

## Importancia del diagnóstico en prótesis

En este caso clínico se describen las distintas posibilidades diagnósticas y los motivos que llevaron a la solución elegida una vez valoradas las ventajas y desventajas de cada una de ellas.

### INTRODUCCIÓN

La paciente tenía alrededor de 18 años y fue referida por un ortodoncista para restituir las piezas ausentes 12 y 22 una vez cerrado el diastema entre 11 y 21 (figs.1, 2 y 3). El tratamiento era urgente dado que cada vez que se eliminaban de la boca los elementos que cerraban el diastema, este recidivaba. Por ello decidimos ferulizar con composite durante el tiempo en que aún no estaría acabada la prótesis.



Fig.1



Fig.2



Fig.3

Las soluciones posibles eran:

1. **Prótesis parcial removible**

Descartada de entrada por la edad de la paciente. El hecho de colocar una prótesis removible habría obligado, debido a la pronunciada supraoclusión y al resalte, a buscar retención indirecta a nivel de molares en lugar de basarnos sólo en los caninos y premolares. De haber buscado la retención indirecta en estos dientes más anteriores, habría acabado apareciendo cierta movilidad a la protrusión y a las lateralidades a causa de esas relaciones oclusales.

2. **Prótesis fija ceramometálica**

En este caso eran viables cuatro posibilidades:

- Dos puentes 13-12 y 22-23 con los pónicos 12 y 22 en extensión. Se descartó esta opción ya que la supraoclusión habría acarreado con el tiempo una giroversión de las piezas 13 y 23 con la consiguiente vestibulización.
- Un puente 13-12-11-21-22-23. Este tratamiento habría sido excesivamente agresivo ya que la falta de paralelismo de los incisivos centrales con los caninos habría obligado a endodonciar los incisivos, rectificar su inclinación mediante espigas-muñones colados y conseguir hacerlos paralelos a los dientes 13 y 23. Considerando la edad de la paciente pensamos que era una solución excesivamente agresiva y la reservaríamos si acaso para cuando llegara a la edad adulta.

- Un puente de Maryland. Lo que finalmente se hizo.

### 3. Prótesis implantosoportada

Dos implantes en las zonas de 12 y 22. Debido a la ausencia congénita de ambos dientes la cresta ósea presentaba una atrofia, con ausencia total de alveolos. El riesgo de aparición de dehiscencias por vestibular era importante a la vez que la inclinación vestibular habría planteado problemas estéticos al emerger demasiado vestibulizado. Además, la supraoclusión generaría brazos de palanca considerables que facilitarían el desatornillado de la prótesis e incluso llegar a hacer fracasar el propio tratamiento.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

La solución mediante un puente de Maryland era la menos agresiva, menos costosa a todos los niveles y nos dejaría la puerta abierta en el futuro de cara a optar por alguna otra solución. Viendo el resultado del tratamiento y la satisfacción de la paciente ( el puente se colocó en 1992 y sigue estando todo bien) podemos estar satisfechos del resultado.

Las fases de confección de la prótesis fueron:

- Impresiones para modelos de estudio y diseño del puente de Maryland. Las preparaciones se reducirían al grosor del esmalte e incluirían surcos en las caras proximales y a nivel del cíngulo (fig.4).



Fig.4

- Colado del puente de una sola pieza en Cr-Co. No utilizamos Cr-Ni debido a la posible alergia al níquel (en estudios realizados en EE.UU.

se hallado una mayor frecuencia de las mismas en las mujeres). Lo más importante es la utilización de metales no nobles ya que los grosores de que podíamos disponer eran pequeños y los metales nobles exigen un mínimo de 0.5mm a la vez que presentan un menor módulo de elasticidad, una menor resistencia a la deformación y a la fractura y un menor límite elástico (figs.5 y 6).



Fig.5



Fig.6

- Prueba de la estructura (figs.7, 8, 9 y 10). Puede observarse en ellas como manteníamos la ferulización con composite para evitar la recidiva del diastema durante el tratamiento protésico.



Fig.7



Fig.8



Fig.9



Fig.10

- Cementado con cemento de resina previo arenado con partículas de óxido de aluminio de 50 micras (figs.11 y 12). Siendo un puente en el cual la retención a expensas de los pilares es menor de lo deseable, deberemos suplementar esa retención mediante cementos que se puedan adherir al diente. En este sentido, lo ideal es utilizar cementos de resina y técnica adhesiva. Se ha demostrado que de esta manera se consigue la mayor retención de la prótesis.



Fig.11



Fig.12

En las revisiones posteriores hemos comprobado como el tratamiento seguía siendo satisfactorio y se mantenía en perfecto estado.

**Dr.Ernest Mallat Desplats**  
**Clínica Dental Drs.Mallat**

Caso clínico publicado en Geodental.com  
<http://www.geodental.net/article-5638.html>