

FRANCESCA VAILATI URS BELSER

3STEP

**PROSTODONCIA
ADITIVA**

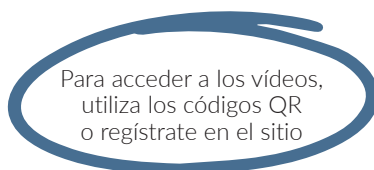
Revisión científica
Dr. Alonso Hidalgo Salas



ÍNDICE

Quiénes somos	IV	PATRONES DE MASTICACIÓN	Abierta	158
Prólogo de Mirela Feraru	VIII	Y GTEST	Mandíbula	159
Prólogo de Ignazio Loi	IX	Patrón de masticación horizontal	Under the Bite	160
Introducción	X	Patrón de masticación vertical	2 Planas	162
Para quien se pregunte por qué...	XIV	Riesgo de conflictos funcionales	Protrusiva	163
En este libro...	XV	Evolución de los conflictos anteriores	4 posteriores	164
		Signos explosivos	Premaxila	166
		Signos implosivos	Maxi O	168
		Primeros indicios de una evolución peligrosa	Mandi O	169
		El GTEST	Fotografías adicionales	170
		Garaje Anterior: análisis del ciclo de salida		103
CAPÍTULO 1				
QUÉ BUSCAR				
El diagnóstico integral del desgaste dental	1			
DESGASTE Y ENVEJECIMIENTO DENTAL	3	TRATAMIENTO DEL DESGASTE DENTAL: ¿SÍ O NO?		
Erosión	6	Tratamiento de la erosión		107
Desgaste funcional	6	Tratamiento del desgaste disfuncional		108
Envejecimiento dental	8	Pacientes con bordes incisales gruesos y planos		110
EROSIÓN DENTAL	17	Pacientes con bordes incisales delgados e irregulares		113
Signos de erosión dental	18			
Etiología de la erosión dental	22	CAPÍTULO 2		
Dientes anteriores sujetos a ataque erosivo	26	CÓMO EMPEZAR		
Dientes posteriores sujetos a ataque erosivo	30	La consulta inicial: persuasiva y eficiente		119
CLASIFICACIÓN DE LA EROSIÓN CLÍNICA ANTERIOR (ACE)	35	OBSERVAR		121
Clase ACE I	38	Conciencia 3STEP		122
Clase ACE II	40	NIVEL 1 Evaluación estética		126
Clase ACE III	42	NIVEL 2 Necesidades de reconstrucción		128
Clase ACE IV	46	NIVEL 3+ Análisis funcional		130
Clase ACE V	48	Test de Planas		130
Clase ACE VI	50	GTEST		131
Upgrade Anterior	52	Activación de los músculos masticatorios		132
CONFLICTOS FUNCIONALES ANTERIORES (CFA)	53	Pinky Test		132
Signos dentales de CFA	62	Test del Cuello		132
Localización de los daños ocasionados por los CFA	70	Registros iniciales para el laboratorio		134
CLASIFICACIÓN NOBRUX	71	¿Cómo articular el modelo mandibular?		136
Conflictos estáticos	74	Registro en cera posterior		140
1. Discrepancia esquelética	76			
2. Discrepancia dental	76	RECABAR INFORMACIÓN		143
3. Pérdida de soporte posterior	77	Rostro y sonrisa		144
4. Envejecimiento	77	Sonrisa frontal		146
Conflictos dinámicos	80	Sonrisa en 3/4 con la boca abierta		152
1. El Tercer Objeto	82	Perfil		155
2. Sitting on the Wall	83	Maxi Stretch		156
3. Masticación horizontal	85	PMI frontal		157
4. Bruxismo idiopático	86			

3. Manejo clínico de las llaves transparentes	278	8. Área BC: rebordes mesiodistales biselados y estilo Pistorius	340	Mandíbula	397
¿Cómo efectuar los ajustes oclusales de la White Bite?	284	9. Punto C: límites cervicales palatinos	342	Maxi Control	398
¿Restaurar o no la mordida abierta anterior?	288	10. Superficie palatina: anatomía y textura inútiles	343	Encerado posterior y tipo de White Bite	400
VISITA DE CONTROL El seguimiento	291	Clin Step 3 Procedimientos de adhesión de las A3R	346	Cortes transversales	402
1. Ajustes oclusales	293	1. Prueba estética	348	Los 4 errores del Garaje	403
2. Selección del color	297	2. Control de estabilidad	352	Frontal	405
3. Restauración de los dientes anteriores mandibulares	298	3. Ajuste interproximal y cervical	353	Under the Bite	405
4. Preparación de los dientes anteriores maxilares	300	4. Procedimientos de adhesión	357	Exterior	406
5. Impresión maxilar definitiva	304	5. Ajustes oclusales	361	Interior	407
6. Impresión mandibular en alginato	305	Caso clínico	364	Mandíbula	407
7. Registro de mordida anterior	305	CAPÍTULO 4		Posterior	408
8. Arcos faciales	305	CÓMO PLANIFICAR UN 3STEP DIGITAL	367	White Bite Directa	409
STEP 3 Restauraciones adhesivas aditivas anteriores (A3R)	307	CONTROL 3STEP		Proyecto de A3R	412
Objetivos y A3R asociadas	310	DEL FLUJO DE TRABAJO DIGITAL	369	Corte sagital	412
Objetivos F y A: la estética vestibular	312	Digital. Amor y odio	370	Frontal	413
Objetivo B: Aumento de la DVO y contacto anterior	317	Estudio inicial y control de posición	373	Under the Bite	413
Objetivo C: el daño palatino	318	Rostro y sonrisa	377		
Lab Step 3 Fabricación de las A3R	328	Rostro lateral	378	CAPÍTULO 5	
1. Gancho incisal	332	Frontal	379	¿Y AHORA, QUÉ?	
2. Superposición vestibular: chamfer aditivo	333	Under the bite	380	Finalización de la rehabilitación de boca completa	415
3. Punto A: longitud estética y troneras incisales	335	Exterior	381	DESPUÉS DEL 3STEP PROVISIONAL	
4. Borde A: borde incisal	336	Mandíbula	382	Upgrade Anterior	420
5. Área AB: área libre de obstáculos y Espacios Caninos	337	4 posteriores	383	Upgrade Posterior	426
6. Punto B: punto de contacto	338	Tope Anterior y aumento de la DVO	384	Secuencia de los Upgrades	438
7. Contactos interproximales MD: rebordes marginales	339	Corte sagital	385	Férula, ¿sí o no?	440
		Vista palatina	386	Casos clínicos	442
		Interior	388	SIGUE EL DEDO EVOLUCIÓN	448
		Encerado externo			456
		antes de imprimir los modelos	390	LAS TARJETAS	
		Rostro y sonrisa	392	Clínico, Laboratorio, Digital	459
		Frontal	393	CÓDIGO 3STEP	475
		Under the Bite	395		
		Exterior	396		



<https://vailati.grupoasis.com/>

LA TÉCNICA 3STEP

Para obtener un resultado predecible y reducir el riesgo de errores, repeticiones y costes adicionales, una rehabilitación ideal debe planificarse correctamente comenzando desde **su proyecto**: el encerado diagnóstico. Sin embargo, los clínicos suelen dejar todas las decisiones sobre este encerado al técnico de laboratorio para evaluar posteriormente, en la boca, si el proyecto se ha configurado adecuadamente o no.

Delegar todo el proyecto en el técnico de laboratorio es una opción arriesgada, más aún si se solicita un encerado **de boca completa** inmediatamente después de la recolección de los datos iniciales. Un encerado de boca completa parece asegurar a los clínicos que el caso está analizado en todos sus aspectos. Desafortunadamente, es una experiencia común que a menudo tal análisis **difiere mucho** del resultado final de la rehabilitación, hasta el punto de que surgen dudas sobre su valor real. Esta discrepancia puede atribuirse al hecho de que los clínicos **delegan** en los técnicos **decisiones fundamentales** relativas a los parámetros clínicos, con grave riesgo de planificar el caso de forma incorrecta.

DESCUBRIR ERRORES EN LA BOCA
EN LUGAR DE EN EL PROYECTO SIGNIFICA
DESCUBRIRLOS ¡**DEMASIADO TARDE!**

Además, los clínicos no siempre son capaces de interpretar el valor clínico de un encerado de boca completa, ya que los dientes de los modelos están completamente cubiertos de cera y es difícil recordar el estado inicial del paciente.

Para que un número cada vez mayor de clínicos pueda entender y participar de mejor manera en el proyecto del técnico, los autores desarrollaron en 2005 una estrategia: la **técnica 3STEP**. Esta técnica propone un encerado progresivo que promueve una interacción más estrecha entre el clínico y el técnico de laboratorio. El encerado se desarrolla de manera progresiva y únicamente después de que el clínico tenga la oportunidad de dar su opinión a través de las validaciones clínicas del proyecto. Además, la presencia de **menos cera** permite una mejor comprensión del proyecto global, ya que el estado inicial de la dentición es siempre visible y las modificaciones planificadas son mejor evaluadas. Para simplificar la planificación, la técnica 3STEP tiene en cuenta tres parámetros clave:

1. Los BORDES INCISALES,
2. La DIMENSIÓN VERTICAL OCLUSAL (DVO),
3. Los PLANOS OCLUSALES.

Estos tres parámetros servirán de guía al clínico para evaluar también el encerado.

La posición correcta de los **bordes incisales** de las restauraciones definitivas es esencial para satisfacer los requisitos estéticos del paciente. Del mismo modo, el clínico podrá entender si la nueva sonrisa propuesta no compromete la capacidad masticatoria del paciente, creando conflictos anteriores. Dado que la técnica 3STEP se basa en los principios de la odontología aditiva y, por tanto, no invasiva y potencialmente reversible, un aumento de la DVO siempre es considerado para evitar la necesidad de una preparación dental, mientras se estabiliza la oclusión del paciente. Gracias a la técnica 3STEP, el clínico se encargará de aprobar o rechazar el aumento de **DVO** propuesto por el técnico de laboratorio. Por último, el espacio obtenido gracias al aumento de la DVO se distribuirá entre los dientes posteriores superiores e inferiores, cambiando la posición de los **planos oclusales**.

Gracias a los conceptos gnatológicos 3STEP, el clínico dará su opinión sobre la forma propuesta para el nuevo soporte posterior y finalizará la selección del material dental. Además, al conocer mejor el encerado posterior, el clínico también podrá ser más preciso en el ajuste oclusal durante el cambio del soporte posterior.

Esta interacción «proactiva» se adaptará a cada paciente.



En 2008 se publicaron los tres artículos sobre la técnica 3STEP [1-3].

LOS 3 PARÁMETROS CLAVE
DE UNA REHABILITACIÓN 3STEP

1



BORDES
INCISALES

2



DVO

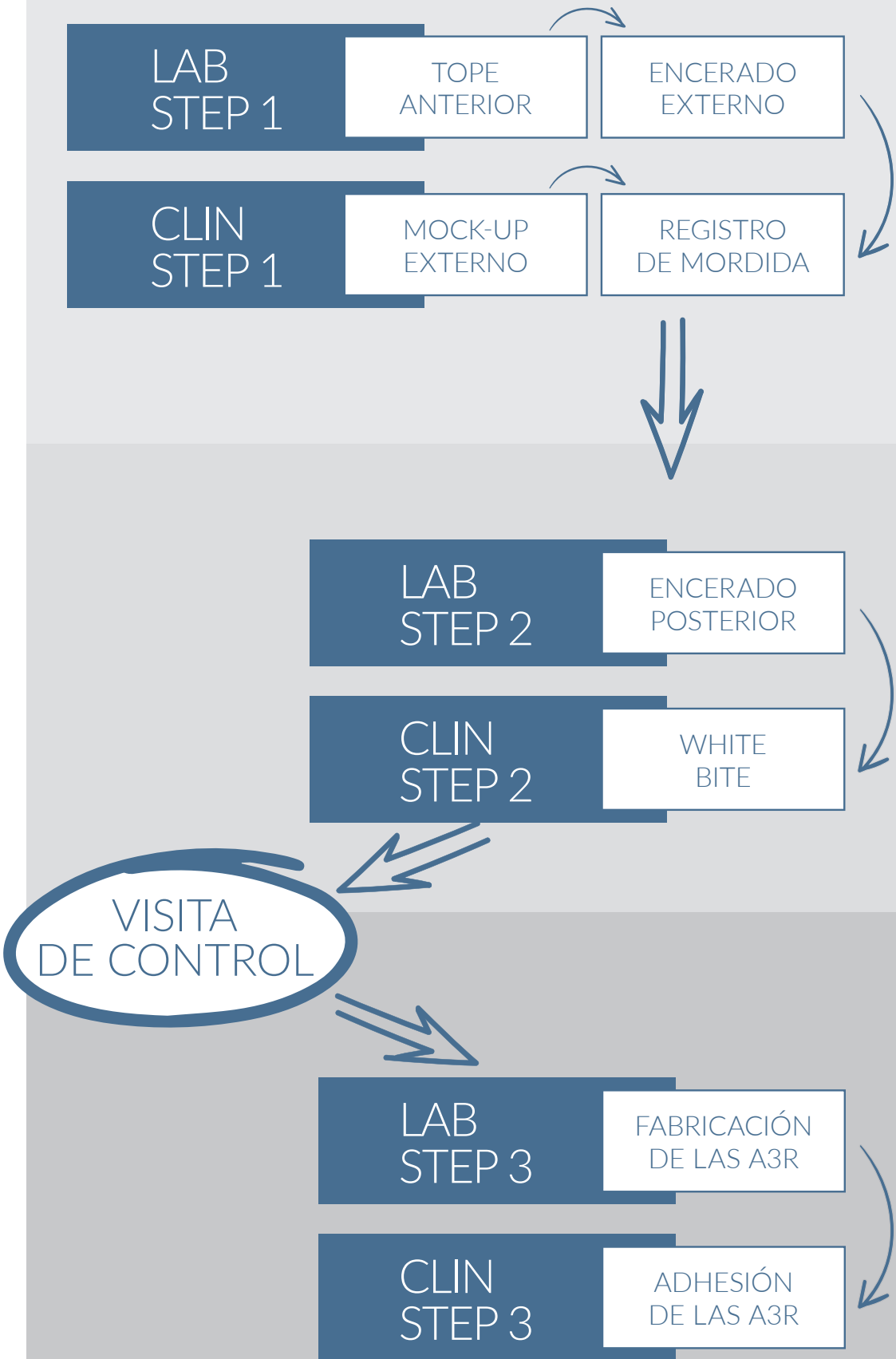
3



PLANOS
OCLUSALES

© 2008 Quintessence Publishing

FLUJO DE TRABAJO 3STEP





1

El método 3STEP alterna tres pasos de laboratorio (lab) con tres pasos clínicos (clin):

En el **Lab Step 1**, el técnico de laboratorio recibe instrucciones de encerar únicamente la cara vestibular de los dientes maxilares (bordes incisales y cúspides vestibulares hasta el primer molar). Además, el encerado completará la cara palatina de los dos incisivos centrales, proporcionando un Tope Anterior para una determinación inicial del aumento de la DVO (DVO Reconstructiva). A continuación, el clínico validará la posición de los bordes incisales y de las cúspides vestibulares directamente en la boca del paciente gracias al mock-up externo (**Clin Step 1**).

2

En el **Lab Step 2**, el encerado progresa hacia la superficie oclusal de dientes posteriores específicos. A continuación, el proyecto del nuevo soporte posterior a una DVO aumentada se trasladará a la boca mediante un test-drive aditivo y reversible, denominada White Bite (mordida blanca) (**Clin Step 2**).

3

Finalmente, en el **Lab Step 3**, se encerarán los dientes anteriores, integrándose la forma propuesta con el Encerado externo a la DVO con el nuevo soporte posterior. Posteriormente, se fabricarán las restauraciones adhesivas aditivas anteriores (A3R). Tras la colocación de las A3R y la evaluación sobre la integración funcional de los bordes incisales restaurados con los dientes posteriores se dará por concluido el protocolo 3STEP (**Clin Step 3**).



STEP 1

ANÁLISIS ESTÉTICO

En la última década, la odontología ha desplazado en gran medida su atención hacia el aspecto estético. Se ha desarrollado software que permite visualizar la nueva sonrisa ya en la primera consulta y, gracias a estas herramientas de marketing, cada vez más consumidores están dispuestos a aceptar mejoras estéticas en sus dientes. No existen dudas sobre el valor psicológico de estas intervenciones en la calidad de vida del paciente. Sin embargo, surgen dudas cuando los tratamientos no solo requieren la eliminación de estructura dental sana (odontología sustractiva e invasiva), sino que además perjudican la función normal de los pacientes. En general, se podría afirmar que todas las intervenciones estéticas que alargan y engrosan los bordes incisales **podrían crear conflictos funcionales**, sobre todo si no van asociadas a un aumento de la DVO que garantice la presencia de un espacio funcional. Basar la sonrisa únicamente en normas estéticas convencionales, que no consideran único a cada paciente, también puede suponer un elevado riesgo para la longevidad de las restauraciones estéticas planificadas. Para planificar correctamente una nueva sonrisa, se debe invertir energía en el estudio de la situación específica (**detenerse a pensar**). Por consiguiente, en lugar de dedicar tiempo durante la primera consulta a proponer formas estéticas de dientes que no son funcionalmente adecuadas para los pacientes, la técnica 3STEP prefiere posponer la información sobre el resultado estético del tratamiento hasta que no se hayan analizado los datos iniciales (**análisis de los modelos articulados**). Al final de la consulta inicial, en la que la atención debe centrarse sobre todo en el **diagnóstico** del problema (por ejemplo, el desgaste de los bordes incisales), se informará al paciente de que, si desea saber más sobre el **tratamiento** dental más adecuado, puede programarse una visita del mock-up de índole estética. Esto dará tiempo al técnico de laboratorio y al clínico para analizar qué rehabilitación estética sería la más adecuada para el paciente.

LAB STEP 1

A menudo se pide a los técnicos de laboratorio que realicen un encerado de boca completa inmediatamente después de la primera consulta, aunque no se disponga de suficiente información. Sin embargo, aquellos aceptan llevar a cabo esta tarea y asumen la responsabilidad de decidir sobre parámetros que deberían, más bien, debatirse con los clínicos, como los puntos de contacto oclusales anteriores definitivos, la necesidad de realizar un tratamiento ortodóntico, etc. Por otra parte, un encerado analógico de boca completa realizado correctamente requiere tiempo y destreza y este trabajo **no suele estar bien pagado**, ya que el clínico no puede cobrar demasiado a un paciente cuando este todavía no está convencido de someterse al tratamiento.

El método 3STEP reconoce el dilema de las tres personas implicadas y proporciona soluciones:

TÉCNICO DE LABORATORIO

Se acabaron los encerados de boca completa mal pagados. Por el contrario, en esta fase inicial, con un paciente que no está totalmente convencido, no se reconstruirán las superficies oclusales. Los parámetros específicos deberán ser validados por los clínicos antes de seguir con el encerado, de modo que la responsabilidad en cuanto a la planificación sea compartida.

PACIENTE

Después de la primera consulta, se concertará una cita adicional para dar y recibir más información, no solo sobre el resultado estético, sino también sobre la rehabilitación funcional. Esta cita seguirá siendo asequible, de manera que el paciente pueda tomarse más tiempo para decidir si acepta o no el tratamiento específico previsto después de haber estudiado el caso.

CLÍNICO

Se acabaron los encerados de boca completa difíciles de interpretar y, probablemente, incorrectos. Además, con un encerado menos extendido, la tarifa del laboratorio puede ser justa y menos costosa, de modo que el clínico pueda asumir el coste en caso de que el paciente no quiera iniciar el tratamiento y se niegue a pagar.

ANÁLISIS DE LOS MODELOS INICIALES

1



CONTROL DE POSICIÓN

2



TOPE ANTERIOR

3



ENCERADO EXTERNO

4



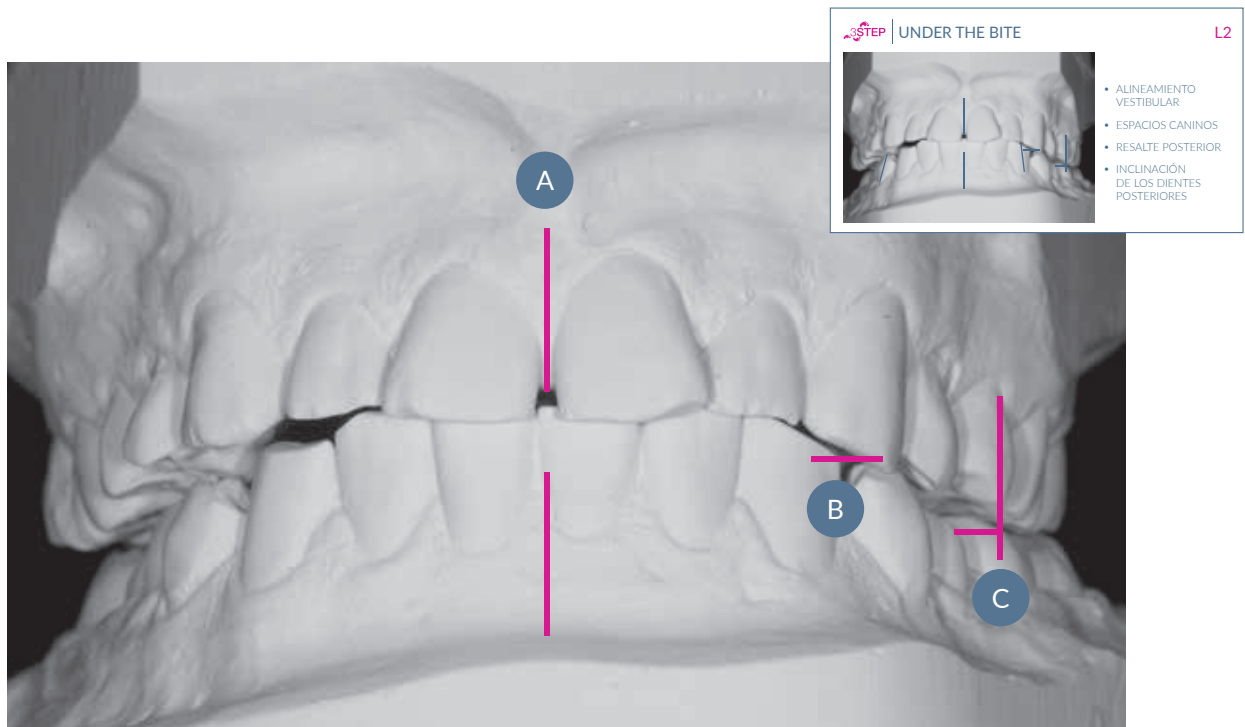
ANÁLISIS DE LOS MODELOS INICIALES

Siguiendo el método 3STEP, los modelos iniciales articulados se analizan mediante la toma de seis fotografías específicas, las **Tarjetas iniciales de laboratorio** (L1-L6; véase la página 462).

Este procedimiento puede parecer una pérdida de tiempo. Por el contrario, tomar estas fotos ayuda a entrenar los ojos para evaluar los detalles importantes de cada caso antes de comenzar el encerado. Mientras se toman las fotografías, deben evaluarse los parámetros

indicados para cada tarjeta. A continuación se presenta un ejemplo de cómo utilizar una de estas tarjetas (L2), la tarjeta Under the Bite, con las consideraciones clínicas asociadas.

La toma de las diferentes fotografías y la consideración de los parámetros indicados en cada tarjeta constituirán una guía exhaustiva para la evaluación del estado inicial que será muy útil tanto para el clínico como para el técnico de laboratorio.



A. ALINEAMIENTO DE LAS LÍNEAS MEDIAS

En estos modelos articulados, que utilizan el registro de mordida posterior, aparece una discrepancia en el alineamiento de las líneas medias dentales en el plano frontal en comparación con la PMI. Esta discrepancia debe comunicarse al clínico, que debe verificar cuál es la posición mandibular correcta en la boca.

B. ESPACIOS CANINOS

Los Espacios Caninos iniciales están abiertos, lo que constituye un signo de función horizontal. Esto significa que los Espacios Caninos también deben mantenerse abiertos en las restauraciones anteriores definitivas, ya que de lo contrario pueden surgir conflictos funcionales anteriores.

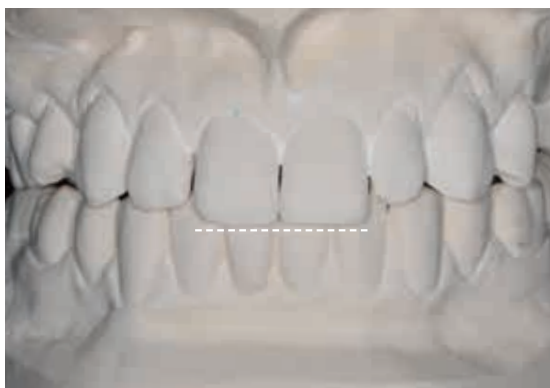
C. RESALTE POSTERIOR

El Garaje Externo derecho está demasiado abierto. Existe una discrepancia transversal. Si esta es la posición mandibular definitiva y no se realizará ningún tratamiento ortodóntico, se necesitarán reconstrucciones aditivas para mejorar la relación transversal (véase la página 245).

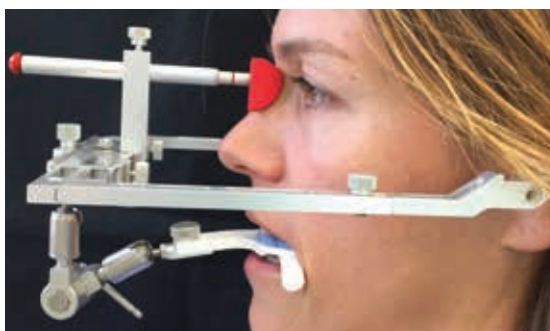
CONTROL DE POSICIÓN

Dado que cualquier articulador puede considerarse únicamente como un punto de partida, todo proyecto basado en él debe contar siempre con una validación clínica. La toma de conciencia sobre los límites de cualquier articulador semiajustable debe comenzar con la evaluación de si los **modelos están correctamente posicionados en él**.

Los clínicos piensan que solo el modelo mandibular puede estar mal articulado. Desafortunadamente, la posición del modelo maxilar también puede ser incorrecta, ya que está relacionada con el uso de un arco facial arbitrario que no siempre captura la posición de la cabeza del paciente mientras este mira al horizonte.



La fotografía clínica muestra una Maxiline inclinada en esta paciente que, sin embargo, aparece recta en el modelo maxilar montado. El técnico de laboratorio debe comunicar esta discrepancia y el clínico debe verificar cuál es la inclinación correcta.



En el plano sagital, el modelo maxilar puede no estar correctamente posicionado con respecto al alineamiento del paciente con el horizonte, sobre todo si se utiliza un arco facial con un puntero nasal no ajustable.

¿ESTÁN LOS MODELOS CORRECTAMENTE POSICIONADOS EN EL ARTICULADOR?



MAXILAR SUPERIOR

CONTROL ESTÉTICO



MAXILAR SUPERIOR CON LA MANDÍBULA

ALINEAMIENTO FRONTAL

Independientemente de la habilidad del clínico o de las características del paciente (por ejemplo, presencia de asimetrías) los arcos faciales de los diferentes articuladores posicionan el modelo maxilar con una inclinación diferente, según el plano de referencia utilizado. Los molares estarán más inclinados hacia arriba si se utiliza el plano de Frankfurt, o hacia abajo si se utiliza el plano de Camper, con una discrepancia importante de la ubicación de los planos oclusales iniciales. Si el arco maxilar no está correctamente posicionado, el arco mandibular también se verá afectado. Dado que las mejillas cubren los dientes más posteriores (segundos molares), la inclinación del arco maxilar en el plano sagital no se puede capturar en las fotografías clínicas laterales.

Solo es posible una **comparación en el plano frontal** para verificar que el modelo maxilar está montado en el articulador con una precisión aceptable que representa la posición de la cabeza del paciente. A esta comparación se la denomina **control estético (Control E)**.

Observando la fotografía de la sonrisa frontal del paciente, deben identificarse las 3 Líneas Superiores. La Maxilina, que une los bordes incisales de los dos incisivos maxilares, y las dos Líneas Estéticas, que unen las cúspides vestibulares de los dientes maxilares. Las

mismas líneas deben ser identificadas en el modelo maxilar articulado y comparadas para detectar discrepancias importantes de la posición del modelo maxilar en el plano frontal.

Al comparar las fotografías clínicas y el maxilar articulado, hay que responder tres preguntas:

1. ¿Presentan las Maxilines una orientación similar?
2. ¿Se sitúan las Maxilines a un nivel similar al de las Líneas Estéticas?
3. ¿Presentan las Líneas Estéticas izquierda y derecha una inclinación similar?

Después de haber completado el Control E, se deberá realizar el **alineamiento frontal** para detectar las discrepancias de la posición mandibular en el plano frontal entre el primer montaje mandibular y la PMI, en caso de que el modelo mandibular se haya articulado mediante un registro de mordida posterior (véase la página 140). La línea media dental del modelo maxilar se trazará en el modelo mandibular con una marca. La ubicación de esta línea se comparará en la PMI. Se comunicará al clínico cualquier discrepancia en el alineamiento frontal de los modelos. Por supuesto, este paso no es necesario si los modelos se han articulado en la PMI.



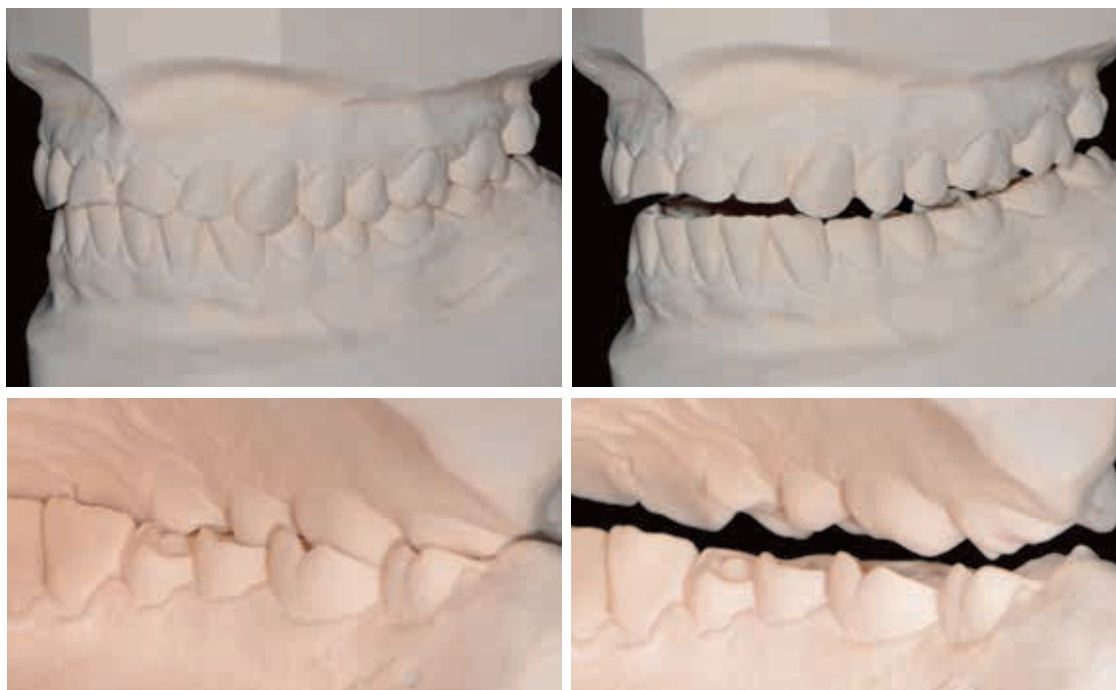
Alineamiento frontal. Esta paciente tiene la mandíbula desviada hacia la derecha. Los modelos se articularon después de la desprogramación posterior. Una comparación del nuevo alineamiento basada en la proyección de la línea media dental maxilar al modelo mandibular permite afirmar que este se ha posicionado más hacia la izquierda en el articulador.

EL TOPE ANTERIOR

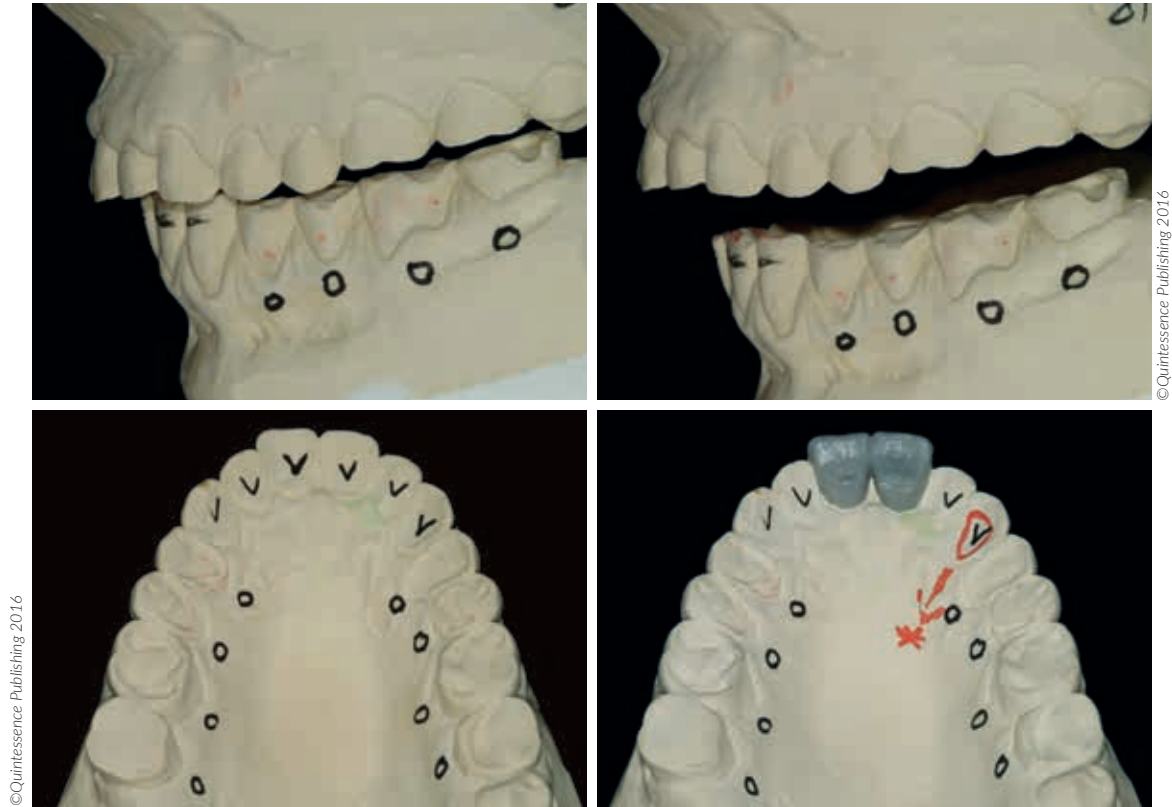
Cuando, en 2005, se desarrolló por vez primera el protocolo de encerado progresivo 3STEP, este se basó únicamente en parámetros estéticos que luego se validaron con el mock-up externo (bordes incisales y Líneas Estéticas).

Hoy en día, el método 3STEP se enriquece con muchos aportes gnatólogicos y es obligatorio un control de calidad funcional en el encerado, antes de proponer el mock-up al paciente. Para comprender mejor la función de la boca, puede compararse el maxilar superior con un Garaje y la mandíbula con un Automóvil, que debe estacionarse en ese Garaje durante la deglución (por medio de un movimiento de eje de bisagra) o durante la masticación (por medio de un movimiento horizontal o vertical). La relación entre los dientes maxilares y mandibulares crea tres Garajes: uno Anterior y dos Posteriores. En este capítulo, se describirá el Garaje Anterior, ya que con el Encerado

externo y la reconstrucción de los bordes incisales, dicho Garaje es el primero que se planifica. Dado que los Garajes cambian con el aumento de la DVO y la posición mandibular, es necesario determinar primero la posición final del arco mandibular y el aumento definitivo de la DVO. Cada paciente es un caso único y debe realizarse un examen cuidadoso de los modelos articulados para seleccionar el aumento de la DVO. Antes de iniciar el encerado de una boca en la que se requiere un aumento de la DVO, deben evaluarse los modelos articulados, partiendo de la posición de máxima intercuspidad (PMI) o del primer punto de contacto oclusal (en el caso de que la PMI no corresponda a la articulación con el registro de mordida posterior) para evaluar cómo, a diferentes DVO, cambian los espacios anteriores y posteriores entre arcadas. A este proceso de apertura y cierre del articulador se le denomina, en el código 3STEP, «**el baile del articulador**».



Haciendo «bailar» al articulador, el técnico de laboratorio simula diferentes aumentos o disminuciones de la DVO para visualizar cómo cambian los espacios anteriores y posteriores.



El «baile del articulador» sirve para seleccionar el aumento de DVO que proporciona un espacio posterior suficiente para realizar restauraciones aditivas adecuadas, sin separar demasiado los dientes anteriores. Para decidir, pues, cuánto aumentar la DVO, es mejor definir primero el espacio necesario para restaurar los dos incisivos centrales de forma aditiva.

En general, el aumento de la DVO favorece a los dientes posteriores desgastados, ya que permite diseñar restauraciones aditivas adecuadas sin sacrificar el tejido sano. Sin embargo, al abrir el articulador en forma de «tijera», se obtiene un mayor espacio en la región anterior. Para algunos pacientes, el espacio anterior obtenido puede ser adecuado para establecer contactos anteriores mediante el uso de restauraciones aditivas; para otros, en cambio, esta apertura puede separar demasiado los dientes anteriores, por lo que el baile del articulador continuará con una reducción de la DVO que permita que los dientes anteriores se acerquen, reduciéndose en cambio el espacio posterior entre arcadas. Este baile consiste, por tanto, en mover la púa incisal, hasta que el técnico de laboratorio decida qué DVO proporciona suficiente espacio posterior sin separar demasiado los dientes anteriores. A menudo se trata de una decisión tomada «a ojo».

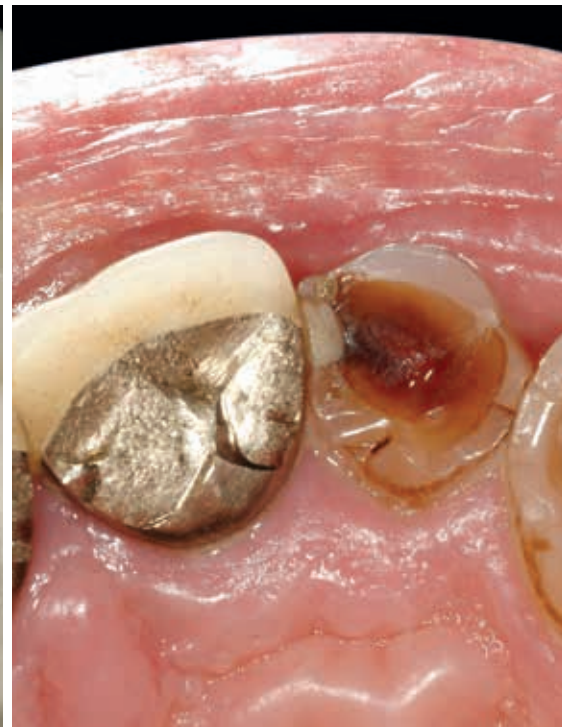
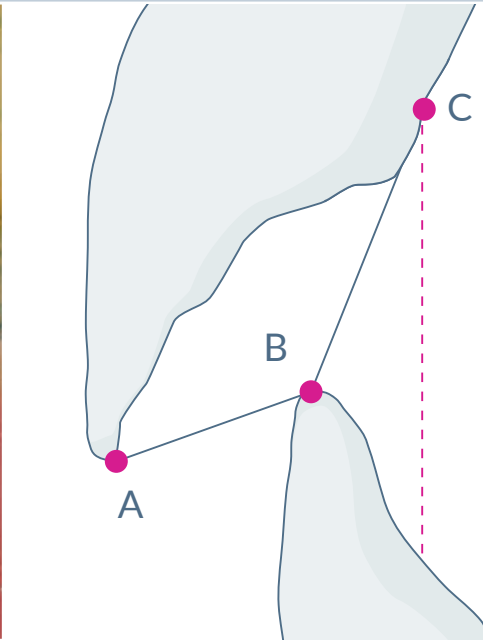
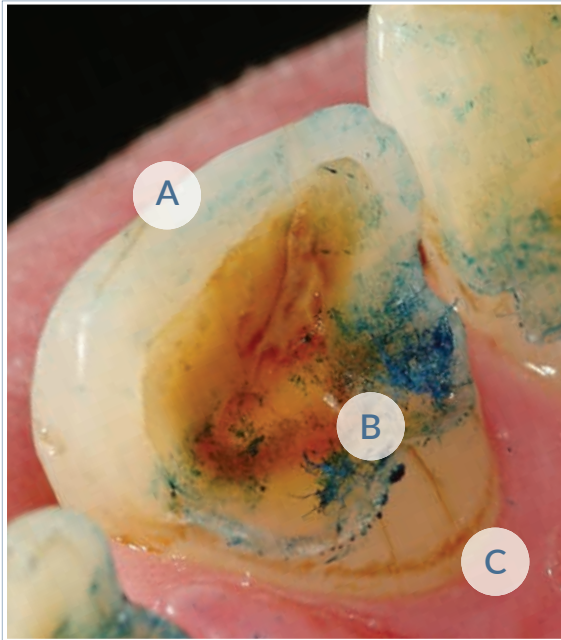
El protocolo 3STEP propone un método más racional, basado en la reconstrucción, en primer lugar, de los puntos de contacto anteriores.

Dado que existen claras limitaciones en cuanto a la volumen de la cara palatina de las restauraciones anteriores maxilares, el protocolo 3STEP propone definir primero el grosor correspondiente de los dos dientes más anteriores, los incisivos centrales, de forma que el baile del articulador parta de este aumento específico de la DVO. A esta dimensión vertical oclusal se la denomina **DVO Reconstructiva** y representa el máximo aumento posible, específico para cada paciente, que permite restaurar los contactos oclusales anteriores mediante restauraciones de forma adecuada. Un aumento de DVO más importante no garantiza los puntos de contacto anteriores durante la planificación de la rehabilitación. Al encerado de la cara palatina de los incisivos centrales para determinar la DVO Reconstructiva se le denomina **Tope Anterior**.

Para encerrar un Tope Anterior adecuado hay que identificar tres puntos, A, B y C:

- A BORDES INCISALES DE LAS RESTAURACIONES ANTERIORES
- B PUNTOS DE CONTACTO TRAS EL AUMENTO DE LA DVO
- C MÁRGENES CERVICALES DE LA CORONA CLÍNICA INICIAL

© 2016 Quintessence Publishing



Las caras palatinas de numerosas restauraciones son, a menudo, incorrectas. Seguir el análisis de los puntos ABC permite, en cambio, planificar superficies palatinas personalizadas para cada paciente.