 11(2): 181-191, 2006.
4. Kaiser F: “Prótesis Parcial Removible”. *Dental Strategy*. Dirección: www.dentalstrategy.com/site/livros/ppr_es.pdf, 1995.
5. Knoll A and Finzen F: Removable Partial Denture Desing. Indet, 159 – 163, 1999.

Técnica de Modelo Alterado: Reporte de un Caso Clínico

Vol. 2, núm. 2., (2018)

Danny Romero Luzuriaga; José Luis Egas Sánchez; Álvaro Fabián Cando Flores; Marco Alejandro Díaz Ronquillo

-
6. Mallat E y Keogh T: Prótesis Parcial Removible, Clínica y Laboratorio. 1º Ed, Editorial Harcourt Brace, Madrid – España, 153 – 166, 1998.
 7. Zinner I. Impression procedures for the removable component of a combination fixed and removable prosthesis. Dent Clin North Am 1987;31:417-440.
 8. Rendón R: Prótesis Parcial Removible, conceptos actuales, atlas de diseño. 1º.Ed, Editorial Panamericana, México DF – México, 3 – 14, 2006.
 9. Thayer H and Kratocivil F: Periodontal Consideration with Removable Denture. Rev. Med. Dental Clinics of North America, USA, 24(2), 1980.
 10. Vieira J: Análisis de las técnicas de impresión en prótesis parcial removible a extensión distal; Acta Odontológica Venezolana, Venezuela, 45(2), 2007.
 11. Kroll J, Jacobson T, Finzen F. Removable Partial Denture Design. Indent. 159-163. USA. 1999.
 12. Brudvik J. Advanced Removable Partial Dentures. 1ª ed. Illinois: Quintessence Publishing Co, Inc; 1999.