



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**DENTADURAS COMPLETAS
INMEDIATAS**

T E S I S

Que para obtener el título de:

Cirujano Dentista

p r e s e n t a :

EULOGIO R. GARCIA VARGAS



México, D. F., 1985



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

DENTADURAS COMPLETAS

INMEDIATAS

I N D I C E

	Pág.
I.- GENERALIDADES.....	1
II.- DETALLES ANATOMICOS DE LA CAVIDAD ORAL Y MUSCULOS PRINCIPALES DE LA MASTICACION.....	3
III.- TIPOS DE PROTESIS INMEDIATA.	9
IV.- VENTAJAS Y DESVENTAJAS.....	11
V.- IMPRESIONES.....	15
VI.- ELABORACION DE LAS CUCHARILLAS INDIVIDUALES.	20
VII.- RECTIFICACION DE LA CURVA MUSCULAR.....	22
VIII.- IMPRESIONES DEFINITIVAS.....	24
IX.- RODETES DE OCLUSION.....	26
X.- RELACIONES INTERMAXILARES.....	28
XI.- SELECCION Y ARTICULACION DE DIENTES.....	32
XII.- PREPARACION DE LA TRASBASE QUIRURGICA.....	35
XIII.- CIRUGIA Y COLOCACION DE LA PROTESIS	37
XIV.- INSTRUCCIONES POSOPERATORIAS.....	39
CONCLUSIONES.....	42
BIBLIOGRAFIA.....	45

C A P I T U L O I

GENERALIDADES

Prótesis inmediata:

Definición:- A la prótesis inmediata la podemos definir - como aquel aparato (protésico) que se construye antes de hacer la o las extracciones de la boca del paciente para ser colocado inmediatamente después.

Algunos autores no están de acuerdo en considerar prótesis inmediata tan sólo aquella prótesis construída antes de las extracciones, si no que reconocen a todas aquellas prótesis colocadas hasta algunos días después de las extracciones - como parte de las circunstancias que caracterizan a la prótesis inmediata: basándose en que el paciente no se ha acostumbrado ha estar sin dientes.

El aparato es colocado sobre brechas quirúrgicas, sólo cubiertas por sus coágulos o por sus colgajos aún no consolidados y, por lo tanto, durante el primer período se debe atender simultáneamente a la instalación de la prótesis, al posoperatorio que evoluciona en contacto con ella, y a la atrófia cicatrizal.

En la definición que se dió anteriormente de prótesis inmediata se dice que puede ser inmediata al reemplazar un solo diente o bien la totalidad de estos. En éste trabajo, en particular se hablará exclusivamente de la prótesis inmediata total ó Prótesis Total Inmediata.

En los últimos años se han colocado gran número de prótesis inmediatas, debido a las ventajas que ofrece éste tratamiento, por lo tanto el paciente es motivado y en muchas ocasiones el exige éste tratamiento, porque le evita cualquier cambio en su aspecto, así como situaciones incómodas durante el período en el que se encuentra desdentado. Así, éste tipo de tratamiento es muy conveniente para que los pacientes puedan seguir en condiciones óptimas (principalmente de tipo psicológico) y estéticas sus actividades de tipo social y de negocios sin problemas ni experiencias desagradables.

El tratamiento de la dentadura inmediata debe comenzar cuando se haya decidido que es necesario extraer todos los dientes.

Se deben hacer modelos de estudio y guardarlos para referencias posteriores, así como efectuar diagnósticos y pronósticos completos.

C A P I T U L O I I .

DETALLES ANATOMICOS DE LA CAVIDAD ORAL Y MUSCULOS PRINCIPALES DE LA MASTICACION.

La cavidad bucal está dividida en dos compartimientos que son:

- 1.- El vestíbulo.
- 2.- La cavidad bucal propiamente dicha.

EL VESTIBULO se puede subdividir en dos porciones:

Labial.

Bucal.

Y se encuentra relacionado con los labios y las mejillas respectivamente. Su límite es por la mucosa de los labios y de las mejillas.

Su límite lingual está formado por la superficies labiales y bucales de los dientes naturales de la mucosa alveolar adyacente.

La abertura anterior al vestíbulo se realiza a través de la fisura oral. La comunicación entre el vestíbulo y la cavidad bucal (con los dientes naturales) está entre los dientes superiores e inferiores cuando la mandíbula se encuentra desplazada hacia abajo de su posición oclusal habitual. En ausencia de los dientes, la comunicación se continúa a través de los rebordes residuales. Los límites superior e inferior del vestíbulo se llama fornix, constituyendo el repliegue de la mucosa del labio y de la mejilla en el reborde alveolar. La muco

sa está, estrecha y firmemente unida las fibras de los músculos buccinadores y orbicular de los labios , pero en la bóveda hay un tejido unido laxamente al de la submucosa así como un ligamento movable de la membrana mucosa al músculo o hueso fundamental.

En el vestíbulo superior e inferior se encuentran normalmente tres frenillos. El frenillo labial se encuentra localizado en la línea media, puede ser único o múltiple, los otros -- dos frenillos en cada vestíbulo reciben el nombre de frenillos bucales, se localizan en el área de premolares y también pueden ser únicos o múltiples.

El conducto salival parotídeo (de Stenon) se abre en la pared lateral del vestíbulo bucal a nivel del cuello del segundo molar superior.

El vestíbulo bucal maxilar y el fornix deben ser cubiertas hasta los límites funcionales en esta zona por la prótesis.

La propia cavidad bucal.- Se extiende desde las superficies linguales de los dientes y del reborde alveolar el istmo orofaríngeo.

Esta es la comunicación entre la cavidad bucal y la faringe posteriormente. El techo de la cavidad bucal llamado paladar es el suelo de la cavidad nasal. El paladar se divide en: paladar óseo o duro y paladar blando o velo palatino. En muchas ocasiones podemos encontrar una protuberancia ósea llamada torus palatinos que se localiza en la unión intermaxilar.

Estos torus si son muy notables y que nos quiten la retención de la prótesis debemos retirarlos quirúrgicamente y si no es así tan solo haremos una zona de alivio.



El rafé palatino es una estrecha línea que va desde la óvula hasta las papilas incisivas e indican el desarrollo original del paladar en sus dos mitades.

Las arrugas palatinas se encuentran situadas en la parte anterior del paladar duro, atras de los incisivos, están compuestas de tejido fibroso denso, éstas pueden intervenir en la articulación del lenguaje.

Papila incisiva.- Es una elevación del tejido justamente en la línea media del paladar lingual a los dientes incisivos centrales.

Con la resección del reborde alveolar, estas papilas pueden llegar apoyarse en la cresta del reborde. En esta zona es necesario un alivio en nuestra prótesis.

El paladar blando.- Es una gruesa lámina fibromuscular -- que se extiende hacia atrás desde el borde posterior del paladar óseo está formada principalmente por los músculos y faringostafilino, palatogloso y de la óvula con uniones aponeuróti

cas del tensor del velo del paladar, que se extiende posteriormente desde el borde del paladar óseo y las uniones superiores de los músculos elevadores del velo del paladar.

El pliegue palatogloso o istmo de las fauces contiene el músculo palatogloso.

El pliegue faringopalatino o pilar posterior del velo del paladar, contiene fibras del músculo faringopalatino.



El suelo de la cavidad bucal está formado por el dorso de la lengua hacia atrás y por la punta de la lengua más la mucosa que cubre el espacio libre debajo de la parte anterior de la lengua.

La lengua es un órgano compuesto de ocho pares de músculos y un par, presenta una punta, dos superficies laterales, un dorso y una raíz.

La punta y los bordes laterales de la lengua están en contacto con la superficies linguales. Las papilas gustativas se encuentran en la lengua y en el paladar blando.

Frenillo Lingual.- Es un pliegue mucoso que fija la lengua al suelo de la boca anteriormente a la mandíbula.

La superficie superior de las glándulas sublinguales y los conductos de las glándulas submaxilares forman los pliegues

sublinguales en la mucosa del espacio sublingual.

Los pliegues convergen en la parte anterior y terminan a cada lado del frenillo lingual en una pequeña elevación llamada carúncula sublingual.

Los músculos principales de la masticación son cuatro:

TEMPORAL.

Es un músculo grande en forma de abanico que ocupa la fosa temporal.

Su inserción superior es en la línea curva del temporal - en la fosa temporal y en el arco cigomático, de aquí sus fibras se dirigen hacia la apófisis coronoides y se inserta en la cara interna, su vértice y sus dos bordes.

Este músculo interviene principalmente para dar posición al maxilar durante el cierre de la boca y este músculo es el más sensible a las interferencias oclusales.

MASETERO.

Es un músculo de forma rectangular formado por dos haces musculares principales; superficial y profundo.

El superficial va del arco cigomático de su borde inferior al ángulo de la mandíbula.

El profundo va del arco cigomático a la cara externa de la rama ascendente.

Su función principal es la elevación de la mandíbula y juega un papel importante en el cierre del maxilar cuando simultáneamente éste es protruído.

PTERIGOIDEO INTERNO

Es un músculo de forma rectangular, cuyo origen es en la fosa pterigoidea y desde aquí se dirige hacia abajo, atrás y - afuera hasta la cara interna del ángulo de la mandíbula.

Su función principal es la elevación y colocación en posición lateral del maxilar inferior.

Este músculo es muy activo durante la protrusión simple.

PTERIGOIDEO EXTERNO.

Este músculo tiene la forma de un cono cuya base corresponde al cráneo y el vértice al condilo.

Presenta dos fascículos: el superior y el inferior.

El superior se inserta en el ala mayor del esfenoides que forma la fosa cigomática. El inferior se inserta en la cara externa de la apófisis Pterigoides. Desde este punto los dos fascículos del músculo se dirigen hacia atrás en busca de la articulación temporomaxilar, se unen entre sí y se insertan juntos en el cuello del condilo y en el menisco articular.

La función principal de este músculo es impulsar el condilo hacia adelante y al mismo tiempo desplazan el menisco en la misma dirección.

C A P I T U L O I I I

TIPOS DE PROTESIS INMEDIATA

Las prótesis completas inmediatas pueden ser descritas de diferentes maneras y las clasificaremos en cuatro casos; que son:

- a).- Prótesis parcial aditiva.
- b).- Férula transitoria o momentanea.
- c).- Prótesis inmediata completa abierta (o sin flanco -- vestibular).
- d).- Prótesis inmediata completa cerrada (o con encía completa).

PROTESIS PARCIAL ADITIVA.

Es aquella prótesis que como su nombre lo dice es la prótesis parcial en la que se van agregando dientes después de cada extracción.

Este tipo de prótesis presenta ventajas definidas, que se pueden indicar en muchos casos, entre algunos de ellos tenemos: nos evita hacer extracciones masivas, lo cual nos permite hacer un desdentamiento gradual. Por lo tanto, facilita la extracción previa de los dientes posteriores, sirviendo como transición hacia la prótesis inmediata completa. En este tipo de prótesis puede ser más económico el servicio o facilitar su financiamiento.

FERULA TRANSITORIA.

Aquí los dientes posteriores son reemplazados por férulas

de acrílico que se articulan directamente en boca, añadiendo acrílico de autopolimerización; los dientes anteriores se hacen rápidamente por vaciado de los dientes en la impresión, con acrílico del color adecuado.

Este método puede ser una solución en ciertos casos, por su rapidez y economía de ejecución.

PROTESIS SIN FLANCO VESTIBULAR.

En éste tipo de prótesis basta excavar el alveolo e introducir en éste 2 ó 3 milímetros del diente de reemplazo (por eso también se le conoce con el nombre de intraalveolar). Los resultados inmediato de esta técnica suelen ser espectaculares, al mostrar los dientes emergiendo de la encía. Esta técnica tiene una gran ventaja de permitir la atrofia vestibular sin problemas. También ésta técnica nos presenta un inconveniente de requerir la encía artificial al cabo de 15 a 20 días.

PROTESIS INMEDIATA CON ENCIA COMPLETA

Esta técnica es la más empleada por la gran mayoría de los dentistas, pues reduce el peligro de una retención deficiente, que puede presentarse en las prótesis sin encías artificiales.

C A P I T U L O I V

VENTAJAS Y DESVENTAJAS

Las ventajas de éste procedimiento son múltiples y favorecen tanto al cirujano dentista como al paciente, y podemos clasificarlas en cuatro factores principales que son:

- 1.- Psicológicas.
- 2.- Estéticas.
- 3.- Anatómicas.
- 4.- Fisiobiológicas.

PSIQUICAS.

En éste aspecto la prótesis inmediata favorecen el estado de ánimo, ya que ayuda a eliminar la "humillación" que sufren muchos pacientes al presentarse sin dientes, favoreciendo en ésta forma la continuación de sus actividades en su vida de relación, social, comercial, profesional ó de cualquier otra índole.

Facilita la decisión de sacrificar los dientes naturales cuando es preciso, reduce los trastornos del acostumbramiento a la prótesis.

ESTETICAS.

Permite la reproducción fiel y exacta de los rasgos fisonómicos del individuo y las características faciales que dependen de la relación craneana con la posición de los dientes logrando si es necesario variar la distancia nasomentoniana o --

bien conservar los atributos de forma, color, tamaño y posición particular de cada diente.

ANATOMICAS

Impide la pérdida inmediata de altura, al reemplazar el tope oclusal preservando o restituyendo la altura morfológica.

Evita violencias a la articulación temporomandibular. Impide el ensanchamiento lingual, el colapso labial y el hundimiento de las mejillas.

FISIOBIOLOGICAS

Estimula la regeneración de los tejidos por la suave e intermitente presión que se obtiene. La cicatrización se realiza en las mejores condiciones y según varios autores, el proceso de resorción ósea se realiza con menor rapidez favoreciendo el depósito de sales minerales que intervienen en la reparación del hueso, además éste tipo de prótesis tiene efecto de apósito, ya que la prótesis ofrece a las heridas de la extracción y alveolectomía, por lo tanto éste apósito tiende a controlar la hemorragia, también ayuda en gran medida a evitar la contaminación de éstas y mantener a los fármacos y otros agentes terapéuticos, en el lugar de las heridas.

DESVENTAJAS

Las desventajas son mínimas y que son:

1.- Para realizar éste tipo de prótesis deberá emplearse una técnica de buena precisión. lo que es posible que no todos pueden dominar y como consecuencia de esta inhabilidad los aparatos contruídos provocaran lesiones en proporción mayor de la debida, lo que hará que fracase la prótesis y se le reste prestigio al sistema.

2.- El factor económico se considera como otra desventaja, sobre todo en el paciente con escasos recursos económicos ya que el servicio que presta este tratamiento es de poca duración, debido a que después de unas semanas ésta necesitará de rebaces y reajustes o bien de una nueva prótesis.

3.- El descubrimiento de los errores o fallas técnicas que pueden ser de laboratorio o clínicas, nos daremos cuenta de ellas después de la intervención quirúrgica final.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Además de indicaciones y contraíndicaciones de toda prótesis total, la prótesis inmediata requiere de:

1.- Que la edad y el estado general del paciente permitan la o las intervenciones quirúrgicas que se requieran.

2.- Que el paciente desee éste tipo de servicio y esté dispuesto aceptarlos con todo su contenido implícito.

3.- En los pacientes que han sufrido terapia con irradiación.

ciones éstos están contraindicados para hacerles éste tratamiento o bien el tratamiento convencional debido a que puede producirse una osteorradionecrosis.

C A P I T U L O V

IMPRESIONES

Primero definiremos que es una impresión, la cual diremos que es la reproducción de la forma negativa de los tejidos de la cavidad bucal que constituye la superficie de asiento de la prótesis.

La impresión se toma para obtener un modelo que es la copia positiva de la forma y tamaño de los mismos tejidos bucales.

El procedimiento que se sigue en el tratamiento de las prótesis inmediatas son los mismos de una dentadura normal.

Decidido el procedimiento de la prótesis inmediata, debemos de obtener unos modelos de estudios antes de realizar las extracciones y guardarlos para referencias posteriores.

El plan óptimo a seguir es de extraer todos los dientes posteriores excepto los premolares antagonistas, o de preferencia bilaterales, también dejar los anteriores y dejar que se curen las heridas completamente antes de tomar las impresiones. Estos dientes remanentes que dejamos hacen las veces de topes en céntrica para evitar el cierre de la distancia intermaxilar durante el período de cicatrización.

La remoción de los dientes posteriores de cuatro a seis semanas antes de tomar las impresiones asegura al odontólogo una facilidad mayor para el establecimiento de la altura y an-

cho de los bordes posteriores de las prótesis terminadas.

Es posible evitar éste procedimiento que se realiza en -- dos etapas y realizarla en una sola, que consiste en hacerla - sin la extracción de ninguna pieza, sin embargo esto va en de-- primimento de las probabilidades que tiene el odontólogo de to-- mar impresiones exactas de las potenciales superficies de ---- asiento.

De preferencia antes de que tomemos estas impresiones se aconseja la realización de un raspaje y curetaje cuando obser-- vemos que en las piezas se encuentre mucho sarro y por lo tan-- to también habrá inflamación por la falta de aseo.

Esta fase sanitaria o higiénica nos reducirá el edema a - la hora de hacer las extracciones y de gran ayuda a la cicatri-- zación posoperatoria.

Pasos a seguir en la toma de las impresiones prelimina--- res:

Las impresiones las vamos a tomar con cubetas comerciales metálicas perforadas o bien sin perforaciones pero que tengan retenciones internas, para evitar que el material se nos desa-- loje de la cubeta. Estas cubetas deberán tener la caracteristi-- ca de que en la parte anterior debe incluir dientes. Debemos - seleccionarla a la medida requerida, que sea aproximadamente - medio centímetro más amplia que la superficie externa del re-- borde residual.

Se le pone la cera que convenga para conseguir topes que

eviten que la cubeta quede asentada demasiado lejos hacia ---- atrás, demasiado lejos hacia arriba y excesivamente lejos hacia un lado hacia un lado y otro.

Dos de estos topes se sitúan por encima de las áreas molares, y se coloca una plataforma de cera en la zona del reborde anterior de la cubeta, (como se muestra en la figura).



Los rebordes incisivos de los dientes se verán forzados a introducirse dentro de esta plataforma a la profundidad suficiente. Estas marcas actuarán como tope anterior.

Los topes posteriores deberán colocarse para obtener un espacio similar en el área molar. La cera se debe colocar a través del borde posterior de la cucharilla superior. También se les puede agregar a los bordes de la cubeta una tira de cera de encofrado (utility) de modo que se forme un reborde que nos va a proporcionar la extensión adecuada de la impresión.

Ya que tenemos bien seleccionada y preparadas nuestras cucharillas procederemos a la toma de impresión.

En la toma de impresiones para prótesis inmediatas el material que utilizaremos debe ser elástico como es el hidrocoloide y el mercaptano. Ya que un material inelástico como es la pasta zinquenolica se fracturaría al retirarla debido a las retenciones que presentan los dientes existentes.

La mayoría de las veces se prefiere el alginato en la toma de la impresión, éste lo prepararemos en una tasa de hule con las proporciones que nos da el fabricante en relación con el agua y polvo.

Obtenida la mezcla llenamos nuestra cubeta procurando no atrapar burbujas de aire. La llevamos a la boca del paciente, la colocamos cuidadosamente, bien centrada, usando una suficiente presión para que se pongan en contacto los bordes de cera, al paciente se le hace mover el labio superior hacia abajo, abrir mucho la boca y mover la mandíbula de un lado al otro.

Cuando el alginato se ha endurecido, se extrae y se examina, ésta impresión nos debe de dar una reproducción adecuada de todos los detalles del tejido, los topes serán visibles justamente debajo de la superficie de la impresión. Si se encuentran pequeñas burbujas (de 2 a 3 mm.) se pueden ignorar si no son muy numerosas. Ya que en el modelo las podemos raspar con una espátula. Un proceso similar se hace en la toma de la impresión inferior.

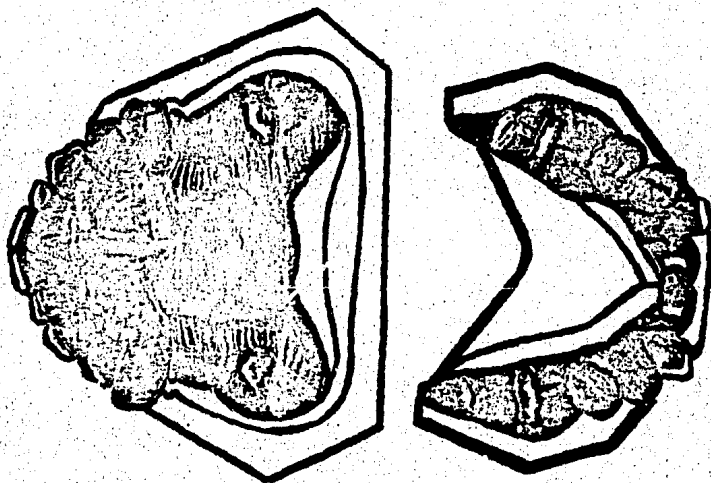
Ya obtenidas nuestras impresiones las encajonamos con ce-

ra rosa o simplemente con una banda de cartulina y con un vibrador procedemos a correrla en yeso piedra para obtener nuestros modelos primarios.

C A P Í T U L O V I

ELABORACION DE LAS CUCHARILLAS INDIVIDUALES

Obtenidos nuestros modelos en yeso piedra les adaptamos dos capas de cera rosa, de modo que todo el asiento basal y los dientes queden cubiertos por ésta cera, a continuación cortamos la cera que cubre los bordes incisivos de los dientes -- hasta que quede expuesto 1 mm. del borde incisal. Y a la altura de la zona de los molares hacemos lo mismo recortando la tira de 2 a 3 mm. de ancho (como se observa en la figura) para formar topes.



Procederemos a confeccionar las cucharillas individuales con acrílico de autopolimerización. Se pueden hacer por medio de dos técnicas que son:

METODO LAMINADO:

Que consiste en preparar toda la cantidad del acrílico - que calculemos que se va a utilizar, a éste le damos la forma de una tortilla la cual la adaptamos sobre nuestro modelo procurando que el acrílico penetra en los topes que hemos hecho en la cera. Previamente pusimos separador de acrílico en los lugares que queda el yeso sin cera.

Le confeccionamos un mango en la parte anterior que puede ser de alambre o bien del mismo acrílico.

METODO DE ESPOLVOREO O ADICION:

El cual consiste en ir preparando poco a poco el acrílico e irlo incorporando a nuestro modelo, que previamente le pusimos separador de acrílico, hasta cubrir toda la zona deseada - con un grosor aproximado del acrílico de dos milímetros. Cuando el acrílico ya polimerizo la retiramos con una lija, lima o piedra le quitamos todas las asperezas y la probamos en la boca del paciente.

Nuestras cucharillas debemos dejarlas un poco cortas o sea que no bajen a fondo de saco, a una distancia de 2 a 3 mm. de éste, con el fin de dejar un espacio para hacer nuestro ajuste de la curva muscular con modelina.

C A P I T U L O VII

RECTIFICACION DE LA CURVA MUSCULAR

Después que obtuvimos nuestras cucharillas individuales - la superior e inferior y que hemos visto que ajustan a las necesidades requeridas, procedemos a obtener el ajuste de la curva muscular. Esta la realizamos con material elástico llamado godiva o mejor conocida por nosotros como modelina.

La rectificación se puede empezar ya sea de atrás hacia adelante o bien de adelante hacia atrás, esto es a la elección del operador, nosotros elegimos la primera.

La técnica es: calentar la punta de una barra de modelina ya sea de color café o verde, en la flama de una lámpara de alcohol, cuando esté reblandecida la vamos a ir colocando por en cima del borde de la cubeta hasta colocar una buena cantidad, uniforme y gruesa en cada región, la primera va ir de la zona retromolar hasta el frenillo lateral, antes de introducirla a la boca del paciente debemos pasarla por agua a una temperatura de 66°C aproximadamente para templarla y así evitar posibles quemaduras.

Ya que se encuentra en la boca nuestra cubeta, jalamos - el carrillo y por fuera hacemos presión con la yema de los de dos la zona que estamos rectificando, lo mismo hacemos del lado contrario, se hace alternadamente.

Para la zona anterior vamos a continuar del frenillo late ral al frenillo anterior, indicándole al paciente que habra mu

cho la boca, que mueva la mandíbula hacia un lado y otro lado y jalando el labio hacia abajo, estos movimientos deben hacerse rápidamente antes de que se enfríe la modelina.

Debemos de tener mucho cuidado en la región del frenillo anterior para lograr la libertad completa de éste tejido. Esto lo podemos conseguir haciendo que el paciente mueva el labio - de un lado mientras que uno le sujeta la boca en posición de - silvar.

Para el sellado del posdamin o zona de vibración colocamos la modelina en el borde de la cubeta y le pedimos al paciente que diga "ah" varias veces para obtener este sellado, - aquí la modelina que escurra hacia adentro, no la retiramos.

Rectificadas todas las zonas debemos observar una sola línea continua y todo el excedente que esté hacia adentro debemos retirarla con una espátula filosa, raspándola y no cortando ya que se puede fracturar.

Algo similar se realiza para la rectificación de la cubeta inferior, cuando estemos rectificando la parte lingual el paciente debe mover la lengua al lado contrario de la zona que está rectificando y en la región que corresponde al frenillo - lingual el paciente debe sacar la lengua y moverla de un lado a otro para darle la amplitud que requiere el frenillo para moverse libremente.

Importante: siempre que se saque la cubeta para ser recalentada la modelina, ésta debe secarse bien porque el compuesto mojado tiende a formar burbujas y se vuelve frágil.

C A P I T U L O VIII

IMPRESIONES DEFINITIVAS

Obtenidas nuestras cucharillas individuales con acrílico de autopolimerización y un espaciador de cera como se vió, ésta cubeta se prepara para la impresión final con hidrocoloide irreversible haciendo varias perforaciones de un diámetro de 1 a 2 mm. para conseguir la retención del material.

La técnica no difiere a las normales; excepto en que para desprenderlas, debe tenerse en cuenta la dirección de los dientes y la posición de las retenciones.

La impresión con éste material suele ser muy buena si la cubeta fué bien centrada y no hay grandes retenciones, ya que si se encuentran estas retenciones, el material frecuentemente se rompe a ese nivel (espacios interdentarios). Esto puede evitarse poniendo cera plástica en los espacios interdentarios.

En cuanto a las impresiones con elastómeros, tienen la ventaja de dar impresiones bien delimitadas y fieles en cubeta ajustada en la parte mucosa y elástica, en cubeta amplia en la parte dentaria. Es probable el tipo de técnica más generalizada actualmente.

Hay otra técnica que involucra un sistema combinado: Se confecciona cubetas de acrílico de autopolimerización adaptándolas unicamente a los segmentos desdentados. Estas cubetas están provistas de topes en las superficies linguales de los ---

dientes existentes, en la repisa vestibular y en la zona del sellado palatino. Se hacen agarres del lado lingual de las zonas vestibulares para la retención en ese sector del alginato superpuesto en una cubeta comercial.

La cubeta la aliviamos mediante varios agujeros de escape y la terminamos con una impresión con pasta zinquenolica.

Esta impresión seccional la probamos, en caso de que se encuentre material de exceso lo retiramos y volvemos a colocar esta impresión en la boca. Entonces elegimos una cubeta comercial perforada que acomode a los dientes remanentes y el repliegue mucoso, a ésta cubeta la llenamos con alginato y antes de colocarla se aplica alginato por vestibular de los dientes.

Una vez tomada nuestra impresión y fraguado el alginato, generalmente salen juntas las dos impresiones seccionales. De no ser así, lo único que se necesita es reorientar la cubeta de resina a la impresión de alginato.

Se procede a obtener los modelos finales en yeso-piedra encajonando perfectamente bien a nuestras impresiones con cera rosa para evitar que el yeso se derrame. Al hacer el corrido de nuestros modelos, la técnica a seguir es ir agregando poco a poco el yeso y agitar vigorosamente nuestra cucharilla hasta obtener un yeso sin burbujas, de preferencia si se cuenta con un vibrador lo realizamos con éste ya que nos evita que se nos atrapen burbujas de aire en el yeso.

C A P I T U L O IX

RODETES DE OCLUSION

Estos rodetes los utilizamos como sustitutos provisionales de las prótesis completas tal como fueran concebidas y nos sirven para establecer:

- 1.- El nivel del plano oclusal.
- 2.- Forma del arco, relacionada con la actividad de labios, mejillas y lengua.
- 3.- Registros intermaxilares (incluso el soporte facial de prueba), y una valoración de la distancia interoclusal.

Desafortunadamente, ninguna de estas determinaciones pueden realizarse en forma científicamente exacta y la mayor parte del conocimiento es teórico.

No obstante, hay varios principios básicos de comprobado éxito clínico y es posible utilizarlos como ayuda para lograr los objetivos enumerados.

Para obtener el Nivel del plano oclusal muchos dentistas usan una técnica según la cual el plano oclusal se establece sobre el rodete oclusal superior.

El procedimiento implica la conformación del rodete oclusal en tal forma, que el plano oclusal en la parte anterior sea paralelo con la línea interpupilar y de una altura que sea suficiente para la longitud de los dientes naturales, más la cantidad de reabsorción tisular que haya tenido lugar. Si

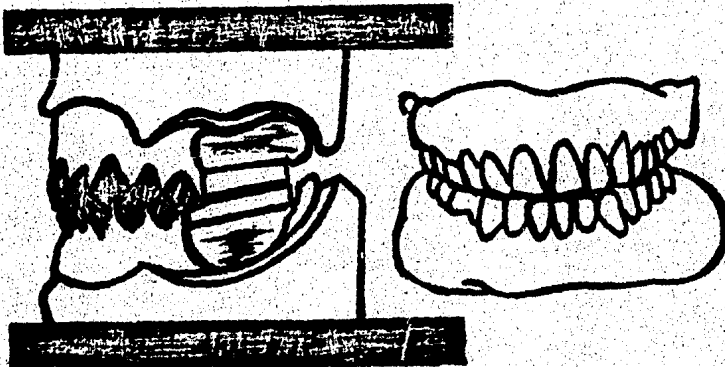
la longitud del labio superior es normal, nos es de gran utilidad como guía.

En su porción posterior el plano oclusal se debe construir paralelo a la línea trago-ala de la nariz. Luego adaptamos el rodete oclusal inferior para que coincida con el superior y se reduce hasta obtener una distancia interoclusal adecuada.

La Forma del Arco la vamos a establecer en forma individual para cada paciente tanto el ancho de las superficies oclusales como la forma del arco de los rodetes de oclusión para imitar la que se quiera dar al arco de dientes artificiales.

La porción anterior del rodete de oclusión superior se modifica en forma tal que sea suavemente contactado por el labio inferior al pronunciarse la letra F.

En la técnica de prótesis inmediata el tipo de rodetes de oclusión los vamos a fabricar en los espacios desdentados cuando los dientes remanentes nos sean útiles como se observa en las figuras siguientes:



C A P I T U L O X
RELACIONES INTERMAXILARES

RELACION VERTICAL.

Se toman éstas utilizando rodetes de oclusión. Y se obtienen fácilmente antes de las extracciones si todavía quedan premolares y no hay mucha rozadura o movilidad de los dientes. Se procura que los bordes de la oclusión estén en contacto a nivel oclusal de los dientes que quedan.

Si 6 dientes anteriores en el arco maxilar ocluyen contra 6 dientes en el arco mandibular, no debemos confiar en su relación oclusal para la dimensión vertical, porque la inclinación puede ser mayor que la que existía antes de la extracción de los dientes posteriores.

Los métodos para asegurar la relación vertical correcta de las dentaduras inmediatas son similares a las que se usan en la dentadura completa comunes. Sin embargo cuando existe un escalón o grandes abrasiones que no se pueden reproducir en la dentadura, el dentista debe ignorar los dientes naturales y seguir los pasos normales que se hacen para un totalmente desdentado. A continuación citamos unos controles que ayudan a establecer la relación vertical correcta de la oclusión mediante rodetes oclusales.

- 1.- Soporte facial.
- 2.- Observación visual del espacio disponible entre los -

rodetes con los maxilares en reposo.

3.- Pronunciación de palabras que contengan letras sibilantes como son: s, sh, j, y z que indiquen el acercamiento de los rodetes sin ponerlos en contacto.

4.- Mediciones entre puntos marcados en la cara con la musculatura del maxilar inferior en reposo.

5.- Conseguir que la superficie del rodete inferior se halle en el mismo nivel que el labio inferior en la comisura bucal.

6.- Paralelización de los rebordes superior e inferior una vez montados en articulador los modelos.

La relación vertical se establece mediante dos factores, pero en diferentes condiciones: La musculatura mandibular y el tope oclusal dado por los dientes o los rodetes de oclusión.

Las técnicas se pueden agrupar en dos grupos.

MECANICO.- Estas involucran el uso de registros previos a las extracciones, mediciones de distintos tipos, paralelismo de rebordes, etc.

FISIOLOGICO.- Comprende el uso de la posición fisiológica de reposo, etc.

Técnicas mecánicas.

1.- Relación de rebordes.

a) Distancia de la papila incisiva de los incisivos inferiores.

- b) Valores estéticos.
 - c) Distancia de rebordes anteriores.
- 2.- Registros previos a las extracciones.

- a) Rx de perfil.
- b) Rx de la posición de los cóndilos.
- c) Fotografías de perfil.
- d) Modelos de dientes en oclusión.
- e) Medidas faciales.

3.- Paralelismo de rebordes.

4.- Determinación vertical mediante la presión máxima.

Técnicas fisiológicas:

- 1.- Posición fisiológica de reposo.
- 2.- Fonética y estética como guía.
- 3.- Umbral de deglución.

RELACIONES HORIZONTALES.

Es la relación más posterior de la mandíbula respecto del maxilar superior a una relación vertical establecida.

Aunque los objetivos son los mismos, la elección de técnicas usadas para la determinación de las relaciones horizontales en tratamientos de dentaduras inmediatas es limitada. Por ejemplo, los dispositivos del trazado del arco gótico no se pueden usar solos para dentaduras superiores e inferiores a causa de las interferencias entre los dientes durante las excursiones. Pero es posible combinar una determinación de ejes de bisagra con los trazados del arco gótico tomados con ligero

aumento de la oclusión para impedir el contacto de los dientes. En éste caso se puede cerrar el articulador a su dimensión vertical normal sin alterar las relaciones horizontales, ya que los modelos están relacionados con los ejes de bisagra.

El método más corriente para obtener relaciones horizontales en el tratamiento de las prótesis inmediatas es el procedimiento de mordida de registro. Estas mordidas de registro pueden hacerse de cera, de pasta de óxido de zinc, o de yeso, --- cuando usamos éste método a los rodetes de oclusión se les recorta unas ranuras donde colocaremos el material de elección y se le indica al paciente que muerda hacia atrás hasta alcanzar la relación.

Si las prótesis las confeccionamos con la oclusión céntrica en una posición excéntrica adquirida, los contactos oclusales prematuros pueden aflojar la prótesis y destruir el hueso subyacente.

C A P I T U L O X I

SELECCION Y ARTICULACION DE DIENTES

La colocación de los dientes está muy simplificada en el tratamiento de las prótesis inmediata a causa de las guías que ofrecen los dientes naturales que quedan. El modelo de estudio puede utilizarse para seleccionar el tamaño y forma de los ---dientes y las guías de tono para seleccionar los colores apropiados. Se pueden añadir tintes y otras irregulares a los dientes artificiales según lo solicite el paciente y que el dentista lo apruebe y compararlos directamente con los dientes naturales.

La colocación de los dientes anteriores se puede hacer de dos formas:

PRIMERA:

En el modelo de piedra se recortan los dientes en forma - alternativa y se excava la porción radicular anterior dando poca profundidad (aproximadamente 1mm.) del lado vestibular y al ras con el márgen gingival del lado lingual o palatino.

La depresión ligera recortada en la porción vestibular - acomodará los cuellos de los dientes artificiales. Es obvio - que en bocas con enfermedad periodontal acompañada por retracción gingival y pérdida ósea, no se recortará o muy poco.

El escaso recorte del modelo permitirá la confección de - una prótesis que proveerá una matriz adecuada para un reborde

pleno, redondeado, de la zona inmediata.

Los dientes seleccionados se enfilan en sus posiciones específicas y se modifican como se requiera.

Por lo común el incisivo central derecho artificial es el primer diente que se enfila en su posición y se pega con cera. Después se reemplazan alternativamente los dientes hasta que todos estén enfilados. Los músculos de la expresión facial dependen de la reproducción del arco dentario; por eso se coloca un diente por vez con el fin asimismo de conservar esta posición. Después se recortan los incisivos laterales y se reemplazan por dientes artificiales.

SEGUNDA:

Los dientes se recortan de acuerdo con la línea única correspondiente al surco gingival. Los dientes del modelo se recortan en su posición cervical, y se redondea el reborde para imitar el procedimiento de recorte no óseo, excepto en las zonas interproximales. Se lleva a cabo este procedimiento de un lado o en una mitad de los dientes remanentes, y después del otro.

Se pueden enfilear los dientes de los segmentos, alternativamente, o se puede desdentar todo el arco y utilizar el modelo de diagnóstico para la colocación de los dientes.

Este segundo procedimiento ofrece la ventaja de asegurar que la preparación del modelo sea realizada por el odontólogo

mismo. En el procedimiento primero el recorte definitivo del modelo se completa en el paso de la eliminación de la cera, y por razones de conveniencia frecuentemente lo hace el técnico de laboratorio. Entonces se corre el riesgo de un recorte excesivo del modelo.

A no ser que sea necesario, se debe evitar la alveolectomía en la región anterior. Si se tiene que hacer alveolectomía por que haya retenciones marcadas que no dejen entrar la prótesis, debemos preparar una cucharilla transparente para usarla durante la intervención quirúrgica. Se debe adaptar al molde después de haber hecho la "alveolectomía en el modelo".

CAPITULO XII

PREPARACION DE LA TRASBASE QUIRURGICA

Se confecciona una trasbase quirúrgica transparente como guía del modelado del reborde en el momento de la extracción dentaria y la colocación de la prótesis. Esta trasbase revelará la ubicación de sitios en el reborde donde requiere eliminar más hueso y reducirá la magnitud de la cirugía.

Una vez recortado el modelo, se toma una impresión con alginato. Se moja con agua el modelo, que está colocado en la mufla, y se coloca el material de impresión en la misma cubeta con la que se tomó la impresión original. La cubeta cargada se calza en su posición sobre el modelo en forma tal que no pueda atrapar burbujas de aire en el material de impresión, se retira la impresión, y se hace el vaciado del modelo.

Sobre el modelo se adapta un trozo de cera y se confecciona un patrón de cera para la trasbase, con espesor de 2 mm. -- aproximadamente, excepto en los bordes.

Se incluye en mufla el modelo, y se adapta un papel de -- estaño sobre el patrón de cera. Se termina de poner en mufla. Una vez desencerado la mufla, se adapta sobre el modelo una hoja de papel estaño.

Las trasbases confeccionadas con sustitutos de la hoja de estaños no son tan efectivas durante el curado y nos dan unas trasbases un tanto lechosas en vez de transparentes.

Se carga el molde con resina acrílica incolora y se cura de la misma manera que una prótesis.

La trasbase quirúrgica constituye una indicación para el procedimiento quirúrgico y es un elemento esencial cuando se requiere algún tipo de recorte óseo.

C A P I T U L O X I I I

CIRUGIA Y COLOCACION DE LA PROTESIS

El tratamiento quirúrgico conservador de los tejidos orales permite la proporción más lenta del cambio alveolar y proporciona la mejor base para la dentadura.

Un principio importante de la cirugía es preservar las estructuras. No se debe nunca destruir o extirpar, sin pensarlo o sin motivo, ningún tejido sano.

Al hacer el tratamiento quirúrgico de la extracción lo vamos hacer como normalmente hacemos una extracción, en este caso pondremos mucho mayor cuidado en no hacer mucho traumatismo a los tejidos para evitar el desajuste excesivo de nuestra prótesis.

La trasbase quirúrgica transparente se coloca en la boca después de extraerse todos los dientes pero antes de que se haga el recorte quirúrgico del hueso o del tejido blando. Una vez colocada bien la trasbase sobre el paladar o sobre el reborde alveolar inferior, por transparencia se verán zonas isquémicas del campo operatorio donde son comprimidos los tejidos blandos. Se retira la trasbase, recortamos los tejidos blandos o el hueso para aliviar el sitio de la presión excesiva. Al efectuar este paso, la trasbase quirúrgica debe calzar perfectamente, o no revelará las zonas por recortar.

El no recortar suficiente tejido como para que la trasbase

vaya a su lugar, el recorte excesivo causará la posición incorrecta de la prótesis. Estos errores a su vez, serán causa de una oclusión inadecuada y causa necesariamente dolor e incomodidad al paciente.

Las prótesis deben orientarse en la boca exactamente en la misma posición que se pretendió que ocuparan.

Se acercan los bordes de los colgajos, se sutura, y se coloca la prótesis, previamente esterilizada en una solución antiséptica.

Si las prótesis se colocaron correctamente después de la cirugía no debe haber contactos oclusales prematuros muy pronunciados.

C A P I T U L O X I V

INSTRUCCIONES POSOPERATORIAS

La prótesis inmediata se coloca cuando se han terminado las intervenciones quirúrgicas. Se le indica al paciente que no debe quitar la dentadura durante las primeras 24 horas, --- cuando sea examinada por el dentista. Por el contrario, si las mantiene retiradas de la boca al comienzo, es posible que se produzca un edema de los tejidos y el recolocarlas será imposible o muy doloroso.

El dolor producido por el trauma de la extracción no se alivia retirando las prótesis de la boca. Dentro del período de las 24 horas se puede colocar hielo durante 15 minutos cada hora. Esta es una sugerencia de prevención; generalmente el paciente no sufre dolor intenso ni incomodidad.

Se prescribe un sedante en caso de que el paciente no pueda dormir por nerviosismo o molestias.

La prótesis inmediata actúa como férula sobre el campo -- quirúrgico y evita la pérdida del coágulo, que a menudo se destruye a causa de los fluidos bucales; por lo tanto es raro que se produzcan hemorragias profusas.

Se le aconseja al paciente que no mastique durante las -- primeras 24 horas, y se le indica una dieta líquida. La oclu-- sión todavía no se ajustó definitivamente, por lo tanto, la -- masticación no puede ser eficiente en ese período, se corrige

la oclusión hasta que desaparezca el edema, y que generalmente se hace de 48 horas a 1 ó 2 semanas después de haberse colocado las prótesis.

Por diversas razones, es conveniente no enseñar al paciente los resultados inmediatamente después de colocar la dentadura.

1.- El labio superior suele estar torcido por el efecto -- de la anestesia y crea una impresión estética desfavorable.

2.- Normalmente hay un poco de sangre en la dentadura, lo cual empeora su aspecto.

3.- El movimiento normal del labio y la mandíbula son torcidos.

Es obvio que el paciente en la primera oportunidad que -- tenga se mirará al espejo pero eso puede suceder al cabo de -- unos 30 minutos o más tiempo, y en ese intervalo de tiempo puede ser bueno.

A los pacientes se les tiene que insistir, una y otra vez, que no deben juzgar el resultado en lo que se refiere al aspecto o función de la prótesis hasta la siguiente visita.

Pasadas las 24 horas se examina la boca, comprobar si hay compresión de bordes y sitios de presión excesiva en el lugar de las extracciones recientes.

Para detectar la zona que no se recortó lo suficiente, este sitio se manifiesta por un aspecto típico de rojo frambue-

sa. Con un lápiz tinta se marca la zona con un círculo y esta marca se trasfiere a la superficie interna de la prótesis mediante la presión de la misma. Esta zona la aliviamos con una piedra montada.

Después de transcurridas 48 horas se examina nuevamente la prótesis por posibles extensiones excesivas de los bordes. Durante este período es factible el uso de la trasbase quirúrgica para detectar áreas de presión de la base protética.

Es factible corregir la oclusión después del período de 48 horas debido que para entonces ya habrá desaparecido el edema casi por completo, sin embargo en algunos casos es necesario posponer la corrección oclusal pasadas dos semanas.

Después que se han hecho los ajustes necesarios, se atenderán estas prótesis de acuerdo con las condiciones individuales, que son variables.

Es necesario citar al paciente por lo menos cada tres meses para determinar la magnitud del cambio que se ha producido y para decidir nosotros cuando tienen que ser rebasadas, en algunos pacientes se pierde el hueso alveolar rápidamente, y sus dentaduras necesitan rebases a los pocos meses.

Si hay dificultad con respecto a la retención de la prótesis durante el período inicial, se puede utilizar sobre la superficie tisular de la prótesis algún acondicionador de los tejidos.

CONCLUSIONES

Como hemos visto en este trabajo las grandes ventajas que presenta construir unas prótesis inmediatas, facilitando para determinados pacientes, la decisión de sacrificar los dientes naturales, ya que por sus relaciones sociales, comerciales, -- profesional o de cualquier otra índole, no puede o no quiere -- presentarse sin dientes ante sus amistades o clientes, ya sea por vanidad o necesidad.

Estos pacientes se someten a este tratamiento por que les evita estar desdentados durante el tiempo que dura el proceso de cicatrización, debido a que en nuestra vida el valor estético que juegan los dientes en un individuo, sea adolescente o -- adulto es de primordial importancia, dentro de la conducta de éste.

En épocas anteriores el odontólogo seguía el plan de tratamiento consistente en desdentar al paciente, y esperar el tiempo que se lleva la cicatrización de los tejidos bucales, para después confeccionar las prótesis completas.

Esta manera de encarar las cosas fué abandonada por un -- gran número de los pacientes en vista de las ventajas obvias -- que presenta ó que nos da el tratamiento con prótesis inmediata.

Estas prótesis además estimula la reparación de los tejidos por la suave e intermitente presión que ejercen éstas a --

los tejidos, la cicatrización se hace en las mejores condiciones; el proceso de resorción ósea se realiza con menor intensidad, sirve de férula de contención de la hemorragia; ayuda a que no se presenten grandes cambios morfológicos en la articulación temporomandibular.

Como se dijo en un capítulo no debemos intentar en hacer una prótesis inmediata de más de 6 u 8 dientes en un arco, ya que esto nos incrementará una mayor posibilidad de error de ajuste y un gran desprestigio para el dentista, y lo más importante se produce una considerable pérdida de sangre cuando se extraen gran número de dientes y con la alveolectomía asociada puede llegar a ser necesaria una transfusión de sangre para evitar el shock.

En cada caso que se nos presente en la consulta y que necesite o que el paciente nos solicite el tratamiento, debemos de evaluar en particular cada caso, y tener en cuenta varios factores como son: Edad del paciente.

Estado de salud general en que se encuentre (con estudios de laboratorio).

Estado psíquico y emocional.

Si tomamos muy en cuenta estos factores antes de iniciar el tratamiento nos será de gran ayuda y nos evitará grandes problemas, como en el caso de un individuo que este en una edad avanzada no debemos de exponerlo a este traumatismo, como es -

obvio a esta edad las defensas han bajado y al hacerle varias extracciones en una sección es peligroso.

Así como en pacientes que su estado de salud general, no se encuentre en las mejores condiciones para la intervención - no debemos de hacerle el tratamiento. Como en pacientes que tengan problemas de coagulación, alguna enfermedad de tipo sistémico, de tipo psicológico, etc.

BIBLIOGRAFIA

- I.- SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA
PROSTODONCIA TOTAL VOL. # 1
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
TERCERA EDICION 1981.
- II.- LE PERA FRANCISCO
ENFOQUE NOUS - BIOMECANICO EN EL TRATAMIENTO DEL
TOTALMENTE DESDENTADO.
EDITORIAL MUNDI
BUENOS AIRES ARGENTINA 1973.
- III.- JOHN J. SHARRY
PROSTODONCIA DENTAL COMPLETA
PARA EDICION ESPAÑOLA. EDICIONES TORAY S. A. BARCELONA 1977.
- IV.- CAPUSSELI H. O. SCHVARTZ, T.
TRATAMIENTO DEL DESDENTADO TOTAL
EDITORIAL MUNDI, BUENOS AIRES, 1973.
- V.- BOUCHER CARL O.
PROTESIS PARA EL DESDENTADO TOTALMENTE
EDITORIAL MUNDI
SEPTIMA EDICION 1975.
- VI.- JOSE Y. OSAWA DEGUCHI
PROSTODONCIA TOTAL
PROGRAMA DEL LIBRO DE TEXTO UNIVERSITARIO
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
QUINTA EDICION 1984.

- VII.- ZAIZAR, PEDRO
PROSTODONCIA TOTAL
EDITORIAL MUNDI
BUENOS AIRES ARGENTINA 1972.
- VIII.- RIES CENTENO GUILLERMO A.
CIRUGIA BUCAL
LIBRERIA " EL ATENEO " EDITORIAL
SEPTIMA EDICION (2a. REIMPRESION) 1975.
- IX.- RAMFJORD, S. P; ASH, M. M.
OCLUSION
EDITORIAL INTERAMERICANA
SEGUNDA EDICION 1972.
- X.- ESTUT L. LATARJET, A.
COMPENDIO DE ANATOMIA DESCRIPTIVA
EDITORIAL SALVAT
EDICION XXII ESPAÑOLA.
- XI.- DIAMOND MOSES
ANATOMIA DENTAL
UNION TIPOGRAFICA EDITORIAL
HISPANO AMERICANA
SEGUNDA EDICION EN ESPAÑOL.
- XII.- SKINNER, P.
LA CIENCIA DE LOS MATERIALES DENTALES
EDITORIAL MUNDI, BUENOS AIRES
SEXTA EDICION 1970.