

Opiniones sobre Prótesis Completa

Como habíamos prometido en nuestro último número, publicamos en esta oportunidad la entrevista a los destacados especialistas Dres. Bernard Levin, David Loza y Carlos Del Aguila quienes responden sobre diversos aspectos de prótesis completa, confiando en que los conceptos vertidos serán de interés para nuestros lectores.

1.— *Varía la dimensión vertical en un paciente edéntulo?*

Dr. Levin.— Originalmente se pensaba que la dimensión vertical en reposo se establecía en el adulto joven y permanecía constante a través de su vida (Niswonger, Thompson y asociados). Posteriormente, estudios cefalométricos demostraron que la dimensión vertical en reposo se iba reduciendo verticalmente y era también variable, debido a tensiones físicas, drogas, desórdenes cerebrales espinales y otras causas (Tallgren, Atwood, Olsen y asoc.).

Dr. Loza.— La dimensión vertical postural sí es variable, dependiendo del estado anímico de salud o enfermedad, sueño o vigilia, posición de la cabeza, edad, etc.

Dr. Del Aguila.— En el desarrollo y crecimiento del individuo se establece una dimensión vertical postural y un espacio libre. En el caso de un edéntulo nuestro punto de partida para establecer la relación vertical oclusal es la dimensión vertical postural, si sobrepasamos este límite vendrá una compensación a través de la alteración de otros tejidos, como reabsorción ósea o el desgaste de los dientes artificiales.

2.— *¿Cuál es la mejor técnica para el registro de la relación céntrica?*

Dr. Levin.— Los métodos más usados son los registros interoclusales (check bites), los trazados intra y extraorales y la deglución. Este último no debe ser usado, pues estudios de investigación de Allen Brewer han demostrado que no todos los pacientes degluten en relación céntrica. Los otros métodos son más confiables.

Yo prefiero usar el método de registros interoclusales empleando cera aluminica (aluwax) reblandecida en agua tibia.

Los instrumentos de trazado requieren un pin que debe ser ubicado en la parte central de ambos rebordes para prevenir su deslizamiento. Esto puede ser hecho para la relación Clase I de los maxilares, pero es imposible para las Clases II y III.

Mi experiencia me permite opinar que los instrumentos de trazado a menudo ocasionan contactos unilaterales prematuros. Sin embargo no es el método de registro de relación céntrica lo importante, sino la experiencia y destreza del profesional.

Dr. Loza.— Estoy más familiarizado con la técnica que emplea materiales plásticos de registro, previa la relajación de los músculos masticadores. La ventaja es que se puede comprobar inmediatamente la exactitud de nuestros registros.

Dr. Del Aguila.— Es muy difícil inclinarse a dar una respuesta simple a esta pregunta, porque considero que primero tendríamos que establecer dos situaciones:

a. La relación céntrica se basa en ciertas características propias de la situación espacial de los cóndilos, en la relación de la mandíbula a la masa fija cráneo facial o sea una relación condílea repetitiva, que se materializa en el límite posterior de cierre cerca del contacto oclusal.

b. La habilidad individual para manejar la mandíbula. Con estas consideraciones se puede resumir diciendo, que la mejor técnica para el registro de relación céntrica es aquella en que el operador consigue que el cóndilo se ubique en la mejor relación de fijación referente a la base fija (superficie posterior) de la raíz transversa) y que a su vez sea posible su control cuantas veces sea necesario.

3.— *¿Cuál es la importancia de registrar la zona neutra en dentaduras completas?*

Dr. Levin.— El concepto de la zona neutra, que se refiere a la ubicación de los dientes en una posición de balance entre las fuerzas musculares de los labios, mejillas y lengua, se ha convertido en un procedimiento aceptado basado en los excelentes estudios de investigación de E.W. Fish (1931), Lott y Levin (1966), Lundquist (1959) y otros.

Los procedimientos técnicos para localizar la zona neutra no son difíciles y no toman mucho tiempo. Este concepto es particularmente efectivo cuando el paciente tiene un reborde inferior muy reabsorbido.

Dr. Loza.— La importancia del registro de la zona neutra en dentaduras completas está en el hecho de que brinda al protesista el espacio donde puede ubicar las piezas artificiales y la base de la dentadura sin que se produzca el desplazamiento de ésta, porque en la zona neutra hay un equilibrio funcional del conjunto lengua-diente-labio-carrillo.

Dr. Del Aguila.— Considero que la importancia radica en que es una de las tantas alternativas para el correcto enfilamiento de los dientes artificiales posteriores. Sin embargo, la obtención es muy dificultosa porque la profesión odontológica no dispone de un material ideal para este fin.

Quiero dejar claramente establecido lo siguiente, aún en el caso de obtener este espacio, si el protesista no es consciente de la fuerza que realiza la mandíbula en su dinámica y no es capaz de controlarla, no tendría valor registrar este espacio.

4.— *¿Cuál es su opinión sobre el uso de implantes intraóseos en prótesis?*

Dr. Levin.— Los implantes subperiósticos han sido usados por casi 30 años y tienen un alto porcentaje de éxito y confiabilidad. Los implantes intraóseos también han sido usados en forma de pines, tornillos y hojas. Se han fabricado de metal, cerámica y otros materiales biomecánicos. El promedio de éxito no ha sido alto, pues estos implantes se han colocado en hueso esponjoso, que es la parte más débil de la mandíbula. También los implantes intraóseos son usados en combinación con las prótesis fijas o dentaduras parciales, y a menudo opuestas a dientes naturales. La odontología restauradora en estos casos debe tener un alto grado de excelencia técnica así como una oclusión ideal.

En el nivel actual de la tecnología de implantes in-

traóseos, creo que el promedio de odontólogos debería ser muy selectivo con los pacientes y muy consciente de la calidad del tratamiento. Personalmente no creo que los implantes deban ser siempre un procedimiento de rutina, debido al alto costo y a los riesgos quirúrgicos. Sin embargo creo que la investigación y los estudios clínicos deben continuar, pues los implantes intraóseos en el futuro probablemente permitirán que los dentistas traten a muchos edéntulos parciales y totales con un aceptable nivel de éxito.

Dr. Loza.— Los implantes intraóseos están teniendo cada vez más éxito en los casos debidamente seleccionados; es una esperanza que ya se está haciendo realidad para evitar el estado edéntulo total, pero no se debe pensar que los implantes están indicados en todos los casos, hay indicaciones y contraindicaciones.

Dr. Del Aguila.— En odontología, la biocompatibilidad de los tejidos y los implantes metálicos a base de titanio es satisfactoria, consecuentemente no existe posibilidad de rechazo o cualquier otro tipo de alteración. Los fracasos en implantología están referidos al deficiente diagnóstico y orientación de las fuerzas. Por lo tanto, en prótesis removible (dentaduras completas o parciales) la ubicación adecuada de los cóndilos en la cavidad glenoidea no se consigue adecuadamente, porque la zona de soporte no permite una estabilidad permanente por cuanto los tejidos blandos (mucosa) son depresibles. En el caso de usar implantes en estas dos áreas es desde todo punto de vista ventajoso, por cuanto nos permite fijar la mandíbula referente a la base fija craneofacial en condiciones más estables.

5. *¿Qué concepto le merece el uso de dientes con cúspides planas o no anatómicas para dentaduras completas?*

Dr. Levin.— Prefiero usar los dientes anatómicos en dentaduras completas por su mejor estética, porque permiten una mejor oclusión balanceada con una menor tendencia al desplazamiento y su mejor ciclo de mordida vertical. Sin embargo, el paciente debe tener buenos rebordes, buena coordinación y una normal relación intermaxilar. Las cúspides planas o no anatómicas son útiles cuando el paciente tiene rebordes pobres, salud y coordinación precarias y una relación intermaxilar anormal.

Dr. Loza.— El uso de los dientes planos o no anatómicos ofrece muchas ventajas y son apropiados para nuestro medio porque no necesitan del uso del arco facial ni de articuladores ajustables, además permiten una oclusión céntrica estable sin el problema de fuerzas laterales que crea la presencia de cúspides no bien ubicadas; la eficiencia masticatoria es buena y no necesita una habilidad muy desarrollada por parte del operador. Su desventaja es que no permite balancear la oclusión y con el tiempo el paciente puede tener tendencia a protruir la mandíbula; los bordes agudos de las piezas artificiales a veces producen irritación en la lengua o los carrillos.

Dr. Del Aguila.— Desde 1929 en que introdujeron los primeros dientes sin cúspides (TRUECUSP) han venido ganando popularidad. Sin embargo considero que tienen sus indicaciones y no podemos colocar a todos los edéntulos este tipo de dientes. Podría decir con seguridad que este tipo de dientes se debe usar sólo cuando no se pueden obtener registros de los movimientos excéntricos de la mandíbula que nos aseguren un buen balance; otra indicación sería aquellas relaciones mandibulares de la Clase III.

6. *¿Cuáles son las ventajas del uso de dientes pósterosuperiores con láminas de metal en las cúspides palatinas? (lingual bladed tooth)*

Dr. Levin.— Estos son dientes pósterosuperiores que tienen hojas en cruz de 2 mm. de espesor coladas en una aleación de cromo, en las cúspides palatinas de la segunda premolar y primera y segunda molares superiores. Se articulan contra dientes inferiores con cúspides convencionales. La mayor ventaja es que mejora grandemente la eficacia masticatoria, sin embargo estos dientes sólo se consiguen en Japón y EE.UU.

Dr. Loza.— La ventaja de usar dientes de ese tipo en dentaduras removibles radica en el hecho de brindar eficiencia masticatoria, reducir la superficie de recepción de cargas oclusales y orientar estas fuerzas en la dirección más favorable, para mantener la salud de los rebordes.

Dr. Del Aguila.— Sus ventajas son:

- a. Mejoran la eficacia masticatoria.
- b. El corte a través de la hoja cortante (blade) en una mordida promedio es mejor que con dientes convencionales.
- c. Se pueden usar con cualquier técnica de enfilado, inclusive con dientes monoplanos.

7. *En su experiencia ¿cuáles son las ventajas de la conservación de raíces bajo dentaduras completas?*

Dr. Levin.— La Escuela Dental de la Universidad de California del Sur ha estado confeccionando dentaduras sobrepuestas por cerca de 12 años y se han completado casi 1,200 casos. Las ventajas son: la preservación del hueso alveolar alrededor y entre las raíces, mejora la estabilidad y la eficiencia masticatoria, incrementa la propiocepción y la posibilidad de obtener una retención ideal con el uso de attachments.

Los procedimientos usados para las dentaduras sobrepuestas son muy similares a las técnicas convencionales y las modificaciones posteriores son fáciles de hacer, si una o más raíces deben ser extraídas.

Dr. Loza.— La ventaja de mantener raíces debajo de las dentaduras artificiales (sobredentaduras) es que evita la reabsorción del reborde a nivel de la pieza retenida, permite una mayor eficacia masticatoria y el registro de la relación céntrica se hace más exacto por la conservación de los propioceptores a nivel de la membrana periodontal remanente.

Dr. Del Aguila.— Las ventajas son: evitan la reabsorción alveolar, mantienen la propiocepción, y mejoran el soporte y la retención.