



Recepción: 20 / 04 / 2017

Aceptación: 20 / 05 / 2017

Publicación: 15 / 06 / 2017



Ciencias de la Salud

Artículo de Investigación

Tratamiento con prótesis metálica removible combinada con sistema Valplast en pacientes edentulos parciales

Removable metal prosthesis combined with Valplast system in partial edentulous patients

Tratamiento con prótese metálica removível combinada com sistema Valplast en pacientes edentulos parciales

Johnny Medrano-Bautista^I
johnny.medranob@ug.edu.ec

Álvaro F. Cando-Flores^{II}
alvaro.candof@ug.edu.ec

Marcos A. Díaz-López^{III}
marcos.diazl@ug.edu.ec

Julio I. Rosero-Mendoza^{IV}
julio.roserom@ug.edu.ec

Correspondencia: johnny.medranob@ug.edu.ec

- I. Doctor en Odontología, Diplomado en Docencia Superior, Magister en Diseño Curricular, Superior en Diseño Curricular por Competencias, Diplomado en Docencia Superior, Docente Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador.
- II. Especialista en Rehabilitación; Odontólogo; Docente Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador.
- III. Diploma Superior en Diseño Curricular por Competencias; Especialista en Ortodoncia; Magister en Docencia Universitaria e Investigación Educativa; Diplomado en Docencia Superior; Doctor en Odontología; Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador.
- IV. Magister en Gerencia Hospitalaria; Especialista en Ortodoncia; Odontólogo; Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador.

Resumen

Objetivo: Elaborar un sistema protésico híbrido para que cumpla los exigencias de adaptación, funcionabilidad y estética en pacientes edentulos parciales con problemas de ajuste.

Metodología: Presentación de caso clínico, paciente de sexo masculino, edéntulo parcial, de maxilar superior, con problemas de adaptación protésica que afecta su funcionabilidad y estética. Se decide como plan de tratamiento la aplicación de un sistema protésico híbrido que consta de dos elementos: de base una prótesis metálica de cromo kobalto y aplicando sistema Valplast en la confección de las partes blandas y base para las piezas dentarias de acrílico.

Resultados: Combinación del metal como cromo kobalto y el sistema Valplast evidenció un mejor ajuste de la prótesis en el paciente que presentaba problemas de adaptación, demostrando funcionabilidad y estética.

Conclusiones. - se establece que el uso de la prótesis combinada: metálicas y Valplast son eficientes en el logro de la adaptabilidad, funcionabilidad y estética del paciente edéntulo parcial.

Palabras clave: Sistema Valplast, sistema metálico, prótesis combinada.

Abstract

Objective: To develop a hybrid prosthetic system to meet the requirements of adaptation, function and aesthetics in partial edentulous patients with adjustment problems.

Methodology: Presentation of clinical case, male patient, partial edentulous, upper jaw, with problems of prosthetic adaptation that affect its functionality and aesthetics. It was decided as a treatment plan the application of a hybrid prosthetic system consisting of two elements: a base metal prosthesis of chromium kobalto and applying Valplast system in the confection of the soft parts and base for the dental pieces of acrylic, it was verified That applying this system of Valplast was able to restore the harmony of the patient's stomatognathic apparatus including its aesthetics and self-esteem.

Results: Combination of the metal as chroma kobalto and the Valplast system evidenced a better adaptation of the prosthesis in the patient who presented problems of adaptation, demonstrating adaptability, functionality and aesthetics.

Conclusions: It is established that the use of the combined prosthesis: metal and Valplast are efficient in achieving the adaptability, functionability and aesthetics of the partial edentulous patient.

Key words: Valplast system, metal system, combined prosthesis

Resumo

Objetivo: Para desenvolver um sistema de prótese híbrido para satisfazer as exigências de adaptação, funcionalidade e estética em doentes desdentados parciais com problemas de ajustamento.

Metodologia: Apresentação do caso clínico, paciente do sexo masculino, desdentados, maxilar superior parcial, com problemas de adaptação de próteses afectar a sua funcionalidade e a estética. aplicação de um sistema híbrido protético que consiste em dois elementos que é decidida como base de um plano de tratamento prótese de metal crómio e aplicando sistema Kobalto Valplast na tomada de tecido mole e base para os dentes de acrílico.

Resultados: A combinação de metal, tal como o crómio e sistema Valplast Kobalto mostraram um melhor ajuste da prótese nos problemas de adaptação de apresentação do paciente, o que demonstra a funcionalidade e estética.

Conclusões. - é estabelecido que a utilização da prótese combinadas e Valplast de metal são eficientes na consecução adaptabilidade, funcionalidade e estética parcialmente paciente desdentados.

Palavras chave: Sistema Valplast, sistema de metal, prótese combinado.

Introducción.

La finalidad de este estudio es determinar las propiedades de las prótesis metálicas removible combinada con el Sistema Valplast, mediante las propiedades de este tipo de combinación de materiales considerando las ventajas y desventajas, su eficacia como tratamiento para rehabilitar eficientemente a los pacientes edéntulo parcial.

Uno de los problemas más comunes en la odontología es la ausencia de piezas dentarias ocasionadas por las extracciones indicadas o extracciones prematuras que son causadas por traumatismos, piezas con caries de alto grado, piezas dentarias con enfermedad periodontal, iatrogenias. De acuerdo a sus propiedades el nylon nos permite obtener una base para prótesis dental de características similares a las prótesis acrílicas, lo cual permite obtener una funcionabilidad adecuada y recuperar los factores perdidos por la ausencia de las piezas dentarias como lo son la masticación y fonación ; obtener así una estética de mejor nivel. El objetivo de esta investigación es determinar las propiedades de las prótesis flexibles, sus propiedades, ventajas y desventajas, su eficacia como tratamiento rehabilitador en pacientes edentulos parciales. El lugar de la investigación fue la clínica de prótesis a placa de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil, falta

La cavidad oral es importante para la salud, porque tiene sus componentes del sistema estomatognatico en la cual encontramos las funciones de deglución, fonación y sobre todo la estética es la que le permite a todo individuo mantener su armonía integral, la perdida prematura de piezas dentarias hace que este equilibrio sea inestable y se distorsiona la función masticatoria, la cual conlleva a la presencia de muchos problemas orales.bbbb

Durante la confección de las prótesis removibles, el profesional odontólogo debe considerar la anatomía fisiológica del rostro y los principios artísticos, para devolver una apariencia natural y una sonrisa armoniosa al paciente. De esta manera se reduce el daño causado por la pérdida de los dientes naturales. (Davenport, 2000) En los casos de espacios desdentados extensos, con gran pérdida de hueso alveolar, dientes que sirven de soporte a coronas clínicas cortas, o mala situación financiera del paciente, la opción más indicada para la rehabilitación bucal es por medio de las PPRs.

Los retenedores pueden ser intra coronarios o extra coronarios. Los intracoronarios exigen mayor desgaste del diente para su confección. Los extra coronarios, como causan aumento del contorno dental, pueden favorecer una mayor retención de placa dentobacteriana, lo que hace necesario que el paciente posea una buena higiene bucal. (Rudd, 2000)

Otra opción estética es la PPR con trayectoria rotacional o de retenedores con doble eje de inserción, en la cual un número menor de retenedores son visibles. Está indicada para casos de prótesis dentosoportadas, y los tipos de trayectorias pueden ser antero-posterior (AP), pósterio-anterior (PA) y lateral. La trayectoria AP, es la más popular (casos clase IV de Kennedy), con retenedores en los dientes posteriores. (Mallat, 1995) (Davenport, 2001)

Las prótesis totales (PTs) y las prótesis parciales removibles (PPRs) son opciones de tratamiento muy utilizadas hoy en día. Se debe perseguir la obtención de prótesis naturales y personalizadas, a fin de satisfacer las exigencias estéticas que la población va adquiriendo con el desarrollo cultural y el nivel social y psicológico, además de proporcionar confort y función adecuados. (Mc Cracken, 2004)

La PPR con trayectoria rotacional puede proporcionar mayor comodidad y responder más los patrones de estética dental actual. Suh en un caso clínico, clase IV de Kennedy, utilizó retenedores compuestos de un descanso o apoyo, y plano guía como elementos retentivos, con la finalidad de evitar la utilización de retenedores convencionales, especialmente en la zona de mayor importancia estética. Tran relató el uso de un retenedor distal con descanso, como una alternativa al diseño de eje rotacional, con una ventaja de retención ajustable, de ser necesario.

Materiales y métodos.

Para devolver al paciente una estética agradable, el profesional debe confeccionar una prótesis muy semejante a los dientes naturales. La fase de selección de los dientes es compleja, porque implica muchas variables. La selección de los dientes anteriores es una tentativa que solo será validada por el profesional en el momento de la prueba estética y funcional. Toda ayuda disponible debe ser utilizada en este paso, como el registros de los dientes naturales previamente obtenidos, modelos de yeso y fotografías que pueden auxiliar al profesional, en la selección del tamaño, forma y disposición de los dientes artificiales. La armonía en la relación entre los dientes artificiales y las exigencias estéticas del paciente desdentado establecen los criterios que van a guiar la selección de los dientes artificiales: tamaño, forma y color.

La clasificación de Williams es el método de determinación de la forma de los dientes anteriores más aceptado universalmente. Este autor buscó relacionar la forma de los incisivos centrales, con el rostro de los individuos. De este trabajo surgió el concepto de las tres formas básicas de los dientes artificiales: cuadrada, ovalada y triangular. (Mallat)

La teoría dentogénica se refiere al arte, práctica y técnica de crear la ilusión de dientes naturales con prótesis artificiales. Para lograr tal objetivo, utilizaron los siguientes factores: sexo,

personalidad y edad del paciente para determinar la selección, caracterización y posición de los dientes. Las formas femeninas deben ser suaves y redondeadas, mientras las masculinas, vigorosas y rectas. El factor edad debe ser apropiadamente incorporado a la prótesis, por la cuidadosa selección del color y por la alteración de la forma de los dientes artificiales, principalmente en su porción incisiva, para asemejarse al desgaste fisiológico característico de la edad. (Broucher, 2006) La selección de los dientes artificiales en relación al sexo y la edad del paciente pueden ser útil una vez que la relación entre la edad y el atractivo facial han sido relatadas en la literatura. (Zinder, 1986-1998)

La inclinación de los dientes anteriores es generalmente paralela al perfil del paciente, debido a la presión que los labios ejercen sobre estos dientes durante el desarrollo. La forma de la arcada desdentada tiene una estrecha relación con la disposición de los dientes anteriores.

Los sistemas flexibles marcan una nueva era en lo que a prótesis removible se refiere. En lugar de utilizar los visibles y antiestéticos ganchos metálicos para sostener la prótesis, estos nuevos sistemas, además de no incorporar metal en su estructura, carecen de ganchos (Pickett, 1998)

Es un material con una base de Nylon, altamente flexible, que nos permite realizar prótesis unilaterales y bilaterales con una estética superior eliminando así el uso de ganchos o retenedores metálicos. Por sus características físicas nos permite realizar prótesis ligeras, resistentes y flexibles que proporcionan comodidad, funcionalidad y estética. (Pickett, 1998)

El gran inconveniente que plantean los ganchos metálicos en las prótesis convencionales es su alto margen antiestético (por más que se intente ocultarlos o disimularlos) y el desgaste por la fricción que ejercen éstos sobre las superficies dentales de las que se sostienen (piezas pilares). (Pickett, 1998)

La caracterización de las bases de las prótesis totales y parciales removibles con resinas acrílicas de tonalidades más semejantes a aquellas observadas en el tejido gingival del paciente hace posible mejor resultado estético, y consecuentemente favorece la aceptación de estas prótesis por los pacientes, Es un material ideal para la confección de prótesis parciales, y a veces completas con el Flexite MP, desarrollado a partir de nylon termoplástico, biocompatible, con propiedades físico y estéticas exclusivas que pertenece a la familia de las Poliamidas cosas que lo hace aún más ideal..

Su principal característica es la Flexibilidad, rompe con los paradigmas de las prótesis convencionales acrílicas y los esqueléticos, por ser no agresivo y no contar con monómeros, ser liviano, con ganchos de nylon, los cuales pueden ser transparentes y/o del color de los dientes remanente del paciente teniendo en cuenta los aspectos fisiológicos.

El material posee la traslucidez requerida para recoger el color del tejido con efectividad, consiguiendo así mimetizar el color con mucho éxito en su puesta en boca. (Pickett, 1998)

Resultados.

DIAGNÓSTICO. - paciente de sexo femenino, 49 años, ecuatoriana, ama de casa , siendo su motivo de la consulta: “Vengo a realizarme una placa nueva porque la que tengo se me cae de lo floja que está, se me cae cuando hablo o cómo”.

ANAMNESIS.

Enfermedad o problema actual: Paciente asintomático

ANTECEDENTES PERSONALES

No refiere antecedentes personales o familiares

SIGNOS VITALES

Presión arterial: 110/70 mm/hg

Frecuencia cardiaca: 90 min

Temperatura C: 37 °c

Respiración/ min: 20

Examen del sistema estomatognatico

Hemiarcada Superior Derecho.-Ausencia de las P# 11-12, Obturación en la caras ocluso-mesial de la P# 14 y obturación en la cara oclusal de la P#15. Hemiarcada Superior Izquierda.- Ausencias de las P# 21-22-23-24-25 y obturación de la cara oclusal de la P# 27. Hemiarcada Inferior Izquierda.- Ausencia de las P# 33 y 37, Obturación en la P# 36. Hemiarcada Inferior Derecha.- Ausencias de las P# 46-47

Sin patología aparente



Figure 1.

ATM.- Normal, Ramas mandibular Normal, Apófisis Coronoide.- Normal, Seno del Maxilar Amplio, Reabsorción Ósea.- Zona anteroposterior media, Presencia de un resto radicular P# 28



Fotos extraorales

Figure 2.-FONTRAL

Presencia de simetría facial, Tipo de cara corresponde a Braquifacial



Figure 3.- LATERAL IZQUIERDO

Figure 4.- LATERAL DERECHO

Paciente perfil convexo

Fuente: Propia de la investigación



Figura 5

Presencia de apiñamiento dental en la zona restauración con amalgama en la p# 16 y brecha edentula zona posterior bilateral



Figure 6 Oclusión zona anterior

Fuente: Propia de la investigación

MAXILAR SUPERIOR. Perdida de línea media y dimensión vertical, MAXILAR INFERIOR. Apiñamientos de las piezas anteriores e inclinación hacia la Hemiarcada izquierda

Zona edéntulo parcial anteroposterior con pérdida de plano oclusal



Figure 7 Zona lateral Derecha

Fuente: Propia de la investigación



Figura: 8 Zona lateral Izquierda

Fuente: Propia de la investigación

Perdida de la dimensión vertical, Edentulismo parcial.

Diagnostico

Paciente asintomático

Edéntulo parcial superior por ausencia de las piezas dentales 11,12, 21, 22, 23, 24, 25 perdida de dimensión vertical es portadora de una prótesis parcial acrílica que se encuentra en mal estado.

Edéntulo parcial inferior por ausencia de las piezas dentales 33,37, 36, 46, 47 no ha utilizado prótesis.

No presenta movilidad dentaria e higiene dental aceptable paladar normal.

Pronostico:

Después de haber analizado la historia clínica, diagnóstico y anamnesis del paciente, así como el estudio de los exámenes complementarios y confirmar su buen estado de salud, se puede asegurar un pronóstico favorable.

Plan de tratamiento:

La selección del plan de tratamiento, así como las indicaciones y el objetivo del mismo, deben realizarse bajo una adecuada valoración clínica y radiográfica que determine la proporción corona-raíz en los dientes pilares donde va a estar asentado nuestro retenedores y apoyo oclusal

A continuación, un listado de opciones terapéuticas para este tratamiento: Prótesis Parcial Acrílicas.

Prótesis parcial flexible.

MATERIALES POR UTILIZAR.

1. Ficha clínica (radiografía, explicación del tratamiento al paciente)
2. Material para impresión (Cubetas de Metal, Alginato Taza de caucho y espátula de alginato)
3. Yeso (Piedra, Extra duro y Modelo)
4. Acrílico Placa
5. Piedras (degastar, pulir y abrillantar)
6. Silicona de Impresión (Putty Liviano y Pesado)
7. Articulador de Bisagra
8. Cera (Rodete de cera y lámina de cera)
9. Placa Base
10. Dientes Artificiales
11. Micromotor Eléctrico
12. Espátulas para Cera
13. Mechero
14. Alcohol
15. Loseta de vidrio



Figure 9 Cubetas metálicas para impresión anatómica



Figure 11 Material de impresión (alginato)



Figure 12 Toma de impresión anatómica Vaciado con yeso



Figure 14



Figure 15



Figure 16



Figure 17



Figure 18 Material de impresión



Figure 19



Figure 20



Figure 21



Figure 22 DISEÑO SUPERIOR



Figure 23 DISEÑO INFERIOR



Figure 24 DIMENSION VERTICAL

Toma de dimensión vertical y montaje en el oclusador de bisagra

Diseño de la estructura metálica, elaboración de ganchos y apoyo oclusal en piezas posteriores.

Cara Lateral Derecha.-Ganchos retentivo en las caras vestibulares de las piezas #15-17, 45 y malla protésica en la zona edentula posterior inferior



Figure 25 VISTA LATERAL IZQUIERDA

Fuente: Propia de la investigación

Cara Lateral Izquierda. -Gancho retentivo en la cara vestibular de la pieza 17, Gancho en T en la cara vestibular de la pieza# 36 y Pin en la zona edentula posterior inferior

Prueba de la estructura en Boca, tomando en cuenta si no se encuentra interferencia intra oclusal con papel de mordida



Figure 26 PRUEBA SUPERIOR
Fuente: Propia de la investigación

Presencia de los Conector mayor y menor, adaptación en la arcada superior.



Figure 27 PRUEBA INFERIOR

Fuente: Propia de la investigación

Maxilar Superior Conectores mayor y menor, adaptación en la arcada inferior.
Toma de Color en este paso se decidió trabajar DE ACRILICO



Figure 28 TOMA DE COLOR

Fuente: Propia de la investigación

Toma de color y tamaño para la elaboración de la prótesis



Figure 29 PRUEBA DEL ENFILADO EN BOCA

Fuente: Propia de la investigación

Enfilado dentario y prueba en boca.

SISTEMA VALPLAST

En la elaboración de este sistema se contó con la ayuda de Laboratorio dental Dr. Pablo Ochoa, se utilizó el inyector de Valplast que está conformado por una prensa, mufla y un horno donde será procesada el cartucho con este material.



Figure 30 ISLAMIENTO A LA MUFLA

Fuente: Propia de la investigación

Colocación de aislamiento en la mufla y contramufla del sistema Valplast



Figure 31 ENMUFLADO

Fuente: Propia de la investigación

Enmuflado y Elaboración de los bebederos donde será depositado nuestro material en el procesamiento de la prótesis.

Se enmufló y procedió a eliminar la cera en agua caliente de 5 a 7 minutos para retirar todo exceso de cera y deja libre nuestros bebederos que será como canales por donde el material será introducido para la confección de la prótesis.



Figure 32 ELIMINACION DE CERA
Fuente: Propia de la investigación
Enmuflado y eliminación de cera en agua caliente.



Figure 33 Desenmuflado
Fuente: Propia de la investigación
Desenmuflado y colocación de aislamiento

Procedemos a Prensar nuestra mucha y encendemos el horno por 11 minutos hasta que llegue a una temperatura de 565° C y 580° C, con el fin de hacerlo pasar a un estado líquido para proceder a su inyectado en la mufla ya que es esta, la que contiene el molde a reproducir.



Figure 34.- EMPAQUETADO
Fuente: Propia de la investigación
Empaquetado y prensado de la mufla.



**Figure 35 COLOCACION DEL
CARTUCHO**

Fuente: Propia de la investigación

Colocación del Cartucho Valplast en el horno para ser procesada la prótesis.

Una vez obtenida la prótesis procedemos al eliminar los excesos con discos de diamantes y fresas de cauchos para evitar que el material tome impureza.



Figure 36.- DESEMPAQUETADO

Fuente: Propia de la investigación

Desempaquetado de la mufla y eliminación del yeso con un mazo o martillo de caucho.



Figure 37 Eliminación de los Excesos

Fuente: Propia de la investigación

Eliminación de los excesos

Continuamos con la ligado, pulido y abrillantamiento de la prótesis a través de ruedas de caucho, cerdas negras y de trapo.

Prueba de las prótesis sobre modelos de trabajo se elimina cualquier interferencia que exista en las prótesis si es necesario.



Figure 38 PRUEBA SOBRE MODELOS

Fuente: Propia de la investigación

Prueba de las prótesis en modelos de trabajo, se procede a eliminar cualquier exceso que pueda presentar para su adaptación.

Una vez obtenido ya completo el sistema Valplast con la estructura de metal se procede a probar en boca,



teniendo en cuenta su adaptación y estética. Si manifiesta molestia con tejidos vecinos y dientes remanentes.

Figure 39 PRUEBA EN BOCA

Fuente: Propia de la investigación

Adaptación de la prótesis en la boca de la paciente.

Se evaluó el resultado de nuestro trabajo con el paciente a través de pruebas como parte de la adaptación de la prótesis.



Figure 40 ANTES

Fuente: Propia de la investigación

Antes paciente presentaba una brecha edentula muy notoria que provoco una caída del labio superior.

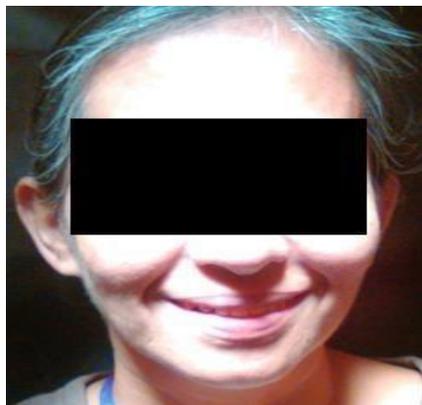


Figure 46.- DESPUES

Fuente: Propia de la investigación

Después la paciente manifiesta una mejor sonrisa y se elevó el labio superior.

Discusión.

Las PPR son aparatología utilizadas en pacientes que han perdido varias piezas dentarias. El restablecimiento de la estética perdida por medio de tratamiento protésico implica variante como perfil, arco facial, selección de dientes artificiales, contorno y coloración de la base y exposición de los retenedores metálicos de las PPR.

Algunas estrategias pueden ser utilizadas para mejorar el desempeño estético de las PPRs, como los retenedores. Según Ancowitz los extracoronarios deben ser preferidos por ser de fácil fabricación y reparo, pero Donovan y Cho citan como desventaja la mayor acumulación de placa, ya que promueven un aumento de contorno del diente pilar. Entre tanto, los intracoronarios exigen un mayor desgaste con posibilidad de comprometer la estructura dental vital. Una vez que diversos tipos de retenedores están disponibles en el mercado odontológico, el profesional debe seleccionarlos solamente después del conocimiento de sus propiedades biomecánicas y de su indicación correcta para determinado caso clínico. Debe también planear correctamente la distribución de las fuerzas oclusales por medio del esprintado de los dientes soportes, logrado a través del anclaje obtenido con la armazón metálica de la PPR o a través de coronas fijas. (Olavarria, 2005) (Rudd, 2000)

Con relación a las PPRs con retenedor con doble eje de inserción (trayectoria rotacional) o con retenedor twin Flex (doblado doble), Belles mencionó que el primero, por ser rígido, no permite que su porción retentiva anterior sea ajustada y puede generar torque en los dientes soportes, en los casos de clases I y II con modificación anterior. Por otro lado, el retenedor twin-flex puede ser flexible al no sobrecargar al diente soporte cuando la extensión distal se comprime al reborde. Sin embargo, varios autores afirman que la indicación de las PPRs rotacionales son para casos

dentosoportados, para evitar la sobrecarga del diente pilar; además, la confección del retenedor twin-flex exige un mayor conocimiento técnico.

Los retenedores estéticos de resina son un material relativamente nuevo y no hay un consenso con relación a su resistencia y estabilidad en la boca, pues no hay relatos clínicos suficientes sobre su desempeño in vivo. Algunos autores argumen ntan que esta debe ser la última opción estética a escoger. Puede ser que en el futuro, después de investigaciones de laboratorio y comprobación clínica a largo plazo sobre sus características biomecánicas, este retenedor alcance popularidad en el tratamiento con PPR. Mientras, su utilización es bastante reducida, porque su estética puede ser superada por medio de otros artificios, como los retenedores con doble eje de inserción o incluso, retenedores de tipo barra, que poseen conocida eficiencia mecánica. (Mallat, 1995)

Un factor importante que no debe olvidarse durante el planeamiento de retenedores estéticos es la manutención de sus requisitos biomecánicos, como soporte, retención, circunscripción, reciprocidad y pasividad, pues nada logramos con la confección de un retenedor que sea imperceptible pero que cause iatrogenias al diente soporte. (Mallat, 1998)

La asociación de PPRs con implantes es una nueva posibilidad terapéutica para pacientes que no poseen condiciones anatómicas para recibir un determinado número de implantes, para ser confeccionada una prótesis fija, o incluso, condiciones financieras. Así, un implante posicionado bajo la base de la PPR impide la intrusión de la misma en la fibromucosa, y también puede ser utilizado como agente de retención, lo cual proporciona mayor confort al paciente y alivia al diente soporte de fuerzas nocivas. (Loza, 1992)

La apariencia facial del paciente desdentado total o parcial, con colapso de la musculatura peribucal, es característica. Las PTs y las PPRs tienen una importante función en el restablecimiento del perfil armónico. (Mallat, 2004)

En relación a la apariencia estética de las bases y de los dientes artificiales, autores como Tautin y Espósito coinciden en afirmar que la posición apropiada de los dientes artificiales y el correcto contorno de las bases acrílicas restablecen el soporte de la musculatura del tercio inferior del rostro, y devuelven un perfil agradable al paciente. Boucher y otros indican a la DVO como otro factor responsable por este restablecimiento. Sin embargo, en un intento de mejorar la apariencia de arrugas y surcos, los profesionales deben tener cuidado para no aumentar la DVO, pues esto puede traer consecuencias perjudiciales para el paciente, como incapacidad para juntar los labios y el comprometimiento de las funciones muscular, fonética y masticatoria. (Carranza, 1996)

La etapa de selección de los dientes artificiales es considerada por varios autores como una etapa compleja y subjetiva, principalmente en pacientes desdentados totales. Generalmente hay una relación entre el tamaño de los dientes y las proporciones faciales. Según Espósito, esta relación ayuda a seleccionar el tamaño de los dientes, pero debe ser usada con conocimiento de que existen muchas variables en la naturaleza y que los dientes deben armonizar con el rostro y con el tamaño del arco. (Aydinlik, 1983)

A pesar de que la teoría de la correspondencia entre la forma del incisivo y del rostro, divulgada por Williams, no ha sido sustentada por muchas evidencias científicas, algunos autores afirman que ésta aún guía a la mayoría de los fabricantes de dientes artificiales. (Kratochvil, 1981)

La literatura también acepta algunos aspectos de la relación del sexo y la edad en la selección de los dientes artificiales. Espósito también considera que el tono de la piel, la personalidad, las

características sexuales y la edad del paciente deben ser analizados durante la selección de los dientes. Sin embargo, Goiato y otros no encontró ninguna coincidencia entre el color de la piel, ojos y cabellos con el color del incisivo central superior de 191 pacientes dentados. Entretanto, como los profesionales no suelen tener registros anteriores para basarse en la selección de los dientes artificiales, ellos necesitan seguir las evidencias encontradas por los investigadores. Todos los factores antes mencionados, asociados a su experiencia y la opinión del paciente, deben guiarlo durante esta fase tan subjetiva. (Mc Cracken, 2004)

Con relación a la disposición de los dientes en las PTs y PPRs, Boucher y otros afirma que la inclinación de los dientes anteriores, coincide con el perfil facial del paciente, y algunos fabricantes utilizan esa característica para facilitar la selección de los dientes artificiales. (Carranza, 1996)

Sharry describió el concepto de la separación de los dientes, obtenida a través del paso del hilo dental en la cara proximal de los dientes anteriores durante la fase de enceramiento. Este artificio promueve una apariencia más natural para la PT. Sin embargo, se debe tener cuidado para que sólo los dientes anteriores sean individualizados, pues en los dientes posteriores la higienización puede ser difícil. (Davenport, 2001)

Espósito afirma que la superficie vestibular del incisivo central es anterior a la papila incisiva en torno de 8 a 10 mm; pero Waliszewski observó en su revisión de literatura que algunos autores consideran que esta referencia puede causar errores, debido a su gran variación de extensión y estabilidad cuestionable. (Sanchez, 2004)

Las prótesis removibles pueden tener calidad estética mejorada, si sus bases acrílicas reciben caracterización y se tornan más semejantes al tejido gingival. La caracterización de las bases favorece la aceptación de las prótesis por parte de los pacientes. Según Silva y otros, la

caracterización intrínseca es estética y mecánicamente aceptable para su uso clínico, y no afecta la resistencia a la flexión de la resina acrílica. (Olavarria, 2005)

Reis sostiene que a pesar de las varias técnicas desarrolladas para la caracterización, y de la existencia de diversos pigmentos disponibles en el mercado actualmente, la confección de PTs o PPRs con bases caracterizadas, todavía no es un procedimiento común. Los autores creen que esto se debe a la dificultad de ejecución de las técnicas descritas, al desconocimiento de la existencia de pigmentos en el mercado, a la falta de información sobre la manera correcta de usarlos, y a la presunta elevación del costo final de la prótesis. (Miller, 1981)

Conclusiones.

Para tratamiento protésicos el nylon da mejor estética a la paciente devolviendo la confianza en su estética, no siente rugosidad como lo era con las prótesis anteriores, el sistema Valplast no incomoda en nada a la paciente ya que por ser elástica se acomoda a la necesidad de la paciente, no es pesada y mantiene el margen necesario para ser una prótesis acorde a las necesidades propuesta en el tratamiento.

La elaboración de prótesis metálica removible con sistema Valplast es una alternativa principal en el área de prostodoncia si queremos una aparatología acorde a la exigencia tanto en estética como en funcionabilidad, convirtiendo a este sistema como un innovador y de excelente método para la rehabilitación de pacientes edentulos parciales.

Recomendaciones.

Para mis compañeros y odontólogos en general es importantes que tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

Seguir el protocolo necesario en el plan de diagnóstico y tratamiento. Llevar el control necesario periodontal y en la proporción corona-raíz.

Realizar el debido uso del articulador semiajustable que nos va a dar mayor exactitud.

Tener en cuenta el plano facial del paciente para la elección de dientes artificiales

Bibliografía.

AE, S. (2004). Consideraciones periodontales y biomecánicas en el diseño de retenedores directos de PPR a extensión distal. Tesis Doctoral. Caracas: Fac Odontología UCV.

Aydinlik E, D. B. (1983). Effect of splinting on abutment tooth movement. J Prost dent .

Baster RM, H. J. (2000). Retention. Br Den J 2000.

Borel JC, S. J. (1986). Manual de prótesis parcial removible. Barcelona: Liber duplex.

Broucher L. (2006). Rehabilitación del Edentulo parcial. Mexico: Interamericana. Carranza, N. (1996). Clinical Periodontology. Mexico: W. B. Sanders Company. Chou TM, C. A. (1990). Photoelastic analysis and comparison of force-transmission characteristics of intracoronal attachments.

Correa, M. S. (2009). Odontopediatria en la Primera Infancia. Sao Paulo- Brasil: Livraria Santos.

Davenport JC, B. R. (2001). Initial Prosthetic treatment . Br Den J. Davenport JC, B. R. (2001). Tooth Preparation.

Davenport, B. R. (2000). Need and demand for treatment.

E, M. (2010). Prótesis parcial removible y sobredentaduras . España: Elsevier Imprint.

González Toro, W. E. (julio de 2014). Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/5196#sthash.m4cumBbc.dpuf>

Hochman N, D. B. (1983). Splinting: a retrospective 17- year follow- up study . J Prosthet Dent

J, B. (2000). Advance removable partial denture. Caracas : Actualizaciones medico-odontológicas latinoamericana.

Javi NS, L. S. (1984). The Removable partial denture as a periodontal prosthesis. EEUU.

Kratochvil J, T. W. (1981). Photoelastic Analysis of stress patterns on teeth and bone with attachment retainer for removable partial dentures. J Prost Dent .

Lechner SK, M. A. (1994). Removable partial prosthodonticsa case- Orientated manual of treatment planning. Mosby.

Loza D. (1992). Protesis Parcial Removible. Caracas: Actualizaciones Medico- Odontologicas Latinoamericanas.

Mallat E, K. T. (1998). Protesis parcial removible, Clinica y Laboratorio. España: Harcourt Brace.

Mallat E, T. P. (1995). Protesis Parcial Removible clinica y laboratorio. España: Mosby/Doyma Libros.

Mc Cracken WL, M. G. (2004). Protesis Parcial Removible (Vol. 10). Madrid: Medica Panoramica.