

870722
20
2ej

Universidad Autónoma de Guadalajara

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TRATAMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE EN
PROSTODONCIA TOTAL

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
CESAR MANUEL CEPEDA ARELLANO

Asesor: C. D. Rafael I. Bojórquez Ruiz
GUADALAJARA, JAL. 1986



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.

I N D I C E

TRATAMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE EN PROSTODONCIA TOTAL

INTRODUCCION.

CAPITULO I. RECEPCION Y DIAGNOSTICO DEL PACIENTE

- A. Historia Clinica.
- B. Diagnostico, Pronóstico y Plan de Tratamiento.
- C. Indicaciones al Paciente.

CAPITULO II. IMPRESIONES.

- A. Instrumental y Material.
- B. Técnica.

CAPITULO III. ESTABLECIMIENTO DE RELACIONES MAXILOMANDIBULARES.

- A. Pasos Preliminares.
- B. Relación Intermaxilar.
- C. Selección de Dientes.

CAPITULO IV. PRUEBA DE LA DENTADURA EN CERA.

CAPITULO V. INSERCIÓN Y AJUSTES DE LA PROTESIS E INSTRUCCIONES AL PACIENTE.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

I N T R O D U C C I O N

INTRODUCCION.

Cabe mencionar el hecho, que en el comienzo de la práctica el Cirujano Dentista, por lo general, tiende a iniciar sus actividades profesionales en forma individual, y prescinde de todos los aspectos de organización.

Esta iniciación odontológica tiene consigo, en ocasiones, que el Cirujano Dentista no aprecie los resultados que obtenga con sus actividades. Más aún, una consecuencia de esta falta de disciplina, es el que vea con apatía la posibilidad de organizarse.

Debemos destacar, que somos partidarios de la simplificación más absoluta en todos los aspectos relativos al consultorio dental, incluyendo organización administrativa, así como también, los procedimientos clínicos que se lleven a cabo.

Quiero pensar que todo profesional desee tener buen éxito en su actividad, y es indudable que muchos de sus logros se deberían precisamente como organizarse sus actividades dentro de su profesión..

Hay que reconocer que no es tarea fácil adiestrar al profesional, disciplinarlo para mantener un sistema ordenado y con buen funcionamiento.

CAPITULO I. RECEPCION Y DIAGNOSTICO DEL PACIENTE

A. Historia Clínica.

**B. Diagnóstico, Pronóstico y Plan de
Tratamiento**

C. Indicaciones al Paciente.

CAPÍTULO I. RECEPCION Y DIAGNOSTICO DEL PACIENTE.

A. Historia Clínica.

B. Diagnóstico, Pronóstico y Plan de Tratamiento.

C. Indicaciones al Paciente.

La sola acumulación y registro de los datos del diagnóstico no tiene objeto ni significado, a menos que la información obtenida sea cuidadosamente correlacionada, valorable e integrada con inteligencia dentro de un plan de tratamiento.

La resolución exitosa del problema de prótesis total se basa en la elaboración adecuada del plan de tratamiento, los conocimientos del dentista y su capacidad para ejecutar con habilidad el plan de tratamiento, junto con la determinación y el esfuerzo del paciente para dominar y usar las dentaduras construidas en forma adecuada.

Los que requieren dentaduras totales pueden dividirse en tres grandes grupos: aquellos con algunos dientes naturales restantes, los que emplean dentaduras y que desean o necesitan que éstas sean reemplazadas, y quienes son desdentados y permanecen así.

En todos los pacientes debe incluirse en el estudio general para el diagnóstico una historia médica y dental completa, un examen clínico extra e intrabucal, así como examen radiográfico y por palpación.

Historia Clínica; esta parte del examen es la más importante, porque 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.

El tiempo que el paciente ha estado desdentado es muy importante. Por ejem: Si el paciente durante ese tiempo ya usó 1 ó 2 dentaduras con éxito, el pronóstico es satisfactorio, si el mismo paciente tiene fabricados 5 juegos de dientes o más pero no usa ninguno el pronóstico se torna pobre otra vez.

Si el paciente ha tenido dentaduras parciales y si no han sido satisfactorias deberá anotarse el hecho en la - historia clínica y además el proqué de los problemas.

HISTORIA CLINICA DE PROSTODONCIA

Nombre:

Edad:

Sexo:

Domicilio:

Ocupación:

Estudio Radiografico; Densidad ósea:

Hueso Compacto

Osteoporosis

Restos Radiculares

Salud General: _____

Modelos de Estudio

SI

NO

Edad de la Prótesis Actual: _____

BUENA

Exito de la Dentadura Parcial

REGULAR

MAIA

Actitud Mental: Paciente

RECEPTIVO

PASIVO

NEUROTICO

INDIFERENTE

Adaptabilidad

CAPAZ

MEDIA

SUBNORMAL

Motivo por el cual perdió sus piezas:

PARODONTOSIS

DIABETES

FRACTURAS

CARIES

OTROS: _____

Fecha de las últimos Extracciones: _____

Antecedentes Prótesicos:

Aparatos usados anteriormente: _____

Resultados Obtenidos: _____

Condición de la Saliva

___ Normal

___ Fluida

___ Espesa

Tono Muscular Facial

___ Tenso

___ Medio

___ Placido

Tamaño de los Maxilares

___ Pequeño

___ Medio

___ Grande

Procesos Residuales

___ Cuadrado

___ Ovoide

___ Triangular

Relación Intermaxilar

___ Ortocnatico (clase 1)

Retrognatico (clase 2)

Prognatico (clase 3)

Forma de la Bóveda Palatina:

Plana

Alta

Redondeada

Torus Palatino:

Pequeño

Grande

Torus Mandibular:

Pequeño

Grande

Intervención Quirúrgica prescrita: _____

Area del Post-Dam

Estención conveniente:

Ideal * de 5 mm.

De 1 a 5 mm.

Menos de 1 mm.

Contorno del Paladar Blando:

Favorable

Desfavorable

Curvea hacia abajo

Gradualmente

Curvea hacia abajo

Abruptamente

Reflejo Nauseoso:

Nulo

Severo

Moderado

Frenillo:

Normal

Exagerado

Severos

Tejidos Blandos:

Normal

Hiperhemico

Espanjoso

Lengua: Pequeño

Media

Grande

Tamaño del Labio Largo

Normal

Corto

Correcciones Quirúrgicas: _____

En el diagnóstico deberán observarse cuatro factores básicos.

Factor biológico local: esto incluye la salud de las articulaciones temporomandibulares, el tamaño y tono de la musculatura, la cantidad y calidad de la saliva, tono de los tejidos y características de las estructuras de soporte, todo lo cual alcanza a estar relacionado con la salud general del paciente.

Factor físico local: Esto incluye tamaño y forma, espacio y relaciones entre los rebordes, así como la naturaleza de las inserciones resistentes y su proximidad con los mismos rebordes.

Salud general: los pacientes diabéticos, debilitados y de edad avanzada, con artritis, anemia, tuberculosis, afecciones renales discrasias sanguíneas o trastornos neuromusculares, así como los que tienen problemas menopáusicos y posmenopáusicos mal -- atendidos suelen designarse individuos en estado de mala salud.

Actitud Mental: la actitud mental es una reflexión de la salud general. Con respecto a la actitud mental, House los clasificó en cuatro grandes grupos: filosóficos, histéricos, exigentes e indiferentes.

A estos últimos no les preocupa el encontrarse desdentados. Pueden ser convencidos por sus amigos o familiares a visitar al dentista y a hacerse dentaduras.

Sin embargo, no realizan ningún esfuerzo especial para ajustarse a las mismas. El pronóstico para los que permanecen desdentados - durante años sin restauraciones no suele ser favorable.

Las dentaduras bien construidas y muy agradables en cuanto a su estética logran alentarlos a insistir y realizar los ajustes necesarios.

Afortunadamente, la gran mayoría comprenden la necesidad que - existe de cooperación y hacen todo los esfuerzos necesarios - para asegurar el éxito. Los individuos que más problemas causan son los histéricos (que con frecuencia se encuentran dentro del grupo posmenopáusico). Estos son difíciles de manejar debido a

que se encuentran sometidos a cambios importantes.

Pueden presentar disfunción hepática, aclorhidria, sensaciones anormales del gusto y de ardor en la lengua y en la boca o anemia secundaria. Son más propensos a la resorción rápida y a la cicatrización tardía.

También son más susceptibles a presentar tejidos friables y delicados, quellosis y fisuras y agrietamientos de los labios. Estos pacientes casi siempre requieren mayores ajustes después de la inserción de las placas que otros.

Pronóstico: se debe de hacer un pronóstico muy real y presentar lo al paciente, la prostoncía es el área de la odontología - donde el operador deberá ser extremadamente cuidadoso de prometer demasiado.

Es muy difícil, aún a personas experimentadas, hacer un correcto pronóstico, pero toda información deberá de ser clasificada y - organizarla al respecto.

Pronóstico para el paciente e indicaciones; Para que sea favorables para el paciente depende de factores; como las fuerzas de - adhesión y cohesión son directamente proporcional a la extensión del área cubierta, un maxilar de mayor tamaño ofrece un pronóstico más propicio. Sin embargo, cuando hay maxilares grandes existirán también dificultades técnicas en la manipulación de los - materiales y los portaimpresiones.

En términos prácticos, una boca de tamaño medio resulta la más fácil para realizar el trabajo. El paladar puede ser cuadrado, ovoide o convergente y de profundidad variable.

La forma de los rebordes también varía de modo similar, de las diversas formas palatinas, el paladar en forma de "V" es el menos favorable.

CAPITULO II. IMPRESIONES.

A. Instrumental y Material.

B. Técnica.

CAPITULO II. IMPRESIONES.

A. Instrumental y Material.

B. Técnica.

La hechura de una impresión desdentada requiere lo siguiente:

1. intimidad de contacto entre la superficie tisular de la dentadura y las estructuras residuales de las zonas alveolares y de soporte, 2. la conformidad de la base de la dentadura a las estructuras internas de la cavidad bucal, y 3. el contacto -- final de cada base de la dentadura a través de una superficie articular.

Una impresión suele definirse como la huella o aspecto negativo de los dientes, de las áreas desdentadas donde los dientes han sido extraídos, o ambas, hecha en un material plástico que se torna relativamente dura o que fragua al estar en contacto con estos tejidos.

Pueden hacerse impresiones de un complemento total de dientes, de zonas en que algunos han sido extraídos, y de bocas en que lo han sido todos.

Instrumental y Material: Cucharillas para desdentados, cuchillo de Stanley, compuesto para impresión, taza de goma para agua caliente, taza de plástico y espátula metálica, compuesto para impresión de bajo punto de ablandamiento, Delantal para cubrir al

paciente, espejo bucal y explorador, expediente del paciente, lápiz para marcar punto de referencias, alginato.

Al llegar el paciente; debe hacer lo siguiente: sienta al paciente y ajustar el sillón dental, el paciente debe estar sentado con la cabeza siguiendo la línea del cuerpo.

Protega la ropa del paciente con un delantal.

Ajustar la altura del sillón .

Al tomar la impresión inferior, la boca del paciente debe estar al nivel del hombro del operador. Al tomar la impresión superior, la boca del paciente debe estar al nivel del codo del operador y el sillón puede estar algo reclinado.

Para la impresión inferior, el operador debe estar frente al paciente y a la derecha, para la impresión superior, a la derecha y algo hacia atrás.

Elección de la cubeta; al elegir una cubeta, puede ser útil el empleo de un compás para medir el ancho de la arcada maxilar. En el caso de una cubeta inferior, las medidas se toman colocando los extremos del compás en la cara lingual del reborde, a izquierda y derecha justo por debajo de la zona retromolar (Fig. 2-1), esta medida debe compararse con la medida efectuada entre los lados linguales de la cubeta.

En el maxilar superior, los extremos del compás se colocan en el surco vestibular en la región de las tuberosidades, y esta distancia se relaciona con el ancho de los lados de la cubeta, al nivel de la zona correspondiente (Fig. 2-2).

Cucharilla para impresión: las cucharillas para impresión, llamadas también cubetas o porta-impresiones, son los instrumentos que utilizamos para llevar el material de impresión a la cavidad oral, para sostenerlo ahí mientras endurece y retirarlo de la boca para hacer el vaciado.

Constan las cucharillas de un cuerpo y un mango, el cuerpo, en los superiores, deberá abarcar el paladar duro y los procesos. En los inferiores, los procesos solamente, y tendrá un recorte en la zona de la lengua para dar cabida a ella.

Están fabricadas las cucharillas de diversas sustancias, las más usuales son de metal; aluminio, estaño o aleaciones de baja fusión

Deben ser maleables, porque aunque se encuentran en el mercado en una variedad enorme de formas y tamaños, es imposible que se adapten a cualquier caso que se nos presente. Si aún a pesar de esta variedad, no encontramos alguna que se adapte, fabricamos una cucharilla individual.

Encontramos en el mercado diversos tipos: cucharillas para dentados, no perforadas, estas cucharillas tienen la cejilla yugal y lingual, (en los inferiores) bastante alta, para poder utilizarla en los pacientes dentados, y con materiales de impresión tipo modelina.

Cucharilla para dentados perforadas, estas cucharillas serán del tamaño de las anteriores, con perforaciones para hacer trabe con

el material de impresión, que es elástico tipo alginato.

Cucharilla para desdentado, no perforadas estas cucharillas, que son las que utilizamos, tendrán una cejilla bastante baja y serán menores de tamaño que las cucharillas para dentados, dentados, porque el proceso alveolar se reabsorbe con el tiempo.

Modelina; la modelina llamada también compuesto de modelar, godiva, se presenta en el mercado en cinco colores; negra, roja, verde, gris y blanca.

La más usual que se usa es la roja, con un punto de plasticidad óptima muy propia para ajustar los bordes de la cucharilla individual.

La modelina se trabajará con calor húmedo en estufas especiales, si queremos ajustar alguna zona del borde en especial, utilizamos el calor seco de un mechero de alcohol, sin quemarla, para después templarla en agua a 55 grados.

La técnica; haga que el paciente se enjuague, para evitar el exceso de la saliva, o que la mucosa esté seca y produzca dolor o molestias al paciente, se le dará que el material está caliente pero que no le hará quemaduras, y así no lo inquietaremos.

El borde debe estar opaco, si su apariencia es glaseada es que no se ha tenido buen contacto con el tejido bucal, agregue más modelina con calor seco y repita el procedimiento.

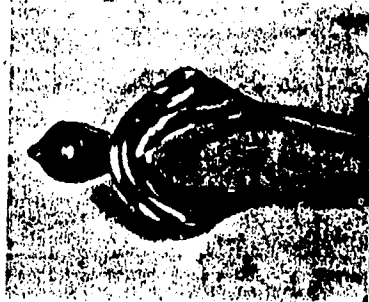
Si una parte del material fluye hacia arriba de la cucharilla, hay que rebajarlo con una navaja filosa. No se puede rebajar la modelina con una navaja embotada, porque distorsionará el material o habrá fracturas.

Haciendo tracción en la comisura derecha introducimos la cucharilla por la comisura izquierda y, dándole un ligero movimiento de torsión, la introducimos completamente en la boca.

Se sentará de atrás adelante para que el sobrante de material - corra hacia vestibular-anterior, con el fin de que no se introduzca en la faringe del paciente.

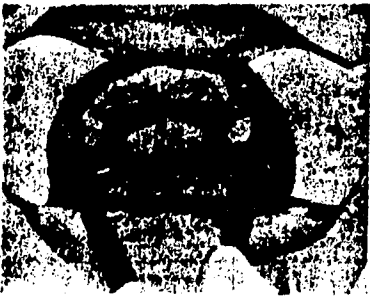


A

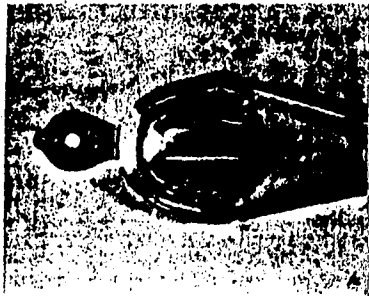


B

Fig. 2-1 A, Uso de un compás para medir la distancia entre las zonas retromolares. B, Selección de la cubeta inferior sobre la base de la medida anterior comparada con la distancia entre los lados linguales.



A



B

Fig. 2-2A, Uso de un compás para medir la distancia entre la superficie vestibular de las tuberosidades maxilares. B, Selección de la cubeta superior comparando la medida anterior con la distancia entre los lados bucales.

**CAPITULO III. ESTABLECIMIENTO DE RELACIONES
MAXILOMANDIBULARES.**

- A. Pasos Preliminares.**
- B. Relación Intermaxilar.**
- C. Selección de Dientes.**

CAPITULO III. ESTABLECIMIENTO DE RELACIONES MAXILOMANDIBULARES

- A. Pasos Preliminares.
- B. Relación Intermaxilar.
- C. Selección de Dientes.

La base de registro placa base suele ser una forma temporal muy semejante a la base final de la dentadura bajo construcción. Se utiliza para el registro de las relaciones maxilomandibulares y para la colocación de los dientes artificiales.

A veces también se emplean las bases de registro permanentes, hechas de resinas acrílica procesada, oro, aleación de cromo y cobalto, o aleación de cromo y níquel. Es muy importante que las bases sean rígidas, que ajusten bien y sean estables para asegurar la obtención de registros precisos de los maxilares y la transferencia de estos registros al articulador.

Las bases que no son cómodas pueden irritar al paciente y hacer que se tome un poco tenso, un paciente tenso no está en condición de someterse a los procedimientos necesarios para registrar con presión las relaciones maxilares, por lo que con frecuencia se obtienen registros erróneos.

Las bases de registro defectuosas son causa directa de muchos - de los errores habituales en la fabricación de las dentaduras, dañan superficie del modelo final, contribuyen al establecimiento

de una dimensión vertical oclusal inadecuada, impiden al dentista obtener un registro preciso con el arco facial, aumentan la posibilidad del montaje incorrecto del modelo maxilar en el articulador, aumentan la posibilidad de un registro de relación céntrica no preciso e impiden el montaje adecuado del modelo mandibular sobre el articulador.

También reducen la precisión de los registros protusivos y el ajuste subsecuente de los elementos condilares del articulador, dando como resultado bases de pruebas inestables o hacen difícil probarlas con precisión en la boca durante las fases finales de la fabricación de la dentadura.

Los rodillos oclusales son una forma de cera empleada para establecer relaciones maxilomandibulares precisas y para la disposición de los dientes artificiales para formar la dentadura de prueba.

También ayudan a determinar la longitud y anchura de los dientes artificiales, la línea media de la arcada para la colocación correcta de los incisivos centrales, el soporte adecuado para los labios y las eminencias caninas.

Existen cuatro factores básicos que deben considerarse para la correcta fabricación de rodillos oclusales: relación de los dientes naturales con el hueso alveolar, relación de los rodillos oclusales con el reborde desdentado; técnica de fabricación, y normas clínicas para los rodillos oclusales.

Técnica de fabricación y dimensiones de los rodillos oclusales; aunque existen muchas variaciones del método básico para la fabricación de rodillos oclusales de cera, éstas suelen ser únicamente cambios pequeños en cuanto a las dimensiones de los rodillos o la extensión de los mismos sobre las bases de registro.

Se calienta la mitad de una hoja de cera para placa base con un mechero de Bunsen hasta que la cera esté blanda y maleable, se procede con cuidado para no derretirla totalmente (fig. 3-1). La cera blanda se enrolla hasta un punto justamente antes de la zona no calentada, luego se calienta de nuevo para incluir las dos terceras partes de la cera no calentada con anterioridad; se vuelve a enrollar, repitiendo el proceso hasta formar un rodillo blando, el rodillo blando de cera es adaptado a una pequeña cantidad de cera pegajosa.

Que se aplicó con anterioridad a la base de registro, se sella el rodillo a la base utilizando una espátula para cera núm 7 y agregando cera derretida, las orillas del rodillo se extienden a lo largo de las superficies laterales del borde de la base de registro.

Se agrega cera para rellenar huecos en el contorno de los rodillos. La determinación de la oclusión céntrica correcta entre el maxilar superior y el maxilar inferior es esencial, aunque se use cualquier tipo de articulador.

La forma más apropiada para determinar la precisión de este método

es el trazo de puntade flecha, este trazo se usa para verificar que los modelos han sido montados en el articulador en una posición correcta y como ayuda establecer la relación céntrica.

Cuando la relación céntrica entre el maxilar superior y la mandíbula es correcta, ambas cabezas de los condilos están dentro de la cavidad glenoidea en la posición mas retrusiva, mientras que la mandíbula está en posición de descanso con una apertura desde donde empieza los movimientos laterales.

La relación entre maxilar superior y mandíbula y el grado de apertura está determinada prácticamente por la altura de los rodillos, por lo que el arco gótico puede ser considerado una verdadera retificación de la posición retrusiva de los cóndilos.

Después que se ha obtenido el arco gótico se hace una marca en los rodillos pero hay que recordar que tendrá una variación si hay diferentes grados de apertura.

Cuando la mandíbula hace un movimiento protusivo el trazo en la palatina anterior no será necesario una línea recta; el movimiento lateral izquierdo de la mandíbula hará un trazo hacia la derecha; el movimiento lateral derecho hará el trazo hacia la izquierda.

LA oclusión céntrica tentativa se buscará en tres diferentes metodos:

- a. método de punta de la lengua.

- b. método de cansancio

- c. método de acomodamiento.

NO DEBE
SALIR DE LA
BIBLIOTECA

Método de punta de la lengua; se le tiene que decir al paciente que levante la lengua y que trate de tocar la parte más posterior del paladar y al mismo tiempo, cerrar su boca.

Después que lo ha hecho varias veces y el dentista este seguro que lo ha hecho correctamente, hacemos que haga el movimiento una vez más, ya con los rodillos adentro de la boca y ponemos una -- marca a nivel de los molares.

Método de cansancio; hacemos que el paciente abra su boca en su máxima distensión para que trabajen los músculos que abaten la mandíbula, dejamos en esa posición un lapso de tiempo más o menos largo (dos minutos). Después le decimos que cierre la boca lo más rápidamente posible, para que trabajen los músculos apositores al movimiento anterior, con el cual hacemos que el paciente cierre en céntrica, la marca del método anterior descrito deberá ser la misma marca de este método.

Método de acomodamiento; el dentista tomará la mandíbula del paciente por la barbilla, entre sus dedos índice y pulgar y, estando los músculos masticadores relajados, acomodará la mandíbula en céntrica, la marca lograda en el primer método deberá coincidir también con este método.

Equilibrio de la oclusión; estando el paciente con los rodillos de oclusión en contacto, se tratará de separarlos con una espátula que se colocará en la parte anterior, en la parte posterior derecha y en la parte posterior izquierda, deberá presentarse la misma difi

cultad para separarlos en las tres posiciones.

Líneas del rodillo; se marcará la línea de la cara, sobre el rodillo superior e inferior que muchas veces coincidirá con el frenillo labial superior con el inferior. Las caras mesiales de los incisivos centrales superiores e inferiores deberán estar adosadas a esta línea.

La línea de la sonrisa se marcará en el rodillo superior, el largo del incisivo central será la distancia de esta línea al borde inferior del rodillo superior. La línea de comisura se marcará en el rodillo superior, estando los labios en reposo.

Para seleccionar los dientes artificiales; debemos de tener en cuenta la historia clínica, la dimensión vertical, la edad del paciente, la edad del paciente, el sexo del paciente, el color de piel, sus ojos y el pelo del paciente.

Una de la mejores guía para seleccionar los dientes artificiales son los modelos de estudio del paciente antes de hacer las extracciones pero a veces es muy difícil porque casi siempre ya no los traen, algunas las fotografías del paciente nos puede ayudar para seleccionarlo.

La fabricación de los rodillos con una cera para bases; rodillo superior: Caliente la hoja de cera en el mechero de alcohol o Busen y doble el borde de la hoja. Siga calentando por el lado interno del bobles y continúe doblándola sobre sí misma.

Se empezará por el lado angosto, terminando de hacer el rodillo aplánandolo con la loseta tranto de que tenga 10 mm. de grosor por lado.

Póngalo a la flama y coloque sobre la base dura la parte caliente del rodillo, tratando de que la parte media coincida con la parte más alta del proceso, alíselo con la loseta de vidrio. Construya el rodillo de modo que la parte anterior tenga + 11 mm. de alto y + 6 mm. en las partes posteriores.

Revise la posición del rodillo con su cuchillo, trasladando las marcas hechas en el modelo al rodillo. Se medirán 4 mm. a cada lado de esta marca y se recortará el sobrante o se agregará el faltante. La posición anterior tendrá una inclinación de 16 grados en relación a la vertical. El rodillo terminará 10 mm. antes del surco hamular.

Rodillo inferior: El procedimiento para fabricar el rodillo inferior será el mismo que para el rodillo superior. Caliente la hoja de cera en el mechero y doble el borde, siga calentando - por el lado interno doblarla sobre sí misma.

Termine de hacer el rodillo aplánandolo con la loseta de vidrio para dejarlo de un grosor uniforme de 10 mm. por lado. Ponga la flama y colocar sobre la base dura la parte más caliente, tratando de que la parte media coincida con la parte más alta del proceso. Alisar las partes con la loseta de vidrio.

La construcción del rodillo de modo que la parte anterior tenga 10 mm. y en la parte posterior termine a la mitad de la papila retromolar. El revisar la posición del rodillo, utilizando un cuchillo trasladando las marcas hechas en el modelo, a que coincidan con la mitad del rodillo. Se marcará 4 mm. a cada lado de esta línea y se recortará el sobrante o se agregará el faltante. La porción anterior tendrá una inclinación de 10 grados en relación a la vertical.

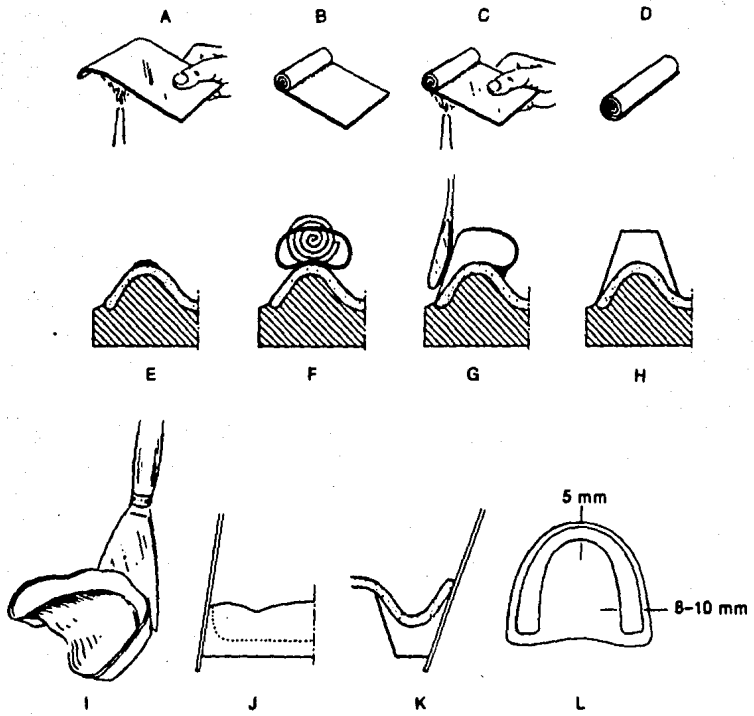


Fig. 3-1 A-L. fabricación de un rodillo oclusal de cera.

CAPITULO IV. PRUEBA DE LA DENTADURA EN CERA.

CAPITULO IV. PRUEBA DE LA DENTADURA EN CERA.

Después de haber valorizado 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, procedemos a la prueba en cera.

El procedimiento es el siguiente; es el mismo que en la toma de la dimensión vertical, lo hacemos ahora que tenemos los dientes artificiales en el rodillo en cera.

1. Introducimos al paciente la base dura superior y le preguntamos si está conforme.

Si la base dura superior, o la inferior carecen de retención por lo socavado del modelo maestro, utilizamos polvo adhesivo, mojando la base dura y talqueándola levemente con el polvo, porque podríamos cambiar la dimensión vertical.

Hay que tener en cuenta el nivel de los incisivos:

en un labio corto sólo una porción de diente está visible, en un labio largo normalmente no se nota ninguna porción del diente, en un labio normal se enseñará 1 mm. de diente cuando el labio esté en reposo.

2. Utilice la platina de Fox, insértela en la boca y compare su parte anterior con el plano pupilar, deberán estar paralelos.

3. No siempre es necesario marcar el plano de camper en la cara del paciente con un lápiz de ceja, las partes laterales de la platina de Fox, serán paralelos al citado plano.

4. Plenitud facial, el soporte de dentadura está dando a la musculatura "facial" se le proporciona al paciente un espejo para ver si es necesario alterar el contorno de la cera.

5. Se procede a introducir la base inferior y se le pregunta al paciente si esta conforme, pero si carece de retención utilizamos polvo adhesivo.

6. Valorizar la oclusión por los tres metodos descritos anteriormente en el capitulo anterior.

7. Fonética; haga que el paciente cuente rápidamente de cincuenta a sesenta, para oír el sonido de la "s", que no sea silbante y se transforme en "sh", que pronuncie palabras con el sonido "f", como facultad, falso, febrero, y oigamos como los pronuncia. Si pierde aire, deberán acortarse los incisivos superiores unos pocos milímetros.

Que pronuncie palabras con la "m" como marino, mamá, melón y vea si la distancia entre el surco naso-labial y la barbilla es la correcta.

8. Revisar 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. el borde incisal deberá estar en el borde del rodillo de oclusión.
- d. la cara distal de los caninos estarán en la línea de comisura.
- e. observar la cara del paciente de frente y de perfil para -revisar el eje de los dientes vestibulo-palatino.
- f. revisar el encerado de las caras palatinas que nos ayuda-rán a la fonación.
- g. el color, tamaño y forma de los dientes, deberá de mostrarse al paciente para que este de acuerdo con el dentista.
- h. haga que el paciente sonría, platique y dé su opinión sobre la prótesis.

**CAPITULO V. INSERCIÓN Y AJUSTE DE LA PROTESIS
E INSTRUCCIONES AL PACIENTE.**

CAPITULO V. INSERCIÓN Y AJUSTES DE LA PRÓTESIS E INSTRUCCIONES AL PACIENTE.

Sumamente interesante es la explicación que se debe dar al paciente desde la primera cita, en el momento de hacer el pronóstico y a través de todo el tratamiento, de lo que es una prótesis total y que debe esperar de ella.

Pues de su capacidad de adquirir la habilidad necesaria para manejar la prótesis depende en un porcentaje muy alto el éxito - de la placa.

Si cumplimos los requisitos, el paciente no tendrá la paciencia y la perseverancia necesaria para pasar el período de acostumbramiento, que es muy variable, y que depende de la adaptación del enfermo, la anatomía de la boca el estado de salud y otros muchos factores.

La prótesis, aun hecha con el mínimo de material, acorta el espacio de la boca en el cual se mueve la lengua, y dificultá el habla. Si hacemos que el paciente lea para sí, pero en voz alta y pronunciando varias veces las palabras más difíciles (en las intervienen las letras; s, p, m,), las dificultades pueden ser menores.

El dentista tendrá mucho cuidado de que ambas dentaduras no molesten perceptiblemente al paciente, por la presión nueva a que ambas estén sometidas las zonas chapeables superior e inferior.

La mucosa deberá resistir la presión sólo gradualmente.

Se examinará la parte interna de las placas para localizar cualquier burbuja de acrílico o aristas que puedan producir heridas en la mucosa.

Algunos dentistas aseguran que es mejor usarla ininterrumpidamente, porque abreviará el período de acostumbramiento a la mi tad y que los tejidos bucales estarán mejor adaptados, porque - no se pierde el tono muscular.

Otros dicen o aducen que el tono muscular es el mismo, aunque - están acordes con el tiempo de adaptación menor, pero que durante el sueño no se ejerce ninguna presión y por lo tanto no se - beneficia al paciente.

Pero muchas lesiones que se han encontrado en la boca de pacientes que usan continuamente la prótesis; inflamación por el efecto aislante de lo mismo, tumores por la mala adaptación, úlceras por decúbito, se mejoran notablemente cuando se descansa por las noches.

Después de estas explicaciones poniendo énfasis únicamente en el aseo, adoptará en sistema que él crea mejor. Limpieza de la denta dura .

Deberá cepillarse la dentadura después de cada alimento con agua y jabón o polvo de limpieza muy suave, para evitar cualquier acu-

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

mulación de los alimentos, o simplemente de saliva adherida, por el mal olor que eso produce o el tabaco.

Si aún después de estos cuidados en la dentadura se forma sarro, principalmente en los orificios excretores de saliva, el dentista deberá pulir de nuevo la dentadura.

Cite al paciente para las 24 horas siguientes para un ajuste y examen de los tejidos. En esta cita se revisará la sobreextensión de los flancos, tanto vestibular como lingualmente.

Se localizará una línea roja o también ulceraciones, si es muy severa, después de esta cita se citará al paciente para las 48 horas después y se hará lo mismo que en el caso anterior.

Transcurridas dos semanas del tratamiento, si los tejidos no presentan irritación, se le podrá dar de alta al paciente. Hasta su revisión periódica.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES.

El objetivo que trato de ver aquí es devolver al paciente sus facultades de masticación; a corregir los con tornos faciales, así como los defectos de pronunciación todo esto efectuado de manera que el paciente tenga las mínimas molestias antes y después de colocar la prótesis.

Debemos de tener cuidado nosotros con el trata miento porque si la función masticatoria está alterada por una causa cualquiera el aparato digestivo realiza un mayor esfuerzo para digerir los alimentos.

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

El dentista deberá usar todo su conocimiento - y todo su arte para llevar las exigencias de cada uno de sus - pacientes en consulta.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA.

PROTESIS PARA EL DESDENTADO TOTAL

Carl O. Boucher

Séptima Edición

Editorial Mundi

Buenos Aires - Argentina

PROSTODONCIA TOTAL COMPLETA

John J. Sharry

Primera Edición Mayo 1977

Ediciones Toray, S.A.

Barcelona

PROSTODONCIA TOTAL

Sheldon Winkler

Primera Edición 1982.

Interamericana

México, D.F. 1982

PROSTODONCIA

Conceptos Genrales

Carlos Pápol G

Tomo I

Primera Edición

Impreso en México

MANUAL DE PROSTODONCIA TOTAL

Felipe de Jesus Roble S.

Jaime Herrera U.

Segunda Edición 1980

Impreso en México.

PROTESIS COMPLETA

Manual Clínico y de Laboratorio

D. J. Neill

R. I. Nairn

Editorial Mundi.

Impreso en Argentina