

32
24
870122

Universidad Autónoma de Guadalajara

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IMPORTANCIA DE LA ARTICULACION Y PROCESADO DE LA DENTADURA ARTIFICIAL COMPLETA.

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

MARTHA OLIVIA DOMINGUEZ URBINA

ASESOR: C.D. RAFAEL I. BOJORQUEZ RUIZ

GUADALAJARA, JALISCO. 1987



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.

**"IMPORTANCIA DE LA ARTICULACION Y PROCESADO
DE LA DENTADURA ARTIFICIAL COMPLETA".**

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

CAP. I- Generalidades.

**CAP. II- Articulación de las Dentaduras Artificiales
Según Técnica Trubyte-New-Hue.**

A) Articulación de dientes Superiores.

B) Articulación de dientes Inferiores.

CAP. III- Procesado de la Dentadura en el Laboratorio.

A) Enfrascado de la Dentadura.

B) Preparación de Cámara de Moldeo.

C) Empacado y polimerización del Acrílico.

C O N C L U S I O N E S .

B I B L I O G R A F I A .

INTRODUCCION .

Para determinar si un tratamiento ha sido un éxito o un -- fracaso, es necesario establecer algunos requerimientos que permitirán evaluar exactamente la dentadura construída. A veces, -- aún en las condiciones más favorables, la evaluación clínica no es segura, los resultados del tratamiento de un sujeto varían -- cuando son comparados con los resultados de otro, sometido al -- mismo tratamiento.

Viendo todas estas razones, se eligió este tema, tratando de hacer más provechoso, para un mayor grupo de personas éste -- tratamiento.

Los objetivos de ésta rama de la Odontología, de los cuales los más importantes son: que tienden a devolver al paciente su facultad de masticación, corregir los contornos faciales así -- como los defectos de pronunciación.

El principal objetivo como decíamos anteriormente, es contribuir a la educación básica, a los que se inician o llevan, -- poco tiempo en esta rama de la Odontología., la manera de contribuir, es dando una orientación y divulgación, del uso correcto, de algunos de los procedimientos de laboratorio, usados y -- manejados en prostodoncia Total; que tengan los medios necesarios, para el tratamiento que se va a efectuar, y sea llevado -- a cabo con las técnicas, manipulación y materiales adecuados, -- tomando como base las enseñanzas que se tengan hasta el momento de su elaboración.

No vamos a descubrir el hilo negro de la Odontología, sino,

mencionamos una serie de normas y cuidados, que siguiéndolos -- al pie de la letra obtendremos excelentes resultados en nuestros tratamientos, no es la única técnica, hay varias técnicas e incluso, día a día se modifican con nuevos avances, tampoco quiero decir que es la mejor, simplemente es una opción más para obtener excelentes resultados.

Esperando que queden bien comprendidos nuestros temas, en cada uno de los capítulos que a continuación desarrollaremos, - logrando el máximo de sencillez y lo más legible posible.

CAP. I.) GENERALIDADES.

El establecimiento de una buena comunicación entre el dentista y el paciente a principios del tratamiento puede probar ser una medida de gran apoyo. Las primeras discusiones proporcionan clave útil con respecto a lo que alcanza a anticiparse en el momento de colocar la dentadura. La actitud del paciente hacia el dentista, la profesión y él mismo revelan su nivel y su aceptabilidad.

Se ha dicho que el estudio de la imagen propia del paciente resulta benéfico al tratar de anticipar la aceptación. La buena comunicación deberá continuar a través de todo el tratamiento y en especial durante el momento de la inserción de la prótesis. La habilidad del dentista para escuchar y su capacidad para convertir las claves ofrecidas por el paciente en técnicas positivas resultan valiosas en el momento final, la mala comunicación engendra un espíritu destructivo de falta de cooperación que puede conducir al fracaso.

Durante los procedimientos del tratamiento los pacientes suelen manifestar sus anhelos en forma de preguntas específicas como las siguientes: ¿cuando se hayan colocado las dentaduras, se eliminarán las arrugas del labio?, ¿será acaso como mis propios dientes?.

El dentista deberá tomar entonces la oportunidad para establecer buena comunicación mediante una respuesta inmediata. Cualquier reacción que conduzca al diálogo puede ser significativa.

La colocación de prótesis nuevas implica algo más que insertarlas y decir al paciente que llame si siente alguna molestia. En este instante que comienza la evaluación del odontólogo. Además es necesario llevar a cabo ciertos procedimientos técnicos. la inexactitud de los materiales y procedimientos utilizados en terminar la prótesis tal como está se eliminarán antes de que el paciente se ponga los dientes.

La inexactitud puede ser el resultado de: 1) errores técnicos o errores de evaluación cometidos por el odontólogo; 2) errores técnicos que se producen en el laboratorio. ó 3) deficiencias inherentes a los materiales que se utilizaron en la confección de las prótesis. Sea cualfuere el origen de la inexactitud, se corregirán antes de permitir que el paciente use las prótesis.

Previo colocación de las prótesis, se examinarán las flancos para asegurarse de que no son demasiado gruesos, así como los bordes para probar y comprobar si están bien redondeados, sin sobreextensiones. Si se tomaron impresiones con moldeado cuidadoso de bordes, en este momento no se requieren alteraciones, toda vez que, las manipulaciones de laboratorio hayan respetado esos bordes. Si para determinar la extensión de los bordes se recurrió solamente al diseño con lápiz se requerirán adaptaciones mayetas que cuando se procedió a impresiones con moldeado exacto de bordes. Si el técnico de laboratorio no respetó los bordes de la impresión registrados en el modelo, o hizo caso omiso de las indicaciones referentes a los flancos y los bordes, puede necesitarse alguna modificación al colocarse las prótesis.

Las metas del odontólogo, sin embargo, debería, ser con---
feccionar las impresiones y los modelos en forma tan perfecta -
que el técnico de laboratorio no tenga dudas al respecto de la
forma y extensión de los bordes y flancos al pulir las prótesis.
Si la conformación de los bordes se realizó con exactitud en la
impresión, los bordes no se alterarán ni se pulirán, hasta ha--
berse usado 24 Horas. Al no pulir los bordes, el odontólogo --
descubrirá sin esfuerzo cualquier sobreextensión en la primera
cita de ajuste. Las impresiones deben ser tan exactas que las -
superficies de asiento y los bordes no requieran ningún tipo de
retoque el día que se colocan las prótesis.

Inmediatamente al colocarse las prótesis, se controlará la
oclusión la primera vez que se inserten las dentaduras. También
se examinará la parte interna de la dentadura, visual y manual-
mente, para localizar cualquier burbuja de acrílico o arista -
que pueden producir heridas en la mucosa.

Se revisará la adaptación con pasta indicador de presión
se secan ambas dentaduras con una jeringa de aire. Con un pincel
se aplica una capa ligera de P.D.P. en toda la zona chapeable.
La dentadura se humedece con agua, se coloca o asienta una denta-
dura solamente, haciendo presión con los dedos en la región de
los molares. Se extrae y se examina. Cuidadosamente se reduce -
cualquier área de presión con un fresón. Usando una fresa para
las áreas granuladas.

Se elimina la viruta de acrílico con un chorro de aire y
se cubre la zona rebajada con más pasta.

Se repite el procedimiento hasta que la sobrepresión desa-
parezca.

El tratamiento con prótesis completas no es realmente exitoso salvo que el paciente las use. Por lo tanto, la atención de las prótesis completas, no es adecuado sino cuando el paciente recibe la atención necesaria después de colocadas las prótesis en la boca.

En muchos casos, la época más crucial en el éxito o en el fracaso de la prótesis es el período de adaptación. El odontólogo es responsable de la atención del paciente a través de ese período, y ello a menudo requiere varias citas. Es importante que el odontólogo y el paciente tengan una idea clara respecto de las implicaciones económicas del período de adaptación, que tiene que ver con la filosofía del odontólogo respecto del manejo del paciente.

Hay numerosos inconvenientes que causan las nuevas prótesis que tienen que ver con las bases protéticas en sí. Lesiones mucosas en el repliegue de los tejidos muy a menudo se producen por los bordes protéticos filosos o por flancos protéticos sobrepextendidos. A veces la escotadura vestibular de la prótesis es filosa o su tamaño es insuficiente, y el frenillo se irrita. Por lo común es necesario profundizar algo de la escotadura, pero también se le redondeará y alisará. A veces no se requiere ensanchar la escotadura y al hacerlo, se produce la disminución de la retención de la prótesis. La escotadura se profundiza con una fresa de fisura. Luego se redondea y se alisa el material de la base protética con pequeños raspados filosos y un disco Burslow seguido con el pulido con pómez en la punta de un cono de fieltro o con una rueda de paño.

No hay que confundir el dolor que produce la longitud ex-

cesiva de la parte anterior del flanco lingual con el dolor de los flancos del reborde proveniente de la oclusión. Se marca, - con lápiz tinta, ya sea en el sitio dolorido en la boca o sobre la base protética y se transfiere de acuerdo para ubicar exactamente el sitio correcto para la reducción del borde protético.

Se observarán atentamente las lesiones en la región del surco amular. Si el tejido irritado se halla por detrás del surco, la base protética es demasiado larga y se debe cortar. Sin embargo, si la lesión está en el surco mismo, es probable que el sellado palatino posterior ejerza una presión excesiva, y entonces, se aliviará con mucha prudencia la superficie tisular de la base protética. Un error de apreciación en este punto puede reducir o eliminar el sellado de la prótesis superior. Es necesario palpar cuidadosamente el surco para que ello ayude a determinar el diagnóstico.

Puede haber dolor al lo largo de la cresta inferior si hay proyecciones óseas espinosas en esta región. Hay que tomar las precauciones adecuadas, al tomarse las impresiones, pero ello - no siempre es suficiente. La base protética se pincela con la - pasta indicadora de presión en dirección vertical sobre las superficies oclusales de los dientes. Se alivia la base protética en los sitios indicados.

Las lesiones de la mucosa que reviste la fosa retromilohi- dea provienen de la presión excesiva o la longitud indevida de - los flancos protéticos. A menudo los pacientes manifiestan sentir dolor al tragar o dicen; siento como si me doliera la garganta. Se acortará la base protética, o se aliviará la superficie tisular para reducir la presión, lo cual depende de la ubi-

cación de la lesión.

Las manifestaciones dolorosas provienen de la irritación - en la región de los rebordes alveoloideos. Puesto que se ejerce presión suplementaria sobre la repisa vestibular al tomarse las impresiones, se requiere un diagnóstico diferencial del dolor - en esta zona. Si la irritación determina o se produce por la longitud del flanco vestibular, lo cual se determina comparando el borde protético en la boca con la ubicación de la lesión, entonces, se acertará el flanco. Sin embargo, si el sitio doloroso se halla sobre la mucosa que reviste la repisa vestibular, - se alivia la base protética en la región correspondiente. Es útil la pasta indicadora de presión para determinar la ubicación de este tipo de lesiones.

La presión excesiva que ejerce el flanco vestibular inferior en la región del agujero mentoneano, puede causar una sensación de cosquilleo ó de entumecimiento de la región de la mejilla ó comisura o del labio inferior. Esto ocurre por la presión sobre el nervio mentoneano y es frecuente cuando hay reabsorción del agujero mentoneano en la proximidad del reborde residual inferior. Algo similar se produce en el maxilar superior por la presión sobre la papila incisiva, que se transmite al nervio nasopalatino. el paciente manifiesta tener una sensación quemante o de adormecimiento de la parte anterior del maxilar superior. Se requiere aliviar en esa región la base protética superior.

Hay veces que el paciente acurre a la cita inicial de ajuste quejándose de que las prótesis les producen náuseas. El problema puede referirse en sí a las prótesis en sí, o hay un fac-

tor psicológico, o coinciden los dos. El inconveniente a menudo tiene que ver con el borde posterior de la prótesis superior. - El borde tiene una extensión inadecuada o es insuficiente el sellado del borde posterior. Se cree que las náuseas provienen en la mayoría de los casos de la formación y desaparición del sellado palatino posterior al desplazarse el tejido que se halla por detrás de la línea vibratoria hacia arriba y hacia abajo durante la función. Si se ha ubicado correctamente la línea vibratoria, se es necesario, y en la mayoría de los casos, es inadecuado extender el borde posterior de la prótesis superior más de dos milímetros por detrás de esa zona.

Si es inadecuado el sellado palatino posterior, es factible agregar compuesto de modelar para remodelar esa parte de la prótesis superior y determinar si ello corregirá el defecto. -- Más adelante se reemplazará con resina acrílica el compuesto de modelar. Asimismo la oclusión puede ser la causa, pues el deslizamiento de las bases protéticas a menudo causan la interrupción y la formación alternativas del sellado palatino posterior, de la cual resultan náuseas.

A veces el paciente dice que su prótesis superior se afloja al abrir la boca, al bostezar o al morder alimento sólido. Generalmente esto implica que es demasiado gruesa la superficie distovestibular de la prótesis superior e interfiere con los movimientos normales de la apófisis coronoides. Se requiere que los bordes de los flancos vestibulares superiores llene adecuadamente el vestíbulo. No obstante, deben ser finos los ángulos distales de la base protética por debajo de los bordes para que

haya la libertad necesaria para el movimiento de las apófisis coronoides.

Otra cosa que a veces manifiesta el paciente es que la --- prótesis superior tiende a aflojarse al sonreír o durante otras formas de la expresión facial. Este problema, puede surgir por el espesor o la longitud excesivas del flanco protético superior en la región de la escotadura vestibular o más atrás de la escotadura vestibular. Puesto que el frenillo vestibular lateral se desplaza hacia atrás durante la función, tropieza con un borde que es muy grueso y afloja la prótesis, a veces se corrige - este defecto al reducir el ancho del borde posterior de la escotadura vestibular lateral.

Se harán con mucho cuidado los desgastes de la base protética. El desgastar innecesariamente porciones de la base ocasiona dificultades. Las partes sobreextendidas de la base protética se reducen prolijamente con un raspador filoso de acuerdo a la magnitud de la inflamación causada. Después de cualquier modificación en los bordes es necesario pulirlos. Un borde despulido conduce a una mayor inflamación, aunque no este sobreextendido. Si el odontólogo pule el borde, se descubre cualquier modificación realizada por el paciente

Mecanismos de soporte de la prótesis completa. El problema fundamental del tratamiento del desdentado radica en la naturaleza de la diferencia entre la forma de inserción de los dientes naturales y sus reemplazantes artificiales en el hueso de soporte.

Es preciso reconocer de inmediato lo inadecuado de los tejidos de soporte de la prótesis completa en cuanto la función -

de recepción de carga. En el dentado, al ser normal la función la carga que incide sobre la membrana mucosa es leve. Con prótesis completa, la membrana mucosa se ve a servir para el mismo propósito que los ligamentos periodontales que proveen el soporte para los dientes naturales.

Cargas masticatorias.- Las cargas masticatorias son mucho más reducidas que aquellas que se ejercen mediante esfuerzo consciente y equivale a unos veinte kilogramos para los dientes naturales. Durante la masticación con prótesis completas se registraron fuerzas máximas de 6 a 8 Kgrs., pero se calcula que las cargas promedio son mucho menores que esas. Las fuerzas que se requieren para la masticación varían según el tipo de alimento. Los pacientes protéticos frecuentemente limitan la carga de los tejidos de soporte seleccionando los productos que no requieren un esfuerzo masticatorio que exceda la tolerancia de los tejidos.

Poco es lo que se conoce de los cambios que ocurren en el hueso residual después de la extracción de los dientes y el uso de la prótesis completa. se comprobó que:

- La función modifica la estructura interna del hueso humano.
- Que la presión causa su reabsorción.
- Que en algunos casos determinados, la tensión produce deposición ósea. El hueso alveolar con sus dientes naturales recibe cargas verticales, diagonales y horizontales que transmite la prótesis con una zona superficial mucho menor que el área total de ligamentos periodontales de todos los dientes naturales que hayan habido. La experiencia clínica subestima el margen de adaptación muchas veces considerable del sistema masticatorio. -

Por otro lado, en el paciente desdentado se comprueba que hay - muy poca adaptación de los tejidos de soporte a las exigencias funcionales. Uno de los hechos ciertos respecto del desdentado es que el llevar dentaduras es casi invariablemente acompañado - de una pérdida ósea desfavorable. La magnitud de esa pérdida es muy variable y se han emitido dos teorías respecto de la cuestión - de la pérdida inevitable del hueso residual. Una sostiene que - se produce una reducción ósea progresiva variable como consecuencia directa de la pérdida de las estructuras periodontales. La otra, que la pérdida de hueso residual no es una consecuencia - necesaria de la extracción de los dientes, sino que depende de una serie de factores que no son bien conocidos.

Está claro que el soporte de la prótesis completa se haya considerablemente limitado en su capacidad de adaptación así -- como en su poder inherente de imitar el papel de periodoncia. El mecanismo de soporte se complica todavía más por el hecho de -- que las prótesis completas se muevan en relación con el hueso - subyacente durante la función. Este movimiento está relacionado con la resistencia de la mucosa de soporte y la inestabilidad inherente a las prótesis durante la función. Casi todos los principios de la construcción de prótesis completas se enunciarón - para disminuir las fuerzas que se transmiten a las estructuras - de soporte y disminuir el movimiento de las prótesis en relación con aquellas. Las conclusiones respecto de la estabilidad protética generalmente se basan en la experiencia clínica, pero la inestabilidad de la misma involucra el potencial de ser traumática a los tejidos de soporte. El movimiento de las bases protéticas en cualquier dirección en sus apoyos basales pueden -- causar lesión de los tejidos.

Contornos Faciales: el segundo objetivo se relaciona con el arte de las prótesis y agrupa a todos los elementos necesarios para restaurar al respecto general y aspecto natural perdido, por la falta de soporte de la musculatura facial y el cambio de la dimensión vertical.

Esta restauración deberá consistir no solamente en el enun- ciado, sino también en restaurar las imperfecciones y defectos hechos por la naturaleza.

Con la pérdida del soporte óseo y del tono muscular el pa- ciente experimenta un cambio total en el tercio inferior de la cara, y le aparecen arrugas prematuras en los labios y mejillas y una expresión no acorde con su edad. El protesista deberá -- usar todo su conoci_miento y todo su arte para llenar los requi- sitos especiales de cada paciente.

Fonética. Ausencia de dientes, posición inadecuada de los dientes artificiales, grosor de las placas, festoneado defectuo- so de las mismas, falta de arrugas en el paladar, son las causas más importantes en los defectos de la pronunciación. El opera- dor deberá tener cuidado de cada uno de estos factores, para -- poder corregir estos defectos.

Ausencia de molestias. Este objetivo que se persigue es el más importante, porque se pueden confeccionar prótesis altamente estéticas que llenen los requisitos de trabajo en la cavidad o- ral y sin embargo el paciente no las puede usar por la incomo- didad que produce.

A veces la adaptación entre placas y mucosa no es perfecta y entonces hay sobrepresión en algunas partes de la zona chapea- ble. Otras veces se extiende la placa superior hasta más allá

de la línea del ¡Ah!, produciendo desplazamiento de la prótesis úlcera por el movimiento de los músculos, arcadas, etc., las superficies rugosas producen ulceraciones muy molestas especialmente en el borde las dentaduras. Una mala oclusión producirá muchas molestias, a veces imposible de soportar y el paciente no usará la prótesis.

Debe el operador detectar a lo largo de todo el tratamiento las causas de estas situaciones tan molestas para el paciente corregirlas y aún mejor, tratar de prevenirlas en provecho de él mismo.

Finalidades. Los aparatos protésicos, cualquiera que sea su fin, son elaborados cuidadosamente una serie de pasos dados unos en la clínica y otros en el laboratorio, pero no más importantes unos que otros.

Hablando en similitud, es una cadena en que ningún eslabón es más ni menos importante que otro, uno de ellos débil, provoca la ineffectividad de los demás, aunque estos sean muy fuertes. Los pasos anteriores bien ejecutados, facilitan la consecución de los siguientes y, de otro modo, los anteriores mal ejecutados dificultan en sumo grado los siguientes.

Se deberá cuidar no sólo la parte mecánica del tratamiento y también la que afecta a los resultados artísticos y estéticos en el paciente, para lograr el éxito. Deberá tener paciencia en su trabajo, aplicando constantemente sus conocimientos y estimulándose en el estudio para adquirir cada vez mayor habilidad técnica en esta parte para la Odontología.

CAPITULO II. ARTICULACION DE LAS DENTADURAS ARTIFICIALES

SEGUN TECNICA TRUBYTE NEW-HUE.

A) ARTICULACION DE LOS DIENTES SUPERIORES.

B) ARTICULACION DE LOS DIENTES INFERIORES.

Con la colocación de los dientes anteriores superiores se inicia propiamente la importante fase técnica de la prostodoncia. Sus infinitas y sutiles posibilidades de colocación y disposición son tan numerosas en cada caso, que no es posible ponerse de acuerdo en un método particular determinado, sino cumplir un ordenamiento con finalidades didácticas.

La colocación de dientes anteriores superiores e inferiores determinan las exigencias estéticas y fonéticas por sus estrechas relaciones con las estructuras móviles de los labios y la lengua.

La colocación de cada diente anteriores artificiales y su disposición dentro del arco residual no definen una orientación definitiva en cada caso, sino establecen normas de carácter general a seguir:

- El plano de orientación establecido no siempre es el recurso absoluto para lograr la naturalidad.
- Ligeras asimetrías e irregularidades en la altura de los escalones proximales favorecen a la naturalidad.
- En algunos casos el colocar los bordes incisales de los dientes anteriores superiores con una curvatura similar a la del labio inferior en la sonrisa, produce un efecto favorable para la naturalidad.
- Generalmente la disposición apiñomada de los dientes está pre

sente en maxilares pequeños y, al contrario, en maxilares amplios, suelen presentarse diastemas.

- Cuando se apiñan dientes artificiales se recurre a la sobreposición mesial de uno o varios dientes, en cada caso; se desgaste la parte posterior de la cara masial o proximal del que queda por encima para llevarlo a la relación más natural con el contiguo.

Armonía facial y estética; Implica el aspecto del paciente y las posibles modificaciones a introducir en la disposición de los dientes para lograr el efecto armónico con la cara del paciente.

Para obtener la armonía facial y funcional se incluyen los siguientes postulados:

Valorar las características de los dientes artificiales seleccionados.

Inclinación horizontal de los dientes anteriores,.

Inclinación vertical de los dientes anteriores.

Fonética relacionada con la inclinación de los dientes anteriores

Inclinación de los dientes anteriores.

Armonía de la disposición general de los dientes anteriores.

Perfeccionamiento de las disposiciones individuales de los dientes.

Correlación de la estética y de la trayectoria incisiva.

El concepto de la armonía con el sexo, personalidad y edad del paciente.

Valoración de los dientes seleccionados (1) La selección de los dientes artificiales debe ser valorada con criterio en -

cuanto a su tamaño, forma y color. Cuando los seis dientes anteriores superiores sostienen adecuadamente a el labio superior, serán del ancho total suficiente para extenderse en el caso y - arco dentario hasta la posición proxima de las comisuras, y que preserve espacio para realizar caracterizaciones de diastemas, giroversiones y sobreposiciones mesiales. La cara distal de los caninos superiores determina el punto del cambio y continuidad de la dirección del arco dentario hacia atrás.

Inclinación horizontal de los dientes anteriores; (2) Las mejores guías para determinar inclinación anteroposterior de los dientes anteriores, es la posición y expresión de los labios, y de la parte inferior de la cara. La colocación estética de los dientes anteriores superiores debe hacerse tomando en cuenta el grado de reabsorción que haya tenido el reborde residual; una - orientación hacia atrás o hacia abajo del reborde residual atenta considerablemente contra la estética.

Si los dientes anteriores se ubican demasiado hacia lingual, surge un soporte insuficiente de los labios que se caracteriza por la caída o desenso de las comisuras, la visibilidad del borde bermellón del labio superior se reduce, y en su alrededor se marcan grietas y arrugas que profundiza el surco nasolabial, y se reduce la prominencia del filtrum.

Al contrario cuando los dientes superiores se colocan muy hacia adelante, aumenta el soporte labial y se caracteriza por un aspecto prominente. Durante la función la base protésica --- tiende a desplazarse y deforma los contornos normales del tercio inferior de la cara.

Inclinación vertical de los dientes anteriores (3) Esta --
gufa determina la visibilidad de los dientes anteriores superio-
res durante las expresiones faciales y al hablar. Su influencia
depende del largo y movilidad del labio superior y al hablar, -
En relación con la distancia vertical entre los rebordes resi-
duales.

Cuando los dientes inferiores sobrepasan la altura del la-
bio a nivel de las comisuras, es probable que se deba a los si-
guientes factores:

- El plano de orientación es demasiado alto.
- Es excesiva la sobreposición horizontal.
- Es demasiado grande el espacio vertical interrebordes.

La situación se considera a la inversa cuando los dientes
inferiores están ubicados por debajo del labio inferior a nivel
de las comisuras.

Otro indicio respecto de la orientación vertical de los di-
entes anteriores es la distribución aproximada desde el borde -
de la base hasta el borde incisal de los dientes, en el espacio
vertical intermaxilar. Cualquier diferencia o discrepancia mani-
fiesta indica que el plano anterior de oclusión requiere ajustes
de altura.

La fonética en la inclinación de los dientes anteriores.(4)
La producción de los sonidos del lenguaje o la fonética, es otra
gufa que se usa para determinar la posición correcta de los dien-
tes. Su importancia en si no es solo el sonido pronunciado sino
la relación de la lengua, de los dientes, de las bases protési-
cas y de los labios entre sí.

Los sonidos fonéticos están controlados por el paso del -- aire y son variables. Se modifican según el control se ubique -- en la faringe y en las cavidades nasales y bucal. La clasificación de los sonidos fónicos son:

/ Sonidos Labiales.

/ Sonidos Labiodentales.

/ Sonidos Linguodentales.

/ Sonidos Linguopalatinos (anteriores)

/ Sonidos Linguopalatinos (posteriores)

Inclinación de los dientes anteriores (5) En el plano frontal, cuando la cabeza está erguida (plano de Frankfort paralelo al piso), es frecuente que los dientes anteriores superiores están inclinados vestibularmente y en otros lingualmente. Generalmente la inclinación forma un ángulo obtuso entre la superficie vestibular del hueso y la cara vestibular del diente. De modo -- que es lógico suponer que la inclinación de los dientes anteriores es paralela al perfil facial.

Armonía del conjunto en general de los dientes anteriores (6). La armonía de los seis dientes anteriores representa un -- conjunto individualizado en el que se interrelacionan varios y variados factores, como son:

a) Armonía entre la forma del arco y el reborde residual.

b) Armonía entre los ejes longitudinales de los incisivos centrales y la cara.

c) Armonía de los dientes con la línea de sonrisa del labio inferior.

d) Armonía de dirección de las caras antagonistas vestibulares.

e) Armonía de los dientes con el perfil.

f) Armonía del desgaste incisal con la edad.

Armonía entre la forma del arco y el reborde residual (6A)
La armonía de forma de los dientes anteriores artificiales debe imitar lo más exactamente posible la forma del reborde residual cuando estas estructuras anatómicas no se han deformado o alterado más de lo necesario.

En prostodoncia es común clasificar y emplear la forma de los arcos dentarios en :

Arco dentario cuadrado; Que es ancho, los incisivos centrales se colocan en una posición que sigue la misma línea de los caninos. Estos y los incisivos laterales tienen muy poca giroversión y - le dan un aspecto más ancho a los dientes y han de armonizar con una cara ancha y cuadrada.

Arco dentario triangular. Que es más angosto; los incisivos --- centrales se colocan más hacia adelante respecto a los caninos. El espacio reducido de esta forma de arco generalmente ocasiona más giroversión y amontonamiento de los cuatro incisivos que le dan un efecto de mayor estrechez, y armonizan con las caras angostas y triangulares.

Arco dentario Ovoide. Los incisivos centrales están hacia adelante respecto a los caninos; ocupan una posición intermedia entre los arcos dentarios triangulares y cuadrados. Las giroversiones son poco frecuentes en esta forma de arco, y por ende -- muestran mayor cantidad de superficie vestibular que la disposición triangular y producen un efecto más ancho que armoniza con la cara ovalada.

Perfeccionamiento de las posiciones individuales de los --
dientes artificiales (7) Si pretendemos incorporar a través de

los dientes anteriores artificiales un aspecto agradable y natural a las dentaduras completas, este postulado adquiere una relevante importancia. La selección y colocación de dientes artificiales alcanzarán estos objetivos si se incluyen en sus disposición las típicas rotaciones y e inclinaciones que se observan en los dientes naturales.

Se requiere como punto de partida; para el estudio del la inclinación del eje longitudinal vestibulolingual y mesiodistal de los dientes anteriores superiores, respecto a la perpendicular al plano de orientación, únicamente como guía, a partir de la cual surgen las variaciones y giroversiones.

Concepto de armonía del paciente. (8) Sexo; Los dientes artificiales en el sexo masculino se caracterizan por la osadía el vigor y las líneas cuadradas de la dentadura y una línea incisal recta de los dientes. En el sexo femenino estas características se manifiestan en los dientes artificiales por superficies curvas, redondeadas y suavidad de la forma de la dentadura, y acentuada la curvatura de la línea de sonrisa.

Personalidad; el espectro dela personalidad se divide en - Delicada, mediana y vigorosa; con las consiguientes variaciones personales dentro de la clasificación masculina o femenina. Con frecuencia se le relaciona, con las guías del conterno facial, color posición y soporte de los dientes artificiales.

Edad. Se caracteriza en proporciones variables mediante -- bordes incisales abrasionados, erosión, mesialización, diastemas y profundidad o prominencia de los extremos cervicales de los dientes artificiales.

Correlación de la estética con la trayectoria Incisal. (9)

La inclinación de la trayectoria incisal influye en la --- estabilidad de la prótesis completa al establecer el esquema oclusal. La guía incisal depende del entrecruzamiento (vertical) y el resalte (horizontal) combinados, y se relacionan con la -- colocación y posición estética de los dientes anteriores superiores e inferiores.

Esquemáticamente el entrecruzamiento en oclusión céntrica es la distancia vertical entre el borde incisal del incisivo superior al borde incisal del incisivo inferior, y el resalte es la distancia horizontal entre el borde incisal del incisivo superior a la cara labial del incisivo inferior.

Colocación de los dientes Posteriores.

La colocación de los dientes posteriores artificiales anatómicos, semianatómicos y no anatómicos, requiere de una tecnología científica que cumpla integralmente con los requisitos básicos de su objetivo terminal: obtener la oclusión balanceada - bilateral simultáneo de los dientes que pasan de posición oclusal céntrica a oclusal exéntrica sin obstáculo o interferencias. Este equilibrio debe estar en armonía con las articulaciones temporomandibulares y la actividad neuromuscular.

La colocación de los dientes posteriores debe hacerse de tal forma que ocluyan con sus antagonistas. Cuando se usan formas anatómicas o semianatómicas a causa de su intercuspidación, deben conservar una determinada relación bucolingual con los inferiores. Cuando se usan formas no anatómicas los dientes posteriores superiores se pueden colocar normalmente de manera que ocluyan con los inferiores.

Cada diente posterior representa una parte de una unidad funcional y su colocación individual debe estar de acuerdo con esa unidad que funcionará cuando intervengan todos los dientes posteriores con antagonización, es decir, no sólo los superiores ni sólo los de un lado, sino todos los dientes posteriores en ambas dentaduras.

Factores determinantes:

Fundamentados en los claros y nítidos principios o leyes de la oclusión se aplican con precisión los cinco factores que determinan la colocación de los dientes posteriores superiores anatómicos o semianatómicos:

- Dirección del plano de relación.
- Centro del reborde inferior.
- Trayectoria lateral de las cúspides.
- Inclinação de las vertientes de protrusión.
- Inclinação de las vertientes de trabajo.

Primer factor; dirección del plano de relación; Representa el primer factor necesario para colocar los dientes posteriores anatómicos. Este factor, como se recordará, se obtuvo durante el registro de la relación maxilomandibular al determinar la distancia vertical; concretamente nos referimos a la orientación individual del rodillo de relación superior referido al paralelismo con el plano anatómico aurículo nasal o protodóntico.

Segundo factor: Centro del reborde inferior; Con las referencias maxilomandibulares correctamente transferidos con el arco facial estático al articulador seminjustable graduado en 0 grados, abrimos el articulador y descubrimos las características residuales del modelo inferior de trabajo, retirando la ba-

se y el rodillo inferior de relación. Se marca en este modelo - un punto en la parte anterior y media, otros dos puntos a cada lado a la altura de los caninos, y otros dos puntos más atrás a nivel de los primeros molares.

Estos puntos se unen con la ayuda de una regla flexible -- que se adapta mejor a la forma de la superficie de yeso piedra. Unimos en ambos lados el punto molar al punto canino y obtenemos el trazo del centro real del proceso inferior, conocido también como línea M-M', o de los molares, lo prolongamos hacia atrás y hacia adelante del modelo.

Ahora al punto medio con el punto canino y obtenemos así el trazado anterior o línea de los incisivos.

Tercer factor: Trayectoria lateral de las cúspides; Para - obtener este factor realizamos el ajuste dinámico descrito al - articulador ajustable que esta en posición estática de 0 grados. Este ajuste se entiende que lo hacemos con las relaciones exocéntricas d lateralidad y protrusión previamente registrados con yeso soluble.

Cada uno de estos movimientos de protrusión y lateralidad - lleva a la mandíbula a una posición determinada respecto al maxilar superior, la cual debemos reproducir en el articulador ajustable. Las cuatro posiciones se determinan así:

- 1 Posición céntrica.
- 2 Posición lateral derecha.
- 3 Posición lateral Izquierda.
- 4 Posición protrusiva.

Cuarto factor: Inclinación de las vertientes de protrusión;

Para obtener este cuarto factor es necesario orientar previamente por bucal el rodillo inferior y el rodillo superior de cera.

Orientación bucal del rodillo inferior.- Para determinar el borde bucal del rodillo inferior necesitamos medir con una regla milimétrica o compás la mitad de la primera molar superior a utilizar. Medimos desde el surco central de desarrollo de la cara masticatoria al vértice del tubérculo mesiovestibular; esto nos da la seguridad de que el centro de los dientes posteriores inferiores quede precisamente en el lugar que les corresponde sobre el centro del reborde.

Orientación bucal del rodillo superior.- Ahora cerramos y volteamos el articulador y con la punta de una espátula transferimos el borde bucal del rodillo inferior a la superficie de orientación del rodillo superior.

Con la regla milimétrica o compás medimos la otra mitad de la cara masticatoria del primer molar superior, desde el surco central de desarrollo al vértice del tubérculo mesiolingual, y lo transferimos hacia afuera de esta línea y procedemos a recoger la cera y orientar por bucal este rodillo.

Quinto factor: Inclinación de las vertientes de trabajo; - Este factor se obtendrá una vez colocados todos los dientes posteriores superiores, y se describirá al realizarse esta etapa técnica.

Técnica básica. Colocación de los dientes posteriores con cúspides:

Determinados correctamente los cinco factores enunciados -

recordamos la invariable trayectoria o inclinación condilar y - la incisal ajustada paralela a las necesidades de la trayectoria protrusiva. Con las referencias de estas dos trayectorias iniciamos la colocación de los dientes posteriores anatómicos y semi-anatómicos.

MONTADO DE LOS DIENTES SUPERIORES SEGUN LA TECNICA TRUBYTE NEW-HUE.

A) Incisivo Central.

B) Incisivo lateral.

C) Canino.

D) Primer premolar .

E) Segundo Premolar.

F) Primer molar.

Segundo Molar.

Incisivo Central Superior.-

En el sitio que le corresponde se recorta un pedazo de cera , se fija firmemente el diente y deberá quedar colocado de manera que:

- a- su borde mesial llegue a la línea media.**
- b- el borde incisal se coloque sobre el plano de oclusión.**
- c- El cuello debe deprimir quedando con las dos terceras partes inferiores de su cara vestibular a nivel con la superficie - mesial y distal de la cara.**
- d- Su eje mayor visto de frente deberá quedar vertical.**

Incisivo Lateral Superior.-

La edad también puede ajustarse en la articulación del ---

lateral, cambiando la posición del borde incisal del lateral, en relación con el plano de oclusión.

a- su borde mesial adosado a la cara distal del central.

b- su borde incisal deberá ir a un milímetro por encima del plano de oclusión.

c- sus cuellos ligeramente más unidos que el de los centrales.

d- su cara vestibular deberá coincidir, con la cara vestibular del rodillo de oclusión.

Canino Superior.-

El diente canino natural, desempeña un papel de máxima importancia en la estética, el reborde labial del canino es la -- línea divisoria entre las secciones labial y bucal de la boca , del lado bucal, el canino colocado en esa forma, evita el aspecto de mostrar de una vez, todos los dientes, por que la prominencia que se le da al tercio bucal cervical literalmente oculta los dientes posteriores.

a- su borde mesial adosado a la cara distal del lateral.

b- el vértice del canino deberá ir sobre el plano de oclusión.

c- el cuello deberá estar más prominente en el tercio cervical con el fin de producir la giva canina.

d- visto de frente solo será visible la mitad mesial de su cara vestibular.

e- la mitad mesial de la cara vestibular, estará sobre la cara vestibular del rodillo haciendo curvatura con los incisivos. La mitad distal de la cara vestibular hará juego con la cara vestibular del rodillo en su parte posterior.

Primer premolar superior.-

a- La cara mesial puede o no estar adosada a la cara dis-

tal del canino, puede existir un espacio de menos de 1 mm.

esto con el fin de facilitarnos la articulación del primer premolar inferior.

- b- La superficie bucal se colocará al ras con el rodillo de --- oclusión.
- c- el eje longitudinal visto de frente por su cara vestibular quedará con un ángulo recto con el plano de oclusión.

Segundo premolar Superior.-

- a- Cara mesial adosada a la cara distal del primer premolar.--
- b- Las dos cúspides deberán descansar sobre el plano de oclusión
- c- La superficie vestibular deberá estar al ras con la cera del rodillo.
- d- El eje longitudinal visto de frente por su cara vestibular quedará en algún ángulo recto con el plano de oclusión.

Ambos premolares superiores, se deberán colocar de manera que, una regla toque simultáneamente los rebordes vestibulares del canino, primer premolar y segundo premolar.

Primer Molar Superior.-

- a- cara mesial adosada a la cara distal del segundo premolar.
- b- la mitad mesial de la cara vestibular hará línea recta con el canino, primer premolar y segundo premolar.
- c- La cúspide mesio-palatina descansará sobre el plano de oclusión.
- d- cúspide mesio-vestibular estará a $3/4$ de mm. sobre el plano de oclusión.
- e- cúspide disto-palatina estará a $1/2$ milímetro sobre el plano de oclusión.
- f- cúspide disto-vestibular estará a $1/2$ milímetro sobre el pla

no de oclusión.

Segundo Molar Superior.-

- a- cara mesial adosada a la cara distal del primer molar superior.
- b- cúspide mesio-vestibular estará a 2 milímetros sobre el plano de oclusión.
- c- cúspide disto-vestibular estará a 2 y 1/2 milímetros sobre el plano de oclusión.
- d- Ambas cúspides palatinas a 1 y 1/2 milímetros sobre el plano de oclusión.
- e- Los rebordes vestibulares de las cúspides vestibulares tanto del primero como del segundo molares superiores deberán estar en línea recta.
- f- Las cúspides del segundo molar, no tocan el plano de oclusión, sino que se hallan por encima de él. Esto es con la finalidad de reproducir la curvatura de compensación.

El surco longitudinal a través del centro de los premolares y molares debe seguir a lo largo del contorno vestibular del rodete de cera inferior, disponiendo los dientes posteriores superiores en esta posición, los posteriores inferiores quedarán puestos anatómicamente y automáticamente sobre el centro del reborde inferior.

Las cúspides palatinas de los dientes superiores posteriores se colocarán sobre la línea media del redillo inferior, las cúspides vestibulares de los molares deberán estar un poco arriba del nivel de las cúspides palatinas. Esta posición ayudará a los movimientos de lateralidad en la posición de trabajo y balanceo.

Si al colocar las cúspides palatinas en la línea del rodillo inferior, se descubre que los dientes posteriores superiores están colocados más hacia vestibular, probablemente exista una situación de mordida cruzada. En este caso la línea media del rodillo inferior, es descartada y deberán usarse dientes no anatómicos o de cero grados.

MONTADO DE LOS DIENTES INFERIORES SEGUN LA TECNICA TRUBYTE NEW-HUE.

- a) Primer molar.
- b) Segundo Molar.
- c) Segundo Premolar.
- d) Incisivo central.
- e) Incisivo lateral.
- f) Canino.
- g) Primer premolar.

Primer molar Inferior.-

Es el diente clave de la articulación inferior, por estar en esta razón, será el primer diente articulado en esta arcada.

a- La cúspide media vestibular, deberá quedar centrada entre las dos cúspides vestibulares del primer molar superior.

b- Articula con el primer molar y el segundo premolar superiores.

c- Las cúspides bucales estarán en contacto con las fositas centrales del primer molar y segundo premolar superiores.

d- El plano vestibulo-distal de los segundos premolares superiores deberán funcionar perfectamente en la posición de trabajo, con la cúspide mesio-vestibular del primer molar inferior.

e- cuando el primer molar inferior esta en posición exacta con el molar superior, habra una relación perfecta de equilibrio y de trabajo.

f- el vastago incusal del articulador permanecerá en contacto - en todos los movimientos laterales.

Segundo Molar inferior.-

a- Su cara mesial estará adosada a la cara distal del primer molar inferior.

b- cúspides vestibulares estarán en contacto con las facetas -- centrales del primero y segundo premolar superior.

c- articula con la parte distal del primer molar superior y la parte mesial del segundo molar superior.

d- guía incisal tocando la palatina incisal en los movimientos, de trabajo, balanceo y protrusión.

Segundo Premolar Inferior.-

a- su cara distal estará adosada a la cara mesial del primer molar inferior.

b- articula con el primero y segundo premolares superiores.

c- la cúspide vestibular entra en contacto con las fositas centrales del primer y segundo premolares superiores.

d- El plano disto-vestibular de los primeros premolares superiores deberá estar en contacto con el plano mesio-vestibular - de los segundo premolares inferiores en la mordida de trabajo.

e- La cúspide palatina del primer premolar superior deberá estar en contacto deslizante con el plano vestibular del segundo premolar inferior en la mordida equilibrada o balanceada.

- f- El vastago incisal del articulador permanecerá en contacto con la posición de trabajo, balanceo y protrusión.

Incisivo Central Inferior.

- a- cara mesial sobre la línea media.
b- borde incisal formando over-lap horizontal y vertical de un milímetro con el incisivo central superior.
c- su eje mayor mejorado mirado de frente deberá ser vertical.

Incisivo Lateral Inferior.

- a- no deberá tener interferencias en movimientos de lateralidad y protrusión.
b- su eje longitudinal vestibulolingual, estará paralelo a la perpendicular tomando como referencia la gufa incisal.
c- su eje mesio-distal estará inclinado en relación con la línea media.

Canino Inferior.-

- a- cara mesial adosada a la cara mesial del lateral.
b- su borde incisal hará overlap horizontal y vertical de un milímetro con la lateral y caninos superiores.
c- su eje mayor estará inclinado hacia arriba y adentro.
d- no deberá tener interferencias en movimientos de lateralidad y protrusiva.
e- Inclinación labial perpendicular al borde de el rodillo. ---

Los incisivos inferiores deben ser colocados con los cuell os directamente sobre el reborde alveolar y los ejes longitudinales de los dientes, deben estar inclinados en la posición de relación céntrica, en ningún caso se deberán tocar los anteriores superiores con los anteriores inferiores.

En la posición de mordida de trabajo, el central, lateral y canino del trabajo, estarán en contacto con los bordes incisivos de los dientes anteriores superiores. Los incisivos serán articulados borde a borde cuando exista una relación prognática, por lo tanto el overlap horizontal desaparece.

En una relación retrusiva del reborde alveolar inferior, - los bordes incisales de los anteriores se tocan únicamente en una mordida protrusiva.

Primer Premolar Inferior.

Los primeros premolares inferiores se colocan hasta después que los anteriores inferiores estén en posición; es el diente - que se articula al último en la arcada inferior.

- a- articula el primer premolar superior y el canino.
- b- su cúspide vestibular estará en contacto con la foseta central del primer premolar superior, tocando la parte mesial.
- c- Este diente se coloca en su lugar, si no es suficiente el espacio, se rebajará ya sea en mesial o distalmente según sea el caso hasta que quepa.
- d- El vástago incisal del articulador permanecerá en contacto - con la posición de trabajo, balanceo y protrusión.

La foseta central de los dientes posteriores inferiores deberá ser colocada sobre la línea media del rodillo inferior. La curva de compensación o de Spee deberá existir aún cuando se -- usen dientes no anatómicos. Cuando está indicado un overlap horizontal de más de 1 milímetro en los anteriores, no habrá suficiente espacio para el primer premolar inferior, es preferible rebajarlo mesial o distalmente por razón es de estética.

CAPITULO. III. PROCESADO DE LA DENTADURA EN EL LABORATORIO.

- A) ENFRASCADO DE LA DENTADURA.
- B) PREPARACION DE CAMARA DE MOLDEO.
- C) EMPACADO Y POLIMERIZACION DEL
ACRILICO.

Tiene considerable importancia para la labor del protesista el alisado interior de las muflas antes de utilizarlas.

A) Enfrascado de la dentadura.-

- 1- Se prueban los modelos en las muflas, cuidando que no toquen las partes internas metálicas. Deberá existir por lo menos un cm. entre el modelo y la mufla.
- 2.- Se envaselina ligeramente la parte interior de toda la mufla y el modelo de yeso, evitando la cera y los dientes.
- 3- Se prepara yeso piedra para enfrascar, el yeso piedra es preferible por su dureza y facilita posteriormente el desenmuflado.

Se llena la mufla y se coloca el modelo encima del yeso, -- se centra el modelo hasta que la unión de yeso, modelo y cera -- esten a la misma altura, que el borde metálico de la mufla.

Se alisan la superficie de yeso y se retiran los exedentes que cubran el borde metálico.

En el caso de enfrascado inferior se debe de preocupar por proteger las salientes posteriores de ambos lados poniendo yeso en la parte posterior, esto evitará su rotura al habrir la mufla . se deja fraguar.

4- Fraguado el yeso, se alisa bien la superficie y se protege - con vaselina. Se prueba la contramufa haciendo que el metal de la mufa esté en contacto con el metal de la contramufa.

Llenado de la contramufa.-

1- Se prepara una porción de yeso piedra, se pinta con un pincel sobre las superficies gingivales procurando evitar la formación de burbujas, procurando cubrir las superficies oclusales de los dientes, se vibra haciendo correr hasta dejar una superficie plana procurando dejar al descubierto las extremidades oclusales - de los dientes. se deja fraguar.

Es recomendable, antes de que el fraguado final empiece a ocurrir y antes de que se desarrolle calor exotérmico en el yeso piedra, sumergir las mufas en agua fría. Esto con el propósito de disipar el calor generalizado en el yeso y evitar la expansión de la cera y el movimiento de los dientes.

En el caso de la prótesis inferior, antes del fraguado se talla un surco en forma de V por medio del espacio lingual --- hasta la base del modelo inferior en la posición de los dientes. Esto facilitará la remoción del yeso después del curado.

2- Se alisa la superficie de yeso, se retiran todos los exedentes y se aplica vaselina sobre el yeso fraguado.

3- Se preparará una pequeña porción de yeso y se agrega en la parte superior, llenando la parte faltante, y cubriendo las extremidades de los dientes, se coloca la tapa en su lugar, se preciona con los dedos ya sea a base de esto, se deberá escapar un exeso de yeso a través de los orificios de la tapa. Se pone la mufa en una prensa para eliminar los exesos y se deja fraguar.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

El proceso de enfrascado es el mismo, tanto para la superior como para la inferior.

Abertura de la mufla.- Se deberá tener cuidado de no poner en peligro las propiedades físicas del yeso, disminuyendo el -- tiempo de fraguado, se deberá transcurrir un tiempo mínimo de - 35 a 40 minutos después de haber vaciado el último yeso y colocar la tapa, antes de colocar la mufla en agua hirviendo.

1.- Preparación de la cámara de moldeo se le llama al lugar que ocupa la cera y la base dura. Y que al remover esto, queda un - espacio que posteriormente será llenado por el acrílico.

Una vez fraguado el yeso, se coloca la mufla en agua hirviendo por espacio de cuatro minutos y 45 segundos aproximadamente, menos tiempo puede ser insuficiente, más fundiría la cera en exeso. Se separa mufla y contramufla y cuidadosamente, se remueven la base dura y la cera que estarán únicamente hablandadas del modelo se descartan los dientes deben permanecer adheridos al yeso de la contramufla.

2.- Se lava la mufla y la contramufla con un detergente sintético y se enjuagan con un chorro de agua caliente enyesada para que no queden restos de cera.

3.- Antes de que se enfríe completamente se pintan todas las porciones de yeso expuestas con un separador de acrílico usando - un pincel. se aplica el material rápidamente sin cubrir los dientes, se deja secar y se vuelve a fijar una segunda capa hasta - secarse de nuevo. Las muflas deben de dejarse enfriar completamente antes de proceder al empaclado.

Cierre periferico posterior.- (post-dom) Se aprovecha aquí este momento para hacer el post-dom.

Una vez que está frío el modelo superior, se deberá exeder el surco hamular de un lado, al surco hamular contrario pasando por la línea vibratil y faveolas palatinas en la línea media.

Deberá tener de uno a tres milímetros de ancho en los surcos hamulares, luego se extenderá hasta un cm. en la zona depre- sible del paladar (zona del ajujero palatino posterior). Haciendose angosto hacia la línea media, igual que en los surcos, de profundidad se hará de 1 1/2 mm. a 2 1/2 mm. en toda su exten- sión.

Se hace con el fin de conferir a la dentadura nueva un se- llado posterior periférico, evitando la introducción de aire, - entre la dentadura y la encía y por consiguiente la pérdida de la retensión.

C) Empacado y polimerización del acrílico.- Se revisará -- que las manos y todo el equipo este perfectamente limpio.

Calcúlo aproximado del material. Para el ampacado de la - dentadura se usará 30 c.c. de polímero y 13 c.c. de monómero - Son unas proporciones suficientes para procesar una dentadura - con referencia normal.

Mezcla del material de acrílico.- Se colocará el monómero (líquido en un frasco de boca ancha de vidrio, se puede hacer - con un gotero. Después se coloca el polímero (polvo) y se mez- clan con una espátula para cemento durante unos treinta segundos se tapa el frasco y se deja reposar.

El frasco deberá tener tapa, con paredes lisas, sin angulos interiores que puedan retener más tarde la masa o dificulten la limpieza.

Reposo.- En el reposo se complementa el ataque del monómero

al polímero de una manera que al principio el monómero no hizo sino mojar el polvo, se van disolviendo en la superficie las -- esféculas, se van reblandeciendo y van cambiando la consistencia de la mezcla.

Antes de empaclar el material de dase para la dentadura hay que sersiorarse que la pasta ha sido mezclada a la consistencia correcta.

Se probará la consistencia de la masa, cada cierto tiempo, separando la masa en dos pedazos, se deberá dejar madurar hasta un punto de fraguado, en que se parta limpiamente. El punto de fraguado estará cuando se rompe obteniendo un ruido característico llamado punto de migajón, señalamiento que estará listo -- para el empaquetado.

Hay que tomar en cuenta el tiempo de plastificación que es muy variable: el calor lo acelera y el frío lo retarda, las proporciones de líquido y polvo cuando escasea el líquido se acelera y si es excesivo lo retarda, las distintas marcas de acrílico y clases de plastificadores que contienen.

Atención final de la mufla.- a)revisar que este limpia, es esencial para evitar las manchas en el material y el riesgo de dientes mal unidos a la base.

b) a observar que este bien seca.

c) Checar resistencias, todo ángulo de yeso débil deberá descartarse para no correr el peligro de rotura e incorporación de rasgos en la base.

d) Inspección del modelo. Si quedan burbujas u otros defectos es preferible taparlos con y so ahora o quitarlo con fresa después; porque es más fácil restaurar una buena superficie en el

modelo y facilita la separación. Colocar los alivios necesarios que se requieran.

Empacado de la masa de acrílico.- Se modela la masa de la resina acrílica, de la forma de un rollo de dos cm. de diámetro y se colocará en la cámara de moldeo en la contramufa donde se encuentran los dientes, se presiona y amolda con los dedos. Recuerda que se obtienen mejores resultados poniendo un exeso de material para ir eliminando sobrantes.

Se colcan dos hojas de papel celofan dulce humedo sobre la mufa, encima se colocará la contramufa, se prensa suavemente dejando pasar unos segundos entre cada media vuelta del manubrio de la prensa hasta casi cerrarla, no se debe pretender cerrar totalmente la mufa en la primera prensada. Se afloja la prensa se abre la mufa en la primera prensada. Mientras no cierre la mufa metal con metal se deberá seguir prensando y eliminando los exesos.

Segundo reposo.- Es buena medida, especialmente en placas muy gruesas dejar reposar nuevamente el material en la prensa después del prensado 1/2 a una hora o toda la noche. Con esto se defiende mejor el monómero y el curado se hace con menos riesgo de burbujas.

Curado de la dentadura.- El curado de la dentadura se hace para polimerizar el acrílico de la base de la dentadura transformandola de consistencia de masa a consistencia dura, por medio de calor húmedo o seco. Los requisitos indispensables para el curado son calor y tiempo.

Los métodos más usados son curado lento y curado rápido.

Curado lento.- a) Se coloca la prensa dentro de la unidad de

curado Hanau, el agua deberá cubrir la prensa.

b) se enciende la unidad y se dejó por cinco horas a 75° C.

c) se saca la prensa de la unidad y se dejó enfriar por lo menos dos horas antes de retirar la mufla de la prensa.

Curado rápido.- a) Se coloca la prensa dentro de un recipiente; el agua deberá estar fría y cubrir la mufla.

b) se enciende la estufa y se eleva la temperatura gradualmente hasta alcanzar el punto de ebullición.

c) se dejó hervir por unos cuarenta y cinco minutos se apaga -- la estufa y se dejó enfriar.

Reglas para obtener mejores resultados en el curado de acrílico.-

1- En un principio hacer un ciclo de curado controlado mediante elementos termostáticos que permitan el cumplimiento automático de sus fases.

2- Si se carece de termostato el empleo del termómetro en el agua y un reloj de intervalo o un despertador, para controlar el ciclo sin riesgo de distracciones y olvidos.

3- Mantener un período de reposos después de prensado, tanto más largo cuanto más gruesa sea la prótesis.

4- Un calentamiento no menor de dos horas para llegar a temperatura de ebullición del agua y una hora por lo menos de ebullición.

5- Dejar enfriar las muflas no menos de media hora a temperatura ambiente y luego un cuarto de hora en agua fría bajo la cannilla antes de abrirlas.

CONCLUSIONES.

Para establecer un tratamiento adecuado, a cualquier paciente edéntulo, resultaría fácil hacerlo, la solución, dentaduras totales tanto superior como inferior, ¿pero por qué no resulta en todos los casos un éxito?, la respuesta es sencilla, no todos los pacientes son iguales, algunos tienen mentalidad muy positiva, mientras otros suelen presentar problema en cualquier paso del tratamiento, de ahí la importancia del buen diagnóstico y por consiguiente, la importancia de los puntos tratados en esta tesis.

El tomar unas impresiones preliminares o de diagnóstico, -- nos ayudará a resolver el caso, estudiando previamente toda su topografía; los modelos subsecuentes de trabajo, nos van a servir para elaborar la prótesis, es por ello que debemos de poner la máxima de atención en su exactitud, pues dependerá para la buena retención y ajustes de las placas.

Otro punto importantísimo es la articulación y gestoneado de la dentadura este paso se hace en cera, y es prácticamente, el reemplazo de todas las piezas perdidas, y devolveremos funciones primordiales, como masticación, fonación, etc., la ventaja principal es que podemos realizar, prueba en cera, y si se detectará algún desperfecto o error, la corrección, sería cosa fácil pues estaríamos a tiempo de hacerlo.

Ninguna dentadura puede duplicar el bienestar, la eficacia, la confianza, etc., que ofrece una dentadura normal natural sana, y el paciente debe de estar consiente de que no es una mangra de resolver, todos sus problemas dentales. En realidad, son

aparatos, que sustituyen una parte del cuerpo; los pacientes -- que usan una dentadura con éxito, simplemente tienen más capacidad de adaptarse a una prótesis; aceptan o superan los problemas, que estos aparatos implican para su uso.

Todo trabajo realizado en el laboratorio, con la mayor precisión y con el mínimo de error, ayudará en gran parte a que no se presente ningún problema, al momento de insertar las dentaduras.

BIBLIOGRAFIA .

- 1.- Claude W. Adams, D.D.S.
Selección y Articulación de los dientes,
Artificiales.
Primera Edición.
The Dentists' Supply Co. of New York.
New York, U.S.A.
1944.
- 2.- Nagle Raymond. D.J.
Prótesis Dental (Dentaduras Completas)
Segunda Edición.
Ediciones Toray, S.A.
Barcelona, España.
1975.
- 3.- Swanson, Merrill Gustav.
Dentaduras Completas.
Editorial U.T.E.H.A.
Segunda Edición.
México, D.F.
1955.
- 4.- Saizar, Pedro.
Prostodoncia Total.
Editorial, Mundi.
Buenos Aires, Argentina.
1972.
- 5.- Boucher O. Carl.
Prótesis para el Desdentado Total.
Editorial, Mundi.
Buenos Aires Argentina.
Primera, Edición.
1977.
- 6.- H. O. Capusalli y T. Schuarts.
Tratamiento del Desdentado Total.
Editorial, Mundi.
Segunda Edición.
Buenos Aires, Argentina.
1980.

- 7.- Clínicas Odontológicas de Norteamérica.
Dentaduras Completas.
Editorial Interamericana.
México, D.F.
Primera Edición.
1977.
- 8.- Robles Santana Felipe/Herrera Urbina Jaime.
Manual de Prostodoncia Total.
Editorial, talleres de la U.A.G.
Guadalajara, Jal.
1980.
- 9.- Jhen Sharry.
Prostodoncia Dental Completa.
Ediciones Toray, S.A.
Barcelona España.
Primera Edición.
1977.
- 10.- Lloyd Baum.
Rehabilitación Bucal.
Editorial Interamericana.
México, D.F.
Primera Edición.
1977.
- 11.- Ripol G. Carlos.
Prostodoncia, Procedimientos de Laboratorio.
Promoción y Mercadotecnia,
Odontologica, S.A.
Primera, Edición.
Tome III.
1977.
- 12.- Tejada Mora M. Manuel.
Apuntes del curso de Prótesis Total.
Facultad de Odontología.
Universidad de Panama.
Panama.
Primera, Edición.
Tome II.
1972.