

Prótesis Completa: Impresiones¹

Gil Lozano JA*, San Martín Martínez JA*,
Arteagoitia Calvo I**, Marcos Arenal JL***,
Meruelo Conde A***

* Profesores Titulares de Prótesis Dental y Maxilofacial I y II
Facultad de Medicina y Odontología UPV.

** Médico Estomatólogo. Especialista Universitario Rehabilitación
Oral. UPV.

*** Licenciados en Odontología. Especialista Universitario en
Rehabilitación Oral UPV.

RESUMEN

La toma de impresiones al paciente totalmente desdentado tiene como objetivo registrar la anatomía de la cavidad bucal para reproducirla en escayola, y poder confeccionar las prótesis a su medida. Exponemos en este artículo los criterios recomendados para conseguir unas buenas impresiones. Aportamos pequeñas sugerencias, que pueden facilitar al profesional la adquisición de la destreza necesaria para obtener unas impresiones correctas.

PALABRAS CLAVE

Prótesis Completa, impresiones, anatomía oral, materiales dentales.

SUMMARY

The goal of impression procedures in the totally edentulous is to obtain two stone models which should be the exact replica of the intraoral anatomy of the patient. Recommended criteria to obtain good impressions is presented in this paper.

KEY WORDS

Complete Denture Prosthetics, impressions, oral anathomy, dental materials.

1 Extraído de la publicación Avances en odontoestomatología, Vol. 14 N° 3 - Abril de 1998.14:173-84

1. INTRODUCCION

La prótesis completa es el mayor reto profesional para el clínico, que debe rehabilitar completamente la función y la estética del sistema estomatognático del paciente.

Una de las fases más críticas consiste en la toma de impresiones. Con este procedimiento pretendemos conseguir con un material plástico el negativo de la anatomía de los maxilares, que será transformado en una réplica exacta de los maxilares edéntulos.

Este artículo pretende hacer un repaso exhaustivo de la técnica y los materiales que se pueden emplear para conseguir dicha réplica.

2. ANATOMIA DEL DESDENTADO TOTAL

El paciente totalmente desdentado presenta unas características anatómicas propias, que con el paso del tiempo evolucionan empeorando estética y funcionalmente

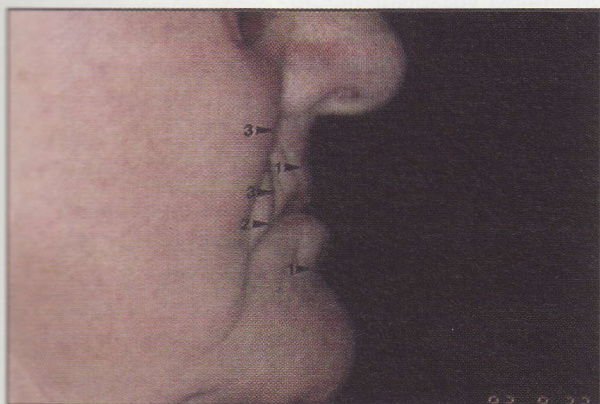


Fig. 1 Perfil del desdentado. 1. Pérdida de soporte de tejidos blandos. 2. Pronunciamiento de las comisuras labiales. 3. Aumento de las arrugas periorales y del surco nasogeniano

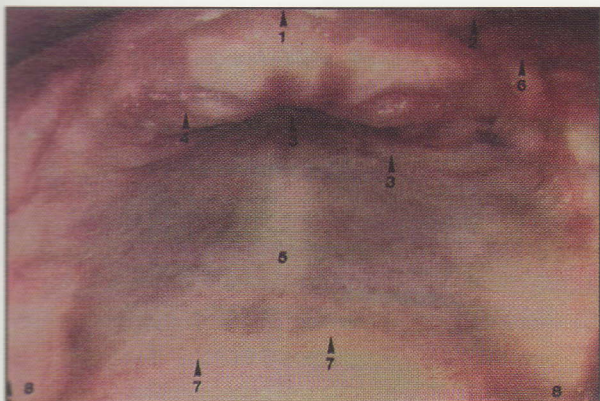


Fig. 2 Anatomía del maxilar. 1. Frenillo labial anterior. 2. Fondo vestibular. 3. Papila incisal anterior y rugos palatinos. 4. Reborde alveolar. 5. Rafe medio y torus. 6. Frenillos bucales. 7. Zona de sellado posterior. 8. Tuberosidad del maxilar. 9. Zona lumbar.

la situación de su aparato estomatognático (1) (figura 1). Es obligatorio de todo buen clínico conocer la evolución de la anatomía bucofacial, y más concretamente la anatomía de sus maxilares.

2.1. Anatomía del maxilar totalmente desdentado

Las estructuras anatómicas que debemos conocer para poder valorar nuestras impresiones son (figura 2):

a) Frenillo labial anterior: es móvil y no siempre coincide con la línea media. Puede tener una inserción amplia que dificulta el sellado periférico, y por esta causa puede ser necesaria su exéresis quirúrgica. Durante la impresión debemos funcionalizarlo para recoger bien su importancia, pues a menudo es lugar de frecuentes úlceras decúbito.

b) Fondo vestibular: la impresión debe recoger toda su longitud y espesor para conseguir un buen sellado periférico. Suele ser zona de fácil atrapamiento de aire. El borde debe ser redondeado con un grosor determinado.

c) Papila interincisiva y rugos palatinos: estas protuberancias del paladar deben quedar bien registradas, debiendo evitar comprimirlas durante la impresión.

d) Reborde alveolar: el reborde alveolar continúa su proceso de reabsorción durante toda la vida, acelerándose cuando la prótesis se vuelve más inestable. Es un elemento importante en la retención y estabilidad de la prótesis, por lo que conviene ser especialmente cuidadosos al realizar una exodoncia.

e) Frenillos bucales: se encuentran en la zona lateral



Fig. 3 Anatomía de la mandíbula. 1. Frenillo labial, lingual y bucales. 2. Fondo vestibular anterior. 3. Reborde alveolar. 4. Fondo lingual medio. 5. Fondo vestibular medio. 6. Fondo lingual medio. 7. Fondo lingual posterior. 8. Fondo vestibular posterior. 9. Protuberancia piriforme.

de reborde alveolar, a la altura de los premolares. Deben ser recogidos funcionalmente en la impresión. En algunos casos deberán ser extirpados, si su movimiento o implantación perjudican el sellado periférico.

f) Rafe medio palatino y torus: situados en el fondo del paladar, constituidos por hueso y engrosamiento de la encía queratinizada. Deben ser recogidos por las impresiones, evitando su compresión, tanto durante el procedimiento de impresiones como por la propia prótesis.

g) Línea palatina posterior o zona de Postdam: zona de transición entre el paladar duro y el blando, que supone un área muy valiosa para el sellado periférico posterior. Con frecuencia aparecen dos fositas bien marcadas a ambos lados de la línea media que deben ser recogidas también por la impresión, ya que marcan la zona de transición entre ambos paladares. Es importante que la prótesis termine inmediatamente después del paladar duro para que quede bien integrada en la boca. El paladar blando al hablar y deglutir se separa por sus propios movimientos del borde posterior de la prótesis si éste se encuentra sobreextendido, resultando molesto para el paciente. Estos movimientos hay que observarlos antes de tomar las impresiones, para ver hasta donde debemos extenderlo.

h) Tuberósidades del maxilar: se encuentran a ambos lados del reborde alveolar, en su parte final. Deben ser totalmente cubiertas por las impresiones, y no suele haber especial dificultad en conseguirlo. Podría ser necesario hacer cirugía, tanto si son demasiado grandes invadiendo el espacio protésico como si son demasiado flácidas, siendo poco eficaces para el soporte protésico.

i) Zona hamular: situada en la zona lateral y posterior de la tuberosidad del maxilar. Contiene fibras de inserción del ligamento pterigomaxilar. Es especialmente importante para el sellado periférico posterior. Presenta dificultades de impresión, porque fácilmente se atrapan burbujas de aire, por lo que tendremos que ingeniar un procedimiento para conseguir registrar bien esta área con el material de impresión (Figura 2).

2.2. Anatomía de la mandíbula totalmente desdentada

Generalmente es más fácil la impresión inferior que la superior. Las estructuras de la mandíbula

desdentada son más estrechas y la evolución del hueso desdentado es más desfavorable para el soporte, estabilidad y retención de la prótesis (Figura 3).

- 1) Frenillos: labial, lingual y bucal
- 2) Fondo vestibular anterior: importante por consideraciones estéticas.
- 3) Reborde alveolar: más estrecho que el superior. En ocasiones prácticamente no existe.
- 4) Fondo sublingual anterior: importante por consideraciones retentivas, ya que aquí se encuentran las inserciones musculares anteriores del suelo de la boca, en las apófisis geni. No debe verse el borde de la cubeta en las impresiones, y debemos profundizar en esta zona todo lo que podamos, consiguiendo un reborde preciso y grueso, de 2 mm aproximadamente.
- 5) Fondo vestibular medio: zona de actividad del bucinador. La impresión debe ser aquí lo más extensa posible y funcionalizada según la actividad muscular del bucinador.
- 6) Fondo lingual medio: zona de actividad del milohioideo. También esta zona debe ser lo más extensa posible, funcionalizada con la actividad muscular del suelo de la boca y la lengua.
- 7) Fondo lingual posterior: zona de actividad de los músculos elevadores de la lengua. Presenta una concavidad interior que no debemos aprovechar como zona retentiva, ya que la aleta interior de la prótesis producirá úlceras de decúbito durante la inserción y desinserción de la prótesis.
- 8) Zona vestibular posterior: Zona de actividad del masetero. En esta zona la prótesis tiene que estrecharse porque el masetero es un músculo de actividad enérgica y producirá zonas de alteración de la mucosa y de inestabilidad contra el borde de la prótesis.
- 9) Protuberancia piriforme: este cojinete retromolar, - que no siempre aparece - es muy importante. Es una zona muy estable del hueso y permite un buen asentamiento de la prótesis. Marca el límite posterior del borde de la prótesis y debe ser abarcado en su totalidad para conseguir un buen sellado posterior (Figura 3).

3. MATERIALES DE IMPRESIÓN

Para obtener buenas impresiones debemos conocer muy bien los materiales que vayan a ser utilizados. La utilización de los materiales actuales ha constituido un gran avance en la Prótesis Estomatológica (Tabla 1).

3.1. Hidrocoloides irreversibles (alginato)

El alginato contiene 12% de alginato soluble, 12% de sulfato de calcio, y 3% de fosfato triasódico. Su manipulación es tan sencilla que pronto se generalizó su uso.

Puede ser desinfectado con aldehídos en solución al 2% y sales de amonio cuaternario, durante un máximo de 20 minutos.

Para tomar la impresión se disuelve el polvo en el agua, con lo que los iones de calcio libres se combinan con el fosfato, formando fosfato tricálcico, en una reacción que dura lo bastante como para poner la mezcla en la cubeta y llevarla a la boca antes de que el alginato fragüe. Una impresión de alginato puede tener defectos que no se perciben a simple vista (Tabla 2).

Es recomendable tener un recipiente con agua a temperatura ambiente, para evitar que las diferencias de temperatura del agua puedan alterar la técnica de espátulado y fraguado del alginato.

3.2. Silicona

Los materiales de impresión de silicona que habitualmente utilizamos en Prótesis Estomatológica son aceite de silicona con algún material de relleno. El activador se presenta en líquido o en pasta. Los fabricantes nos indican las proporciones de ambos. Se utilizan con cubetas individuales con topes interiores

Olor y sabor agradables
No tóxico
Rentable
Fácil uso
Consistencia adecuada
Estable
Elástico
Compatible con materiales de vaciado
Solubilidad y viscosidad adecuados
Tiempo de trabajo adecuado

Tabla 1. Propiedades deseables para una materia de impresión

para evitar una excesiva profundización. Es importante que la cubeta esté seca antes de cargarla.

Una vez que la silicona está colocada en boca, se esperan cinco minutos para el fraguado, de tal manera que no existan alteraciones dimensionales. Retirar la impresión de silicona no ofrece ninguna dificultad. La impresión suele mostrar una excelente reproducción de los detalles. Si la silicona ha atrapado burbujas de aire, los defectos no se corrigen con facilidad, exigiendo repetir la impresión después de corregir los defectos que pudiera tener la cubeta.

Conseguida la impresión definitiva se procederá a su vaciado. El yeso debe alcanzar una altura aproximadamente de dos centímetros y medio, y debe enfocarse para facilitar el trabajo del laboratorio.

Se aconseja también utilizar algún procedimiento para conseguir retención de la silicona a la cubeta, bien mediante retenciones mecánicas, agujeros o muescas en los bordes o bien utilizando adhesivos para cubetas. La retención es importante para evitar que la pasta de impresión se separe de la cubeta haciendo fracasar el procedimiento de impresiones.

3.3. Pasta zinquenólica

Contiene aceites inertes, resina hidrogenada, acetato de zinc y otros rellenos que permiten que adquiera una consistencia rígida cuando ha fraguado. Es muy fluida, muy fácil de manejar, tiene un fraguado de 3 minutos. Es muy estable y de una gran precisión. Admite correcciones sin tener que repetir toda la impresión. Se adhiere muy bien a la cubeta y no es necesario vaciar las impresiones inmediatamente.

Tiene como inconvenientes: un mal sabor - muy picante y por su capacidad de impregnación deja manchas que resultan muy difíciles de quitar.

El alginato ya ha entrado en la fase de fraguado cuando se introduce en la boca.

La cubeta se mueve antes de completar el fraguado.

El alginato se deforma cuando se demora el vaciado.

No recomendable para impresión definitiva.

Tabla 2. Errores comunes cuando se usa alginato como material de impresión.

4. CUBETAS PARA IMPRESION

4.1. Cubetas Estándar

La cubeta debe englobar todo el área que queremos registrar y tener una holgura de unos 2 o 3 mm., para permitir que la masa de alginato retenido sea suficiente y homogénea.

Las cubetas Schreinemakers® o similares, tienen un gran surtido que nos permite seleccionar la más adecuada para cada paciente. Estas cubetas fueron diseñadas para impresiones que algunos autores llegan a proponer - en nuestra opinión imprudentemente - como definitivas (2).

4.2. Cubetas individuales

Tenemos que recomendar con mucho énfasis la utilización de cubetas individuales (3), pues por muy adecuada que resulte la primera impresión, se observan con frecuencia zonas sobreextendidas o comprimidas porque la cubeta estándar no se adapta suficientemente bien al área desdentada concreta.

Obteniendo el modelo preliminar, construimos a partir de él una cubeta individual (Tabla 3).

Resistencia a la deformación y la fractura durante el manejo.

Adaptada a la superficie que debe registrarse en la impresión.

Espesor adecuado en sus bordes.

No lesionará la mucosa durante la prueba ni la impresión.

Tabla 3. Características que debe cumplir una cubeta individual

Previamente se debe probar la cubeta en la boca, si el paciente acusa dolor cuando la cubeta se presiona, debemos averiguar el motivo. Al traccionar el mango de la cubeta no debe observarse retención activa ninguna y no debe bascular bajo presiones verticales de los dedos en el centro de los rebordes. Debe liberar los tejidos tensos sin desprender la cubeta.

Dibujamos la trayectoria del fondo vestibular y de los frenillos para poder establecer sobre el modelo adaptándola perfectamente al mismo. Procederemos a continuación a recortarla con una espátula caliente, a nivel del fondo del vestíbulo, salvando los frenillos.

Realizada esta operación, confeccionaremos sobre la plancha de cera la cubeta individual.

Las cubetas individuales también pueden confeccionarse con plancha de acrílico fotopolimerizable, técnica rápida y fácil. La resina acrílica se dispensa en forma de planchas que se asemejan a las de cera, de consistencia blanda, que se pueden adaptar perfectamente al modelo y recortar con la espátula fría, hasta el mismo límite de la plancha de cera, 1 mm. más corta en los bordes. Con los restos de la plancha confeccionamos un mango que adaptaremos a la cubeta. Polimerizamos la cubeta en la cámara durante 3 minutos.

Este material una vez polimerizado es rígido, de un espesor homogéneo de unos 2 mm. y al mismo tiempo fácil de desgastar, para redondear sus bordes y aliviar las escotaduras de los frenillos.

La plancha de cera permite que la cubeta individual disponga de un espacio homogéneo sobre el modelo de escayola, para permitir el alojamiento del material de impresión.

La cubeta debe ser probada en boca antes de tomar la segunda impresión, para comprobar que: 1º no produce zonas de presión; 2º que no impide la movilidad de la mucosa ni de la lengua y 3º que recubre todas las zonas anatómicas que queremos registrar (4).

También pondremos unos pequeños topes de cera blanda, en las superficies internas de las cubetas, que van a recoger las impresiones. Esto no permitirá mantener una separación entre la cubeta y la mucosa, para que el material de impresión sea homogéneo y no se clave la cubeta en la mucosa produciendo zonas de presión (Figura 4). Se deben poner mínimamente tres topes; dos posteriores y uno anterior. Es conveniente incorporar a la cubeta inferior unos apoyos para los dedos, para poder controlar mejor la presión ejercida y evitar que los dedos se deslicen (Figura 5).

5. MODELOS DE YESO

El vaciado se hace al vacío con yeso. Un modelo de estudio no precisa ser demasiado sofisticado, pero un modelo de trabajo o maestro debe ser de muy buena calidad. Colocamos la cubeta con la impresión, sobre el vibrador para que el primer vertido de yeso carezca de burbujas de aire y sea una fiel reproducción de la anatomía del maxilar totalmente desdentado.



Fig. 4. Topes internos de cera.

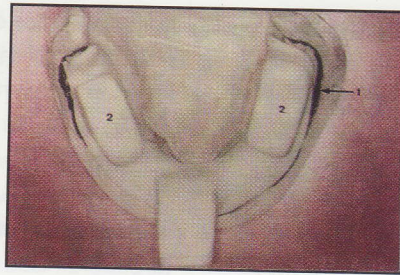


Fig. 5. Cubeta individual inferior. 1. Línea de máximo contorno de la cubeta. 2. Topes para apoyar los dedos.



Fig. 6. Elección de la cubeta mandibular.

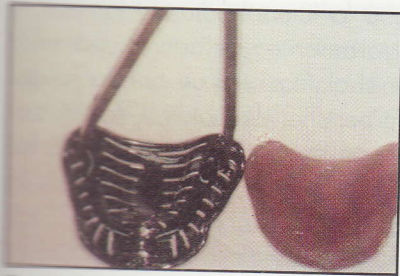


Fig. 7. Elección de la cubeta maxilar.

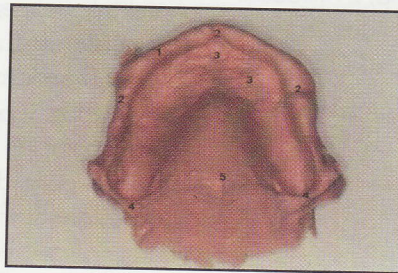


Fig. 8. Segunda impresión con alginato. 1. Bordes funcionalizados simplemente con alginato.



Fig. 9. Funcionalización del borde de la cubeta con silicona pesada. 1. Recorte del exceso de silicona pesada.

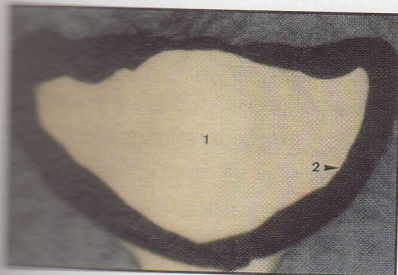


Fig. 10. Funcionalización del borde de la cubeta con godiva. 1. Cubeta introducida en el agua caliente. 2. Godiva de baja fusión. 3. Protección que evita que la godiva se adhiera a la pared del bajo María.

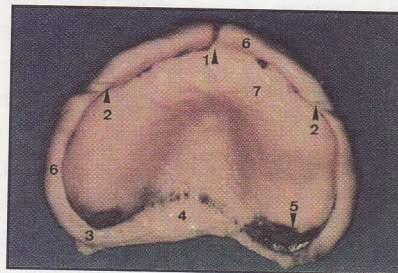


Fig. 11. Segunda impresión con alginato con una cubeta funcionalizada con godiva. 1. Frenillo anterior y papila interincisiva. 2. Frenillos laterales. 3. Zona hamular. 4. Zona del sellado posterior. 5. Exposición de la godiva verde. 6. Fondos vestibulares. 7. Rugets palatinos.

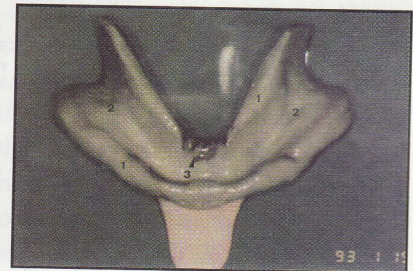


Fig. 12. a. Segunda impresión con silicona de consistencia media. 1. Borde funcionalizado con godiva. 2. Silicona. 3. Zona de inserción del frenillo lingual y de músculos geni.



Fig. 12. b. Segunda impresión con silicona de consistencia media. 1. Borde de la cubeta funcionalizado con godiva.

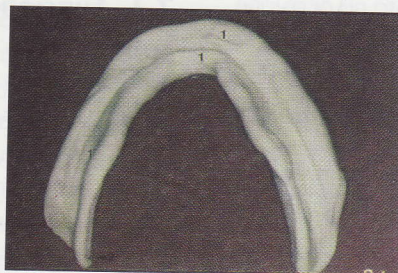


Fig. 13. Cubeta individual inferior con silicona de consistencia pesada. 1. Diversos aspectos que muestran falta de precisión en la silicona. 2. Silicona despegada de la cubeta: se debe repetir la impresión.



Fig. 14. Segunda impresión con silicona de consistencia fluida. 1. Borde funcionalizado con silicona de consistencia pesada. 2. La silicona fluida corrige las impresiones.

6. TÉCNICA DE IMPRESIÓN PRELIMINAR

6.1. Impresión preliminar mandibular

Con un compás de puntas planas, tomamos la distancia que separa las dos eminencias piriformes de la mandíbula. Con el compás abierto seleccionaremos la cubeta cuyas aletas linguales queden comprendidas entre las puntas del compás (Figura 6).

Antes de introducir la cubeta en la boca pedimos al paciente que toque con la punta de la lengua el paladar. Esta maniobra permite: 1º centrar la cubeta; 2º introducir las aletas linguales de la cubeta en los fondos linguales posteriores; 3º evitar que la lengua quede atrapada por la cubeta y 4º retirar con el espejo bucal las glándulas sublinguales para evitar que queden atrapadas.

Realizamos una ligera presión con la cubeta sobre el reborde alveolar, hasta comprobar que el alginato fluye por lingual y por vestibular. Indicamos al paciente que mueva ligeramente la lengua hacia ambos lados y hacia delante y que haga succión. Con ello pretendemos que los labios, las mejillas y la lengua modelen el alginato alrededor del borde de la cubeta (5,6).

Para retirar la cubeta separamos ambos carrillos y así se rompe el sellado periférico y se permite la entrada de aire. El modelado de la superficie lingual anterior habitualmente supone una dificultad. La prótesis completa deberá adaptarse correctamente a esta zona mucosa para mantener un buen sellado periférico. La funcionalización de esta zona se consigue si, mientras tomamos la impresión, indicamos al paciente que mueva la lengua como hemos indicado anteriormente. Si al retirar la cubeta podemos apreciar su borde, debemos repetir el registro. El borde de la impresión en esta zona debe ser grueso para que la prótesis, aunque se clave ligeramente en la mucosa no ocasione una lesión mucosa.

6.2. Impresión preliminar del maxilar superior

Con el compás de puntas planas medimos la distancia que separa los surcos vestibulares del maxilar superior en su zona posterior. Con esta distancia seleccionamos la cubeta superior: aquella que abarque con una ligera holgura las puntas del compás (Figura 7).

Probamos la cubeta en la boca y tendremos que

comprobar que queda lo suficientemente ajustada como para no interferir con la apófisis coronoides mandibular, y lo suficientemente holgada como para permitir que en su interior se aloje la cantidad de alginato adecuada (7).

Mezclamos el alginato, y una vez preparado cargamos la cubeta. Con el dedo índice colocamos alginato en cada fondo vestibular, en las zonas hamulares y en el fondo del paladar, para evitar que queden atrapados burbujas de aire.

Cuando introducimos la cubeta en la boca debemos centrarla respecto a la línea media de la cara, y presionamos ligeramente hacia el paladar comprobando que el alginato refluye por los fondos vestibulares y parte posterior del paladar. Facilitamos esta operación con un espejo bucal, separando las mejillas para desalojar el aire de los bordes de la impresión (8).

Si el alginato fluye hacia atrás provocará náuseas al paciente. Para evitar este contratiempo la impresión debe tomarse con el paciente sentado. Le indicaremos que respire profundamente por la nariz, intentando tranquilizarle. Debemos saber controlar la situación sin ceder ante la ansiedad del paciente, pues es cuestión de muy poco tiempo.

Antes de que fragüe el alginato debemos hacer un masaje sobre los carrillos, empujándolos hacia abajo y atrás para que impresionen los frenillos laterales y labial anterior. También diremos al paciente que realice la operación de succionar para funcionalizar el fondo vestibular (9).

7. TÉCNICA DE LA IMPRESIÓN DEFINITIVA

7.1. Funcionalización de los bordes de la cubeta

Para que la prótesis sea estable y tenga retención, es preciso conseguir un adecuado sellado periférico: sus bordes deben extenderse hasta el límite de la actividad de los músculos que circundan el espacio protésico. Esto nos permitirá:

1. Que se produzca un vacío interior dentro de la prótesis, con presión negativa para que actúe como una ventosa. Los bordes no deben dejar ningún

espacio por el que pueda entrar el aire y anular el efecto de vacío, con la consiguiente pérdida de adherencia de la prótesis.

2. Que el límite y grosor necesario de los bordes de la prótesis no interfieran con la actividad normal de los músculos de la boca cuando entran en contacto con la prótesis. El grosor es importante porque devuelve el soporte a los tejidos blandos, y también porque evita su enclavamiento en la mucosa (10).

Para funcionalizar los bordes, proponemos algunas de las técnicas siguientes:

1. Empezamos con la cubeta individual y alginato. Cuando el alginato fluye por los bordes de la cubeta, la ligera presión que produce es suficiente para recoger las zonas límites de extensión, perfectamente funcionalizadas (Figura 8).

2. Si el resultado no es satisfactorio, funcionalizamos los bordes con silicona pesada (Figura 9). Impregnamos con adhesivo el borde de la cubeta, colocamos en todo el un rodillo de silicona. Introducimos la cubeta en la boca, separando los labios con dos espejos, para que no se desplace la silicona. Asentamos la cubeta sobre la mucosa y pedimos al paciente que realice movimientos de succión. En el caso de la cubeta inferior, pedimos al paciente que realice movimientos con la lengua. Esperamos cinco minutos hasta que polimerice la silicona y extraemos la cubeta. Los excesos se recortan con un cuchillo (Figura 9).

3. El método más recomendado consiste en la funcionalización de los bordes con godiva de baja fusión. Esta godiva de baja fusión, la reblandecemos en agua caliente a 50°. Cuando la godiva está moldeable, realizamos un cordón que colocamos sobre todo el borde de la cubeta. Introducimos la cubeta con la godiva en el agua caliente y cuando la godiva está en fase plástica, la introducimos en boca, ayudados por un auxiliar, para separar con dos espejos los labios. Funcionalizamos los bordes del mismo modo que con la silicona (11). Como el tiempo de endurecimiento de la godiva es corto, es necesario repetir la operación de calentar la godiva e introducirla en boca varias veces, hasta conseguir una alta definición de los bordes (Figura 10).

7.2. Toma de la impresión definitiva.

Se han propuesto distintos procedimientos para la toma de la impresión definitiva:

1. Impresión con alginato (Figura 8). No recomendable.
2. Impresión con alginato pero con los bordes previamente funcionalizados con godiva (Figura 11).
3. Impresión con alginato pero con los bordes previamente funcionalizados con silicona pesada.
4. Impresión con silicona de viscosidad media sin funcionalizar los bordes (Figura 10).
5. Impresión con silicona media con los bordes previamente funcionalizados con godiva (Figura 12).
6. Impresión con silicona media con los bordes previamente funcionalizados con silicona pesada (Figura 15).
7. Impresión con silicona media sin bordes funcionalizados y corregida posteriormente con silicona fluida.
8. Impresión con silicona fluida con los bordes previamente funcionalizados con silicona pesada (Figura 14).
9. Impresión con pasta zinquenólica con los bordes de la cubeta sin funcionalizar, o funcionalizados con godiva o silicona pesada (Figura 16).

8. CRÍTICA DE LAS IMPRESIONES

La autocrítica a nuestros propios trabajos protésicos ha de ser una constante que nos estimule a mejorar la calidad de los mismos. Así es importante adoptar una actitud crítica hacia las impresiones para exigirnos de ese modo el mayor control de calidad.

Esta crítica puede a veces ser difícil porque: Primero, se debe comparar un negativo en la mano con su positivo en la boca, donde es muy difícil apreciarlo bien.

Segundo, porque aún apreciando bien el positivo, es muy difícil saber si la reproducción es realmente correcta.

Tercero, porque existen defectos en las impresiones, que son imposibles de ver a simple vista, entre ellos ciertas retracciones y deformaciones inherentes a los materiales de impresión.

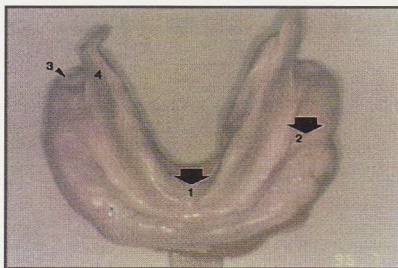


Fig. 15. Silicona de consistencia pesada corregida con silicona media. 1. Funcionalización del frenillo lingual. 2. Funcionalización de los frenillos vestibulares. 3. Impresión de la eminencia piriforme. 4. Impresión de la zona sublingual.



Fig. 16. Impresión con pasta zinquenólica. 1. Borde funcionalizado con godiva. 2. Impresión del fondo vestibular y del frenillo lateral.



Fig. 17. Borde de la prótesis funcionalizado con material acondicionador de tejidos de consistencia pesada.

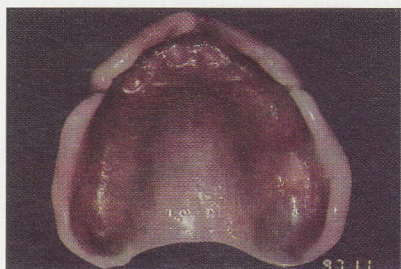


Fig. 18. Prótesis funcionalizada con acondicionador de tejidos de consistencia ligera.



Fig. 19. Modelo inferior definitivo de trabajo. 1. Eminencia piriforme. 2. Zona de inserción del masetero. 3. Zona de inserción el buccionador. 4. Zona de inserción de músculos periorales. 5. Zona de inserción de músculos geni. 6. Cresta oblicua interna: zona de inserción del músculo milohioideo. 7. Frenillo lateral.



Fig. 20. Modelo superior definitivo de trabajo. 1. Zona del frenillo anterior. 2. Zona hamular. 3. Fondo vestibular.

La impresión superior debe cubrir por completo el reborde residual y paladar duro, extenderse por detrás de las tuberosidades y surcos hamulares y hasta el paladar blando, rellenar los surcos vestibulares y los tejidos labiales y yugales, mostrando las improntas de los frenillos.

La impresión inferior debe cubrir el reborde residual y los cuerpos piriformes, rellenar los surcos vestibulares, al rechazar los tejidos blandos por fuera de las líneas oblicuas externas y de las eminencias mentonianas, rellenar los surcos linguales hasta la zona de reflexión del músculo milohioideo, contando con la actividad de éste que se eleva y deprime. La cresta o línea oblicua interna, zona de inserción de dicho músculo, debe ser recogida sin comprensión.

8.1. Criterios de valoración de las primeras impresiones mandibulares:

- Insuficiente cantidad de material de impresión.
- Exposición de la cubeta. Despegamiento del material de impresión (Figura 13).

- Estructuras importantes no englobadas.
- Atrapamiento de las glándulas submaxilares.
- Atrapamiento de la lengua.
- Burbujas de aire que nos dificultan ver con precisión los bordes anatómicos.

Cualquiera de estas imperfecciones son suficientemente importantes como para repetir la impresión.

8.2. Defectos que podemos encontrar en las impresiones de maxilar:

- Insuficiente registro de bordes que corresponden a los fondos vestibulares. Salen poros grandes o bordes muy delgados e imprecisos.
- Insuficiente registro de frenillos, si los tiene. Esto puede ser debido a un material de impresión demasiado espeso que hace que no tenga la suficiente plasticidad y rechace la mucosa.
- Exposición de la cubeta. Porque es pequeña, porque no ha estado bien centrada, porque la hemos presionado excesivamente, o porque tiene los bordes largos.

En el medio universitario ponemos mucho énfasis en recalcar la importancia del procedimiento de impresiones en el paciente desdentado.

Unas buenas impresiones unidas a una oclusión balanceada bilateral adecuada constituyen el binomio decisivo para que el tratamiento con prótesis completa sea un éxito o un fracaso.

CONCLUSIONES

1. Las impresiones tanto primarias como secundarias, son una de las claves del éxito en la confección de una Prótesis Completa.
2. Una buena impresión es aquella que recoge todo aquello que queremos obtener.
3. Para esto es imprescindible, conocer perfectamente la anatomía del paciente totalmente desdentado.
4. Es muy importante obtener desde el principio unas buenas impresiones primarias. Las secundarias serán para mejorar, pero no para corregir.
5. Debemos confeccionar o al menos retocar, las cubetas individuales, hasta que estemos convencidos que cumplen perfectamente su misión.
6. La funcionalización de los bordes de la cubeta ayuda notablemente a conseguir una buena impresión.
7. Siliconas y pasta zinquenólica, son las pastas de elección. Su uso estará en función de cada caso.
8. Es imprescindible repetir el procedimiento de impresiones todas las veces que sean necesarias, hasta que quedemos satisfechos de los resultados obtenidos.
9. Lo que perseguimos es la obtención de unos modelos de trabajo que reproduzcan fielmente la anatomía del maxilar y mandíbula totalmente desdentados, para confeccionar las bases de nuestras prótesis (Figuras 19,20).
10. El sellado periférico es costoso de conseguir, pero absolutamente imprescindible para la estabilización y retención de la Prótesis completa.

Correspondencia

Jaime Gil Lozano / Juan Antonio San Martín Martínez
Departamento de Estomatología
Facultad de Medicina y Odontología de U.P.V.
Barrio Sarriena s/n
48940 Lejona
Vizcaya.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Castellanos E, López López M. Importancia de la exploración anatómico-funcional del paciente totalmente desdentado para el diseño en prótesis total. *Estomodeo* 1986; 20:30-5.
2. Schreinemakers J. La lógica en la Prótesis Completa. Utrecht, Editoria G&D Tholen NV 1965; 144-70.
3. López López M. Impresiones en Prótesis Total. *Profesión Dental*. 1974; 2: 38-42.
4. Casado JR. Tratamiento del Desdentado Total. Madrid, Edita JRCLL 1991; 14-102.
5. Buchman J, Menekratis A. Dentaduras completas y ancladas. Barcelona, Editorial Labor S.A. 1978; 3-8.
6. Geering AH, Kundert M. Atlas de Prótesis Total y Sobredentaduras. Barcelona Salvat Editores S.A. 1988; 15-23.
7. Llena JM. Prótesis Completa. Barcelona, Edit Labor S.A. 1988; Cap. 4.
8. Ozawa JY. Prostodoncia Total. México. VNAM 1979; Caps 16-19.
9. Passamonti G. Atlas en Prótesis Completas. Barcelona Espaxs Publicaciones Médicas. 1983; 79-83.
10. Saizar P. Tratamiento Protético de la Edentación Total. Buenos Aires, Progentral Editor 1986; 159-78.
11. Capusselli HO, Schwartz T. Tratamiento del Desdentado Total. B. Aires, Edit Mundi 1978; Cap. 1.
12. Sharry JJ. Prostodoncia Dental Completa. Barcelona, Ediciones Toray S.A. 1977; Cap. 13.