

## 5 Entrega

### Adaptación

La prótesis removible, antes de ser entregada al paciente, debe ser adaptada en la cavidad oral con el fin de evitar interferencias con los músculos perimaxilares y para permitir una inserción sin traumas (respetando los ejes de inserción protésica definidos en el paralelómetro). El pulido protésico involucra los extremos deacrílico de la prótesis removible que, según la clase de Kennedy, puede tener un valor prevalentemente estético (IV clase) o funcional (I o II clase). Aunque la retención protésica está confiada a la presencia de ganchos, el soporte y la estabilidad pueden beneficiarse de los mismos principios de la prótesis total correctamente controlados con el procedimiento de pulido.

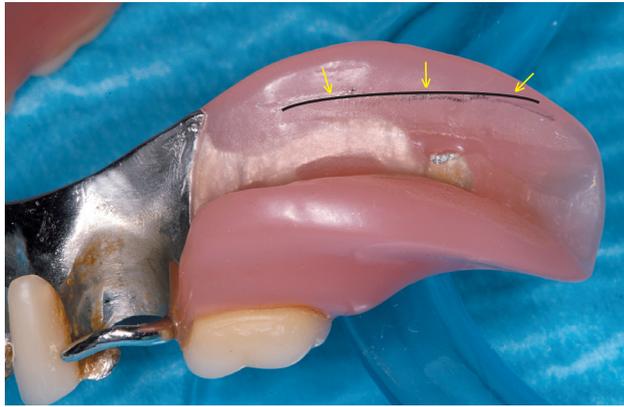
#### ■ Adaptación marginal

Los extremos protésicos más difíciles de trabajar son los que están en las zonas posteriores (I y II clase de Kennedy) y en las zonas anteriores (IV clase). En los espacios edéntulos intercalados, sobre todo si son poco extensos, donde el soporte

protésico depende del pilar, el pulido es simple. La adaptación marginal de la prótesis debe colocar los bordes de la prótesis con respecto a la musculatura perioral teniendo en cuenta los principios que regulan el método de impresión mucostática con borde realizada con la técnica del modelo modificado (*altered cast technique*). Los extremos protésicos ayudan a la retención, a la estabilidad y al soporte de la PPR. Por tanto, deben recubrir el máximo soporte osteomucoso posible, compatible con los movimientos funcionales de la musculatura perioral. El primer control debe tener en cuenta las áreas eventuales de retención tisular, que deben ser reducidas cuando impiden la inserción de la prótesis. En los extremos libres distales de la arcada mandibular, la atención debe dirigirse a individuar la cresta milohioidea que debe ser superada en máximo un milímetro (Fig. 5.1).

Las eminencias piriformes son áreas de sostén primario que se deben cubrir sólo si los tejidos mucogingivales están fijos en los planos subyacentes, de otro modo se cubre sólo la mitad (Fig. 5.2).

El respeto de la línea maseterina es importante para evitar la interferencia del margen anterior del músculo y para permitir el apoyo aumentando la estabilidad protésica (Fig. 5.3).

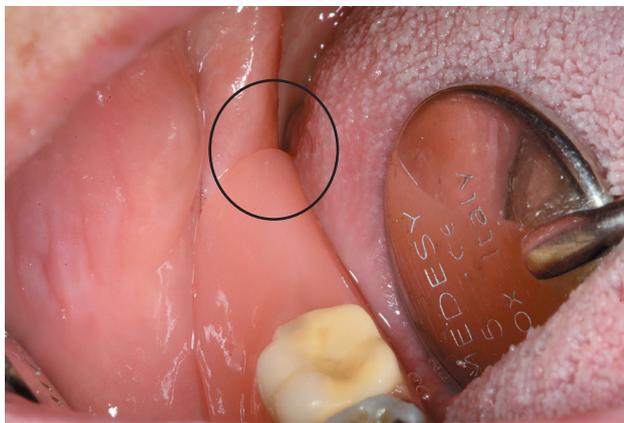


**Fig. 5.1** Se pone en evidencia la cresta milohioidea antes de acortar la prótesis.

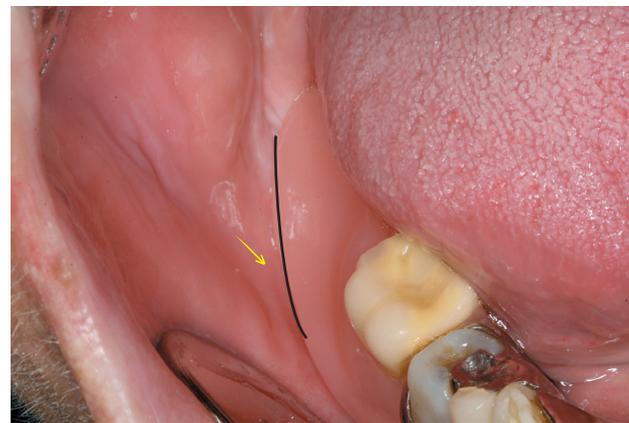
El margen vestibular del extremo libre debe llegar hasta la línea oblicua externa sin sobrepasarla; este es el sitio del margen de inserción del músculo buccinador (Fig. 5.4).

Los frenillos laterales deben ser aliviados funcionalmente considerando su función helicoidal (Fig. 5.5).

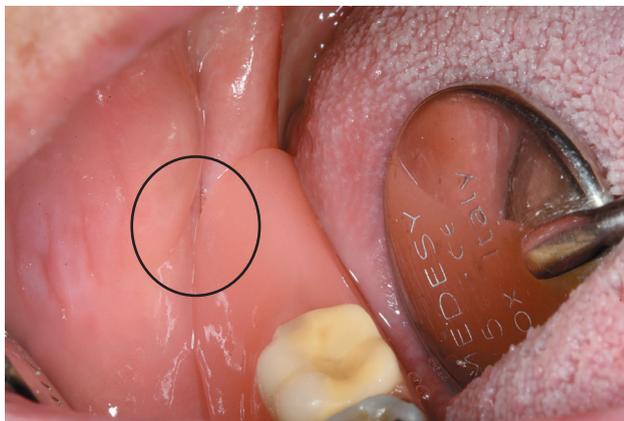
En la clase IV y en las modificaciones que comprenden las zonas anteriores se debe tener en cuenta la presencia del frenillo. Esta estructura es un pliegue fibromucoso que sólo en la base puede



**Fig. 5.2** Recubrimiento eminencias piriformes.



**Fig. 5.4** Línea oblicua externa.



**Fig. 5.3** Línea maseterina.



**Fig. 5.5** Frenillos laterales.

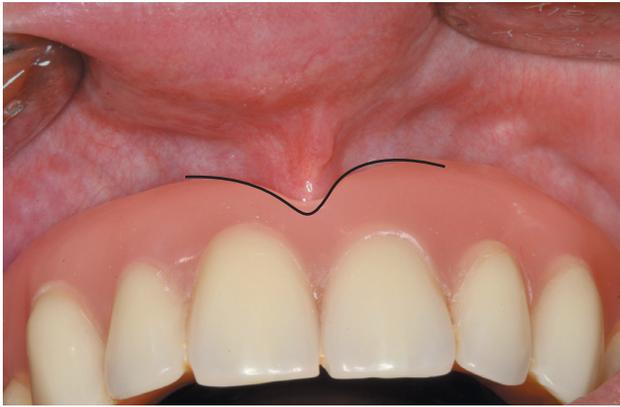


Fig. 5.6 Frenillo labial.

contener fibras musculares y se alivia con la técnica de la doble v (Fig. 5.6).

### ■ Adaptación de la superficie de soporte

Para obtener una optimización del contacto protésico con la mucosa se utilizan materiales de impresión que se distribuyen al interior de la prótesis para copiar las zonas de mayor contacto (Fig. 5.7).

Se inserta la prótesis en la boca y se controla la inserción completa de la estructura de metal observando la adaptación de los apoyos. Se individualizan así las áreas en las cuales el material comprimido expone la parte rosada del cuerpo protésico.

Las áreas se retocan con una fresa y se repite esta operación hasta que la distribución de la pasta sea uniforme (Fig. 5.8).

En reemplazo del material de impresión a base de siliconas se pueden usar materiales gruesos.



Fig. 5.7 Control con pastas reveladoras. Donde falta material (*flechas*) hay compresión.



Fig. 5.8 Control después de la remoción de la compresión.

## ■ Adaptación muscular de la prótesis

En la zona anterior del flanco (IV clase) se crea una concavidad para el alojamiento del músculo orbicular. En caso de reabsorción severa es fundamental dar un espesor adecuado para el sostén de los músculos de los labios.

Todos los márgenes de los extremos libres se biselan con un ángulo de 30 a 45° para favorecer el alojamiento de la musculatura perimaxilar (Fig. 5.9).

En el caso de usar el paladar completo de tipo mixto, el área de extensión posterior se adelgaza para crear un paso gradual del cuerpo protésico al paladar blando (Fig. 5.10).



Fig. 5.9 Biselado a 45°.



Fig. 5.10 Paso gradual de la extensión posterior.

## ■ Control oclusal

Al terminar el modelado de los extremos libres en acrílico se procede a realizar el control oclusal. Si los contactos oclusales, después del pulido, no corresponden a la situación del articulador se debe evaluar el procedimiento a seguir dependiendo de la entidad en discrepancia. En el caso de discrepancias mínimas en situaciones de buen soporte dental (III clase), se pueden realizar ajustes directamente en la boca con papel de articular. En el caso de grandes discrepancias oclusales, en las situaciones de soporte osteomucoso importante, es necesario realizar un nuevo registro intraoral con la técnica del arco gótico antes de decidir si será necesario un nuevo montaje o un tallado selectivo realizado rigurosamente en el articulador.

Terminado el pulido, las prótesis pueden ser terminadas con una punta de caucho y luego brilladas con máquina y piedra pómez.

## Postentrega

### ■ Reacciones después de la entrega

Al paciente se le deben explicar algunas posibles reacciones que pueden ocurrir después de la entrega de la PPR, ya instruido al respecto considerará normales algunas reacciones, también dolorosas y tendrá comportamientos útiles que reducen el período de adaptación y la cantidad de citas en el odontólogo.

Las reacciones pueden ser:

- Aumento de la salivación;
- Náuseas;
- Dificultad fonética;
- Mordeduras accidentales;
- Trauma y lesiones por compresión.

### Aumento de la salivación

La sialorrea es un fenómeno transitorio que se reduce naturalmente en pocos días (generalmen-