

Prótesis total – impresión funcional com mínima presión de la maxila utilizándose silicona de adición: caso clínico

Complete denture – final impression with minimal pressure of maxillary arch, using addition silicone: clinical case

Gerson Arruda CORRÊA*
Cristiane RANA**
Marisol CASTILLA***
Andréa Rico CABRAL****
Tomaz GOMES*****

Resumen

El desarrollo de este trabajo nos muestra una conducta clínica para ser utilizada en caso de impresiones con mínima presión en prótesis total cuando el reborde remanente presenta una gran área de tejido mucoso sin soporte óseo.

Palabra-clave: Técnica de impresión dental

Abstract

The use of silicone addition curing in the molding of minimum pressure in complete dentures. In this clinic-laboratorial case, it is shown the steps for the obtainment of an image that is close to the reality, with no distortions in the anterior region.

Key word: Dental impression technique

Introducción

En el estudio sobre impresiones en prótesis total debemos tener conocimiento que hubo una época en que no era llevada en consideración la función muscular para detallar los bordes de una prótesis. Con los materiales utilizados se intentaba conseguir la impresión del área basal y los bordes eran arbitrariamente dejados más cortos para no tener interferencias con las funciones musculares (SHARRY¹, 1962).

Hoy uno de los principales objetivos de una impresión es la preservación de los rebordes óseos remanentes.

Genéricamente tomar impresiones en Odontología es una operación que requiere mucha atención y conocimiento por parte del operador. Específicamente en prótesis total, la impresión es una copia en negativo de los tejidos que recubren la maxila y la mandíbula. Puede ser dividida en etapas: preliminar y funcional (BOUCHER², 1964).

Una impresión preliminar o anatómica tiene como

propuesta inicial el diagnóstico del caso en sí, y la confección de la cubeta individual.

La impresión secundaria o funcional propicia la confección del modelo funcional o de trabajo en el cual será confeccionada la prótesis total (HEARTWELL³, 1968). Entretanto, en casos bastantes desfavorables con severa reabsorción ósea debido a problemas periodontales graves o al uso prolongado y incorrecto sobre el punto de vista oclusal, de una prótesis total completa, el profesional podrá quedarse confuso y atónito no sabiendo como desarrollar la impresión o hasta donde extender los bordes correctamente.

Como es sabido obteniéndose una área basal mayor, mejor será la retención de la prótesis. Al realizarse una impresión de acuerdo con nuestros objetivos, el área basal podrá ser aumentada tanto como sea posible, no es apropiado extender los bordes de la prótesis al azar. Ella debe ser extendida en áreas posibles de ser extendidas y limitadas donde la extensión no sea necesaria.

Uno de los puntos que necesita de mayor observación por parte del operador son áreas que

* Profesor Titular de la Disciplina de Prótesis Total de la Facultad de Odontologia de la Universidad de São Paulo.

** Alumna del Curso de Graduação de la Facultad de Odontologia de la Universidad de São Paulo.

*** Alumna del Curso de Pós-graduação, nível de Maestria, de la Facultad de Odontologia de la Universidad de São Paulo.

**** Cirujano-dentista. Estagiaría de la Disciplina de Prótesis Total (II) de la Facultad de Odontologia de la Universidad de São Paulo.

***** Técnico en Prótesis Dental (TPD).

están sujetas, en virtud de no tener soporte óseo satisfactorio, a la distorsión de la mucosa de revestimiento. Conviene recordar que tanto la maxila como la mandíbula (huesos) son realmente las fundaciones para las prótesis, y los tejidos que las recubren deben estar firmes.

Una cantidad excesiva de tejidos móviles permitirá el movimiento de la prótesis sobre la fundación ósea y, surgirán dificultades tales como: pérdida de la retención, dislocamiento, maloclusión de las prótesis, dificultad para registrar correctamente las relaciones maxilomandibulares, etc.

Las impresiones deberán recubrir lo máximo de área dentro de los límites de función y salud.

El desarrollo científico por el que pasa la Odontología tiene amplias implicaciones en el área de materiales, principalmente, en lo que se refiere a impresiones en prótesis.

Con la aparición de las siliconas su empleo en las impresiones para prótesis total trajo innumerables ventajas y pocas desventajas. Con el surgimiento de las siliconas de reacción por adición, la mejora fue marcante, pues existen innumerables marcas que se presentan en varias consistencias, posibilitando una amplia gama de variaciones en las impresiones. EDUARDO³ (1992) desarrolló un trabajo de investigación sobre siliconas de adición, reforzando sólidamente a aquéllos que trabajan con silicona.

Filosóficamente las impresiones son clasificadas en: con presión, mínima presión y presión selectiva.

Impresiones con presión

La retención de la prótesis total es evaluada severamente durante la masticación, por eso los profesionales creen que la misma debe mantener un contacto íntimo y armónico con los tejidos (TAMAKI⁴, 1974).

Esta verdad es controversial frente a un hecho lógico y racional lo que sucede con los tejidos cuando no hay masticación vigorosa. Como se encontrarán esos tejidos después de algún tiempo? Tendrán la misma forma e imagen del momento de la impresión funcional?

BERESIN⁵ (1978) comentó que estando los tejidos compuestos en gran parte por líquido es imposible comprimirlos sin dislocarlos.

Tejidos dislocados siempre retornan a su posición original, por eso, si éstos fueran dislocados durante las impresiones, resultará en una prótesis total inestable.

La presión ejercida en la técnica de impresión es reflejada como presión en la base de la prótesis y resulta con lesión en tejido blando y por consecuencia activación de la reabsorción ósea.

Mínima presión

Actualmente, un gran porcentaje de profesionales hacen uso de las impresiones con mínima presión a fin de evitar las distorsiones sufridas por la mucosa en

virtud del dislocamiento de los tejidos. Con este pensamiento, los tejidos no deberán ser dislocados de esta manera la imagen del área basal no será alterada. Siguiendo esta línea de raciocinio, los materiales que serán utilizados deberán ser leves y con alto índice de escurrimiento y las cubetas individuales deberán tener espacio para que los mismos sean acomodados entre resina y mucosa, sin que haya alteración en la posición de las cubetas. El caso clínico desarrollado está dentro de este principio.

Presión selectiva

Todavía algunos colegas continúan usando una técnica que combina presión en algunas áreas y mínima presión en otras.

Se debe enfatizar que este pensamiento requiere una mucosa firme y saludable sobre el reborde óseo, si la mucosa fuera flácida, o con cordón fibroso es correcto el uso de la presión mínima.

Descripción del caso clínico

Para este caso en particular, el modelo anatómico fue obtenido a partir de la utilización de la técnica mixta (godiva de fusión media + alginato). Con esta conducta clínica, podemos minimizar la presión sobre la cresta alveolar y la mucosa evitándose presión sobre los mismos. Así conseguimos una "imagen" con menor alteración (Figuras 1 y 2).

Con la godiva tomamos la impresión de la parte posterior del paladar, más el reborde a partir de los segundos premolares. La impresión fue completada con alginato recubriendo la godiva y toda el área descubierta de la cubeta de "stock". No olvidar de hacer retenciones en la godiva para el uso del alginato. Se tuvo el debido cuidado de evitarse al máximo presiones en el acto de la impresión.

En la Figuras 3, 4 y 5 se observa la gran movilidad de la mucosa que recubre el reborde óseo en la región donde la reabsorción ósea fue exageradamente atípica.

A partir del modelo anatómico delimitado tenemos la secuencia de la confección de la cubeta individual (Figuras 6 a 12), en conjunto con la cubeta complementaria anterior recubriendo el área donde la mucosa se presenta bastante móvil.

En la Figura 12 se nota que la cubeta complementaria tiene parte de su área interna recubierta por dos láminas de cera rosada número siete, propiciándose un espacio para la impresión a ser realizada en esta región con mínima presión. La aplicación de adhesivos para la silicona es apreciada en la Figura 13.

En las Figuras 14, 15, 16 y 17 son mostradas las siliconas de adición-regular y monophase utilizadas en el caso, su aplicación en la cubeta (monophase) y la primera parte terminada.

Después de los recortes de los excesos de silicona en los bordes que limitan con la cubeta complementaria, en la misma se aplica el adhesivo (Figura 18).

Con la cubeta complementaria adaptada en la cubeta (Figuras 19, 20 y 21) se inicia la aplicación de silicona de mayor fluidez, llevándola a la boca, realizándose el asentamiento con mínima presión, se realizan las tracciones suaves en los labios, carrillos y movimientos de la mandíbula para el lado derecho e izquierdo, configurándose nitidamente los bordes distovestibulares de las tuberosidades (Figuras 22 y 23).

Con la impresión terminada, ésta es analizada y siendo aprobada se prepara para el vaciado del molde en yeso piedra tipo IV. Después de la cristalización del yeso, se remueve de la impresión, se recorta, y de este modo tenemos el modelo funcional para proseguir con el caso (Figuras 24 y 25).



Figura 1. Modelo anatómico con el área basal delimitada y el área sin soporte óseo.



Figura 2. Vista por palatino de la extensión del área flácida.



Figura 3. Vista del área a ser impresionada.



Figuras 4 y 5. Mucosa con gran movilidad debido a la reabsorción ósea.



Figura 6. Parte de la cubeta posicionada sobre el modelo. Observar los puntos en que serán colocados los encajes para la cubeta complementaria.



Figura 7. Impresión con silicona para la confección de la cubeta complementaria.



Figura 8. Modelo original + cubeta, impresión con silicona y el segundo modelo para confeccionar la cubeta complementaria.



Figura 9. Modelo original + cubeta + cubeta complementaria.



Figura 10. Modelo + cubeta + cubeta complementaria posicionadas (modelo con alivio).



Figura 11. Modelo + cubeta + cubeta complementaria con alivio de cera.



Figura 12. Cubeta lisa.



Figura 13. Adhesivo para la cubeta.



Figura 14. Silicona de adición monofase + regular.



Figura 15. Inicio de la aplicación de la silicona monofase en la cubeta.

CORREA, G.A. et al. Prótesis total – impresión funcional con mínima presión de la maxila utilizando-se silicona de adición – caso clínico. *Rev. Inst. Ciênc. Saude.* v. 19, n. 1, p. 57-62, jan./jun. 2001.



Figura 16. Silicona en la cubeta.



Figura 20. Inicio de la aplicación de la silicona de mayor escurrimiento.



Figura 17. Impresión (primera parte) terminada.

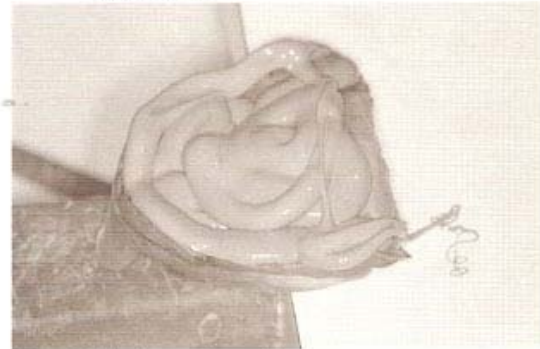


Figura 21. Cubeta cargada con silicona.



Figura 18. Cubeta complementaria con adhesivo.



Figura 22. Término de la impresión.



Figura 19. Cubeta complementaria adaptada en la cubeta.



Figura 23. Vista de la impresión.



Figuras 24 y 25. Preparación de la impresión para vaceado y modelo terminado.

Conclusión

El caso clínico que fue desarrollado utilizándose silicona de adición en la técnica de mínima presión, tuvo una resolución satisfactoria.

El paciente presenta a partir de los dos premolares superiores el reborde alveolar con una reabsorción ósea extensa, propiciando un desplazamiento horizontal anterior, posterior y para arriba de la mucosa que giró en torno de 0,5 mm.

Con la utilización de materiales de alta fluidez la realización de impresiones funcionales en prótesis por la técnica de mínima presión ya está bien aceptada por un gran número de estudiosos y clínicos.

Referências Bibliográficas

1. BERESIN, V.E.; SCHIESSER, F.J. *The neutral zone complete and partial dentures*. 2.ed. St. Louis : Mosby, 1978.
2. BOUCHER, C.O. *Swenson's complete dentures*. Saint Louis ; Mosby, 1964.
3. EDUARDO, C.P. *Contribuição para o estudo da fidelidade dimensional de materiais à base de silicona de reação por adição com diferentes técnicas de moldagem e impressão com godiva*. São Paulo, 1992. Tese (Livre-Docência) – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
4. HEARTWELL Jr., C.M. *Syllabus of complete dentures*. Philadelphia : Febiger, 1968.
5. SHARRY, J.J. *Complete denture prosthodontics*. New York : McGraw-Hill, 1962.
6. TAMAKI, T. *Dentaduras completas*. 2.ed. São Paulo : Sarvier, 1974.

Recebido em 05/01/2000
Aceito em 19/01/2000