

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



**DIFERENCIAS ENTRE LA PROTESIS CONVENCIONAL
Y PROTESIS INMEDIATA COMPLETA**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

JOSE ADRIAN VALENZUELA GARCIA

ASESOR: C. D. RAFAEL ILDEFONSO BOJORQUEZ RUIZ

GUADALAJARA, JALISCO, 1990



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

" DIFERENCIAS ENTRE LA PRÓTESIS CONVENCIONAL
Y PRÓTESIS INMEDIATA COMPLETA ".

I N D I C E

	Pág.
Introducción.	1
CAPITULO I Generalidades.	3
CAPITULO II Prótesis inmediata.	9
a) Tipos de prótesis inmediata.	
b) Indicaciones de prótesis inmediata y ventajas.	
c) Contraindicaciones de prótesis inmediata.	
CAPITULO III Prótesis convencional o mediata.	47
a) Indicaciones.	
b) Ventajas.	
Casística.	62
Conclusiones.	67
Bibliografía.	

INTRODUCCION .

Uno de los principales fines que sigue este trabajo de tesis, es que el cirujano dentista, sepa en la vida y en la práctica diaria y sobre todo aquel que se inicia en esta rama de la odontología, tenga conciencia de los problemas y ventajas así como desventajas que ocasiona el colocar una prótesis total inmediata y mediata.

Esta tesis es con el propósito de brindar al odontólogo más facilidades de como hacer una prótesis total y una prótesis total inmediata con la certeza de que ayudará al paciente.

Es muy triste saber que un amplio sector de odontólogos, de esta honorable profesión, manifiestan una gran ignorancia, en cuanto a detalles técnicos de lo que es la prótesis total inmediata; pequeños detalles pero cuyo conocimiento y aplicación redundan en una gran diferencia en cuanto a calidad de trabajo que se refiere.

Esa falta de preparación de ésta área de la odontología de la prosiodoncia se ven los primeros trabajos que un odontólogo elabora en su consultorio, puesto que se ven fallas técnicas en la retención de la prótesis inmediata, en la oclusión, la estética de la dentadura inmediata.

Estos problemas que reciben los pacientes no son debidos a una mala intención, éticamente hablando, sino que por lo contrario, cuando empieza su ejercicio profesional el cirujano dentista, se esfuerza para lograr quedar bien y quedar lo mejor posible en el trabajo y con el paciente, sin embargo, él no se encuentra preparado o correctamente informado, es por eso que se cometen errores iatrogénicos en perjuicio de sus pacientes, defraudando así la confianza que éstos depositan en el dentista. Muchos de los cirujanos dentistas se ven frustrados en este campo de la odontología.

Por todo lo anteriormente mencionado, este tipo de trabajo de tesis puede decirse que el propósito fundamental, es orientar al odon-

tólogo para que se enriquezca más en conocimientos para que en su práctica diaria existan menos fracasos en este campo de la odontología y, hacer que sus pacientes queden lo más confortable posible para que así lleven una vida normal.

Este tipo de trabajo de tesis pretende hacer ver la conveniencia de que el cirujano dentista tenga excelente dominio de los problemas que se presentan en la prótesis total inmediata y mediata, así como sus ventajas y desventajas de las mismas.

CAPITULO I

GENERALIDADES.

Para el éxito de cualquier tratamiento odontológico en el consultorio dental es muy importante; primeramente el diagnóstico y después el plan de tratamiento.

El diagnóstico.-

Los siguientes comentarios acerca de diversa información son absolutamente necesarios para el éxito en protodoncia y se asocia a prótesis inmediata o mediate.

Edad.-

La edad es muy importante, porque un paciente joven se adapta más fácilmente; que un paciente de edad avanzada.

Los pacientes jóvenes son normalmente más sanos que los de edad avanzada, tienen mejor control neuromuscular y más capacidad de adaptación; por consiguiente mejor pronóstico.

Sexo.-

Los pacientes de sexo masculino son casi siempre mejores pacientes, ya que debido a sus ocupaciones propias tienen menos preocupaciones por su dentadura.

El paciente más difícil es el premenopáusico y postmenopáusico, porque psicológicamente tiene problemas y síntomas como: boca seca, sensación de ardor, dolores del vago.

Salud general.-

El paciente sano se adapta más fácilmente que un paciente enfermo, tenso y nervioso.

Pacientes con enfermedades crónicas o debilitantes, especialmente desórdenes cerebro-espinales ofrecen un pronóstico muy pobre.

Historia clínica.-

Esta parte del examen es la más importante.

Porque de ello dependerá el éxito o fracaso en la fabricación de un juego de dentaduras totales o un tratamiento de prótesis inmediata.

Ejemplo:

Es más fácil producir una dentadura satisfactoria a un paciente-cooperador con procesos relativamente pobres, que a un paciente nervioso, enfermo, irrazonable, aunque sus condiciones bucales sean - - ideales.

Tono Muscular.-

Cuando se han producido cambios degenerativos en los músculos de la expresión por pérdida de dientes o ausencia hay una ligera pérdida del mismo.

Tamaño de los maxilares.-

Un proceso amplio ofrece más soporte y estabilidad a la dentadura que un proceso corto y angosto.

Deberá de verse, si los procesos son de igual tamaño, ya que - - habrá problemas si uno es amplio y el otro angosto.

Procesos residuales.-

Los procesos en forma cuadrada son los que tienen más retención y estabilidad, los de forma ovoide son menos favorables, y los de forma triangular presentan el mínimo de retención y estabilidad.

Si presenta socavados, irregularidades o proyecciones óseas afiladas deberá corregirse quirúrgicamente. El proceso más difícil es - aquel angosto y afilado principalmente el inferior.

Torus palatino.-

Cuando el torus es pequeño no necesita intervención quirúrgica, sólo se removerá cuando sea grande y moleste a la dentadura.

Torus mandibular.-

Se hará la reducción quirúrgica si presenta tamaño suficiente para molestar el borde lingual de la dentadura.

Si la mucosa que lo cubre es delgada y no resiliente se presen-

tarán dolores post-insarcción y habrá necesidad de extirparlo también.
Post-Dam.-

La extensión conveniente posterior de una dentadura superior es hasta el surco hamular en las partes laterales y la línea vibrátil - en la línea media.

El surco hamular se localiza pasando un espejo bucal tocando la parte superior del proceso alveolar en las zonas de la tuberosidad y recorriéndolo hacia atrás hasta que caiga dentro de la depresión.

La línea vibrátil. Es la línea o zona que está en la unión del - paladar duro y paladar blando.

Contorno del paladar blando.-

Favorable.- Cuando curva hacia abajo gradualmente.

Desfavorable.- Cuando curva hacia abajo abruptamente.

Náusea.-

Esta tendencia la podemos valorizar tocando con el índice o con la punta roma de un instrumento el paladar blando.

Si el reflejo es severo el pronóstico será muy pobre.

Si el reflejo es moderado y haciendo un buen diseño en el procedimiento de la dentadura el pronóstico será favorable.

Relación intermaxilar.-

Clase I.- Ortognático: es el tipo de relación ideal.

Clase II.- Retrognata: es normalmente difícil porque sostiene la mandíbula hacia adelante provocando problemas en la articulación.

Pudiendo solucionarse si ponemos mucho cuidado en la articulación y en el espacio interoclusal.

Clase III.- Prognático: es usualmente más sencillo y se requiere un espacio interoclusal menor.

Se puede articular borde a borde los dientes anteriores (según el caso).

Espacio intermaxilar.-

Se observa si el espacio es suficiente para articular los dien -

tes.

Un espacio amplio no es favorable a la dentadura porque el diente artificial estará lejos de los procesos provocando un brazo de palanca grande que hará desplazar la dentadura.

Si el espacio es tan corto que no tenga lugar para la dentadura se examinará los procesos con rayos X y se procederá a reducir quirúrgicamente a alguno de ellos.

Forma de la bóveda palatina.-

Bóveda plana. Tendrá buena retención pero la estabilidad será pobre.

Bóveda alta.-Será favorable a la estabilidad pero la retención será pobre.

Bóveda redondeada. Es la que provee mejor estabilidad, mejor retención, por lo tanto el mejor pronóstico.

Frenillos.-

Si la inserción de los frenillos está fuera del reborde alveolar el pronóstico será más favorable, si están cerca de la cresta es menos favorable.

En algunos casos está indicada la intervención quirúrgica.

Tejidos blandos.-

Cuando son normales deberán tener una apariencia normal y una coloración rosa pálido con un grosor de 2 mm. distribuido en toda la boca.

Lengua.-

Si es angosta y pequeña no interfiere en la toma de impresión.

La lengua ancha y gruesa, es cuando el paciente dura bastante tiempo sin dientes y cuando se coloca la dentadura inferior, éste espacio se construye y causará problemas.

Posición de la lengua.-

Para valorar esta posición se hace que el paciente abra un poco la boca y degluta teniendo la lengua en posición de descanso.

En posición normal, la lengua está llenando el arco inferior y la punta toca la parte lingual de los dientes inferiores. Esta posición es más favorable para mantener el sellado periférico y hay más retención. Los pacientes con una lengua en posición posterior tienen un pronóstico muy pobre propiciando rotura del sellado del borde lingual.

Saliva.-

La calidad y cantidad de saliva influye en la zona de impresiones y la retención de la dentadura. En el maxilar superior se secará con gases pasándolas por el paladar duro.

Si la saliva es muy viscosa se podrán ver los hilos de saliva, se le darán instrucciones para que se enjuague la boca con algún enjuague bucal antes de tomar la impresión.

Una saliva acuosa reduce la retención de la dentadura, así mismo una reducción severa o ausencia de saliva producirá una retención muy pobre e irritaciones o inflamaciones en la mucosa, porque la saliva sirve de lubricante.

Tamaño del labio.-

Cuando el labio es corto deberá ponerse mucho cuidado en la articulación de los dientes y en la caracterización de la dentadura por escética.

Una persona de labios grandes hace que los dientes se vean pequeños y tapan la gingiva así que la estética es menos necesaria.

Examen radiográfico.-

Deberán ser examinados notando cualquier proceso radiolúcido o radiopaco.

Dientes retenidos.-

Un resto radicular incluido 2 ó 3 mm. de la cresta, si no ha pre sentado problemas por años debemos comunicarle al paciente de la situación y tomar rayos X periódicamente, pero cuando éste se localiza en la cresta del proceso deberá ser removida.

En un paciente joven con tercer molar retenido se fabricará la dentadura sobre éste para permitir su erupción, más tarde la extracción será más sencilla, resultando así menos pérdida ósea.

Actitud del paciente.

El Dr. H. H. House agrupa sus pacientes en cuatro categorías:

- a).- Mente filosófica. Son aquellos pacientes que no han tenido mala experiencia al usar prótesis y tienen un buen balance mental.
- b).- Mente exaltada. Son aquellos que tienen mala salud, se preocupan mucho acerca de la eficiencia de la dentadura artificial y no aceptan consejos de los dentistas, siendo muy reacios a extraerse los dientes.
- c).- Mente histérica. Son aquellos que tienen mala salud, no se han atendido su boca por mucho tiempo, teniendo enfermedades más avanzadas y mucho miedo al servicio dental.
- d).- Mente indiferente. Son aquellos que no se preocupan nada acerca de su apariencia y sienten muy poco o ninguna necesidad de la masticación. Por eso tienen poca perseverancia y no nos ayudan en el acostumbramiento de la prótesis.

Experiencias en prótesis.-

Es muy importante que le preguntemos al paciente número y clase de trabajos que ha usado en su boca; si el paciente ha tenido varios juegos de dentaduras fabricadas en los últimos dos años, deberá sospechar el odontólogo muy seriamente el estado emocional del paciente.

El último trabajo deberá ser revisado cuidadosamente para averiguar si el problema que presenta se relaciona con el paciente o con la fabricación inadecuada.

Pronóstico.-

Se debe tratar de hacer un pronóstico lo más acertado posible y presentarlo al paciente. Cualquier condición que pueda ser obstáculo para nuestro fin deberá ser informada en este momento al paciente.

CAPITULO III

PROTESIS INMEDIATA.

Definición de prótesis inmediata.- Se llama dentadura inmediata la que se construye antes de la extracción de los dientes y se inserta inmediatamente después de la extracción.

La prótesis inmediata parece haberse iniciado, como otros grandes progresos proslodónticos, a mediados del siglo pasado.

Se entiende por prótesis inmediata la colocación de aparatos de prótesis inmediatamente después de las extracciones, el aparato es colocado sobre brechas quirúrgicas solo cubiertas por sus colgajos o por colgajos aún no consolidados y, por lo tanto, durante el primer período se debe atender simultáneamente a la instalación de la prótesis, la posoperatoria que evoluciona con ella y a la atrofia estocacital.

Cualesquiera que sea la técnica seguida y el momento exacto en que se coloca, asienta sobre tejidos recién operados y que muy probablemente sufrirán modificaciones importantes en poco tiempo.

El paciente debe de saber ventajas y desventajas de prótesis inmediata que más adelante redactaré con más detalle.

La prótesis inmediata no es una alternativa frente a la odontología conservadora; no autoriza la extracción de dientes cuya conservación satisfactoria es aún posible. Es un servicio profesional que requiere más conocimientos, habilidad y criterio que la prótesis convencional.

La prótesis inmediata constituye el medio de reducir la tragedia física y psíquica del desdentamiento, su carácter psicosenálico, que comparte con el resto de la proslodencia fue señalado por el Dr. Ryan y por el Dr. De Van. Si la edentación es mala, nondentación raya en lo intolerable.

Una dentadura no es un tejido vivo, aunque debe ser aceptado como parte de un sistema formado por tejidos vivos, tiene que ser fisiológica y tolerada por el paciente.

Para lograr el máximo grado de éxito, la dentadura completa inmediata ha de satisfacer las siguientes normas:

- a).- Compatibilidad con el ambiente bucal adyacente.
- b).- Restauración de la eficacia masticatoria dentro de ciertos límites.
- c).- Armonía con las funciones del habla, respiración y deglución.
- d).- Aceptabilidad estética.
- f).- Conservación del soporte restante de los tejidos duros y blandos.

Para iniciar cualquier tratamiento dental es muy importante el diagnóstico basado en la historia clínica elaborada anteriormente del tratamiento.

Examen clínico.-

Todos los recursos del examen deben ser explotados a fondo frente al resultado potencial, puesto que el diagnóstico clínico que indica la edentación como tratamiento deben agregarse el quirúrgico y el protético.

Debe de practicarse un examen clínico minucioso en todos sus detalles, debe cubrir no solo el estado general, facial y bucal, sino también, y muy especialmente el estado mental, la actitud del paciente y su capacidad para comprender la situación.

El estado general puede influir en las decisiones, no solo en la prótesis, sino también en la cirugía y el postoperatorio.

A mejor estado general y local mayores las probabilidades de éxito. Un estado general que ofrece dudas o un paciente poco dispuesto a la lucha frontal, puede hacer cambiar la indicación del tratamiento protético. Aconsejando por ejemplo:

La prótesis inmediata aditiva, que más adelante hablaré más ampliamente, en vez de la extracción masiva.

Si el paciente no está en condiciones de comprender porqué de prótesis inmediata, sus ventajas y sus inconvenientes, no debe indicársele este servicio.

Impresiones preliminares.

Este es el primer paso para el procedimiento del tratamiento y corroborar el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.

Sirve para obtener modelos primarios de estudio, para fabricar portaimpresiones individuales según sea el caso.

Las cubetas individuales deben ser bien planeadas, de acuerdo con la topografía del caso, forma del maxilar y de los dientes remanentes.

Ejemplo: hay una cucharilla individual diseñada para cada tipo de maxilar que se mencionó en el capítulo I, los cuales son: ovoidea, cuadrada y triangular. Y seleccionar el material con el cual se tomará la impresión.

Las impresiones preliminares se vacían con yeso piedra habiendo registrado las impresiones toda la superficie anatómica.

Articulador de diagnóstico.

El registro intermaxilar o mordida a los efectos del diagnóstico, será la oclusión central actual. La movilidad mandibular excéntrica se comprobará sobre el paciente sin necesidad de registro.

Excepto en el caso de observarse alguna anomalía o signos de síndrome temporomandibular, casos que exigen el montaje de los modelos en articulador adaptable para diagnosticar fielmente la posición mandibular y la oclusión.

Examen radiográfico.

Debe de considerarse imprescindible el examen de toda la boca, incluso los espacios desdentados, no solo como coadyuvante del exa-

men clínico del que surge la indicación de edentar al paciente, sino también para descubrir los restos dentarios y focos en las zonas aparentemente desdentadas, facilitar el diagnóstico quirúrgico y completar el diagnóstico protético.

Indicación del tratamiento.-

Conociendo las ventajas e inconvenientes de la prótesis inmediata y de la mediatá, en términos generales, la mejor política consiste en indicar al paciente las dos posibilidades y dejarlo elegir, de acuerdo con sus propias circunstancias o, todavía aconsejarle aquello que de acuerdo con esas circunstancias se consideraría mejor para él.

Planos de tratamiento.-

El plan debe cubrir todo el período de transición entre el estado actual y la normalización del paciente con la prótesis.

Entre otros puntos, se debe resolver para una prótesis monomaxilar: si se conservará la altura morfológica actual o alterada; si se conservará el aspecto dentario o no; si se articulará con oclusión o en relación central; si corresponden intervenciones quirúrgicas sucesivas o solo una; si se utilizará prótesis aditiva o no, si conviene la prótesis previa o posterior a las extracciones finales, con flanco vestibular o no, con alveolectomía prevista o no.

El estado general es elemento de tal importancia que, como se señaló, puede contraindicar esta experiencia, o aconsejar las formas transicionales menos violentas, ejemplo: prótesis parcial aditiva.

La posibilidad de ejecución no puede pasarse por alto, si en la prostodoncia total regular excepcionalmente es problema en prótesis inmediata la dificultad de trabajo no es excepcional por dos motivos: la presencia de dientes largos y la necesidad de cubetas suficientemente grandes.

Cuando la toma de impresiones correctas se transforma en proble-

mas que exceden la posibilidad de técnica, es menester arbitrar solu ciones, que a veces están en la prótesis aditiva y, alguna vez, en to varlas después de las extracciones.

El estado del hueso es un factor importante para la indicación de l tratamiento y para el pronóstico.

Es creencia frecuente que si los dientes se pierden a consecuen cia de la enfermedad periodontal, el pronóstico es menos bueno que si ha sido la caries el factor decisivo.

Este punto necesita investigaciones, porque se ha encontrado re sult ados contradictorios, tanto en lo inmediato como en lo mediano.

El número de extracciones, es otro factor muy de tener en cuenta ya que la exigencia de la técnica para el ejecutante y la exigencia or gánica para el intervenido se acrecientan con él.

Si se trata de la reposición de un solo diente o de dos, el pro ble ma suele ser sencillo y el pronóstico inmediato tan claro que se lo basta añadir uno o más dientes a la prótesis en uso.

En el otro extremo es cierto que se puede hacer prótesis imedia ta de todos los dientes, pero el pronóstico de duración en servicio así como el de utilidad inmediata no es el mismo.

Es criterio mantenido por los protesistas que si es posible, con viene proceder primero a las extracciones posteriores para ascen ta la prótesis inmediata sobre el hueso más estabilizado.

Como norma general (Zeisler). Es mejor no indicar aquello que no im porte mejorar.

Será prudente no indicar aquello que no se esté seguro de poder cu mplir y como en este terreno la experiencia es irroplazable tanto más complejo sea un plan de tratamiento, tanto más importante es su fo rmulación escrita, una técnica consiste en seis puntos que se debe rá analizar.

- a).- Determinar si habrá cambios de altura y en las posiciones, ta zaños, formas y colores de los dientes.

- b).- Estudiar si la dentación debe o puede hacerse por etapas y en este último caso cuáles pueden ser, examinando la situación en que estará el paciente durante cada etapa.
- c).- Considerar las medidas auxiliares inmediatas que puede requerir su estado actual y en cada etapa.
- d).- Establecer el tipo de cirugía adecuado para cada intervención, consultando con el cirujano si fuera necesario.
- e).- Calcular los presupuestos y sus variaciones de acuerdo con el plan que se adapte, considerando esencial el acuerdo explícito del paciente o sus familiares responsables.
- f).- Estimar los cuidados postoperatorios y la atención protética adecuada para mantener al paciente convenientemente asistido durante período no menor de seis meses.

El paciente debe saber también de la probabilidad de requerir nuevas prótesis después de seis meses o un año, para restaurar pérdida de altura consecuentes a la atrofia de los maxilares que la prótesis inmediata no puede compensar.

Registros para conservar.-

Objetivo.- Los registros hechos previamente a la extracción tienen por objeto conservar la posibilidad de reproducir exactamente el tamaño, la posición, la forma y el color de los dientes, su articulación, formas de las encías, la altura facial y, eventualmente la forma de la cara.

Los registros más importantes: la altura facial morfológica, el color, la impresión frontal, la impresión para colocar los dientes naturales, el perfil y las fotografías.

Medidas que anotar.-

- a).- Distancia a boca cerrada, la distancia entre base de la nariz y base de mentón.
- b).- La de borde del incisivo superior a base de nariz.
- c).- La de borde del incisivo inferior a base del mentón.

Los registros anteriores se hacen con el registrador de Willis o algo similar.

El articulador de diagnóstico es un registro, de la forma, tamaño, posición, disposición y articulación de los dientes naturales antes del tratamiento son muy útiles en el momento del cambio de dientes, para tenerlos a la vista en tanto se hace la cirugía del modelo de trabajo.

Color.-

Si se desea reproducir el o los colores de la dentadura natural, debe anotarse antes de las extracciones. Si se juzga conveniente reproducir alguna incrustación, corona, o pigmentación es menester ponerse de acuerdo con el paciente y anotar cuáles.

Modelos frontales.-

Son fáciles de obtener y útiles cuando, por cualquier circunstancia, no se pueden conservar los modelos de estudio.

La impresión frontal con alginato es la más sencilla, se utiliza para hacer la cubeta base para rodillo, se redondean las cuatro puntas y se hacen escotaduras en los bordes superior e inferior para los frenillos, se hacen perforaciones para retención del alginato y un pequeño mango de alambre.

Perfil.-

Un perfilómetro el de Jackson es lo más cómodo para reproducir el perfil de una persona.

Otro método de obtenerlo consiste en tomar una fotografía de perfil mientras se mantiene una regla milimétrica frente al perfil, después se amplía la foto hasta que la regla tome sus dimensiones reales.

Otro método que se usa en la odontología consiste en tomar un alambre de plomo o de cobre, estirarlo bien y adaptarlo con los dedos contra el perfil del paciente; colocar el alambre en cartoncillo y dibujar su contorno; cortar el cartoncillo según el dibujo; apli-

car el recorte obtenido al perfil del paciente.

Fotografías.-

Las fotografías de frente y de perfil, a boca cerrada y mostrando los dientes, sirven para conservar el registro del aspecto de los pacientes antes de las intervenciones quirúrgico protéticas y compararlos con los resultados, que pueden fotografiarse.

Impresión y modelos.-

Las correctas impresiones de trabajo para prótesis inmediata con placa pueden ser dificultosas, y es posible que las soluciones medio cras constituyan un origen de inconvenientes con este tipo de prótesis.

En efecto: se trata de tomar en bocas dentadas, impresiones que tengan el ajuste, la exactitud y la delimitación que exigen las impresiones de maxilares desdentados.

Impresiones preliminares.-

Constituyen en un principio la clave del problema, deben tomarse con alginato, adecuando la cubeta cuanto sea necesario. Seleccionar el tipo de cubeta prefabricada a la forma del proceso.

Para lograr que la impresión cubra la totalidad del maxilar hasta el límite protético y que los dientes y socavados retentivos estén fielmente reproducidos.

Se vacían las o la impresión y recortan para hacer modelos privados, de diagnóstico para fabricar cubetas individuales y de estudio. Cubetas individuales.

La cubeta individual debe ser bien planeada, de acuerdo con la topografía del caso y el material con el cual se tomará la impresión.

Para fabricar las cucharillas individuales se puede usar acrílico autopolimerizable, es el más usado.

- a.- Para impresión doble: actualmente se justifican poco los elaborados métodos de impresión seccionales con modelina y pasta cinquemónica, no ofrecen ventaja particular sobre los

elastómeros.

- b).- Para alginato: una cubeta individual para alginato debe cubrir toda la zona protética, dejando un espacio de una hoja de cera por lo menos, frente a las superficies mucosas y dientes, más todo el espacio requerido para zafar cómodamente los espacios retentivos debe proveerse de apoyo que sirvan de guía para centrarla adecuadamente en el momento de profundizar la impresión, el mango, dispuesto en la parte delantera, permitirá tracción firme.

Se le harán perforaciones en número suficiente para la retención.

- c).- Para silicona o mercaptano: tiene sobre el anterior, la ventaja de poder hacerse ajustadas en la zona mucosa además, siendo ajustadas no necesitan apoyos especiales para el centrado. Y al no requerir perforaciones, añade la ventaja de confinar ajustadamente el material, el mango debe permitir firme tracción.

Impresiones finales.-

En la fabricación de las cucharillas, se coloca cera rosa toda estación en el modelo superior en bodega palatina y parte de proceso posterior para que la cera se adhiera a la cubeta y así se recorta la cucharilla 2 ó 3 cm. antes de fondo de saco. Para que al delimitar bordes, esté todavía la cera en la cubeta para que no permita una sobreextensión, y permita el sellado que se quiere lograr con cera de baja fusión ajustando por zonas. Para que al terminar de delimitar bordes, tiene que existir cierre atmosférico o vacío, es cuando logramos bien el sellado de bordes y ya logrado ésto se retira la cera para crear el espacio al material para que no desplaza los tejidos.

La cubeta debe de tener un grosor de 2 mm. y el sellado de borde debe de quedar más o menos igual.

Pasos para el ajuste por zonas en el maxilar inferior.-

Está dividido en seis zonas que son las siguientes:

Zona 1.- Abarca la región de las caras vestibulares de los molares, en esta zona se inserta parte del músculo masetero y parte del buccinador. Es una zona par.

Se hará el ajuste primero la izquierda y luego la derecha.

Se hace traccionando el carrillo hacia afuera, arriba y adentro-

Zona 2.- Abarca la región más posterior de la zona chapeable, de trás de la papila retromolar o papila mirtoforme.

Es una zona par y la cual será impresionada sin aplastamiento.

Zona 3.- Abarca la región vestibular de los premolares, en esta zona está la inserción tendinosa del buccinador y el frenillo bucal. Se ajusta haciendo tracción del carrillo hacia afuera, arriba adentro, adelante y atrás, es una zona par.

Zona 4.- Zona impar, abarca la región vestibular de los incisivos y caninos, encontramos varios músculos; orbicular de los labios, triangular, cuadrado y también la inserción del frenillo labial en uno o varios fascículos.

Su ajuste se hace haciendo tracción del labio inferior hacia afuera, arriba, derecha e izquierda.

Zona 5.- Zona impar, abarca la región lingual de los incisivos - zona de la apófisis geni, encontramos la inserción del músculo genio glose y el frenillo lingual.

Se ajusta haciendo que el paciente se toque el paladar lo más atrás posible con la punta de la lengua.

Zona 6.- Zona par, abarca la región lingual desde la terminación de la zona 5 hasta encontrar la zona 2, encontramos la inserción del músculo milohioideo y se ajusta, haciendo que el paciente se toque la comisura bucal del labio contrario al que vamos a impresionar con la punta de la lengua.

Se revisa la retención y la estabilidad y se le pide al paciente

haga movimientos de labio, lengua, mejillas, éstos no deberán desplazar la cucharilla. Y nos daremos cuenta de que ya existe un cierre atmosférico.

En ese momento se le quita a la cubeta la cera rosa, para la toma de impresión final con el material para cada caso.

Para impresión del maxilar superior.-

Está dividido en cinco zonas:

Zona I.- Zona par, abarca la región de las caras vestibulares de los molares superiores. En esta zona se insertan algunas fibras del buccinador.

Se ajusta, traccionando el carrillo hacia afuera, abajo y adentro.

Se le pedirá al paciente que haga un movimiento de la mandíbula inferior hacia el lado opuesto de la zona que estamos ajustando con ese paso impresionaremos la apófisis coronoides del maxilar inferior, así determinaremos el grosor de la dentadura en esa zona.

Zona II.- Zona par, y abarca la región del surco nasalar, aquí encontraremos el músculo pterigopalatino, se ajusta haciendo que el paciente abra la boca en su máxima distensión 2 ó 3 veces, ambas zonas se ajustarán simultáneamente.

Zona III.- Zona par, abarca la región vestibular de los premolares, encontramos el frenillo bucal en uno o más fascículos. Se ajusta traccionando la mejilla hacia afuera, abajo, adentro, adelante y atrás para que la impresión del frenillo se haga en abanico, el ajuste se hará zona por zona.

Zona IV.- Zona impar, abarca la región de las caras vestibulares de los incisivos y caninos, frenillo labial.

Se hará el ajuste haciendo tracción del labio superior hacia afuera, abajo, derecha o izquierda para impresionar el frenillo con los movimientos posibles del labio superior y quedar registrados en la impresión, y no desplace la placa total o dentadura artificial.

Zona V.- Llamada zona del AH, zona del postdam, se encuentra en la división del paladar duro y paladar blando, es el límite para extender la zona chapeable hasta esta línea, normalmente encontramos - unas depresiones llamadas fovitas.

Materiales de impresión.-

Alginato: se puede utilizar, si no hay retenciones, socavados.

Si hay grandes retenciones, el material frecuentemente se rompe a nivel de los agujeros de retención entre los dientes. Esto último puede evitarse poniendo cera plástica en los espacios interdentarios.

Elastomeros: Estos materiales permiten cubeta ajustada en la parte mucosa, la delimitación puede hacerse similar a la de una impresión funcional. La única zona de impresión imprecisa será a la que corresponde a la cubeta holgada.

Tiene ventaja de dar impresiones bien delimitadas y fieles en cubeta ajustada en la parte mucosa, y elásticas en cubeta amplia. Es el material adecuado cuando hay retenciones y socavados.

Pasta zinquenólica: este material se utiliza cuando no existen retenciones y socavados; es un material indicado en cubetas ajustadas para protodoncia total.

Modelos.-

Deben llenarse con cuidado con todos los requisitos para asegurar los correctos.

Impresión superior: colocar un alambre de cera roja en toda la periferia de la impresión a unos tres milímetros fuera del borde ajustado y se adhiere con una espátula caliente, y se rodea la impresión con una hoja de cera roja extendiéndola unos 2 cm. del punto más alto de la impresión, esta altura marcará el grosor del modelo.

Impresión inferior: se sigue el mismo procedimiento y la hoja de cera y se corre con yeso piedra, siguiendo las instrucciones de cada fabricante.

Trazado del contorno del portaimpresiones superior.-

Una vez que el portaimpresiones se ha trazado sobre el modelo, se fabrica, un borde de cera de 3 mm. de espesor, siguiendo este trazo sobre los dientes anteriores parte incisal y por el fondo de saco uniéndose por surcos hamulares y el postdam.

Este borde ayuda a la retención de la resina acrílica y en la de terminación del grosor del portaimpresiones.

Se hace fluir una capa delgada de cera hacia los espacios interproximales, hacia cualquier defecto de la superficie palatina de los dientes y hacia las inclinaciones bucales del reborde alveolar residual posterior.

Fabricación del portaimpresiones individualizado.-

Es necesario poseer un portaimpresiones estable y preciso al registrar los tejidos que cubren la zona del soporte de la dentadura, un portaimpresiones hecho con resina acrílica de autopolimerización, utilizando el método de agregar polvo es preciso y estable.

Se hace el portaimpresiones de 2 mm. de espesor uniforme hasta descansar en los bordes incisales de los dientes anteriores y sobre extenderse un poco en la zona posterior del paladar.

Se colocan rodillos oclusales de modelina en las zonas posteriores del portaimpresiones en posiciones aproximadas a la de los dientes posteriores.

Estos rodillos o raspas sirven como mangos o asas para la manipulación del portaimpresiones. Proporcionando soporte digital durante la toma de impresión, sustituyen a los dientes en dar apoyo a los carrillos durante el proceso de rectificación de bordes, proporcionar un ajuste positivo del segmento posterior de la impresión refinada - en la impresión general de hidrocoloide irreversible, si es que los segmentos anterior y posterior no se pueden retirar en una sola unidad.

Ajuste del portaimpresiones individualizado.-

Se coloca el portaimpresiones dentro de la boca, se pide al paciente que abra la boca como lo hace al bostezar. El portaimpresiones se movilizará o se desalojará si se encuentra sobreextendido en la zona de la escotadura pterigoidea o si las aletas bucales son demasiado gruesas.

Se le indica que abra la boca, no en exceso y que mueva la mandíbula de izquierda a derecha.

Si el portaimpresiones se desaloja, indicará que existe una sobreextensión en el espacio vestibular o un grosor excesivo de la meta bucal.

Se toma el carrillo en la comisura de la boca, entre el dedo índice y el pulgar y se eleva.

Se determina visualmente la altura de las aletas. La del portaimpresiones es 2 ó 3 mm, más corta que la altura del fondo del saco vestibular.

Se determina el área de sello palatino posterior.

La determinación del área y profundidad de sellado, así como la preparación del modelo para proporcionar un sellado en el paladar blando; es un procedimiento que se hace al lado del sillón.

Es responsabilidad del dentista, por lo que no debe ser delegado a una persona auxiliar.

El objetivo del sellado es conservar el contacto entre la dentadura y el paladar blando cuando el paladar se eleva al hablar y al deglutir.

De cierta consideración también es el cambio dimensional de la resina de acrílico procesada en la base de la dentadura en la porción posterior del paladar.

Pasos para determinar el Post-dam.-

a).- Se determina la línea de vibración anterior cerrando las na

rinas del paciente con el dedo índice y el pulgar. Se le pide que exhale por la nariz. El paladar blando será proyectado en dirección inferior, apareciendo una línea donde la aponeurosis se inserta en la superficie distal de los huesos palatinos. Se marca la línea con lápiz tinta adecuada.

b).- Se determina la línea de vibración posterior indicándole -- que abra y diga ah en forma normal, sin exagerar. El paladar vibrará en dirección posterior hasta la línea anterior. Se marcará la línea con lápiz tinta, pintándose la zona entre las dos marcas.

c).- Se coloca el portaimpresiones y se transfiere esta área al lado lingual. Es necesario recordar que la presión ejercida sobre el hueso produce resorción; por lo tanto, el sellado palatino posterior no debe ser colocado anterior a la línea de vibración anterior.

d).- Se reduce la longitud posterior del portaimpresiones hasta la línea de vibración posterior o muy cerca de la misma.

Toma de la impresión final.-

Esta realización se divide en cuatro pasos.

1.- Rectificación de los bordes: de las aletas bucales y de las zonas del sellado palatino posterior proporciona un sellado periférico que favorece la retención de la dentadura. Esta se logra utilizando modelina para impresión de baja fusión.

Las mucosas en los espacios vestibulares tienen una submucosa insertada en forma laxa. Esta cualidad permite el desplazamiento de las mucosas sin la tendencia al rebote.

Los bordes de las aletas de la dentadura se refinan de manera que dirijan las fuerzas verticales de la oclusión en dirección contraria al hueso alveolar residual.

La cualidad de los tejidos blandos y la dirección de la presión vertical favorecen la posibilidad de un sello continuo.

La refinación de la zona del sellado palatino posterior parece compensar los cambios que se presentan durante el procesamiento con-

la resina.

La modelina también conserva el paladar blando en una posición ligeramente elevada cuando se hace la impresión refinada. En algunas situaciones de acción muscular muy pasiva del paladar blando, esto proporciona un sellado palatino posterior adecuado.

2.- Preparación del portaimpresiones.- Cuando se hizo la impresión con hidrocoloide irreversible para el o modelos primarios los tejidos blandos que cubren el paladar y las vertientes de los rebordes alveolares residuales fue registrado con precisión en una posición no desplazada. Por lo tanto el portaimpresiones para la refinación o rectificación de los bordes se encuentra en contacto íntimo con las mucosas que cubren esta zona. En la impresión final es deseable que los tejidos blandos no sean registrados en una posición desplazada. Para lograrlo debe crearse un espacio en el portaimpresiones que permita que este tejido vuelva a su lugar y agujeros para la salida de aire atrapado.

3.- Refinación de los tejidos blandos: Se aplica una capa delgada de vaselina a los labios del paciente, a la piel alrededor de la boca y la porción bajo el mentón, esto facilitará el retiro de la pasta para impresiones si se llevara a estas zonas en los dedos del dentista.

Durante el tiempo de mezclar y cargar el portaimpresiones con la pasta para impresión de óxido de zinc y eugenol, se pide al paciente que se enjague la boca vigorosamente con algún tipo de solución astringente diluida con agua nasal en la proporción de cuatro partes de agua por una de solución. Cuando exista una secreción salival palpable poco antes de insertar el material de impresión en la boca deberá limpiarse y secarse el paladar utilizando gasa estéril.

Se inserta el portaimpresiones con el material y se coloca con presión positiva, se le flexiona la cabeza ligeramente hacia adelante. Cuando el material de impresión fluya sobre el extremo posterior

del portaimpresiones y a través de los agujeros de escape se libera la presión. Se descansa el dedo medio e índice sobre la rampa oclusal en la zona del segundo premolar. No debe ejercerse presión hasta que la pasta para impresión haya fraguado.

Se retira cualquier excedente de material de las superficies de los dientes. Se hace un hombro definido en la pasta de impresión en dirección distal a los caninos en ambos lados de la arcada. Esto se logra utilizando una hoja de bisturí Bard Parker para proporcionar una unión satisfactoria con el hidrocoloide irreversible.

4.- Impresión general con hidrocoloide irreversible: se selecciona un portaimpresiones perforado para dar cabida a los dientes anteriores, extendiéndose hacia atrás hasta incluir las rampas oclusales de molinina. Se llena el portaimpresiones con el material de impresión (alginato).

Se llena el surco labial con el material de impresión antes de colocar el portaimpresiones cargado.

Se coloca el portaimpresiones y se sostiene en su lugar con presión positiva hasta que el material de impresión haya fraguado.

Se levantan los labios y carrillo para romper el sellado con el material fraguado.

Se retira el portaimpresiones y se inspecciona buscando la precisión. La zona de sellado palatino deberá haber sido transferida a la impresión (se pinta) de pasta de óxido de zinc y eugenol en la zona indicada. Si es necesario puede acentuarse en este momento.
Hechura del modelo final.-

Con un chorro de agua suave del grifo, se lava el lado tisular de la impresión.

Se retira el exceso de agua con un chorro suave de aire.

Vuelve a pintarse el área del sello palatino posterior. Se encajona y vacía la impresión en yeso piedra dental.

Mientras más pronto sea vibrada la piedra dental, menos posibilidad de error o cambio habrá en el irreversible.

Se coloca en el humidificador a 100% de humedad hasta que haya fraguado el yoso piedra (aproximadamente una hora). Se recupera el modelo de la impresión, se recorta la base y se colocan índices para el remontaje. No es aconsejable trabajar más sobre el modelo hasta que haya endurecido completamente durante toda la noche.

Hechura de la base de registro.-

Se requiere una base de registro rígida, estable y que se ajuste a la boca con precisión. La base de registro se emplea para las relaciones de los maxilares y colocar los dientes artificiales.

El ajustarse a la boca no solo significa que la base se ajuste a los tejidos de soporte, sino que también sea compatible con los tejidos circundantes.

Por lo tanto, las superficies que hagan contacto con las mucosas adyacentes deberán ser redondeadas y lisas. Puede hacerse un portainpresiones de resina acrílica de autopolimerización utilizando el método por adición de polvo que sea rígido, estable y preciso y que pueda pulirse hasta adquirir una superficie tersa.

Los rodillos oclusales de cera dura para placas base que se colocan en la base de registro en las posiciones que posteriormente serán ocupadas por los dientes artificiales.

Se emplean para ayudar a establecer el plan de oclusión para los dientes maxilares posteriores; al hacer la transferencia del arco facial del modelo maxilar al articulador; al registrar las relaciones de los maxilares, y como un buen medio para la colocación de los dientes artificiales en los procedimientos de prueba.

La anchura buccopalatina deberá ser igual a la de los dientes artificiales.

Transferencia en el arco facial.-

Existen suficientes pruebas científicas para indicar que debe -

utilizarse la transferencia en el arco facial.

I.- Cuando se emplea un arco facial arbitrario para determinar el eje de apertura, se localiza un punto a 13 mm. por delante del tragus del oído en una línea trazada desde el cantus externo del ojo hasta la porción superior del tragus.

Este punto se denomina el punto arbitrario de rotación de los cóndilos cuando los maxilares se encuentran en relación terminal y la mandíbula está abierta.

Este no es arbitrario, sino que es promedio. Se calcula que esos puntos estarán a 22 m. del verdadero centro eje de apertura.

II.- Se coloca la base mandibular de registro con su rodillo oclusal añadido (este procedimiento descrito tiene como antagonista por una dentadura total inferior).

III.- Se coloca la base maxilar de registro y se determina que exista suficiente espacio entre los dos rodillos para permitir la colocación del tenedor del arco facial y la cera.

IV.- Se aplica una delgada capa de vaselina a la superficie del rodillo maxilar de manera que no se adhiera a la cera contenida en el tenedor del arco facial.

V.- Se dobla una hoja de cera para placa base reblandecida en la forma de los picos del tenedor y se adosa al mismo.

VI.- Se coloca el tenedor y la cera adosada entre los rodillos oclusales y se pide al paciente que cierre los maxilares hasta que los rodillos se encuentren alojados con firmeza en la cera.

VII.- Sostentándole los maxilares en esta relación cerrada se desliza el arco sobre el tallo del tenedor. Se centra el arco colocando los puntos de los vástagos condilares sobre los puntos de rotación. Se fija el aparato con seguridad y se retira de la boca.

VIII.- Se transfiere el aparato del arco facial al articulador y se fija el modelo maxilar con yeso. para asegurar la adhesión del yeso piedra dental, se remoja el modelo en agua durante un mínimo de

5 minutos.

Registro de las relaciones maxilares.-

En estos procedimientos se hará un esfuerzo para registrar a la vez las posiciones horizontales de los cóndilos en sus relaciones terminales posteriores con las fosas, así como las posiciones verticales de los cóndilos en sus relaciones superiores con las fosas.

Al mismo tiempo que se realizan estas relaciones posterosuperiores de los cóndilos, deberán estar en contacto máximo las superficies oclusales de los rodillos.

La mandíbula es desplazada desde la posición de descanso hasta una distancia interoclusal aceptable. El medio ha de ofrecer resistencia mínima al cierre de los maxilares cuando los procedimientos se siguen con precisión y se colocan dientes artificiales en las posiciones ocupadas por los rodillos oclusales deberá haber máximo contacto dentario oclusal posterior o interdigitación cuspídea cuando se repita el movimiento mandibular. Durante el cierre de los maxilares bajo control fisiológico, la potencia de la contracción isotónica de los músculos elevadores deberá haber reforzado los maxilares para el momento del cierre al entrar en contacto los dientes.

Los registros hechos utilizando rodillos oclusales son tentativos, por lo que serán verificados cuando los dientes hayan sido colocados en la visita de prueba.

Establecimiento de la dimensión vertical de descanso.-

I.- Se pide al paciente colocarse en una posición relajada, fijando los ojos sobre un objeto que permita adoptar una posición erigida y cómoda.

II.- Se colocan triángulos de tela adhesiva en la punta de la nariz y en la punta del mentón.

III.- Se le pide bajar sus labios con la lengua, deglutir y relajarse. Si se relaja, el maxilar inferior suele descender hasta una posición de descanso.

IV.- Se registra en milímetros la distancia entre los puntos de los dos triángulos.

V.- Cuando se encuentre sentido con las bases de registro con neadas y los rodillos oclusales dentro de la boca, en un momento de descuido en que la mandíbula descienda hasta la posición de descanso vuelve a medirse la distancia entre las dos puntas del triángulo. Si en realidad se ha relajado las distancias no cambiarán en forma significativa.

Registro de las relaciones maxilares tentativas.-

I.- Se aplica polvo fino adhesivo para dentaduras a la superficie tisular húmeda de la base de registro y se coloca dentro de la boca.

II.- Se contornea la superficie oclusal de los rodillos de cera que estén paralelas a la línea de caeper.

III.- Se reciran las secciones posteriores de cera de la base de registro mandibular en dirección distal a las posiciones de los caninos. Se contornea la cera anterior para simular las posiciones, inclinaciones y tamaño de los seis dientes anteriores.

IV.- Se coloca la base de registro mandibular dentro de la boca y se asegura que esté colocado con precisión, se pide al paciente - contar de 60 a 70. Cuando se articulan los sonidos de la letra S la mandíbula se desplazará hacia adelante. Se alterará la altura vertical de la cera anterior hasta que libre los bordes iniciales de los dientes anteriores maxilares al desplazarse la mandíbula hacia adelante.

V.- Se hará rodillo de cera blanda para registro y se pega a las superficies posterosuperiores de la base de registro. Se extiende la cera en dirección distal hasta la posición anticipada de último molar. Se contornea la cera blanda en la forma de cono a una altura que exceda la dimensión vertical anticipada del cierre de los maxilares.

Al preparar el rodillo de cera se pide al paciente repetir el ejercicio de protrusión de la mandíbula. Se le aconseja cerrar cuando sienta que los cóndilos se colocan dentro de las fosas. Se rebian dece el cono de cera con una flama directa, se temple en agua a 54.44°C , y se coloca inmediatamente la base de registro dentro de la boca.

VI.- Se colocan las yemas de los dedos índices, una a cada lado, sobre las alças de la base de registro en la zona del segundo presolar con las yemas de los pulgares descansando suavemente sobre la punta del mentón.

El operador estará entonces asegurado de que las bases de registro permanecen en una posición estable lo que le permite seguir los movimientos mandibulares al paciente.

VII.- Se le instruye para que haga protrusión y retrusión de la mandíbula hasta que los cóndilos paren.

Momento en el cual se le indica que cierre hasta que se haga un contacto posterior íntimo; se repite este procedimiento hasta que la cera anterior dura se encuentre en contacto con los dientes maxilares anteriores o la porción anterior de la base de registro maxilar.

Es necesario comprender que deberán considerarse en este paso las relaciones horizontales anteroposteriores de la mandíbula con respecto al maxilar.

VIII.- Se permite el enfriamiento de la cera y se engrapan o sostienen las bases unidas con cera pegajosa.

IX.- Con los maxilares juntos en esta posición se mide entre las puntas de la cinta en la nariz y el mentón. La distancia en milímetros deberá ser menor que la distancia registrada con el maxilar en descanso.

X.- Se retiran los registros en una sola pieza.

Montaje en el articulador.-

I.- Se inserta el articulador con el modelo maxilar sobre el dis

positivo de montaje.

II.- Se asegura que los índices para el remontaje se encuentren en la base del modelo mandibular y que este haya sido renojado con agua durante el tiempo de 5 minutos.

III.- Se colocan las bases de registro sobre sus modelos respectivos y se coloca el modelo mandibular en el brazo inferior del articulador con yeso dental con la punta de vástago incisal al ras de la superficie de la mesa de la gufa incisal.

Selección de los dientes artificiales.-

Dientes anteriores: La forma, tamaño y color de los dientes artificiales deberán armonizar con los dientes naturales, a menos que el paciente desee un cambio por motivos de estética y de espacio necesario. Contornear los cuellos de los dientes para formar parte de la base de la dentadura. Por esto, se utilizan dientes de resina acrílica.

Dientes posteriores: La composición y forma oclusal de los dientes posteriores varía.

Cuando la dentadura inmediata se encuentra opuesta a dientes naturales, la forma oclusal deberá ser determinada por la forma oclusal de los dientes naturales. Este es el caso con los desdentados parciales si permanecen aún dientes posteriores naturales dentro de la arcada.

Cuando la dentadura inmediata esté opuesta a otra completa o una prótesis parcial removible que contenga todos los dientes posteriores. La forma oclusal dependerá de la filosofía del dentista.

Composición de elección de dientes.-

Cuando los dientes de prótesis inmediata estén opuestos a los naturales que tengan restauraciones oclusales de oro, ya sean sencillas o múltiples, o una prótesis parcial final, la resina acrílica es el material de elección.

Si los dientes naturales han sido restaurados con porcelana o

con aleación de plata y no sea el problema el espacio interoclusal, - la porcelana será el material de elección.

No es recomendable la combinación de dientes posteriores de resina acrílica y anteriores de porcelana en las dentaduras completas, - la resina acrílica parece desgastarse con mayor rapidez, dando como resultado que los dientes anteriores hagan contacto cuando los maxilares se encuentren en relación terminal con los dientes posteriores en oclusión máxima.

Colocación de los dientes para la prueba.-

I.- Se colocan los dientes anteriores en dirección anteroposte - rior y mediolaterales en armonía con la acción de los labios y la - lengua. La altura vertical y las inclinaciones de sus cuellos deben - seguir la cera anterior contorneada. Cuando el articulador esté ce - rrado y el vástago de la guía incisal se encuentre en máximo contac - to con la mesa de la guía incisal, los dientes anteriores estarán li - bres de contacto con los dientes antagonistas o la base de registro. Esta relación deberá ser conservada en todo momento.

II.- Se colocan los dientes mandibulares sobre un plano paralelo con la media de la base. La altura del plano se establece de forma - que no exceda las dos terceras partes de la altura del cojín de re - trocolar. La posición bucolingual deberá ser compatible con la ac - ción de la lengua y los carrillos. El último diente se coloca de ma - nera que su superficie distal termine donde comienza el reborde al - veolar residual su ascenso a la rama ascendente de la mandíbula.

III.- Se colocan los dientes maxilares con los vértices de las - cúspides sobre un plano paralelo a la superficie oclusal de los dien - tes mandibulares.

Cuando se cierra el articulador se procura que los vértices de - las cúspides linguales de los dientes maxilares hagan contacto con - la superficie oclusal de los dientes mandibulares a la mitad de la - distancia entre las superficies bucal y lingual, esta relación debo-

rá colocar los dientes en las posiciones ocupadas con anterioridad - por los dientes naturales y proporcionar una sobremordida horizontal adecuada para evitar la mordedura de los carrillos.

Contorneo de la cera.-

Se contornea y pule la cera hasta que esté tersa, similar a las superficies pulidas de la dentadura terminada para asegurar la compatibilidad con el medio circundante.

Se cita al paciente y se prueba.

El propósito de la visita de prueba, el plan oclusal y las relaciones entre los maxilares que se hicieron utilizando los rodillos oclusales, valorar la aceptabilidad estética y hacer una determinación preliminar de la magnitud de la alteración que será necesario en el modelo.

I.- Instruir al paciente para que practique los ejercicios mandibulares.

II.- Humedecer la superficie visual de la base de registro maxilar y colocar una capa fina de polvo adhesivo para dentaduras.

III.- Instruirlo para insertar la dentadura, ajustarla en su sitio y posicionarla mediante la deglución.

IV.- Secar las superficies oclusales de los dientes mandibulares posteriores y aplicar un grosor de cera blanda.

La cera reblandecida se aplica de forma segura y se evita atrapar aire.

Se reblandece con una flama directa, templar en agua tibia e insertar y colocar en su lugar.

Se vuelven hacer las relaciones maxilares tentativas que ya mencioné anteriormente.

V.- Liberar elementos condilares para permitir el libre movimiento dentro de la ranura.

VI.- Asegurar las bases sobre los modelos, y con cuidado, eviten de la presión, insertar las cúspides de los dientes maxilares en los

índices registrados. Si el montaje tentativo y este registro son iguales, los elementos condilares no se moverán de los topes.

VII.- Cuando las posiciones de los dientes y los registros originales no concuerdan, se vuelve a montar el modelo mandibular utilizando un nuevo registro y verificándose la nueva relación.

VIII.- Instruirlo también para volver a sentar las bases.

Observarse la altura del plano oclusal y las posiciones bucolinguales de los dientes posteriores y determinar su aceptabilidad con respecto a las funciones de la lengua y carrillo.

IX.- Determinar la dimensión vertical oclusal. Asegurarse de que sea menor que la dimensión vertical en descanso.

X.- Asegurarse que durante la emisión del sonido de la letra S, los bordes incisales de los anteriores mandibulares no hagan contacto, con los dientes maxilares.

Alteración y alivio del modelo de trabajo.-

I.- Preparar la zona del sello posterior raspando con un instrumento afilado en forma de disco, desde cero profundidad en la línea de vibración anterior hasta la determinada a nivel de la línea de vibración posterior.

La profundidad a nivel de la línea posterior varía según el individuo y está relacionada con la inclinación del paladar y la actividad o pasividad de los músculos del paladar blando, que deberán ser determinados para cada paciente.

Se concede que esta es una profundidad calculada, y se determina observando el movimiento superior del paladar blando cuando el paciente dice ah.

Colocación de los dientes maxilares anteriores.-

En este procedimiento cada paciente deberá ser considerado como un individuo; por lo tanto, los pasos que presento pueden ser diferentes en cada paciente.

Si las posiciones, forma, tamaño y relaciones de los dientes artificiales de reemplazo son igual que las de los dientes naturales, el procedimiento puede asignarse al personal auxiliar.

Si los dientes artificiales son duplicados de los dientes naturales, en todos los aspectos será responsabilidad del dentista determinar los cambios, estos se discuten con el paciente tan pronto se descubre que son necesarios, debiéndose obtener su consentimiento.

Procedimiento de laboratorio.-

Cuando los procedimientos de encerado, enfrascado, procesado y terminado de las dentaduras se asignan a personal auxiliar, el dentista tiene ciertas responsabilidades.

I.- Raspar el modelo en la sección de la que se retiraron los dientes maxilares anteriores para proporcionar sitio para el colapso de tejido gingival libre.

No se anticipa que tenga que retirarse hueso en el momento de la inserción de la dentadura. Por lo tanto no está indicado el raspado excesivo.

II.- Examinar el encerado para asegurar que los dientes no se hayan movido y que el grosor de la cera en la región labial anterior sea lo suficiente para permitir el ajuste del lado tisular mediante el desgaste si después se determina que esto es necesario.

III.- Prescribir que se haga un registro de remontaje de los dientes maxilares antes de retirar el modelo del articulador.

IV.- Prescribir un tiempo de procesado de nueve horas a 74°C.

Se enfría la jufia sobre la mesa de laboratorio y se recupera el modelo con la dentadura en su sitio. Se retira el yeso de invertir y el de piedra de los dientes y la resina acrílica expuesta sin retirar la dentadura del modelo.

Se colocan los modelos con los montajes originales de yeso en el articulador. Se regresa al dentista para corrección de errores oclusales que pudieran haber ocurrido durante cualquiera de los procedi-

mientos del laboratorio.

Corrección del error de procesado.-

I.- Asegurar los elementos condilares en la relación terminal - equivalente.

II.- Cerrar el articulador hasta que los dientes estén en contacto. Si el vástago incisal no se encuentra en contacto con la mesa, - existirá un error. Esto puede demostrarse utilizando cinta para articular.

III.- Se reducen los vértices de las cúspides linguales de los - dientes maxilares hasta que se haya logrado un contacto uniforme - con los dientes antagonistas y el vástago de la gufa incisal descansa sobre la mesa.

Quando se considere adecuada o aceptable la oclusión, la dentadura se regresa al técnico del laboratorio dental para su terminado. - El dentista debe pedir al técnico que haga lo siguiente:

Preparar un índice de remontaje de yeso de los dientes maxilares, hacer un modelo de remontaje de yeso después de que se haya terminado y pulido la dentadura.

Si esta es opuesta a una dentadura completa se fabrica un modelo de remontaje de yeso de la dentadura antagonista, se coloca la dentadura sobre el modelo de remontaje maxilar, se ponen los dientes en el índice de remontaje de yeso y se fija el modelo al miembro superior del articulador con yeso.

Preparación de la visita para la inserción de la dentadura.-

Antes de la visita para la inserción de la dentadura, el dentista necesita determinar lo siguiente:

I.- Que los modelos de remontaje sean precisos; o sea, que cuando las dentaduras estén colocadas sobre los modelos se encuentren en posición estable.

II.- La superficie tisular de la dentadura se encuentre libre de cualquier imperfección.

III.- Que los bordes de la dentadura estén bien redondeados.

IV.- Que las superficies pulidas sean lisas, carentes de escoriaciones y altamente pulidas.

V.- Que el modelo maxilar de montaje se encuentre firmemente adherido al articulador.

VI.- Que los elementos condilares del articulador estén fijos contra sus topes y que el vástago de la guía incisal se encuentre en su posición original al ras con la porción superior del miembro superior del articulador, con la punta del vástago incisal al ras de la mesa de la guía incisal.

Visita para la inserción de la dentadura.-

Cuando se haga una dentadura total o parcial remorable para oponerse a la dentadura inmediata es aconsejable insertarla y hacer cualquier corrección que pueda realizarse antes de la inserción de la dentadura inmediata.

Procedimientos quirúrgicos.-

Se utiliza un bloqueo infraorbitario e infiltración palatina para anestesia local. Los dientes se retiran de modo que conserve la mayor cantidad de hueso y tejido blando posible. Debe recordarse que el levantamiento del periostio o la denudación del hueso alveolar da como resultado una pérdida ósea excesiva. Los tejidos blandos desgarrados cicatrizan con lentitud.

Cuando los tejidos no son desgarrados no hay necesidad de recurrir a la sutura.

Después de la extracción de los dientes, el dentista responsable del tratamiento protético insertará la dentadura y determinará si se requiere alguna otra cirugía no anticipada. En ocasiones una frenectomía labial es recomendable.

Se retira la dentadura y se pide al paciente que cierre contra una gasa estéril hasta que haya cesado el sangrado.

Inserción de la dentadura.-

I.- Se lava y seca el lado tisular de la dentadura.

II.- Se aplica una capa delgada y uniforme de pasta para revelar presión al lado tisular (pasta indicadora de presión).

III.- Se inserta, retira e inspecciona buscando zonas de presión. Se prestará atención especial a las eminencias caninas.

IV.- Cuando se haya determinado que la pasta reveladora de presión fue eliminada por pasar sobre una zona ósea retentiva, se aliviará el lado tisular de la base mediante el desgaste con una fresapa acrílica seguida por un pulido.

Cualquier edema de los tejidos blandos deberá ser considerado, y si se determina que la distorsión en la pasta fue causada por edema no se hace el alivio.

V.- Vuelve a secarse la superficie tisular aplicando de nuevo otra capa delgada de pasta. Se inserta la dentadura, evitando la presión innecesaria e indicando al paciente que degluta varias veces, se retira la dentadura y se inspecciona buscando áreas de presión. Se presta atención especial a la zona de la sutura palatina media y la papila incisal.

Cuando las zonas de presión sean aliviadas por desgaste de la base de la dentadura, el área siempre debe ser pulida con cuidado.

VI.- Se indica al paciente la forma de insertar y retirar la dentadura.

Se inspecciona la aleta labial buscando sobreextensión y se reduce su altura si fuera necesaria. Si existe un frenillo labial, se proporcionará una oscotadura en la aleta para darle cabida.

Corrección oclusal.-

Se espera que si existieran dientes naturales en ambas arcadas, haya pasado el tiempo suficiente para que el sistema nervioso central, se olvide del sitio en que hicieron contacto por última vez los dientes naturales.

I.- Se instruye al paciente para insertar y colocar la dentadura maxilar doglutiendo.

II.- Se asienta la dentadura maxilar en el modelo de remontaje - en el articulador.

III.- Se relacionan los dientes maxilares con el registro mandibular.

IV.- Se inserta el articulador sobre la tabla de montaje.

V.- Se asienta el modelo de remontaje mandibular que ha sido colocado en agua durante un mínimo de cinco minutos sobre la dentadura y se fija al articulador con yeso dental.

VI.- Se hacen registros adicionales para verificar la precisión del montaje.

Cuando se determina que existe una discrepancia en la oclusión - se hace la corrección mediante la alteración de los vértices de las cúspides linguales de los dientes maxilares.

Estos y otros procedimientos de corrección oclusal y sus revisiones se relajan cuando se haya verificado la cicatrización primaria - y no exista edema en los tejidos. Aproximadamente diez días después de la inserción.

En ningún momento debe permitirse que los dientes anteriores permanezcan en contacto si se desarrollara alguno.

Despido del paciente.-

Se le darán las siguientes instrucciones:

I.- No retirar la dentadura inmediata, pero si cualquier prótesis removible antagonista, a la hora de dormir. La dentadura maxilar inmediata será retirada por el dentista en una visita que se hará la mañana siguiente.

II.- Evitar alimentos sólidos, hasta recibir nuevas instrucciones.

III.- Los medicamentos para el dolor tienen que ser prescritos - por el cirujano bucal cuando esté relacionado con el tratamiento o -

por el dentista.

La aspirina en combinación con la codeína suele ser suficiente, - salvo que es^{ta} contraindicada.

IV.- No alarmarse si la saliva presenta evidencias de sangre. - Sin embargo, en caso de sangrado excesivo (que se experimenta para - vez) no vacilar en llamar por teléfono para solicitar instrucciones. Es mejor que el dentista cite al paciente al consultorio, que permitir que el paciente retire la dentadura.

V.- Se utilizará una compresa fría sobre el labio superior. Prevenir contra su uso y el frío excesivos.

Debe colocarse su forma alterna a intervalos de diez minutos durante tres horas.

Primera visita después de la inserción.-

Se le recibe calurosamente y se procede a realizar lo siguiente:

I.- Permitirle lavarse la boca con una tasa de solución astrin - gente tibia y diluida. Se le pide que evite los movimientos exagerados y vigorosos al enjuagarse ya que puede desalojar la dentadura maxilar.

II.- Se pide al paciente retirar cualquier prótesis mandibular - removible e inspeccionar los tejidos blandos buscando señales de - trauma. Se harán las correcciones si se determina que el daño no está relacionado con la oclusión.

III.- Se chequean los movimientos mandibulares con registros.

IV.- Se le indica que retire la dentadura maxilar de la siguiente forma:

Lavar vigorosamente la boca con el enjuague bucal. Cerrar los labios, también las narinas con el pulgar y el dedo medio e hinchar - los carrillos soplando. Esta acción desaloja la dentadura de su sitio facilitándoles el retiro sin traumatizar los tejidos blandos.

V.- Se inspeccionan los tejidos blandos buscando cualquier señal de traumatismo.

VI.- Se revisa la oclusión regresándola al articulador para determinar si los dientes hacen contacto en las mismas zonas que en el día de la inserción.

Si los registros repetidos demuestran un error la oclusión se ajusta alterando los vértices de las cúspides, de otra manera no se realiza ninguna corrección o alteración de los dientes.

VII.- Si el edema del labio superior es mínimo, la aleta labial puede alterarse en cuanto a altura y grosor. Se despide al paciente. Segunda visita después de la inserción.-

Como se afirmó, esta visita se realiza 6 ó 10 días después de la inserción de la dentadura.

Los procedimientos instituidos en la primera visita después de la inserción pueden repetirse con una excepción la corrección oclusal.

Se harán tres registros diferentes interoclusales de cera.

El primer registro se hace en cera pasiva y se remonta el modelo mandibular, según este registro, se asegura un contacto uniforme de las cúspides linguales de los dientes maxilares posteriores mediante la alteración de la superficie de los dientes mandibulares superiores.

El segundo se hace en cera para registros no pasiva, sino sólo reblandecida ligeramente. Se pide al paciente cerrar con cierta fuerza. Se vuelve a montar el modelo de remontaje según este registro y se uniforman las áreas de contacto mediante la alteración de los dientes mandibulares.

Tercero.- Este registro se hace con cera que no ha sido ablandada y el cierre constituye un uno de poder.

Después de la alteración de las superficies oclusales de los dientes mandibulares posteriores, se desarrolla una zona de libertad oclusal con los mandibulares en relación terminal. Es posible verificar esta zona de la siguiente manera:

I.- Con las dentaduras sobre el articulador y con los elementos-condilares fijos en relación terminal, se inserta cinta roja para articular sobre la superficie oclusal de los dientes mandibulares posteriores en ambos lados. Se eleva el vástago incisal y se hacen movimientos golpeando suavemente los dientes entre sí hasta que los puntos en contacto sean revelados sobre la superficie oclusal.

II.- Se pide al paciente insertar y colocar la dentadura maxilar.

III.- Se secan las superficies de los dientes mandibulares posteriores y se pega en ambos lados una tira de cera de corrección oclusal verde, se asegura que la cera se encuentre adherida con firmeza y que no exista aire atrapado entre la cera y la superficie oclusal.

Se moja la superficie de la cera, se inserta la dentadura mandibular y se asegura que esté correctamente asentada.

IV.- Se le dice que haga retrusión de la mandíbula y un movimiento de golpeo enérgico una sola vez.

V.- Se retira la mandíbula y se inspecciona para determinar si las zonas rojas son visibles en las áreas que hayan sido penetradas por los vértices de los cúspides.

VI.- Se retira la cera y se le pide que inserte la dentadura cerrando los dientes hasta entrar en contacto.

Si esto se localiza en la porción anterior de los dientes mandibulares deberán ser alterados. Si los anteriores hacen contacto en la posición de la S, tienen que alterarse los bordes incisales de los dientes mandibulares a menos que surjan problemas se le pedirá que regrese a intervalos de tres meses hasta que estén indicadas otras correcciones importantes.

A).- TIPOS DE PROTESIS INMEDIATA Y VENTAJAS.

Tipos de prótesis inmediata.-

Dentro de lo que se viene diciendo, la prótesis completa inmediata puede ser encarada de diversas maneras que en último análisis, -

pueden reducirse a cinco casos tipo:

I.- Prótesis parcial aditiva: que puede ser transformación de la que usa el paciente, es la prótesis parcial en que se van agregando dientes después de las extracciones.

Tiene ventajas definidas que la indican en muchos casos.

Evita las extracciones masivas, permitiendo un desdentamiento gradual. Por lo mismo, facilita la extracción previa de los dientes posteriores, sirviendo como transición hacia la prótesis inmediata completa. Puede ser más económico el servicio o facilitar su financiación, y, a veces, prestar servicios duraderos.

II.- Férula transitoria: Es algo así como una prótesis económica. Los dientes posteriores son reemplazados por férulas de acrílico que se articulan directamente en boca, añadiendo acrílico autopolimerizable; los dientes anteriores se hacen rápidamente por vaciado de los dientes en la impresión con acrílico de color adecuado, puede ser una solución en ciertos casos por su rapidez y economía de ejecución.

III.- Prótesis sin flanco vestibular: simplifica la construcción. Basta excavar el alvéolo en el modelo e introducir en este 2 ó 3 mm. del diente de reemplazo (se ahí el sobre de intralveolar).

El resultado inmediato suele ser espectacular, al mostrar los dientes emergiendo de la encía. Tiene la ventaja de permitir la atrofia vestibular sin perturbación. Y el inconveniente de requerir la encia artificial al cabo de 15 a 20 días.

IV.- Prótesis inmediata con encía completa: es la más exigente en la técnica de construcción y la preferida por la mayoría, pues reduce el peligro de retención deficiente que puede presentarse en la prótesis sin encía artificial y es más fácil atender al paciente.

V.- Dentadura interna: es una prótesis que se emplea en un período corto por motivo de estética, masticación, soporte oclusal convenional o para condicionar al paciente, para aceptar un sustituto ar-

tificial de los dientes naturales faltantes, hasta que logre proporcionarse un tratamiento protético dental definitivo.

Ventajas.-

Las ventajas de la prótesis inmediata pueden clasificarse en:

Ventajas del punto de vista anatómico.

Ventajas funcionales.

Ventajas estéticas.

Ventajas psíquicas.

Ventajas anatómicas.

Impide la pérdida inmediata de altura, al reemplazar el tope - - oclusal preservando o restituyendo la altura morfológica, por lo tan to, evita violencias a las articulaciones temporomandibulares, impiden el ensanchamiento lingual, impide el colapso labial y el hundimiento de las mejillas.

Ventajas funcionales.-

Permite que la musculatura afectada siga funcionando en sus po siciones normales.

Evita la mayor parte de los trastornos y reajustes fonéticos del desdentamiento, facilita la masticación rápidamente, evitando o redu ciendo los reajustes dietéticos y digestivos. Ayuda a mantener nor - malmente las actividades de la vida de relación.

Ventajas estéticas.-

Esenciales para muchos seres humanos, impidiendo el colapso fa - cial, consecuencia de las pérdidas y transformaciones anatómicas, - con frecuencia permite introducir mejoras a veces considerables.

Ventajas psíquicas.-

Elimina la humillación que sufren muchos pacientes al presentarse sin dientes, permiten mantener el equilibrio espiritual y facilita la continuidad de la vida de la relación, al evitar la influencia del qué dirán.

También facilita la decisión de sacrificar los dientes naturales,

cuando es preciso.

Reduce los trastornos del acostumbramiento a la prótesis.

Otras ventajas que incorporan algunos autores son:

Quirúrgicas.- Actúan como vendaje protector de las heridas, durante los primeros días.

Orgánicas.- Frenar la atrofia ósea, manteniendo mayor proporción de reborde residual.

B.- CONTRAINDICACIONES DE PROTESIS INMEDIATA.-

Las prótesis inmediatas están contraindicadas en los siguientes pacientes:

Enfermedades debilitantes.- Sería preferible para éstas personas no poseer dentaduras para masticación, aunque con los métodos modernos de preparación de los alimentos, así como la existencia de terapéutica a base de vitaminas, la presencia de dientes no es necesaria para satisfacer las necesidades nutricionales a través de períodos cortos.

Afecciones generales.- pacientes en los que extracciones múltiples serían dañinas debido a afecciones generales. Estos incluyen pacientes con trastornos cardíacos, trastornos de las glándulas endocrinas, discracias sanguíneas, y aquellos con un potencial de cicatrización muy lenta.

Trastornos emocionales.- Este gran grupo influye a personas en el período de menopausia y climaterio de la vida.

Deberán ser sometidos a una valoración especial dentro de los procedimientos de elaboración del plan de tratamiento.

Edad avanzada.- Cuya capacidad mental no les permite comprender su responsabilidad dentro del servicio por la incapacidad de recordar las instrucciones.

Indiferentes.- Ya que son indiferentes a las consecuencias de no seguir las instrucciones en la utilización y cuidados de las den-

taduras.

Pacientes con patología periodontal.

Quienes tienen gran pérdida ósea adyacente a los dientes restantes. Los pacientes con ese trastorno de tipo crónico presentarán tejido de soporte que cambia continuamente y con rapidez, dichos cambios se reflejan en las relaciones oclusales de los dientes, y a menos que estas relaciones se mantengan, se presentará una gran pérdida de hueso.

El conservar esta armonía requiere visitas adicionales para re - montar los modelos y corregir las relaciones oclusales para volver a ajustar la base de la dentadura al soporte cambiante.

Si el caso no llena los requisitos anteriores, la contraindicación es formal. No debe intentarse prótesis inmediata en pacientes que no reúnan las condiciones físicas y emocionales adecuadas para requerir el servicio, y afrontar su responsabilidad como corresponde.

CAPITULO III

PROTESIS TOTAL CONVENCIONAL.

Definición.- Es la parte de la odontología que trata de los diferentes métodos que usamos para reponer los dientes en pacientes totalmente desdentados.

Un plan específico para instruir, educar y adiestrar al paciente que necesita una dentadura completa contribuye en mucho para aumentar el porcentaje de casos satisfactorios.

Los minuciosos estudios clínicos efectuados en los últimos años sobre este factor de la construcción y conservación de las dentaduras han dado la explicación a un sinnúmero de misteriosos fracasos.

El fracaso de muchas dentaduras completas tiene su origen, con bastante frecuencia, en los primeros cinco minutos de la entrevista entre dentista y paciente. Este acude al consultorio e inicia la conservación inquiriendo sobre el costo de una placa total, el dentista señala una cifra, el paciente acepta y el facultativo comienza a preparar la pasta de impresión.

Es probable que en estos dos minutos se haya iniciado el fracaso tanto para el paciente como para el dentista, pues se ha ignorado los factores de mayor importancia:

Conocer el estado general del paciente y de su boca.

Los objetivos que persigue la prosiodoncia tienden a devolver al paciente su facultad de masticación; a corregir los contornos faciales, así como los defectos de pronunciación, todo esto ejecutando de manera que el paciente tenga las mínimas molestias antes y después de insertar la prótesis.

Cuando la función masticatoria está alterada por una causa cualquiera, el aparato digestivo realiza un esfuerzo mayor para digerir el bolo alimenticio.

La pérdida total de la dentadura, acarrea la falta de digestión y por consiguiente la mala salud y acortamiento de la vida.

El segundo objetivo se relaciona con el arte de la prótesis y con todos los elementos necesarios para restaurar el aspecto natural perdido por falta de soporte en la musculatura facial y el cambio de la dimensión vertical.

A la pérdida del soporte óseo y del tono muscular, el paciente experimenta un cambio total en el tercio inferior de la cara, apareciendo arrugas presururas en los labios y mejillas y una expresión no acorde a su edad.

El protodencista deberá usar todo conocimiento y todo su arte para llenar los requisitos especiales de cada paciente.

Para el éxito de cualquier tratamiento, es muy importante la historia clínica, diagnóstico y plan de tratamiento como ya se mencionó en el capítulo primero.

Después de haber revisado cuidadosamente al paciente y haber determinado el plan de tratamiento se planea dicho plan.

Primero se selecciona el tipo de cucharilla por la forma y tamaño de los procesos. Para fabricar modelos preliminares o de estudio, si el paciente usa dentadura ésta nos servirá para seleccionar la cucharilla adecuada.

Cucharilla superior: se comprueba el tamaño de la cucharilla sentando la parte posterior en el área de la zona vibrátil y veremos el espacio que existe entre las tuberosidades y la cucharilla, se baja la parte anterior para ver la relación del proceso con la cucharilla.

Si las aletas vestibulares y linguales son cortas se les agregara blanda hasta que quede bien adaptada.

Cucharilla inferior: coloque la cucharilla sobre el proceso y compruebe que la papila retromolar está cubierta así como las demás porciones del proceso.

Cucharillas para impresión: llamadas también cubetas o portaimpresiones, son los instrumentos que utilizamos para llevar el material de impresión a la cavidad oral, sostenerlo ahí mientras se endurece y retirarlo de la boca, para hacer el modelo de estudio o trabajo.

Toma de impresión de modelos preliminares.-

El material adecuado es alginato. Se selecciona el portaimpresiones adecuado a la forma y tamaño de los procesos y se procede a tomar la impresión lo más fiel posible registrando totalmente la morfología anatómica de los procesos. Y se proceden a vaciar para fabricar los modelos de estudio, y éstos nos servirán para fabricar cubetas individuales con acrílico autopolimerizable. Los modelos de estudio se corren con yeso piedra con las indicaciones del fabricante. Fabricación de cucharillas individuales.-

Es necesario poseer un portaimpresiones estable y preciso al registrar los tejidos que cubren la zona del soporte de la dentadura, un portaimpresiones hecho con resina acrílica de autopolimerización utilizando el método de agregar polvo, es preciso y estable.

Se coloca cera rosa toda estación en el modelo superior en bóveda palatina y parte del proceso posterior para que la cera se adhiera a la cubeta y así se recorta la cucharilla 2 ó 3 mm. antes de fondo de saco, para que al delimitar bordes, esté todavía la cera en la cubeta para que no permita una sobreextensión, y permita el sellado que se quiere lograr con modelina de baja fusión ajustando por zonas, para que al terminar de delimitar bordes, tiene que existir cierre atmosférico o vacío, es cuando logramos bien el sellado de bordes y ya logrado éste se retira la cera para crear el espacio al material de impresión para que no desplace los tejidos.

La cubeta debe de tener un grosor de 2 mm. y el sellado de borde debe de quedar más o menos igual.

Toma de impresión final.-

Si el proceso no presenta socavados retentivos el material indicado es pasta zinquenólica, si el proceso presenta socavado retentivo el material indicado es un elastómero (permalastic).

Se procede a tomar la impresión sentando al paciente cómodamente en el sillón y se procede a ajustar la cucharilla superior por zonas que mencioné en el capítulo II con modelina de baja fusión, el sellado de bordes, y ya logrado esto se retira la cera de la cucharilla - y tomamos la impresión final con el material adecuado del proceso - que vamos a impresionar. Y también el mismo procedimiento para la toma de impresión inferior.

Fabricación de los modelos de trabajo.-

Objetivo:

Obtener un modelo de la impresión definitiva, denso, libre de burbujas de aire, de un tamaño y grosor necesario para que las manipulaciones siguientes sean fáciles de ejecutar y que no se fracturen.

Procedimiento: Véase Capítulo II.

Llaves de los modelos maestros o de trabajo.-

El objetivo de fabricar unas muescas en los modelos de trabajo - para poder remontarlos al articulador después de procesada la dentadura o en cualquier momento.

Bases para rodillo.-

La finalidad de fabricar una base para rodillos adaptada perfectamente al modelo maestro, nos servirá de porta-rodillos y posteriormente obtener la dimensión vertical.

Los requisitos que debe reunir la base dura que se adapte fácilmente cierta dureza, estabilidad.

Se puede fabricar con bases duras prefabricadas y con acrílico - autopolimerizable.

La base dura cubrirá toda la zona chapeable tanto en el modelo -

superior como en el inferior.

El borde de la base dura deberá ser redondeada sin prolongaciones filosas para no lesionar al paciente.

Los socavados de ambos modelos se cubrirán con el polvo de asbesto.

Rodillos de oclusión.-

El objetivo de construir un rodillo de cera para base y colocarlo sobre la base dura con la posición y tamaño aproximado para tomar la dimensión vertical, oclusión céntrica y plenitud facial en el paciente.

Para fabricar los rodillos de oclusión se utiliza cera rosa toda estación.

Se calienta la hoja de cera con el mechero de alcohol y se dobla el borde de la hoja, se calienta y continúa doblándola entre sí aplastándola con la loseta tratando de que tenga un grosor de 10 mm.

Se coloca el rodillo en el modelo superior de modo que la parte anterior tenga 11 mm. de alto y 6 mm. en las partes posteriores.

Se trasladan las marcas hechas en el modelo al rodillo. Se medirá 4 mm. a cada lado de esta marca y se recortará el sobrante o agregará el faltante.

El rodillo terminará 10 mm. antes del surco hamular.

Rodillo inferior.-

El procedimiento para fabricar el rodillo inferior será similar que para el rodillo superior.

Se construye el rodillo de modo que la parte anterior tenga 10 mm. y en la parte posterior termine a la mitad de la papila retroalar.

Se revisa la posición del rodillo y se trasladan las marcas hechas en el modelo, a que coincidan con la mitad del rodillo. Se marcará 4 mm. a cada lado de ésta línea y se recortará el sobrante.

La porción anterior tendrá una inclinación de -10° en relación -

de la vertical.

Dimensión vertical.-

El objetivo es para determinar el nivel horizontal y vertical de los dientes artificiales, la relación de espacio entre los maxilares, la relación céntrica, la relación entre los cóndilos y el modelo superior y los movimientos mandibulares de lateralidad y protrusiva.

Pasos a seguir para determinar la dimensión vertical:

Se sienta cómodamente en el sillón al paciente y se procede a hacer lo siguiente:

a).- Se inserta la base dura con el rodillo superior, la retención y estabilidad dependerá de la adaptación de la base dura al modelo de trabajo, si es satisfactoria el paciente la sentirá como la dentadura terminada, lo cual quiere decir que debe tener buena retención.

Si no es así, a veces es necesario usar polvo adhesivo para conferir retención en este paso y los posteriores.

b).- Se marca con la espátula el nivel del rodillo a 1 mm. abajo del berrellón del labio superior.

En un labio normal, solo una pequeña porción de diente estará expuesta, cuando el mismo esté en reposo.

En un labio corto una porción más considerable de diente, estará expuesta cuando está en reposo.

En labio largo normalmente no está expuesta ninguna porción de diente.

c).- Se coloca la platina de Fox sobre el rodillo superior sosteniéndola con los dedos índice y medio de la mano derecha.

Se ajusta la platina al rodillo de modo que la parte anterior de la platina, esté paralela a un plano que pasa a través de las pupilas del paciente llamado plano pupilar.

d).- Trazar el plano de Camper en la cara del paciente.

Este plano será una línea recta que parte de la mitad del trago-

de la oreja, al surco nasolabial.

De modo que ambas partes laterales de la platina estén en posición paralela con el plano de Camper.

e).- La plenitud facial o contorno de la cara y contorno labial deberá ser ajustada solo tentativamente, porque al establecer la dimensión vertical definitiva, la plenitud facial deberá ser revaluada y alterada si es necesario.

Esto se logra haciendo que desaparezca el surco naso-geniano, y las arrugas del labio superior por falta de apoyo de los dientes anteriores.

En este paso también se revisa el perfil del paciente.

f).- Se inserta la base dura y el rodillo inferior asegurándose que esté confortable el paciente. La retención también dependerá de la adaptación de la base dura al modelo de trabajo.

El rodillo inferior deberá extenderse hasta 1 mm. abajo del bermellón del labio inferior.

La clasificación del Dr. Willis ha demostrado que la cara la podemos dividir en tres partes:

- a).- Del principio del pelo al plano interpupilar.
- b).- Del plano interpupilar al borde inferior del labio superior.
- c).- Del surco naso-labial al borde del mentón.

Estas medidas nos ayudarán a disminuir o a acrecentar el rodillo inferior para hacerlo del tamaño adecuado antes de buscar la oclusión céntrica.

g).- Oclusión céntrica tentativa.- Se buscará por tres métodos:

- 1.- Método de punta de lengua.
- 2.- Método de cansancio.
- 3.- Método de acomodamiento.

Método de punta de lengua: se instruye al paciente a levantar su lengua y tratar de tocar la parte más posterior del paladar y al mismo tiempo cerrar su boca.

Se lo pide que lo haga varias veces hasta que el dentista esté seguro que lo ejecuta correctamente.

Ya que estén los rodillos en contacto, se pone una marca a nivel de los molares y se repite el procedimiento para rectificar si ésta marca coincide.

Método de cansancio: hacemos que el paciente abra su boca en su máxima distensión para que trabajen los músculos que abaten la mandíbula. Se deja en esa posición un lapso de tiempo más o menos de dos minutos. Se le ordena que cierre lo más rápidamente posible, para que trabajen los músculos opositores al movimiento anterior, con lo cual hacemos que el paciente cierre en céntrica. La marca del método anterior deberá coincidir con la marca de éste método.

Método de acomodamiento: en éste método, el dentista tomará la mandíbula del paciente por la barbilla, entre sus dedos y estando los músculos masticadores relajados, acomodará la mandíbula en céntrica.

La marca lograda en el primer método deberá coincidir también con la de éste.

h).- Equilibrio de la oclusión.- Estando el paciente con los rodillos de oclusión en contacto, se tratará de separarlos con una espátula, colocándola en la parte anterior, en la parte posterior derecha e izquierda. Deberá presentar la misma dificultad en separarlos en las tres posiciones.

i).- Líneas de rodillo.- Se marcará la línea media de la caras sobre el rodillo superior e inferior.

Las caras mesiales de los incisivos centrales superiores e inferiores, deberán estar adosadas a ésta línea.

La línea de sonrisa se marcará también en el rodillo superior.

El largo del incisivo central será la distancia de ésta línea al borde inferior del rodillo superior.

La línea de comisura se marcará en el rodillo superior estando

los labios en reposo.

j).- Prueba de los modelos.- Los rodillos fuera de la boca son fijados, en su parte interna, colocándose los modelos de modo que no hagan contacto entre sí, en su parte posterior. Y se procede a articular, primeramente se articula el modelo superior y por último el modelo inferior.

Selección de dientes artificiales.-

Para seleccionar los dientes artificiales son diferentes en cada caso y nos podemos ayudar: con las medidas tomadas en la historia clínica, la dimensión vertical y la ayuda directa del paciente, armonizándolos con la edad, sexo, color de su piel, ojos y pelo.

La mejor guía para la selección de dientes artificiales son los modelos de estudio antes de hacer las extracciones pero muy raras veces los podemos obtener. Algunas veces las fotografías nos pueden ayudar.

Otra guía que podemos aprovechar, son las dentaduras actuales.

Para seleccionar la forma de los dientes debemos saber el tipo de cara del paciente. Y esta clasificación de tipo de cara son:

Triangular, cuadrada y ovoide.

Estas formas básicas se pueden combinar y formar lo que llamamos formas compuestas: cuadrada-triangular, cuadrada-ovoidea, triangular-ovoidea.

La forma de los dientes es similar a la forma de la cara y podemos encontrar en el mercado, dientes con ese mismo contorno.

Indicador de dientes, nos dará con mucha precisión la medida del incisivo central superior, tanto en ancho como largo. No deberá ser una decisión definitiva pero sí será un punto de ayuda para la selección de dientes.

Otra guía en la cual nos podemos basar, es la medida de las líneas marcadas en los rodillos de cera: la línea media, línea de sonrisa y línea de comisura.

Con el dentímetro medimos de la línea media a la línea de comisura. De comisura a comisura, será el ancho de los seis dientes anteriores superiores.

Medimos la distancia entre la línea de sonrisa y el borde del rodillo superior nos dará el largo del incisivo central, ambas medidas nos servirán en la selección de los dientes artificiales.

Otros factores que nos ayudarán son los siguientes: sexo, edad, color.

Sexo.- Si el paciente es de sexo femenino y de personalidad delicada, se usarán dientes redondeados, laterales pequeños, caninos más angostos que los centrales y con curvatura labial suave.

Si es de sexo masculino de características toscas, usaremos dientes más angulosos, laterales más anchos, caninos iguales que los centrales y con curvatura labial más pronunciada.

Se observará el perfil del paciente para seleccionar la curvatura labial de los dientes anteriores.

Color.- Para pacientes jóvenes se usan dientes blancos, para pacientes ancianos se usa dientes oscuros.

La tez oscura, cabello oscuro, los ojos oscuros influyen para seleccionar dientes oscuros.

La tez blanca, los ojos claros, el pelo rubio, influirá para seleccionar dientes claros.

Los dientes de acrílico deberán ser usados en las siguientes situaciones:

- I.- Espacio inter-maxilar corto.
- II.- Pacientes ancianos y debilitados.
- III.- Pacientes con escaso proceso alveolar.
- IV.- Dentaduras con antagonistas de dientes naturales.

Los dientes de porcelana no deben de usarse porque son muy agresivos con el proceso residual, y nosotros precisamente es lo que queremos conservar.

Se procede a articular.-

Y el siguiente paso es prueba de la dentadura en cera.

Prueba de la dentadura en cera.-

El objetivo de esta prueba es: valorizar el nivel de los dientes artificiales, la dimensión vertical, la relación céntrica, la estética de la dentadura, fonación, todo esto en la boca del paciente.

Procedimiento a seguir:

I.- Insertamos la base dura superior y preguntamos al paciente - si está comfortable.

Vemos el nivel de los incisivos anteriores y revisamos lo siguiente: en un labio corto solo una porción de diente está visible.

En un labio largo normalmente no se nota ninguna porción de diente.

En un labio normal enseñará 1 mm. de diente cuando el labio está en reposo.

II.- Con la platina de Fox en su parte anterior con el plano pupilar deberá ser paralela.

III.- Con la misma platina las partes laterales de la misma deberán ser paralelos al plano de Casper.

IV.- Planitud facial.- Aquí es muy importante revisar el soporte que la dentadura está dando a la musculatura facial. Si es necesario se alterará el contorno de la cera.

V.- Introducimos la base dura inferior y preguntamos al paciente si está comfortable.

Con el pic de rey, revisamos las medidas de la cara para estar seguro que no las hemos modificado.

VI.- Revisamos la oclusión por los tres métodos:

- a) Punta de lengua.
- b) Consorcio.
- c) Acomodamiento

VII.- Fonética. Le pedimos al paciente que pronuncie palabras --

con la letra S, F, M, P y T.

VIII.- Se revisa la posición de los dientes anteriores:

a) La cara mesial de los incisivos anteriores deberá coincidir con la línea media.

b) Los cuellos de los dientes deberán estar en la línea de sonrisa.

c) La cara distal de los caninos estarán en la línea de comisura.

d) Se revisa el encerado en las caras palatinas que nos ayudará a la fonación.

e) El color, tamaño y forma de los dientes, deberán mostrarse al paciente para que nos de su opinión sobre la prótesis.

Festoneado de la dentadura.-

La finalidad del festoneado es, restaurar el contorno de la cera, con el fin de simular la encía normal en tamaño, forma, grosor, para dar un soporte apropiado a la musculatura facial, y proporcionar un espacio adecuado a la lengua.

Enfrascado.-

El objetivo es colocar la dentadura artificial terminada en cera junto con el modelo, en la mufa, rellenándolo con yeso los espacios para cambiar posteriormente la base de la misma que es de base dura y cera por acrílico de cocimiento para dentaduras artificiales.

Post-Dam.-

Se rebaja en el modelo en la zona del añ, con el diseño previamente hecho al tomar la impresión, para conferir a la dentadura un sellado posterior evitando la introducción de aire y por consiguiente evitando pérdida de retención.

Este procedimiento se hace antes del enfrascado de la dentadura.

Desgaste selectivo.-

Se coloca los modelos en el articulador para corregir los errores en la oclusión, debidos a pequeños cambios de posición de los dientes que tienen lugar en el encerado, enfrascado y procesado. Ob-

teniendo un contacto correcto de los dientes en las posiciones de -
céntrica, lateralidad y protusiva.

El propósito del remontaje y el desgaste selectivo es eliminar -
las áreas de interferencia entre los dientes superiores y los infe-
riores, cuando se haga cualquier movimiento.

Un balanceo perfecto y una función de oclusión correcta, es el -
factor probablemente más importante en la fabricación de una dentada-
ra artificial.

Recepción del modelo.-

Después de haber terminado el desgaste selectivo deberá remover-
se el modelo de la dentadura, para proceder al terminado y pulido de
la misma. El procedimiento para el desenfascado depende principal -
mente de los socavados encontrados en los modelos maestros.

En el superior, los lugares más comunes son las tuberosidades y-
el flanco labial a nivel de los caninos. En la inferior están en el
flanco lingual posterior y en el flanco labial a nivel de los cani-
nos.

Se tendrá extremo cuidado a medida que aumenta la severidad de -
estos socavados.

Terminado y pulido de la dentadura.-

La finalidad del pulido es, remover cualquier exceso de acrílico -
de la dentadura, preservar el borde periférico como fue formado -
en la impresión definitiva y alisar por medio de abrasivos de grano-
cada vez más finos, la porción externa de la dentadura sin deformar-
el festoneado.

Si el encerado fue ejecutado correctamente, el pulido de la den-
tadura no tomará mucho tiempo.

El grosor y el tamaño de la dentadura, no se utilizará mucha pr-
sión o alta velocidad para no cambiar o reducir dicho grosor.

Inserción, cuidado y conservación de la dentadura.-

El dentista tendrá mucho cuidado de que ambas dentaduras no molestasen perceptiblemente al paciente por la presión a que están sometidas las zonas chapeables superior e inferior. La mucosa deberá resistir la presión uniformemente.

Se revisa la adaptación de la zona chapeable con pasta indicadora de presión. Se pinta ésta con pincel en toda la zona chapeable y se sienta la dentadura, haciendo presión con los dedos en la región de los molares, se extrae la dentadura y se examina revisando cualquier área de presión y si hubiera alguna, se rebaja con un fresón a baja velocidad. Se repite el procedimiento hasta que la sobrepresión desaparezca.

Se le pide al paciente que los primeros quince días no se le quite para dormir, para que se acostumbre más rápidamente a ellas.

Que utilice alimentos blandos también durante quince días.

Limpieza de la dentadura.-

Deberá hacerse el aseo de la dentadura encima de un lavabo para que si se le cae, el golpe se atenue si es que se le llegara a resbalar de las manos.

Deberá cepillarse después de cada comida, con agua y jabón o polvo de limpieza muy suave, para evitar la acumulación de alimentos.

Se cita al paciente para un examen y ajuste a las 48 horas, en ésta cita se revisará la sobreextensión de los flancos, tanto vestibular como lingualmente.

Se utiliza una pasta indicadora de presión y se revisa zona por zona, tanto la superior como la inferior. Cuando el caso ha permanecido 2 semanas y los tejidos no presentan irritación, se dará de alta al paciente.

a).- INDICACIONES.-

En términos generales la prótesis total, está indicada toda vez que la dentadura completa sigue siendo el único recurso disponible para rehabilitar la patología de la edentación siempre y cuando su procedimiento no signifique un perjuicio mayor.

Una dentadura completa es un recurso capaz de integrar el equilibrio orgánico del sistema masticatorio restableciendo las deficiencias mecánicas, estéticas y funcionales, evita en la medida de lo posible la paulatina e inapreciable resorción por falta de estímulos de los rebordes residuales.

1).- Indicación esencial.- Es relativamente sencilla y conviene anotar sus especificaciones:

Dentadura completa superior e inferior, ninguna preparación previa, técnica clínica y de laboratorio convencionales, dientes de porcelana, de resina, acrílico o combinados.

2).- Indicación complementaria.- En este caso, y referidas al paciente, son la aclaración de las características protéticas incluidas, se le explicará la importancia de la adaptabilidad orgánica inicial y durante el período de ajuste necesarios.

Se procura mediante unos pocos elementos de juicio a descubrir las características favorables de una boca edéntula normal: cuando los maxilares son sanos las relaciones maxilomandibulares normales y el estado orgánico y mental saludables.

b).- VENTAJAS.-

Una dentadura completa es un recurso capaz de integrar el equilibrio orgánico del sistema masticatorio restableciendo las deficiencias mecánicas, estéticas y funcionales.

Evite en la medida de lo posible la paulatina e inapreciable resorción por falta de estímulos de los rebordes residuales.

CASO CLINICO No. 1

Nombre del paciente: Roberto Mayboca Mayboca

Edad: 45 años

Ocupación: Empleado de imprenta

Domicilio: Hina Final No. 420

Colonia: Olivares

Motivo de consulta: Bastante movilidad en las piezas anteriores.

Perfil del paciente: El paciente se presentó acompañado de su hijo, era un tipo de paciente cooperador, a pesar de que nunca había recibido tratamiento dental.

Datos generales: El paciente se encontraba en buen estado de salud, no habiendo padecido ninguna enfermedad - desde hace 2 años solamente problemas de resfriado y anginas.

Datos básicos: El paciente relataba poco dolor en las piezas anteriores debido a su movilidad y a la inflamación que traía.

Diagnóstico: Periodontoclasia (piorrea)

Tratamiento:

Extracciones múltiples y levantamiento de colgajo y confección - de las prótesis inmediatas. Uno de los problemas que suscitaron fue al insertarse la guía transparente, ésta no asentaba bien en el proceso y trató de remediarse por medio de la regularización de proceso, en zonas altas nos guiamos con la guía transparente, la cual se repitió por varias veces, otro de los problemas que se suscitaron - fue la estabilidad de la placa que se tenía que hacer después de dos o tres días pues la inflamación tenía que desaparecer, ya habiendo - desaparecido ésta se hizo la corrección de la oclusión.

Otro problema fue de dolor, el cual fue leve al igual que la inflamación y esto se remedió con medicamentos.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA B'8'107'1

CASO CLÍNICO No. 2

Nombre del paciente: Anando Pérez Rocha

Edad: 39 años

Ocupación: Agente de ventas

Dirección: Yucatán No. 325 Norte

Ciudad: Culliacán, Sin.

Motivo de la consulta: Presencia de restos radiculares y movilidad - en las piezas remanentes.

Perfil del paciente: El paciente llegó al consultorio con presencia de sangrado gingival y movilidad dentaria, el paciente se mostraba tranquilo, asable y coope_rador.

Datos básicos: En el examen bucal se pudo ver y apreciar la - destrucción de las piezas en grado suso, obser_vando en las piezas posteriores restos radicu_lares.

Antecedentes del caso eran: Presencia de fistulas, sangrado gingi_val que se presenta al cepillado en ocasiones-dolor.

Diagnóstico: Destrucción de piezas, abscesos apicales y pe_riodontosis.

Tratamiento:

Al paciente se le hicieron simples extracciones ya que el estu-dio radiográfico no reveló la presencia de crestas interdentarias, - que pudieran poner en peligro la estabilidad de la prótesis, porquedespués de terminada la operación se colocó la prótesis.

La prótesis inmediata teniendo que hacer unas pequeñas correccio_ones, como fue el problema de la guía de Sears que cuando se insertaba se veían zonas isquémicas, lo cual se rebajó en la guía transpa-rente.

Otro de los problemas que se suscitó fue el del flanco vestibulo -

lar que se encontraba un poco largo y se remedió rebajando con piedras montadas poco a poco, así como también fue la corrección de la oclusión que se trató haciendo desgaste en los contactos altos.

CASO CLINICO No. 3

Nombre del paciente: Jorge Palafox López

Edad: 49 años

Ocupación: Ingeniero

Dirección: Balderrama No. 100 Villa de Seris

Ciudad: Colliacán, Sin.

Motivo de consulta: Revisión.

Perfil del paciente: El paciente se presentó a la consulta dental - por indicaciones de su médico, el cual ya ha - bía estado en un consultorio, pero aún así se mostraba inseguro y nervioso.

Datos generales: El paciente se encontraba con problemas diges - tivos y venía varios días así y es por eso que el médico lo remitió al dentista por el estado bucal en que venía.

Durante el examen bucal el paciente se encon - traba que tenía la mayoría de sus piezas des - truidas por las caries y al igual se encontra - ban bolsas periodontales en algunas piezas, - así como movilidad en las piezas posteriores, además presentaba exostosis a nivel del proce - so anterior superior observándose muy volumino - so.

Diagnóstico: Destrucción de las piezas permanentes debido a caries y en algunas piezas con problemas de - bolsas periodontales debido a la acumulación - del tártaro excesivo que traía.

Tratamiento:

Extracciones de las piezas posteriores primeramente, después se - procedió a extracciones de las piezas anteriores, a este paciente se le hizo una prótesis inmediata sin flanco vestibular debido a las -

protuberancias óseas en vestibular superior y se vió que uno de los problemas para la inserción de la prótesis inmediata fue que la retención era un poco débil, así como estaba un poco larga la parte de los dientes anteriores donde estaban los cuillos, esto se remedió rebajando con piedra montada, la retención era aceptable, aún así se indicó polvo adhesivo para ayudar al paciente para que mantuviera la prótesis más firme y se le explicó al paciente que después de pasados unos días se le haría un rebase y se le pondría un flanco ves tibular.

La estabilidad era deficiente, pero se corrigió después con la realización de un rebase y se le explicó al paciente que después de que hubiesen pasado varios meses se le pondría una placa total nueva, con un flanco vestibular.

CONCLUSIONES.

El propósito de este trabajo de tesis es el de tratar al Cirujano Dentista que se quiera superar y conozca y domine la prótesis inmediata y sus ventajas, desventajas, así como la prótesis total inmediata.

Para que tenga un mejor aprovechamiento y mayor satisfacción de su práctica diaria.

Sabemos de antemano que la prótesis inmediata es una de las ramas de la Odontología que se debe realizar dándole la importancia debida. La finalidad de la misma es de vital importancia pues se logra ponerla en el paciente justo en el momento después de hacerle las extracciones.

Esta es precisamente una de sus ventajas, lo cual no se logra con la prótesis total convencional.

La fase quirúrgica es menos traumática para el paciente porque en ésta no hay desdentamiento y el paciente se adapta más rápidamente a la prótesis, sin tener miedo al desdentamiento.

Lo estético para el dentista es importante pero en realidad, lo más importante de una prótesis inmediata es la funcionalidad correcta de la misma que debe ser lo mejor realizada para evitarle problemas posteriores al paciente.

El dentista ya sea que con cualquier método o tratamiento a realizar deberá de darle gusto al paciente con la estética y al igual con su funcionamiento.

Y se llegó a la conclusión de que la mayoría de los pacientes reciben un beneficio positivo porque eliminan el miedo de verse diferentes.

Los pacientes salen del consultorio con un duplicado de sus dientes, tamaño, forma, color y posición.

Así como esto no se logra en protodoncia total y la selección de sus dientes es más arbitraria, y es más deficiente la capacidad de adaptación en protodoncia total mediata.

Así el paciente tendrá las opciones a elegir de cuál será el tratamiento que más le convenga, así como sus necesidades.

BIBLIOGRAFIA.

Tratamiento del Desdentado Total.

M. O. Capusselli.

T. Schwartz.

Segunda Edición.

Editorial Hundi, S. A.

Prótesis Progreso en la Práctica Odontológica.

Serie VII.

Volumen III.

Editorial Hundi.

Prostodencia Total.

Sheldon Minkler.

Nueva Editorial Interamericana, S. A.

1982.

Prostodencia Total.

José y Ozawa Deguchi.

1963.

Prostodencia Total.

Pedro Zaizar

Editorial Hundi.

Buenos Aires.

1972.

Dentaduras Completas.
Herrill G. Swanson
Editorial Hispano-americana.
1955

Manual de Prótesis Total.
Robles Santana y Herrera Urbina.
Editorial U. A. G.
Guadalajara, Jal., Mex.
1975.

Principios de Clínica Odontológica.
Joseph E. Chastoon.
Editorial El Manual Moderno.
México, D. F.
1981.