

879522

32
Segun



INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

PROTESIS INMEDIATA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

MARIA ELIZABETH CASTILLO MEZA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CHIHUAHUA, CHIH.

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.

Í N D I C E

	Página
INTRODUCCIÓN	5
I.- PRÓTESIS INMEDIATA.	7
a).- Generalidades.	7
b).- Tipos de Prótesis Inmediata.	10
c).- Diagnóstico.	11
d).- Planes de Tratamiento.	13
e).- Registros para Conservar	15
f).- Relaciones Intermaxilares.	17
g).- Pruebas, Articulación, Terminación.	19
II.- TOMA DE IMPRESIONES.	30
III- PATOLOGÍA DE LA EDENTACIÓN.	37
a).- Generalidades.	37
b).- Patología Primaria ó Elemental.	37
c).- Patología Paraprotética.	42
GLOSARIO.	53
CONCLUSIONES.	55
BIBLIOGRAFÍA.	56

I N T R O D U C C I Ó N

En los últimos años la prostodoncia total ha presentado un gran avance, pero los objetivos siguen siendo los mismos, limitados -- por las condiciones psicológicas y fisiológicas del paciente.

OBJETIVOS:

- 1.- Habilitar al paciente para masticar hasta que obtenga una adecuada nutrición.
- 2.- Satisfacer los requerimientos estéticos para preservar la apariencia normal del paciente.
- 3.- Ayudar al paciente a hablar tan bien como si conservara sus dientes naturales.
- 4.- Proveer de comodidad oral y perfeccionar el sentido de bienestar del paciente.
- 5.- Informar al paciente acerca de los cambios esperados en los tejidos de soporte y convencerlo de la necesidad de una revisión periódica y de un nuevo tratamiento en caso necesario.

La pérdida de todos los dientes no es un mero accidente en la vida del ser humano; comporta una serie de modificaciones, en -- gran parte irreversibles, que alteran las condiciones de la vida. Entendiéndose por edentación total la pérdida de todos los dientes de ambos maxilares o de uno solo.

Por lo tanto la finalidad de ésta Tesis se basará sobre la Prótesis Inmediata, incluyendo las patologías más frecuentes que son ocasionadas por diversos factores y por iatrogénias producidas -- por el profesionista.

El cuidado prostodóntico ha aumentado considerablemente la necesidad de una mejor apariencia con el convencimiento de que las -- dentaduras totales proporcionan buena salud y mejoran la nutrición; la idea psicológica de que con dientes la persona representa menos edad, el convencimiento de que las dentaduras restauran la función y la estética perdidas.

Actualmente ésta responsabilidad ha sido relegada con frecuencia al Técnico de laboratorio, dándole a su vez mayor participación y creciente dependencia de desafortunados resultados; al gra

do que algunos técnicos empiecen a creer que saben más acerca de la prótesis que el propio profesional; en ocasiones con atribuciones de tratarlos personalmente.

Afortunadamente día a día es mayor el número de personas edéntulas que recurren al profesional preocupadas por su apariencia, de ahí que surja la necesidad de una mejor y mayor preparación por parte del Cirujano Dentista.

Por lo tanto, es responsabilidad del Odontólogo entender, ordenar y dirigir todas las etapas de construcción que comprende el tratamiento protético del paciente.

CAPÍTULO I

PRÓTESIS INMEDIATA

GENERALIDADES:

La prótesis inmediata parece haberse iniciado como otros grandes progresos prostodónticos a mediados del Siglo pasado.

Sin embargo, no fue hasta 1920 como consecuencia de las extracciones masivas impuestas por la teoría de la infección focal por un lado, y del progreso de la anestesia y la radiografía por el otro que la prótesis inmediata hizo un adelanto espectacular, en combinación con el progreso también espectacular de la cirugía bucal.

La prótesis inmediata no es una alternativa frente a la odontología conservadora, no autoriza la extracción de dientes cuya conservación satisfactoria es aún posible ni garantiza contra los fenómenos iatrogénicos que puedan sobrevenir. Es un servicio profesional que requiere más conocimientos, habilidad y criterio que la prótesis regular. En consecuencia, fácilmente puede provocar la reacción del paciente, cuando éste se entera de sus dificultades después de la pérdida de sus dientes naturales por indicación del Odontólogo.

No se debe olvidar que el paciente necesitado de prótesis inmediata no es un desdentado y carece de experiencia.

DEFINICIÓN:

La prótesis inmediata es el procedimiento de colocar los dientes artificiales inmediatamente después de haber realizado las extracciones y regularización de los maxilares. Este criterio parece excesivamente restringido puesto que toda prótesis colocada -- hasta algunos días después de las extracciones, tiene características de la inmediata: el paciente no se ha acostumbrado a estar sin dientes, el aparato es colocado sobre brechas quirúrgicas sólo cubiertas por sus coágulos o por colgajos aún no consolidados y, por lo tanto durante el primer período se debe atender simultáneamente a la instalación de la prótesis, al postoperatorio que evoluciona en contacto con ella y a la atrofia cicatrizal.

La importancia de estas distinciones radica en el pronóstico, -

puesto que la prótesis inmediata, cualesquiera que sea la técnica seguida y el momento exacto en que se la coloque, asienta sobre tejidos recién operados y que muy probablemente sufrirán modificaciones importantes en poco tiempo. El paciente debe saberlo: una segunda prótesis suele requerirse al cabo de un tiempo. Sólo el paciente que tenga conciencia de esta situación puede afrontar la sin nuevos sufrimientos y sin exigir del Odontólogo una responsabilidad que no le corresponde.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES:

- 1.- Que la edad y el estado general del paciente permitan la o -- las intervenciones quirúrgicas que se requieran
- 2.- Que el estado de la boca y dientes admitan la espera necesaria para el trabajo preparatorio.
- 3.- Que el paciente desee este tipo de servicio y esté dispuesto a aceptarlo, con todo su contenido implícito.

Si el caso no llena los requisitos anteriores, está totalmente contraindicado.

VENTAJAS:

Las ventajas de la prótesis inmediata pueden clasificarse en: - anatómicas, funcionales, estéticas y psíquicas.

ANATÓMICAS:

- a).- Impide la pérdida inmediata de la dimensión vertical al reemplazar el tope oclusal, preservando la altura morfológica.
- b).- Conserva el funcionamiento normal de la articulación temporomandibular.
- c).- Impide el ensanchamiento lingual.
- d).- Impide el colapso labial y el hundimiento de las mejillas.

FUNCIONALES:

- a).- Permite a la musculatura afectada seguir funcionando en sus posiciones normales.
- b).- Evita la mayor parte de los trastornos y reajustes fonéticos.
- c).- Facilita la masticación rápidamente, evitando o reduciendo los reajustes dietéticos y digestivos.
- d).- Ayuda a mantener normalmente las actividades de la vida de -

relación.

ESTÉTICAS:

- a).- Impide el colapso facial, consecuencia de las pérdidas y - - transformaciones anatómicas.
- b).- Con frecuencia permite introducir mejoras, a veces considerables.

PSIQUICAS:

- a).- Elimina la humillación que sufren muchos pacientes al presentarse sin dientes.
- b).- Permite mantener el equilibrio espiritual y facilita la continuidad de la vida de relación, al evitar la influencia del "que dirán".
- c).- También facilita la decisión de sacrificar los dientes naturales, cuando es preciso.
- d).- Reduce los trastornos del acostumbamiento a la prótesis.

TAMBIÉN SE INCORPORAN LAS VENTAJAS QUIRÚRGICAS Y ORGÁNICAS:

- a).- Evitar la hemorragia.
- b).- Disminuir la inflamación.
- c).- Actuar como protector de las heridas, durante los -- primeros días.
- d).- Frenar la atrofia ósea, manteniendo mayor proporción de re-- borde residual.

INCONVENIENTES:

- 1.- La coordinación quirúrgico-protética exige precisión en la - técnica establecida en base a exactos diagnósticos y a ajustadas indicaciones en ambos sentidos.
- 2.- La selección de casos es una exigencia inexcusable. Ante la edentación total, si no hay contraindicación formal, el protesista no tiene otra excusa para no actuar, sino la incom-- comprensión del paciente o su propia incapacidad frente a la dificultad del caso. Ante la edentación futura, en cambio y su eventual reemplazo por prótesis inmediata, entran en juego factores de estado general, utilidad, ventaja y posibilidad que deben ser adecuadamente evaluadas en cada paciente.
- 3.- Necesidad de rebases, reajustes y requerir: de nueva próte-- sis.

- 4.- Fallas técnicas, que pueden ser clínicas o de laboratorio, - sólo se manifiestan después de la intervención quirúrgica final. Siendo irreversibles.

El paciente debe tener clara conciencia de éstas limitaciones.

TIPOS DE PRÓTESIS INMEDIATA:

1.- LA PRÓTESIS PARCIAL ADITIVA:

Es la prótesis parcial en la cual se van agregando dientes - después de las extracciones. Tiene ventajas definitivas, -- que la indican en muchos casos: evita las extracciones masivas, permitiendo un desdentamiento gradual. Por lo mismo facilita la extracción previa de los dientes posteriores, sirviendo como transición hacia la prótesis inmediata completa. Puede hacer más económico el servicio o facilitar su financiamiento y a veces, prestar servicios duraderos.

2.- LA FÉRULA TRANSITORIA:

Los dientes posteriores son reemplazados por férulas de acrílico que se articulan directamente en boca, añadiendo acrílico autopolimerizable; los dientes anteriores se hacen rápidamente por vaciado de los dientes en la impresión con acrílico de color adecuado. Puede ser una solución en ciertos casos por su rapidez y economía.

3.- LA PRÓTESIS INMEDIATA COMPLETA ABIERTA O SIN FLANCO VESTIBULAR (CASI SIEMPRE SIN EL ANTERIOR):

Basta excavar el alvéolo en el modelo e introducir en éste - 2 ó 3 mm del diente de reemplazo (de ahí el nombre de intra-alveolar). El resultado inmediato suele ser espectacular, - al mostrar los dientes emergiendo de la encía. Tiene la ventaja de permitir la atrofia vestibular sin perturbación. Y el inconveniente de requerir la encía artificial al cabo de 15 a 20 días.

4.- LA PRÓTESIS INMEDIATA CON ENCIÓN COMPLETA:

Es la más exigente en la técnica de construcción y la preferida por la mayoría, pues reduce el peligro de retención deficiente, que puede presentarse en las prótesis sin encía artificial y es más fácil atender al paciente.

El momento de colocar la prótesis inmediata es aquél que sigue a las extracciones, aunque se puede dejar pasar un periodo de 10 ó 15 días, que confiere mayor elasticidad a los planes de tratamiento.

En cierto número de casos: dientes muy movedizos, grandes alveolectomías correctoras, intervenciones quirúrgicas colaterales, es preferible preparar la prótesis después de las extracciones, - ya sea tomando las impresiones inmediatamente de la intervención quirúrgica, una vez cohibida la hemorragia, ó esperando 1, 2 ó -- más días, según la urgencia.

La técnica protética, en estos casos, es la misma que para la prótesis regular.

D I A G N Ó S T I C O

Diagnóstico es el elemento semiológico necesario e indispensable para la realización de una mejor prótesis, confiriéndole su real jerarquía dentro de las ciencias de la salud; permiten determinar las distintas y específicas necesidades de cada paciente y de cada medio ambiente oral, y sujetas a una variada aplicación de formas de tratamiento.

EXÁMEN CLÍNICO:

Es minucioso en todos sus detalles, debe cubrir no sólo el estado general, facial y bucal, sino también y muy especialmente, el estado mental, la actitud del paciente y su capacidad para comprender la situación.

El estado general, puede influir en las decisiones, no sólo en relación con la prótesis, sino también con la cirugía y el postoperatorio. A mejor estado general y local, mayores las probabilidades de éxito. Un estado general que ofrece dudas, o un paciente poco dispuesto, puede hacer cambiar la indicación de tratamiento protético, aconsejando por ejemplo, la prótesis inmediata en etapas o aditiva en vez de la extracción masiva.

Por otra parte, si el paciente no está en condiciones de comprender porqué de la prótesis inmediata, sus ventajas y sus inconvenientes, no debe indicársele este servicio. Como requerimien--

tos mentales mínimos del paciente deben de exigirse a) captación, b) valoración, c) disposición, d) confianza en el profesional.

IMPRESIONES PRELIMINARES:

Aquí, los materiales elásticos son de rigor. Pueden ser mixtos (Modelina ó cera con alginato ó silicona), pero generalmente bastan buenas impresiones de alginato, que cubran toda la superficie protética (retiradas las prótesis parciales removibles).

Los modelos deben vaciarse en yeso piedra, con refuerzos metálicos para los dientes aislados o muy largos.

Las placas de registro parciales, destinadas a articular los modelos preliminares, preferentemente de "placa de graff" (es un material termoplástico, compuesto a base de laca y resinas, destinado especialmente a la preparación de bases protéticas temporales. Se expende en láminas de espesor adecuado para las placas de base 2 mm), tendrán rodetes de cera y, en caso necesario, ayudarán su retención con ganchos de alambre.

ARTICULADOR DE DIAGNÓSTICO:

El registro intermaxilar (o mordida) a los efectos del diagnóstico, será la oclusión central actual, con las maloclusiones congénitas o adquiridas, bastante frecuentes en estos casos. La movilidad mandibular excéntrica se comprobará sobre el paciente sin necesidad de registros, excepto en el caso de observarse alguna anomalía o signos de síndrome temporomandibular, casos que exigen el montaje de los modelos en articulador adaptable para diagnosticar fielmente la posición mandibular y la oclusión.

El articulador de diagnóstico, en todos los casos que no exigen el adaptable, puede ser simplemente un articulador de yeso, o mejor de alambre cuyo escaso volumen y reducido valor económico permite la conservación indefinida, con ventajas para la continuidad del tratamiento.

EXÁMEN RADIOGRÁFICO:

Debe considerarse imprescindible el examen de toda la boca, incluso los espacios desdentados, no sólo como coadyuvante del examen clínico, del que surge la indicación de edentar al paciente, sino también para descubrir las raíces retenidas, hipercementosis,

anquilosis, dientes incluidos y focos en las zonas aparentemente desdentadas, facilitar el diagnóstico quirúrgico y completar el diagnóstico protético.

PLANES DE TRATAMIENTO

INDICACIÓN DE TRATAMIENTO:

Conociendo las ventajas y los inconvenientes de la prótesis inmediata y sus tipos, en términos generales, lo mejor es indicar al paciente las ventajas e inconvenientes y dejarlo elegir, de acuerdo con sus propias circunstancias ó, todavía, aconsejarle aquello que, de acuerdo con esas circunstancias, se considera mejor para él.

PLANES DE TRATAMIENTO:

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

Siendo los casos tan diferentes, cada uno debe ser pensado en sus distintos aspectos. Entre otros puntos, se debe resolver, para una prótesis monomaxilar: Si se conservará la altura morfológica actual o alterada; si se conservará el aspecto dentario o no; si se articulará con oclusión o en relación central; si corresponden intervenciones quirúrgicas sucesivas o sólo una; si se utilizará prótesis aditivas o no; si conviene la prótesis previa o posterior a las extracciones finales, con flanco vestibular o nó, con alveolectomía prevista o nó, duplicada o nó.

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

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

El estado del hueso es un factor importante para la indicación de tratamiento y para el pronóstico. Pues si los dientes se pier

den a consecuencia de la enfermedad periodontal, el pronóstico es menos bueno que si ha sido la caries el factor decisivo.

El número de extracciones es otro factor muy importante. Si se trata de la reposición de un solo diente o de dos, el problema -- suele ser sencillo, que basta añadir él o los dientes a la prótesis en uso. En el otro extremo, es cierto que se puede hacer prótesis inmediata de todos los dientes; pero el pronóstico de duración en servicio no es el mismo.

Conviene proceder primero a las extracciones posteriores para asentar la prótesis inmediata sobre el hueso más estabilizado.

Como norma general "es mejor no indicar aquello que no importe mejora".

También será prudente no indicar aquello que no se esté seguro de poder cumplir. Y, como en la realización de una prótesis inmediata la experiencia es muy importante, hará bien el Odontólogo - que no domine estos problemas, en escribir su plan de tratamiento para consultarlo con un experto.

Una técnica consiste en:

- a).- Determinar si habrá cambios de altura y en las posiciones, - tamaños, formas y colores de los dientes.
- b).- Estudiar si la edentación debe o puede hacerse por etapas y en este último caso, cuáles pueden ser, examinando la situación en que estará el paciente durante cada etapa.
- c).- Considerar las medidas auxiliares inmediatas que puede requerir su estado actual y en cada etapa (curaciones, obturaciones, prótesis de emergencia).
- d).- Establecer el tipo de cirugía adecuado para cada intervención.
- e).- Calcular los presupuestos y sus variaciones de acuerdo con el plan que se adapte, considerando esencial el acuerdo explícito del paciente ó sus familiares responsables.
- f).- Estimar también los cuidados postoperatorios y la atención - protética adecuada para mantener al paciente convenientemente asistido durante un periodo no menor de seis meses.

El paciente debe saber también de la probabilidad, de requerir nuevas prótesis después de seis meses o un año, para restaurar --

pérdidas de altura consecuentes a la atrofia de los maxilares que la prótesis inmediata no puede compensar.

REGISTROS PARA CONSERVAR

Los registros hechos previamente a la extracción tienen por objeto conservar la posibilidad de reproducir exactamente el tamaño, la posición, la forma de las encías, la altura facial y, eventualmente, la forma de la cara.

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

MEDIDAS A ANOTAR:

- 1.- A boca cerrada, la distancia entre base de nariz y base de mentón.
- 2.- La del borde incisivo superior a base de nariz.
- 3.- La del borde incisivo inferior a base de mentón.

El registrador de Willis, o algo similar, resulta muy cómodo para estas medidas. En su defecto, se anotarán sobre una hoja de papel doblada dos veces a lo largo.

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

COLOR:

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

MODELOS FRONTALES:

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

Las impresiones pueden tomarse con yeso o modelina, pero lo más sencillo es la impresión frontal con alginato. En este caso, el portaimpresiones puede hacerse con cera o una lámina metálica del tamaño de una película radiográfica (puede ser aluminio 6, metal

blando). Se redondean las cuatro puntas y se hacen escotaduras - en los bordes superior e inferior para los frenillos. Se hacen perforaciones para retención del alginato y un pequeño mango de - alambre.

IMPRESIONES PARA COLOCAR LOS DIENTES NATURALES:

Las impresiones destinadas a recibir los dientes naturales después de las extracciones tienen que ser hechas en materiales que resistan el tiempo necesario, puesto que el total de las extracciones puede tardar meses en completarse. Los más cómodos son la cera y la modelina.

La mayor exactitud se obtiene si se toma una impresión seccional con modelina, en cuya sección principal calzan con mucha precisión los dientes luego de extraídos, cubriéndolos después con las secciones vestibulares que se pegarán en su sitio antes del vaciado.

PERFIL:

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

Otro modo de obtenerlo consiste en tomar una fotografía de perfil mientras se mantiene una regla milimétrica frente al perfil. Basta luego ampliar la foto hasta que la regla tome sus dimensiones reales, para obtener un perfil exacto de tamaño natural que se recortará fácilmente.

Esta clase de registros no son muy utilizados, ya que son testigos absolutos de la deformación facial que inexorablemente traen los años y que no siempre se pueda o conviene remediar.

FOTOGRAFÍAS:

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

Estas fotografías pueden además, constituir elementos de prueba en caso de pericia médico-legal.

IMPRESIONES Y MODELOS:

Las correctas impresiones de trabajo para prótesis inmediata -- completa pueden ser dificultosas, ya que se trata de tomar, en bo

cas dentadas, impresiones que tengan el ajuste, la exactitud y la delimitación que exigen las impresiones de maxilares desdentados. Tales impresiones se explicarán ampliamente en el siguiente capítulo.

RELACIONES INTERMAXILARES

Un pre requisito para obtener correctamente las relaciones intermaxilares son las placas bases, que nos van a servir para registrar la dimensión vertical de oclusión y la relación céntrica.

Además, las placas base y los rodillos de oclusión reemplazan a los dientes y estructuras adyacentes perdidas mientras son establecidas dichas relaciones.

PLACAS DE REGISTRO:

Las placas base (bases de registro) son definidas como "una forma temporal que representa a la base de la dentadura, la cual es usada para la obtención de los registros de las relaciones maxilo mandibulares y para el alineamiento de los dientes".

Pueden hacerse las bases de "placa de graff" o de acrílico auto polimerizable, cubriendo los rebordes residuales y paladar con igual criterio que en prótesis completa. Deben cuidarse, al hacerlas, las relaciones con los dientes, para no dañarlos; y no deben penetrar los socavados retentivos que suelen presentar hacia gingival; tampoco deben ocupar socavados retentivos de los rebordes residuales. Para mejor exactitud, conviene estabilizarlas rebasándolas con cera o pasta cinquenólica.

Quando el registro exija un aumento en la dimensión vertical, es conveniente preparar la placa de registro del maxilar al que corresponde el aumento, con el rodete de oclusión extendido también sobre la superficie dentada. Es importante que sea de cera para evitar violencia sobre los dientes por posibles discrepancias.

OCCLUSIÓN CENTRAL REAL O RELACIÓN CENTRAL PRESUNTIVA:

Quando hay antagonistas que ocluyen y se tiene la intención de mantener la altura oclusal, basta recortar los rodetes, poco a poco, y reblandecerles los últimos 2 mm para obtener un registro de oclusión central, exactamente como para una prótesis parcial.

Vueltas las placas a los modelos, si se comprobara que los - - dientes no reproducen exactamente la oclusión central, signo de rodetes insuficientemente plastificados, se los reblandecerá nuevamente y se repetirá el registro.

Cuando se desea aumentar la dimensión vertical, el problema de be resolverse como en un desdentado completo, estudiando, con -- ayuda de las placas de antagonismo, o de una de ellas, la altura morfológica que se estime adecuada, cuidando de no sobrepasar la altura postural.

Establecida la altura, un registro en relación central presuntiva (exactamente como en un desdentado) da las posiciones a los modelos para llevarlos al articulador.

MONTAJE EN ARTICULADOR:

Puede utilizarse cualquiera de los métodos de montaje, con auxilio del arco facial o nó.

RELACIÓN CENTRAL Y EXCÉNTRICAS:

En todos los casos en que no se utilizara la oclusión central de los dientes naturales, las precauciones para asegurar la relación central en la altura correcta son tan exigentes como en la prótesis completa.

Puede registrarse la relación central bajo soporte periférico, preferentemente sobre rodetes de cera rosa plastificada.

Coordinar la influencia de los movimientos mandibulares para - lograr que también las oclusiones excéntricas sean balanceadas, - justifica la preferencia por los registros excéntricos individua les, habitualmente con cera.

PRUEBAS, ARTICULACIÓN, TERMINACIÓN:

SELECCIÓN DE DIENTES:

Los dientes naturales sirven o no como guía para la selección de color, tamaño y forma de los dientes anteriores. Cuando se de sea hacer obra más artística, se elegirán por separado los colores de los dientes anteriores, incluso premolares, anotándolos para futuras prótesis.

PRUEBAS Y POSTDAMING:

La prueba tiene dos objetivos: Confirmar, en los aspectos estéticos la selección hecha y controlar la relación central. Para esto último, las placas de prueba deben de estar bien ajustadas, reteniéndolas con adhesivo y/o ganchos en caso necesario. Se verificará que en la oclusión central, las intercuspidaciones de los dientes artificiales entre sí y con los naturales sean las mismas que en el articulador.

La prueba de las prótesis inmediatas tiene una diferencia esencial respecto a las mediatas en su parcialidad. En prótesis inmediata sólo se prueba una parte, que debe dar referencias para el conjunto. Una vez cortados los dientes, la única referencia real para las relaciones oclusales será el articulador.

La prueba es también oportunidad para trazar el límite posterior de la prótesis superior, y raspar el modelo lo necesario para hacer el postdamming o sellado posterior.

NECESIDAD DE ALVEOLECTOMÍA:

Terminadas las pruebas, habrá de planearse en detalle la intervención quirúrgica, con el objeto de preparar el modelo adecuadamente.

Tres son las indicaciones más frecuentes de la alveolectomía complementaria de las extracciones que deben seguirse de prótesis inmediata: Facilitar las extracciones (avulsora), alisar las crestas (estabilizadora) ó modelar el maxilar (modeladora).

ALVEOLECTOMÍA AVULSORA:

Es indicación quirúrgica categórica y debe ser prevista por el Cirujano. Estando seguro que debe realizarse la alveolectomía mínima, sólo ésta debe de preverse al operar el modelo.

ALVEOLECTOMÍA MODELADORA:

Debe ser prevista por el protesista, ya que tiene por objeto mo delar el maxilar de acuerdo con las exigencias mecánicas o estéti cas. Se debe preparar para el Cirujano, además de la prótesis, - el modelo de estudio, una reproducción del modelo operado y una - base transparente para facilitar el control quirúrgico.

ALVEOLECTOMÍA ESTABILIZADORA:

Aún cuando no esté bien comprobado que cumple ésa función su ob jetivo más claro es eliminar las crestas de hueso que, bajo la -- presión de la prótesis, podrían transformarse en traumatizantes - de la mucosa. Son principalmente, las crestas interradiculares y las interdientarias y no se requiere otra cosa que redondearlas -- muy ligeramente.

CIRUGÍA DEL MODELO:

Aceptada la selección de los dientes y la posición que les co rresponde, así como la corrección del articulador, todo lo que se hace en adelante no tiene control de corrección hasta la coloca ción en la boca. Es importante tener gran cuidado en todo el pro ceso. Empezando por marcar exactamente la línea media.

Sea cual fuere el lugar de la boca donde se aplicará la próte sis con carácter de inmediata, tres son los casos típicos que pue dan plantearse, y que requieren distinta preparación: Las extrac ciones simples, las extracciones con ligera alveolectomía; las ex tracciones con gran alveolectomía. A veces coexisten en la misma boca.

Varía también la preparación del modelo de acuerdo con el tipo de prótesis, abierta ó cerrada, es decir, sin o con enca vestibular, que algunos técnicos prefieren por creer que el maxilar cica triza mejor, se puede intentar bien en aquellos casos en que los dientes artificiales se ubicarán exactamente en los lugares de -- los naturales, cuando no se prevé alveolectomía.

a).- DISEÑO DEL BORDE ÓSEO:

La posición del borde alveolar con respecto al gingival es - el primer dato importante para operar un modelo. Se determi na estudiando las radiografías y explorando la profundidad - de la bolsa gingival punto por punto. La profundidad a que

llega la sonda, corroborada por el exámen de la radiografía, permite marcar en el yeso vestibular los puntos que señalan el borde óseo.

Cuando los paradencios son sanos, la unión entre los puntos vestibulares así marcados dará una línea más o menos continua, ligeramente ondulada, siguiendo el borde gingival a un par de milímetros. En los parodontósicos, especialmente -- cuando predominan fenómenos de atrofia vertical, la línea ósea resultará quebrada, siguiendo las irregularidades óseas, y la distancia al borde gingival variará entre 3 y 5 o más milímetros. Es fácil pensar ahora que forma tendrá el maxilar óseo una vez hechas las extracciones y, además, si la alveolectomía será indispensable.

b).- PREPARACIÓN PARA EXTRACCIONES SIMPLES:

Si la prótesis será abierta, deben cortarse los dientes uno a uno y excavar unos 3 mm ó lo que indique la posición del borde óseo, formando un alvéolo, dentro del cual se introduce el cuello de cada diente artificial, completándolo luego el acrílico de base. Se espera que, al colocar la prótesis en seguida de las extracciones, cada diente se introducirá en su alvéolo.

Si la prótesis será cerrada, basta cortar los dientes al ras del yeso gingival. Se espera que la prótesis se adaptará a la forma gingival.

c).- EXTRACCIONES CON LIGERA REGULARIZACIÓN DEL BORDE ALVEOLAR:

Al aparecer la alveolectomía, así sea ligera, se hace más -- clara la ventaja de la prótesis con encía artificial. En -- primer lugar, porque la alveolectomía requiere levantar el -- colgajo y, en general resulta poco prudente dejar un colgaje en contacto con una prótesis movable sin suturarlo. Las suturas y el colgajo estirado, a su vez, pueden entrar en conflicto con las raíces de los dientes protéticos.

Además al suprimirse las crestas interdientarias, aumentan -- las probabilidades de defecto estético en la prótesis abierta.

d).- EXTRACCIONES CON ALVEOLECTOMÍA MODELADORA:

No se pueden dar normas absolutas para ésta intervención, -- puesto que los distintos casos plantean problemas diferentes. Se trata casi siempre del maxilar superior. La topografía -- del caso, el estudio radiográfico para las relaciones con -- los senos maxilares y el conducto palatino anterior, las re- laciones con los antagonistas y, a veces, la línea de los la- bios, son los indicadores que guían al protesista para esti- mar la alveolectomía mínima indispensable.

EL CAMBIO DE DIENTES:

El cambio de dientes, es decir, el cambio de los dientes del mo- delo por los artificiales, ofrece tres variantes principales:

a) imitar lo existente; b) imitar lo existente con modificaciones en algún sentido; c) los dientes remanentes no pueden servir de - guía por requerirse de modificación total.

a).- IMITACIÓN DE LO EXISTENTE:

Un procedimiento consiste, en hacer el modelo con dientes de acrílico, y su inconveniente, en que no es sencillo hacer -- bien esos dientes.

Si el cambio debe hacerse en un modelo con dientes de yeso, - como es lo clásico, la técnica consiste en, después de pegar cuidadosamente al modelo la placa de prueba por sus bordes:

- 1.- Elegir, tallar y preparar un incisivo central, imitando al - correspondiente modelo.
- 2.- Con una sierra de joyero o un disco de carburo, separar de - sus vecinos el incisivo central imitado y cortarlo cuidadosa- mente por el cuello. Rebajar el yeso de modo que por palati- no llegue justo a nivel de la encía y por vestibular lo que se haya calculado de alveolectomía necesaria; en general, no pasa de un par de milímetros debajo del borde gingival.
- 3.- Pegar con cera el diente artificial en su sitio, de modo que el cuello y el borde incisivo queden exactamente igual que - el anterior.
- 4.- Repetir la maniobra con los demás dientes, pegándolos siem- pre cuidadosamente.

b).- REPRODUCCIÓN DE LOS DIENTES NATURALES CON MODIFICACIONES:

Quizá lo más corriente en prótesis inmediata es que la reproducción de los dientes no deba ser absolutamente fiel, y que sea necesario imitar sólo las características esenciales, corrigiendo los defectos mayores. Una manera de proceder consiste en:

- 1.- Preparar los dientes artificiales imitando aproximadamente - los naturales. Conviene preparar dos juegos a un tiempo, -- porque es la manera más fácil de prepararlos iguales para re producirlos más tarde en la prótesis mediata.
- 2.- Preparar la ó las prótesis procediendo al cambio de dientes según la técnica arriba indicada, pero corrigiendo las posiciones que se desea enmendar.

En muchas ocasiones, especialmente cuando hay un levantamiento de mordida u otras correcciones de alguna importancia, la sustitución no se hará ya diente por diente, sino que, según el grado de modificación que se quiere introducir, se cortarán todos los dientes de un lado, se arreglará la encía del modelo y se articularán los dientes de ese lado primero, conservando el otro lado para -- control; o bien se cortarán todos los anteriores, se arreglará el modelo y se colocarán los reemplazantes del modo que se juzgue -- más conveniente.

c).- CAMBIO DE DIENTES CON ALTERACIONES IMPORTANTES:

Las modificaciones de importancia a introducir en el momento del cambio de dientes suelen deberse a grandes levantamientos de mordida, a grandes cambios en la articulación o a la indicación de alveolectomía correctora.

En todos aquellos casos en que la prótesis inmediata está indicada para ambos maxilares, es necesario planear concienzudamente el cambio, pues si es posible, conviene operar ambos maxilares por separado. Generalmente, el mejor resultado se obtiene operando primero el maxilar inferior, donde la articulación de los dientes superiores naturales favorece la estabilidad de la prótesis. No conviene colocar una prótesis inmediata completa en el maxilar superior sin que existan --

los dientes posteriores inferiores,

d).- POSICIÓN DE LOS ANTERIORES SIN ENCIÓN ARTIFICIAL:

En éste caso, el grado de rebajamiento que deberá hacerse al modelo puede ser un poco mayor frente a cada cuello, pues el borde gingival del diente se introducirá ligeramente en el alvéolo al colocar la prótesis.

TERMINACIÓN EN EL TALLER:

Terminado el enfilado y completada la articulación, se debe encerar la pieza, tallando y alisando la cera como corresponde. La postura en mufla hasta la terminación sigue ahora el procedimiento habitual.

Los aparatos terminados no deben diferenciarse de las prótesis mediatas sino por dos características: Un abultamiento algo mayor en la encía anterior y la zona lisa carente de detalles de mucosa, donde se cortarán los dientes del modelo.

TRANSBASE:

Una base transparente, réplica exacta de la base de la prótesis, permite adaptar quirúrgicamente el maxilar a la prótesis, pues pro bando esa base luego de las extracciones, se verán por transparencia los sitios isquémicos debidos a la compresión de la mucosa en la zona operada, y se puede rebajar el hueso hasta lograr calce - conveniente.

El momento más oportuno para duplicar el modelo se produce antes del prensado en la mufla. Basta tomarle una buena impresión con alginato, u otro material de duplicar.

Puede también obtenerse el duplicado reproduciéndolo de la placa terminada, llenándola con alginato. El modelo así obtenido se reproducirá en un portaimpresiones cargado de alginato o yeso de impresiones y de ésta, el modelo de yeso piedra. Para la transbase se emplea acrílico transparente.

INSTALACIÓN:

La colocación de prótesis inmediata difiere en dos circunstancias de la regular: se hace sobre tejidos anestesiados, recién - modificados quirúrgicamente y que pueden modificarse aún, para -- adaptarlos a la prótesis; y el aparato debe ser colocado, sean -- cuales fueren los defectos. Estas circunstancias le confieren ca

racterísticas especiales;

- a).- Se trata de un acto quirúrgico cruento, y ninguna de las reglas de la asepsia debe infringirse (instrumental esterilizado, técnica aséptica).
- b).- Hasta cierto punto, se puede adaptar el maxilar a la prótesis.
- c).- Deben preverse los retoques necesarios y hasta la posibilidad de un rebasado inmediato que procure adaptación a la base, si no la tiene.

SIN ENCÍA ANTERIOR:

Extraídos los dientes, puede probarse el aparato, y se verá los cuellos hundirse en los alvéolos. Cualquier cresta alveolar que dificultara el calce puede eliminarse si no conviniera retocar la prótesis. También puede hacerse el alineamiento de puntas y crestas óseas para evitar dificultades cicatrizales.

CON ENCÍA ANTERIOR, SIN ALVEOLECTOMÍA:

Extraídos los dientes, el aparato debe calzar exáctamente. - - Cualquier defecto de ajuste se debe a una falla técnica. Si el aparato retiene mal, rellenar los alvéolos con trocitos de gasa y hacer rebasado inmediato con pasta cinquenólica, elastómero o material acondicionador.

Quitar la gasa de los alvéolos, recortar los excesos de relleno, eliminar cualquier defecto serio en la articulación y despedir -- por 24 hrs. al paciente.

CON ENCÍA ANTERIOR, CON ALVEOLECTOMÍA:

Dos clases de alveolectomía pueden planearse: la estabilizadora y la correctora. El procedimiento quirúrgico suele ser el mismo, y la diferencia es cuestión de grados.

Levantando el colgajo y extraídos los dientes con la alveolectomía prevista al preparar el modelo y alisadas las crestas óseas, - extiéndase el colgajo de manera que cubra los alvéolos y córtese todo el festoneado, tanto vestibular como palatino, de forma que los rebordes mucosos lleguen a tocarse sin apelonamiento en ninguna parte (en las pequeñas alveolectomías el recorte es mucho menor).

Pruébese ahora la transbase. Por transparencia se verá la is--

quemia de los tejidos blandos ahí donde son comprimidos; levántese el colgajo y recórtese el hueso. Pocas pruebas serán necesarias para producir un ajuste parejo. Cuando no se posee la trans base, la precisión para localizar esas salientes óseas es menor. Las dificultades de calce en las zonas no sometidas a la interven ción quirúrgica se corrigen retocando el interior de la placa.

Una vez que la base llega a su sitio, suturar el colgajo y cor regir los defectos de articulación, hasta obtener, por lo menos, una oclusión central equilibrada. Conseguido ésto, si el aparato es bien retenido, puede quitarse el eyector de saliva y darse por terminada la intervención.

SORPRESAS:

Aunque se sabe que una técnica cuidadosa las reduce, los defectos están agazapados a todo lo largo de la elaboración de la prótesis.

- a).- La primera falla evidente una vez que el aparato ha ido a su sitio, puede ser la falta de retención activa. Si el defecto es pequeño, puede ser suficiente espolvorear la base con polvo adhesivo; si es de cierta importancia, es mejor proceder a un rebasado inmediato con material acondicionador, con un elastómero ó a un acrílico autopolimerizable. Proteger las hericas con tira emplástica.
- b).- La segunda falla grave puede ser de articulación. Papel de articular y piedras son los materiales de elección para lograr de inmediato una oclusión central balanceada mediante unos pocos contactos, dejando para después el afinado y las oclusiones excéntricas.
- c).- La tercera falla evidente puede ser estética. En tal caso, el remedio suele ser tranquilizar al paciente de inmediato y rehacerle la prótesis tan pronto se pueda.

El criterio general frente a los defectos es corregirlos de inmediato cuando es posible sin gran tarea. Si la corrección es la boriosa, es preferible limitarse a hacer llevadera la prótesis, postergando la corrección de fondo para cuando el paciente esté en mejores condiciones.

POSTOPERATORIO:

Conviene que el paciente no se quite la prótesis hasta volver - al consultorio 24 ó 48 horas más tarde (tomará analgésicos si el dolor lo obligara). Luego se le hará un lavado y los retoques -- que requiera la pieza. Se procurará obtener muy buena articulac-- ción.

Se observará cuanta mayor tolerancia tiene el paciente para es-- tas prótesis que para las regulares o mediatas. En los días si-- guientes se seguirá vigilando las heridas y retocando la prótesis frente a los puntos dolorosos o en su articulación y se hará un - rebasado si fuera necesario.

SERVICIO DE TRANSICIÓN:

DURACIÓN DE LA PRÓTESIS INMEDIATA:

La duración de una prótesis inmediata completa en servicio es - sumamente variable, ya que, la reacción orgánica no puede preveer se exactamente en cada caso.

Lo importante es que el paciente sepa, que se trata de un servi-- cio de transición.

EL PRIMER REBASADO:

En general conviene postergar el primer rebasado en lo posible. Existen casos que exigen el rebasado inmediato, otros que exigen rebasado a las 2 ó 3 semanas y otros que no lo necesitan durante meses. El diagnóstico, es lo que debe indicar en cada caso la -- conveniencia del rebasado total o parcial.

RENOVACIÓN Y/O REMONTA:

Pasado el período de atención más o menos inmediato, el pacien-- te debe ser instruido de la necesidad de vigilar sus prótesis y - de reajustarlas después de un tiempo, para evitar el riesgo de -- las hipertrofias marginales, así como los trastornos en la altura y en la estética. Es aconsejable renovar las prótesis totalmente al cabo de un año aproximadamente, siempre que el paciente pueda hacerlo, tiene las siguientes ventajas:

- 1.- Se puede hacer técnica correcta sin recurrir a procedimien-- tos de urgencia.
- 2.- Si se produce cualquier falla, el paciente sigue como estaba.
- 3.- Una vez instalada la segunda prótesis, puede remontarse la -

primera y el paciente queda en posesión de dos prótesis, con lo que sufre mucho menos en caso de accidente y presenta menos urgencias.

CONSERVACIÓN FUNCIONAL Y ESTÉTICA:

Cada nueva mordida debe verificarse con las medidas anteriores.

El modelo de los dientes naturales permite volver cada vez al alineamiento primitivo y hasta se puede, duplicarlos con yeso pigdra, ponerlos en posición en el articulador, y cambiarlos nuevamente uno por uno.

Con un poco de habilidad y de paciencia se logra duplicar la -- prótesis en todos sus aspectos exteriores, al mismo tiempo que se la reajusta a las nuevas condiciones.

En los pacientes que poseen dos prótesis la remonta permite prolongarles el servicio efectivo. El desgaste de los dientes es el factor que impone en muchos casos la renovación posterior.

Como complemento del servicio, luego que se ha colocado al paciente la prótesis regular, conviene rebasar, arreglar y pulir la primitiva prótesis inmediata para que su dueño la conserve como repuesto o rueda de auxilio.

Una prótesis inmediata debiera hacerse esencialmente para pacientes que comprenden los requisitos y desean cooperar con el -- Odontólogo. Este servicio debe considerarse laborioso y que requiere exactitud.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.- Martínez, Ross Erik.

OCLUSION

Vicova Editores S.A. 1978, 2a. Edición.
554 páginas.

- 2.- PROSTODONCIA TOTAL

Facultad de Odontología UNAM., Tomo I

Elaborado por el Grupo de Trabajo de la División S.U.A. (Sistema Universidad Abierta) 2a. Edición 1980.

208 páginas.

3.- Ramfjord, P. Sigurd, Ash, M. Major.

OCLUSIÓN

Editorial Interamericana, S.A. 1972, 2a., Edición

400 páginas.

4.- Ripol, Gutiérrez Carlos.

PROSTODONCIA (CONCEPTOS GENERALES)

1976, 1a. Edición

637 páginas.

5.- Saizar, Pedro.

PROSTODONCIA TOTAL

Edición Argentina, 1972.

495 páginas.

CAPÍTULO II

TOMA DE IMPRESIONES

Una impresión en prostodoncia es el registro negativo del área completa de soporte, ya sea del maxilar o de la mandíbula, en un material plástico que endurezca relativamente mientras que éste - está en contacto con dichos tejidos, y que puede ser extraído de la boca sin deformación. Por un procedimiento similar se obtienen los modelos, reproduciendo las impresiones: los modelos son copias de las formas bucales con relieves reales. Sobre los modelos se preparan, a su vez, las piezas protéticas, cuyas superficies de contacto con las formas bucales tendrán nuevamente los relieves invertidos.

TÉCNICA GENERAL:

1.- TIEMPO PREPARATORIO:

Preparación del instrumental y los materiales; preparación -- del paciente, selección, prueba y eventual corrección o adecuación del portaimpresiones; plastificación del material; -- carga del portaimpresiones.

2.- TIEMPO BUCAL:

Introducción en la boca; centrado; profundización; mantenimiento (consolidación del material); desprendimiento; retiro.

3.- TIEMPO POSTBUCAL:

Lavado; exámen crítico; retoque inmediato para el modelo.

4.- TIEMPO DE LABORATORIO O TALLER:

Preparación final para el modelo; preparación del yeso; vaciado; fraguado; recuperación; terminación.

POSICIONES DEL PACIENTE Y DEL OPERADOR PARA IMPRESIONES PRIMARIAS O TERMINALES:

- 1.- Que el paciente esté bien y equilibradamente sostenido por el sillón, con la cabeza apoyada a los lados de la zona occipital.
- 2.- Que el operador, de pie o sentado, tenga su cuerpo en equilibrio, de manera que sus brazos y manos puedan alcanzar la boca y realizar las maniobras que se requieran con seguridad, - sin fatiga ni violencia.
- 3.- Que la vista del operador tenga acceso cómodo a la boca, para

que pueda controlar lo que hace.

Las correctas impresiones de trabajo para prótesis inmediata - pueden ser dificultosas. Se trata de tomar, en bocas dentadas, impresiones que tengan el ajuste, la exactitud y la delimitación que exigen las impresiones de maxilares desdentados.

MATERIALES DE IMPRESIÓN PARA PRÓTESIS INMEDIATA:

Los materiales de impresión utilizados deberán reunir los siguientes requisitos:

Consistencia adecuada para llevarlos a la boca y distribuirlos en las zonas a impresionar; plasticidad suficiente para adaptarse detalladamente a las formas bucales; consolidación en la forma adquirida y escasa adhesividad, para separarlos sin violencia ni deformación; estabilidad dimensional y cohesión para no deformarse durante el vaciado; suficiente falta de dureza y adhesividad para no dificultar la separación del modelo. Todo ello naturalmente, unido a las demás cualidades de sabor, olor y falta de efectos tóxicos o irritantes que los hagan incompatibles con el empleo bucal.

Los materiales de impresión más usados para las impresiones -- preliminares y finales en una prótesis inmediata son los siguientes:

ALGINATO:

Generalmente los alginatos se usan para registrar impresiones preliminares o anatómicas. Se caracterizan por su elasticidad - relativamente alta que poseen en estado sólido y que permiten re tirarlos de la boca en una pieza.

Sin embargo este material puede crear una gran presión, dependiendo de la calidad de alginato y de su manipulación.

Cuando los alginatos se usan en un portaimpresión liso, aumenta la presión y esto representa una ventaja cuando se emplean como material de impresión anatómica; sucede lo contrario cuando se utiliza el alginato en un portaimpresión perforado; la presión disminuye.

COMPOSICIÓN:

Alginato de potasio

20 %

Sulfato de calcio	16 %
Óxido de Zinc	7 %
Fluoruro de potasio y titanio	6 %
Tierra de diatomeas	50 %
Fosfato de sodio	1 %

TIEMPO DE FRAGUADO:

Varía con la composición del material, la proporción y temperatura del agua, el tiempo de espatulado y la temperatura ambiente.

En la boca, el fraguado de los alginatos es bastante más rápido que en la taza de goma, debido a la elevación de temperatura, y empieza por las partes del material en contacto directo con -- los tejidos bucales.

PROPORCIONADORES:

Generalmente 20 ó 25 gramos de polvo diluidos en 50 cc de agua alcanzan para una impresión en una cubeta total.

Cada alginato trae indicado el volúmen de agua correspondiente al de polvo.

MODELINA:

La modelina (ó composición de modelar) es un material termo- plástico, cuya composición exacta suele mantenerse en secreto. - Las cualidades que debe cumplir una modelina son las siguientes:

- a).- Estar libre de ingredientes venenosos o irritantes.
- b).- Poseer sabor aceptable.
- c).- Tener escasa plasticidad a la temperatura bucal.
- d).- Adquirir suficiente plasticidad a partir de los 45°C.
- e).- Sufrir retracción de enfriamiento menor de 0.5 % entre los 40° y los 25°C.
- f).- Poder cortarse a temperatura ambiente sin descamarse.
- g).- Conservarse sin modificaciones a temperatura ambiente.

Estas propiedades se obtienen de la mezcla de resinas con ce- - ras, materiales de relleno, colorantes y sápidos.

IMPRESIONES PRELIMINARES:

Una impresión primaria, anatómica o preliminar es aquélla que se utiliza para fines de diagnóstico o para la construcción de - un portaimpresiones individual, el cual se emplea para la impre-

sión final.

Una impresión preliminar en prótesis inmediata constituye en principio la clave del problema. Debe tomarse con alginato, adecuando el portaimpresiones cuanto sea necesario para lograr:

- 1.- Que la impresión cubra la totalidad del maxilar, hasta el límite protético.
- 2.- Que los dientes y socavados retentivos están fielmente reproducidos.

Habitualmente, la impresión simple de alginato en un portaimpresiones amplio es suficiente. Alguna vez será necesario recurrir a la impresión mixta de modelina y alginato. Portaimpresiones adecuados para impresiones parciales, con cera en caso necesario, prestan excelentes servicios.

PORTAIMPRESIONES INDIVIDUALES:

El portaimpresiones individual debe ser planeado de acuerdo -- con la forma del maxilar y de los dientes remanentes, y el material con el cual se tomará la impresión. El acrílico autopolimizable es el más utilizado.

PORTAIMPRESIONES DE ACRÍLICO AUTOPOLIMERIZABLE:

Se prepara el acrílico poniendo en un recipiente (vidrio, porcelana) unos 6 cm de monómero y añadiendo de a poco 20 a 25 cm de polvo (cuanto más polvo, fraguado más rápido). Dejar reposar. La mezcla plástica está a punto cuando se desprende de las paredes del recipiente al revolver con la espátula.

Conviene entonces laminar la bola de mezcla plástica, entre -- dos vidrios o azulejos mojados, hasta que tengan 2 mm de espesor (una lámina de cera rosa).

Luego se procede a la adaptación. Si el modelo es superior, se adapta la lámina plástica primero sobre la superficie palatina y de inmediato por vestibular, con presiones suaves de los dedos para no adelgazar la cucharilla a menos de 2 mm. Si el modelo es inferior, se empieza por cortar la hoja plástica por el medio en dos tercios de su diámetro, para poder abrirla y adaptarla a ambos lados.

Adaptada y recortada la base de la impresión, antes que avance mucho el fraguado conviene fijar un mango, preferentemente del -

mismo acrílico, el que se modela con los dedos y se pega en posición humedeciendo con monómero.

Se debe ahora dejar fraguar hasta total endurecimiento (entre 10 y 30 minutos según la clase de acrílico). En caso de urgencia, se acelera poniendo el modelo con la cucharilla unos minutos en agua (55° a 60°c.) Se procede, por fin, a separar la cucharilla y recortarla con piedras para acrílico (grano grueso) - de tamaño grande.

Estas cucharillas no necesitan estar pulidas, pero deben carecer de asperezas, rugosidades o filos que pudieran lesionar la mucosa del paciente.

a).- PORTAIMPRESIONES PARA ALGINATO:

Un portaimpresiones individual para alginato debe cubrir toda la zona protética, dejando un espacio de una hoja de cera por lo menos, frente a las superficies mucosas y dientes, más todo el espacio requerido para zafar cómodamente los espacios retentivos. Debe proveérsela de apoyos que sirvan de guía para centrarla adecuadamente en el momento de profundizar la impresión. El mango, dispuesto en la parte delantera, permitirá tracción firme. Se le harán perforaciones en número suficiente para la retención.

b).- PARA SILICONA O MERCAPTANO:

Tienen, sobre la anterior, la ventaja de poder hacerse ajustadas en la zona mucosa, lo que facilita su delimitación -- con modelina. Además, siendo ajustadas, no necesitan apoyos especiales para el centrado. Y, al no requerir perforaciones, añaden la ventaja de confinar ajustadamente el material. El mango debe permitir firme tracción.

PRUEBA Y DELIMITACIÓN DE LOS PORTAIMPRESIONES:

Los portaimpresiones para alginato con levante, deben probarse con la parte del levante que cubre la mucosa. Esto les da bordes que dificultan un tanto la delimitación.

Los portaimpresiones que tienen la parte mucosa ajustada se delimitan con cera ó modelina. Naturalmente, en la parte holgada frente a los dientes no se puede hacer una delimitación perfecta

y se prefiere que la impresión sea más bien sobreextendida.

IMPRESIONES FINALES:

Una impresión fisiológica o final, es aquella que se utiliza para la elaboración del modelo de trabajo sobre el cual se va a fabricar la base de la dentadura.

Preparadas y delimitadas las cucharillas, las impresiones finales no difieren de las impresiones finales en una prótesis total, excepto en que, para desprenderlas, debe tenerse muy en cuenta la dirección de los dientes y la posición de las retenciones.

La impresión con alginato tomada en estas condiciones suele ser muy buena si la cucharilla fue bien centrada y no hay grandes retenciones. Si hay grandes retenciones, el material frecuentemente se rompe a nivel de los agujeros de retención entre los dientes. Esto último puede evitarse poniendo cera plástica en los espacios interdentarios. Su delimitación es siempre un tanto imprecisa.

En cuanto a las impresiones con elastómeros, como estos materiales permiten cucharillas ajustadas en la parte mucosa, la delimitación puede hacerse similar a la de una impresión funcional. La única zona de delimitación imprecisa será la que corresponde a la cucharilla holgada.

Tienen la ventaja de dar impresiones bien delimitadas y fieles en cucharilla ajustada en la parte mucosa, y elásticas, en cucharilla amplia, en la parte dentaria.

MODELOS:

Son modelos de trabajo ya que se obtiene de las impresiones funcionales y que dan forma a la superficie de asiento de las bases protéticas después de haber participado en los registros y pruebas intermedios. Deben ser fieles y resistentes, lo que exige llenarlas las impresiones con yeso piedra de la mejor calidad, mediante una técnica correctamente realizada, tanto para el vaciado como para la recuperación.

YESO PIEDRA:

El yeso piedra se obtiene también del gipso, pero el proceso de deshidratación es distinto. En horno abierto se produce el llama

do hemihidratado G, llamado piedra artificial o hidro-cal, de -- cristales más pequeños, que requiere un menor exceso de agua para disolverse y que da un producto mucho más duro.

Un factor de dureza del yeso piedra es requerir menor proporción de agua para prepararlo: 1 de agua por 4 de polvo, generalmente.

Para obtener unos modelos correctos deben llenarse con cuidado todos los requisitos para asegurarlos. En las impresiones compuestas (dos portaimpresiones) es de rigor un zócalo de yeso para que las asegure. En las impresiones elásticas se debe eliminar con cuidado toda parte fluctuante.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.- Ozawa, Deguchi José Y.
PROSTODONCIA TOTAL
Editorial Andrómeda S.A. 1981, 4a. Edición.
487 páginas.
- 2.- Philips, W. Ralph, Skinner.
LA CIENCIA DE LOS MATERIALES DENTALES
Editorial Interamericana, S.A. 1979, 7a. Edición
583 páginas.

CAPÍTULO III PATOLOGÍA DE LA EDENTACIÓN

La patología de la edentación está constituida por la serie de trastornos que provoca en el organismo, particularmente a nivel de boca y de cara, la pérdida de los dientes, que llegan al máximo en la edentación total, de uno o ambos maxilares.

Comprende los procesos cicatrizales, la atrofia de los maxilares, los trastornos masticatorios y alimentarios y los cambios en las formas, posiciones y funciones consecuentes a la pérdida del tope oclusal y del soporte de labios y mejillas. A la vista exterior, su conjunto crea las facies de la edentación.

Dentro de la patología de la edentación conviene distinguir dos partes: la patología primaria o elemental, que corresponde a la edentación pura, y la patología paraprotética, que se produce en relación con la prótesis.

Procuraré mencionar algunos rasgos importantes y los métodos -- adecuados para la conservación de los tejidos de soporte durante la eliminación de los dientes.

PATOLOGÍA PRIMARIA O ELEMENTAL

REBORDES ALVEOLARES:

Representan zonas especializadas del maxilar superior y mandíbula; su función principal es la de soporte de los dientes naturales.

Constan de una tabla externa y una tabla interna de hueso compacto, unidos por hueso esponjoso en el que se localizan los dientes.

Los rebordes alveolares crecen por aposición de hueso en las superficies externas y bordes libres y en el fondo de cada alvéolo dentario; éste proceso del crecimiento y la erupción de los dientes depende precisamente de dicha aposición. A medida que las raíces de los dientes en desarrollo se alargan el diente erupciona hacia el espacio maxilomandibular.

El crecimiento alveolar del maxilar superior y la mandíbula, depende así mismo del crecimiento de los cóndilos mandibulares.

Cuando el crecimiento cartilaginoso de los cóndilos aumente la longitud de las ramas mandibulares, éste es llevado hacia abajo y adelante del maxilar superior, estableciendo el espacio necesario para la erupción de los dientes propiamente dichos.

CICATRIZACIÓN DE ALVÉOLOS:

Las siguientes son las cuatro fases cronológicas de la cicatrización de un alvéolo postextracción:

1.- COAGULACIÓN:

Un coágulo sanguíneo llena al alvéolo.

2.- ORGANIZACIÓN:

Se forma tejido conectivo joven dentro del coágulo, reemplazándolo.

3.- OSIFICACIÓN:

Se forma hueso nuevo, grueso y fibrilar sobre las fibras del tejido conectivo joven y llena el alvéolo.

4.- RECONSTRUCCIÓN:

El hueso maduro laminar reemplaza al hueso inmaduro.

CRONOLOGÍA NORMAL:

Normalmente el alvéolo se llena de sangre que se coagula inmediatamente después de la extracción de un diente. Al tercer día postoperatorio los fibroblastos y células endoteliales que parten de las paredes del alvéolo, invaden el coágulo y forman tejido conectivo joven. Finalmente todo el coágulo se organiza en tejido capilar y conectivo; simultáneamente el epitelio superficial comienza a cubrir el alvéolo abierto.

Entre el quinto y octavo día se observa neoformación de hueso en los espacios medulares del hueso medular que rodea al alvéolo, y al décimo día comienza a formarse en el alvéolo, sobre el tejido conectivo de las paredes alveolares hueso nuevo, fibrilar y de naturaleza inmadura. Al finalizar la segunda semana se forma nuevo hueso en el fondo del alvéolo. A las tres semanas de la extracción el alvéolo está casi lleno por hueso inmaduro y nuevo, quedando sólo la parte central con coágulo. Alrededor de un mes después de la extracción el alvéolo queda completamente lleno con hueso nuevo.

En la radiografía el alvéolo se delimita claramente debido a la calcificación incompleta; incluso si está lleno de hueso neoformado.

La fase de reconstrucción se produce con velocidad variable durante muchos meses o años. Las cargas funcionales a las cuales se halla sometida, afectan el contorno externo y la forma trabecular interna del hueso en cicatrización. El hueso inmaduro es gradualmente reemplazado por hueso maduro, de tipo laminar, con una forma trabecular parecida a la del hueso circundante. La resorción del hueso avanza hasta la superficie del proceso alveolar simultáneamente con la reconstrucción dentro del alvéolo. La superficie del alvéolo cicatrizado se vuelve completa, uniéndose con la cortical del hueso adyacente.

ATROFIA DEL REBORDE RESIDUAL:

El reborde residual pierde su función primaria cuando se extraen los dientes y comienza a reducir el tamaño total y su forma trabecular interna.

Se ha comprobado que tanto en el maxilar superior como en la mandíbula, el hueso vestibular se reabsorbe más que las tablas palatina y lingual.

CLASIFICACIÓN POSTEXTRACCIÓN:

Por lo general hay una variación en la dirección de la reabsorción postextracción y la consecuente reducción del tamaño del reborde residual.

Los dientes superiores se desplazan hacia abajo y afuera; la reabsorción es hacia adelante y adentro. La tabla cortical externa al ser más delgada sufre mayor reabsorción que la interna, cuya consecuencia es la reducción en todas direcciones del maxilar; igualmente se reduce la superficie de soporte de la prótesis superior.

CLASE I:

Se refiere a una patología edéntula cuyos rebordes residuales superior e inferior conservan formas y contornos bien definidos, y cubiertos por una mucosa sana, firme e indolora a la presión. El recurso indicado es la prótesis total bimaxilar convencional.

CLASE II:

Aquellas bocas edéntulas cuyos rebordes residuales superior e inferior presentan contornos definidos pero con forma aguda, producto de la resorción de la cresta bucal y labial. Si éstas estructuras óseas están cubiertas por mucosa flácida e hipertrofiada, móvil o demasiado delgada en ciertas zonas y con dolor a la presión, se indica una regularización quirúrgica previa de los tejidos blandos, antes de intentar la rehabilitación protética.

La diferencia exagerada entre los tamaños del maxilar superior y la mandíbula, afecte la estabilidad de las prótesis y se trata de compensar este inconveniente colocando los dientes posteriores en una relación cruzada.

Generalmente, en estas condiciones, la mucosa que cubre la espina nasal anterior se irrita por el borde anterior de la dentadura; igual irritación puede sufrir la presión sobre la apófisis cigomática del maxilar superior. De igual forma las estructuras anatómicas del reborde residual inferior que pueden ser irritadas debajo del borde de la dentadura, son las apófisis geni, el reborde milohiideo y el nervio mentoniano.

CLASE III:

Cuando la boca edéntula presenta el reborde residual superior definido y una mucosa normal, pero el reborde residual inferior con mayor resorción, crestas agudas en la zona anterior o agujeros mentonianos superficiales, se indica una prótesis superior convencional y una prótesis implantada subperiosteal en inferior.

CLASE IV:

Se consideran las bocas edéntulas con marcada resorción atrófica y progresiva de los rebordes residuales. En la mandíbula se observarían las apófisis geni, sobrepasando las crestas del reborde residual, una línea milohiidea prominente y aguda, la línea oblicua externa y los agujeros mentonianos sobre la cresta residual; la solución sería, agotados los procedimientos prostodónticos requeridos, la prótesis de implante.

FACTORES DE ATROFIA:

Se clasificarán en cinco grupos: anatómicos, metabólicos, funcionales, protéticos y quirúrgicos.

FACTORES ANATÓMICOS:

Son aquellos que se relacionan con la forma y estructura de los maxilares. El volúmen óseo tiene importancia no sólo porque la cantidad de hueso para resistir el proceso atrófico es mayor, sino también porque es mayor la cantidad de esqueleto que sirve de fundamento a los procesos de reabsorción y neoformación.

FACTORES METABÓLICOS:

Hay uno que es fundamental la calidad biológica del hueso. El hueso no se destruye a hachazos, sino por un proceso de descalcificación bioquímico, acompañado por neoformación. En tanto predomina la descalcificación, sigue la atrofia; establecido el equilibrio, no hay atrofia.

La edad tiende a influir desfavorablemente, puesto que más allá de los 40 años y progresivamente más en los mayores, tienden a -- predominar los factores destructivos en el remodelado óseo, llegando a la conocida osteoporosis de los viejos. Se ven, sin embargo, grandes atrofiadas en personas jóvenes, y también viejos que conservan excelentes rebordes residuales.

FACTORES FUNCIONALES Y FACTORES PROTÉTICOS:

Resultan muy difíciles de separar. Las prótesis juegan un importante papel en el proceso atrófico. Ya que todo defecto mecánico como: mala articulación, adaptación defectuosa, influye desfavorablemente sobre los maxilares.

FACTORES QUIRÚRGICOS:

La cirugía obra de tres maneras:

En toda la parte eliminada, reemplaza a la atrofia. Esto podría ser ventajoso si se limitara a destruir el hueso destinado a atrofiarse.

Pero la supresión quirúrgica del hueso (generalmente tabla externa) elimina también base de neoformación ósea, puesto que el hueso nuevo sólo se forma sobre hueso antiguo. Además la cirugía elimina hueso compacto y, deja la mucosa sobre hueso esponjoso, - mucho menos resistente al fenómeno atrófico.

ATROFIA DEL MAXILAR SUPERIOR:

En el maxilar superior, el fenómeno atrófico, predomina desde -

las crestas del reborde residual, le hace perder altura y al mismo tiempo lo redondea. Es notable el ya señalado predominio de la atrofia de la parte vestibular.

No es posible predecir en un caso dado, la forma y el volúmen -- del maxilar superior, luego del proceso atrófico. Ni tampoco, -- frente a un maxilar atrófico, determinar con exactitud el contorno que tuvieron sus rebordes alveolares en el periodo dentado.

ATROFIA DEL MAXILAR INFERIOR:

No se sabe porqué, la atrofia tiende a ser mayor en el maxilar inferior que en el superior, pudiendo encontrarse muchos casos en clínica, en los cuales un maxilar superior relativamente poco atrófico se acompaña de un maxilar inferior con atrofia grave. La única explicación hasta ahora, es la menor irrigación de la médula -- ósea inferior que no facilitaría el proceso neoformativo.

P A T O L O G Í A P A R A P R O T É T I C A

La patología paraprotética forma parte del grupo, mucho mayor, de las alteraciones orgánicas y psíquicas, favorables o nó, ligadas al tratamiento protético; los de sentido favorable se consideran fenómenos de adaptación, al tratar la instalación de las prótesis; las de sentido desfavorable, o fenómenos de antiadaptación, pueden actuar perturbando cualquiera de los procesos adaptativos, en sus sentidos funcional, psíquico e histórico.

ALTERACIONES PARAPROTÉTICAS:

- a).- Fenómenos de adaptación (tolerancia).
- b).- Fenómenos de antiadaptación (intolerancia): patología paraprotética.

La sintomatología suele predominar a nivel de la boca, donde -- las alteraciones se hacen evidentes a través de signos subjetivos (náuseas, dolores, inflamaciones, ulceraciones, prótesis movilizadas e ineficaces deficiencia estética o fonética, molestias mal -- definidas) u objetivos (prótesis desajustadas, falta de altura, -- mal articulación, atrofia, inflamaciones, retiro de las prótesis).

CLASIFICACIÓN DE LA PATOLOGÍA PARAPROTÉTICA:

INFLAMATORIAS:

AGUDAS: Congestivas y ulceraciones.

CRÓNICAS: Leucoqueratosis, estomatitis protética, hiperplasia papilar.

PROGRESIVAS:

Tumores

REGRESIVOS:

Atrofia ósea con hiperplasia mucosa, alteraciones posicionales.

PROCESOS PARAPROTÉTICOS INFLAMATORIOS:

INFLAMACIONES AGUDAS:

Las inflamaciones paraprotéticas agudas son características en el periodo de instalación.

Pueden aparecer también puntos congestivos dolorosos y ulceraciones después de largos periodos de uso de las prótesis, sea a consecuencia del proceso atrófico que obliga a la distensión de los tejidos que rodean al borde periférico más allá de su tolerancia, sea a continuación de algún cambio en el funcionamiento de los aparatos. Algunas veces la ulceración o el cambio funcional se deben a la penetración de una partícula dura entre base y mucosa. A veces se puede también atribuir las a tensiones espirituales, origen de contracturas musculares ó de bruxismo.

El diagnóstico diferencial es importante para elegir el tratamiento entre el retoque apropiado, la espera o la cauterización de la zona ulcerada.

LEUCOQUERATOSIS:

También llamadas "puntos blancos" por su aspecto, las leucoqueratosis son espesamientos del epitelio de aspecto similar a la leucoplasia, pero muy pequeñas que aparecen en algunos sitios de la mucosa recubierta por la base, generalmente a lo largo de los bordes protéticos, después de un tiempo de uso. Muy sensibles - algunas veces, totalmente indoloros otros, deben interpretarse como verdaderos callos en respuesta a la acción mecánica de los aparatos.

ESTOMATITIS PROTÉTICA:

Se denomina estomatitis protética a la inflamación congestiva que suele aparecer en la mucosa, generalmente la palatina, en con

tacto desde largo tiempo con las bases protéticas.

Suele empezar como una congestión en algunos puntos de la mucosa; estos puntos van extendiéndose, llegan a confluír y la congestión puede alcanzar a toda la mucosa recubierta por la prótesis.- El tono rojizo puede hacerse vinoso y, a veces, se distingue un punteado más oscuro, por descamación de la mucosa y transparencia de las papilas coriales congestionadas. En unos casos la mucosa aparece como aplastada; en otras, parece espesarse y toma una apariencia esponjosa y elástica.

Bajo cualquiera de las formas de estomatitis protética, el paciente no suele sentir mayor cosa y frecuentemente no tiene noticia de su estado. Pocas veces presenta dolor, ardores o sensación de quemadura.

El tratamiento de la estomatitis protética aconseja el uso de los acondicionadores de tejidos (se presentan en forma de polvolido, hydro-cost, coe comfort, Bera etc...), y eventualmente el retiro nocturno. La renovación del acondicionador dos veces por semana, suele eliminar la estomatitis en menos de 15 ó 20 días. Luego la prótesis debe ser reemplazada o, por lo menos, si por lo demás es correcta, rebasada.

HIPERPLASIA PAPILAR:

La hiperplasia papilar del paladar se caracteriza por la hiperplasia de la mucosa palatina en forma de glóbulos semiesféricos, acumulados en el centro del paladar. Puede vérsese, a veces, en pacientes dentados que no usan prótesis; pero esto es raro.

Esta afección, aparece casi siempre en antiguos portadores de prótesis defectuosas que las usan de día y noche, sin que éstos tengan conciencia de la misma, pues no les ocasiona molestias. Se inicia generalmente en el centro del paladar para de ahí extenderse lentamente, caracterizándose como una sucesión de nódulos de más de 2 ó 3 mm de diámetro, separados por fisuras de 2 ó 3 mm de profundidad.

Suele coincidir con la inflamación congestiva; pero al dejar de usarse la prótesis la congestión desaparece rápidamente, lo que -

no sucede con la hiperplasia papilar.

Es una afección exclusivamente mucosa, el hueso no está afectado, aun cuando pudiera sufrir de atrofia.

El tratamiento de elección es la eliminación de las papilas -- hipertrofiadas con electrobisturí exactamente hasta sobrepasar -- los surcos que los separan, pues las lesiones son siempre supra - periósticas, seguido de un rebasado de las prótesis en uso hasta que, terminado el postoperatorio, se las reemplaza por nuevas prótesis.

Las prótesis deben ser controladas periódicamente, pues la tendencia a la recidiva se hace presente sin que el paciente lo note, si las prótesis pierden ajuste ó buena articulación.

QUEILITIS COMISURAL:

También llamada queilitis angular, es una inflamación que se lo caliza en las comisuras labiales, en forma de boqueras crónicas. Se presenta generalmente en desdentados o en portadores de prótesis con altura reducida, pero puede aparecer también en dentados con o sin la mordida baja. Existen dos tipos de queilitis clínica: en pacientes, generalmente jóvenes, que carecen de surco comisural profundo, la curación es fácil; en aquéllos generalmente viejos, con surcos comisurales profundos, la afección suele ser más rebelde.

Se debe a que, con la reducción de la altura y el ajuste de los labios entre sí, parte de la piel próxima a las comisuras forma un pliegue que se mantiene húmedo por la saliva, se macera y se infecta.

Los pacientes mejoran considerablemente ó curan si se les provee de dentaduras que restauren la dimensión vertical. Suele ay darlos mucho una pomada secante y protectora a base de óxido de zinc.

Cuando las lesiones se creen debidas únicamente a una insufi- - ciencia de la dieta, se debe prescribir una dieta adecuada y su- - plementos vitamínicos.

PROCESOS PARAPROTÉTICOS PROGRESIVOS;

RELACIONES DE LA PROSTODONCIA TOTAL CON TUMORES:

Teóricamente toda clase de neoplasmas pueden evolucionar en la vecindad de la prótesis e influir sobre ellas y ser, a su vez, --influidas.

Prácticamente esto es poco frecuente. Sin embargo, la posibilidad no debe descuidarse, puesto que es responsabilidad del Odontólogo la temprana detección del cáncer bucal y ésta responsabilidad se multiplica aquellas veces por fortuna escasas, en que el tumor se origina en la vecindad de los aparatos.

El traumatismo protético no es factor significativo de la etiología del cáncer bucal, pese a la fuerza cancerígena reconocida a los factores irritativos.

De todas maneras, el Odontólogo debe tener conciencia de que, si el cáncer aparece (generalmente como epitelioma) es probablemente el primero en verlo, especialmente si guarda relación con una prótesis, sabiendo (sin caer por ello en alarmismo) que el diagnóstico precoz ó el tardío pueden determinar la diferencia entre la vida normal y una atroz mutilación ó, quizás, la muerte del paciente.

Diagnosticado un tumor maligno, se hace importante la intervención de un protesista experto, preferentemente como integrante del equipo quirúrgico, puesto que las intervenciones suelen ser altamente mutilantes y, en muchísimos casos, tan solo la prótesis extensa puede apartar los elementos imprescindibles a la rehabilitación del paciente.

Siempre que es posible, sin contraindicaciones, una prótesis inmediata debe reemplazar, como complemento del acto quirúrgico, a las partes esqueléticas eliminadas, con el objeto de sostener los tejidos blandos en posición (mentón, ángulo mandibular, pómulo, ojo) y retener las formas faciales con la menor deformación posible durante el proceso cicatrizal.

PROCESOS PARAPROTÉTICOS REGRESIVOS:

El predominio de procesos regresivos caracteriza la atrofia de los maxilares, la que se presenta en diversas formas clínicas y -

bajo la influencia de variados factores etiológicos.

ATROFIA PARAPROTÉTICA TOTAL DEL MAXILAR:

La atrofia total paraprotética del maxilar suele ser lenta. -- Consiste, en que se atrofian simultáneamente el hueso y los tejidos blandos, conservando sus relaciones normales.

De acuerdo con sus relaciones con la prótesis, se presenta bajo dos formas que pueden denominarse la adaptada y la inadaptada.

ATROFIA LENTA ADAPTADA:

En este tipo de atrofia los tejidos parecen readaptarse dentro de las bases. Las prótesis emigran en sentido basilar. La altura facial va reduciéndose, generalmente sin provocar molestias, y las prótesis conservan su ajuste o se aflojan lentamente. Por lo común el paciente no tiene conciencia del cambio hasta que un día percibe la reducción de altura ó el aflojamiento.

El rasgo más característico suele ser el acortamiento de los -- dientes superiores, consecuencia de la ascensión de la prótesis, - condición que puede observarse en la mayoría de las prótesis de - muchos años; el aparato puede haber perdido algo de su ajuste, pe ro conserva una adaptación satisfactoria y asienta sobre una mucosa que, congestionada o nó, no da signos de mayor espesamiento. - Díjérase que todo el maxilar con su prótesis se ha trasladado algu nos milímetros más alto.

A veces se hace evidente, además una mayor visibilidad de los -- dientes inferiores, consecuencia también de su mayor ascenso.

ATROFIA LENTA INADAPTADA:

El origen parece endógeno, pues la atrofia sigue su curso a lo largo del tiempo con aparente prescindencia de la acción de las - prótesis.

Las bases pierden su ajuste hasta hacerse intolerables y la estética se perturba, mientras los rebasados, incluso nuevas prótesis, solo proveen alivio temporal. Los maxilares, exceptuando su empequeñecimiento, aparecen normales, con mucosa generalmente rosa pálido, algunas veces tensa y delgada, originando un maxilar - duro.

TRATAMIENTO:

El único tratamiento, hasta ahora para todas las formas de atrofia, es la preparación de prótesis tan perfectas como es posible, en su extensión, adaptación y articulación, y además, en su vigilancia y corrección periódica, procurando mantenerlas en buen servicio con ayuda de rebasados y reajustes articulares hasta que se impone el reemplazo. Con ésta atención minuciosamente realizada pueden lograrse periodos de alivio que se prolongan y a veces llega una estabilización satisfactoria.

ATROFIA ÓSEA CON HIPERTROFIA MUCOSA:

También llamada atrofia ósea con hiperplasia fibrosa, es una -- atrofia parcial: Se atrofia el hueso pero nó, o mucho menos, la mucosa.

Suele producirse en los casos de atrofia rápida, cicatrizal o nó.

El maxilar, más frecuentemente el superior, aunque también se - la ve en el inferior, presenta zonas de reblandecimiento más o me nos extensas, que pueden ser congestivas, de tipo inflamatorio, - afectadas de estomatitis protética o nó; a veces son verdaderos - bultos o mamelones fibrosos, en ocasiones de tipo fungoso; a ve- ces todo un reborde residual depresible y movible por falta de ar mazón óseo.

Histológicamente, se trata de atrofia ósea acompañada de hiper- trofia de la mucosa. Los estudios histológicos muestran las cavi dades medulares en degeneración fibrosa.

Esta afección es rara en la edentación no tratada, excepto si - existen dientes naturales que ocluyen en la mucosa antagonista, - caso en que es frecuente también la atrofia total. La prótesis holgada parece obrar como estimulante de la mucosa, que se hiper- trofia, aparentemente para compensar la atrofia ósea y rellenar el hueso que, de otro modo, quedaría entre ella y la prótesis. - Es fácil ver su principio y evolución en las prótesis inmediatas no reajustadas oportunamente.

También la sobrecarga de origen dentario puede causar atrofia - ósea con hiperplasia fibrosa. Prácticamente cada prótesis comple

ta superior que articula contra pocos antagonistas provoca atrofia ósea con hiperplasia fibrosa en la zona de antagonización. - El caso más típico es el portador de prótesis superior completa que articula sólo con los inferiores delanteros.

TRATAMIENTO:

El tratamiento requiere en primer término un acondicionamiento de los tejidos mediante un acondicionador y luego, desaparecida la inflamación, puede variar entre un rebasado (cuando la articulación y la estética son satisfactorias) ó el reemplazo de la -- prótesis, previa eliminación, quirúrgica o nó, de los tejidos -- hipertrofiados.

HIPERPLASIAS MARGINALES:

También llamadas fibromas del surco vestibular, doble labio, epulis fissurata, granulomatosis protética, según su asiento y forma clínica, no son otra cosa, en el fondo, que variedades de atrofia ósea con hiperplasia fibrosa (ó mucosa).

En la atrofia cicatrizal, como es sabido, suele predominar la - reducción de la tabla ósea externa. Consecuentemente las próte-- sis tienden a desajustarse primordialmente en esas zonas y aparece la hiperplasia compensadora frente a los surcos vestibulares. Esta hiperplasia presenta dos formas típicas: Fibromatosa y papilomatosa. La patogenia de una u otra, depende de la velocidad -- del proceso, de la forma como trabaja el borde protético, de los movimientos funcionales y de factores de orden general.

La semejanza con fibromas y papilomas no es sólo clínica, sino también histológica, lo que frecuentemente contribuye a confundir las.

Sin embargo, la facilidad con que remiten si se elimina la prótesis ó se la rebasa prueba su origen traumático. Es por eso - - apropiado el nombre de granulomas protéticos con que también se les conoce.

TRATAMIENTO:

El tratamiento adecuado para éstos casos depende de su gravedad, y de la ubicación de las lesiones. La primera medida indicada es la supresión del flanco protético enclavado en la zona hipertrófica. Luego el acondicionamiento de los tejidos y la compresión cu ran radicalmente muchos casos y mejoran los graves, preparando --

para la exesión quirúrgica. Por último, las prótesis deben ser correctamente rebasadas, corrigiendo también la articulación, ó - quizás en la mayoría de los casos deben ser rehechas. Con prótesis correctas no hay tendencia a la recidiva.

REDUCCIÓN DE ALTURA:

Como consecuencia de la atrofia de los maxilares, la placa superior se va asentando cada vez más arriba, la inferior debe ir más alto para ocluir, el maxilar inferior haya cada vez más elevada - su intercuspidadación, la altura facial morfológica se hace más corta, el aspecto facial envejece.

Siendo éstos cambios lentos y graduales, el paciente se va adaptando insensiblemente a ellas y con frecuencia no las percibe ó - afecta no sentirlos. Esto es particularmente frecuente en la - - atrofia total lenta, en la cual los rebordes residuales parecen - trasladarse en sentido basilar. Pero a veces se originan nuevos trastornos: Los bordes protéticos justos van quedando sobreextendidos, compensados, a veces por el estiramiento de los ligamentos, e inserciones musculares; pueden también irritar la mucosa por -- frote, originando ésos puntos dolorosos que aparecen de repente - en los bordes de una placa con meses ó años de uso satisfactorio.

Con la subida de los incisivos, el efecto estético se va alterando, así como la fonética, apareciendo a veces defectos a distancia en la pronunciación de las F y las S.

Al mismo tiempo, los labios se ajustan entre sí, la boca se ensancha y pueden aparecer en las comisuras ésas rebeldes raspaduras que caracterizan la queilitis angular ó comisural.

Naturalmente, las articulaciones temporomandibulares sienten el cambio, pero se adaptan a él sin inconveniente.

Particularmente, sorprendentes son por último, los cambios en sentido anteroposterior, provocados a nivel de la superficie oclusal y que se conocen bajo el nombre de cambios oclusales en relación central.

CAMBIOS OCLUSALES EN RELACIÓN CENTRAL:

La atrofia determina que las prótesis migren en sentido basilar en sus respectivos maxilares según se vió y que requieren un ma--

yor cierre para lograr la oclusión; como el cierre es mayor hacia adelante, la presión delantera es mayor y provoca, en consecuencia, mayor atrofia anterior.

Otra consecuencia es que el plano oclusal tiende a elevarse por delante. Se explican así dos hechos de común observación en los incisivos superiores y el característico cambio de posición del plano oclusal, que aparece inclinado hacia atrás y abajo.

Al mismo tiempo, la proyección de la rama horizontal del maxilar inferior hacia adelante trae dos consecuencias posibles, además del falso promontionismo:

- a).- Si la articulación tiene deslizamiento propulsivo fácil, a medida que la rama horizontal se corre hacia adelante arrastra a la placa inferior y los dientes muerden en propulsión cada vez mayor, que puede llevar a los incisivos inferiores por delante de los superiores, aún cuando los maxilares siguen ocluyendo en relación central.
- b).- Si la oclusión de la dentadura inferior no desliza, sino -- que por el contrario, engrana con la superior, entonces el cambio oclusal puede ser de dos órdenes: O empiezan a romperse los incisivos por excesos de presión delantera ó la prótesis superior se traslada hacia adelante y arriba, mediante más atrofia ósea con hiperplasia fibrosa, contribuyendo generalmente en éstos casos, a una hipertrofia marginal superior. También pueden verse algunos casos en que el bruxismo provoca reducciones de altura y cambios oclusales en relación central puramente por desgaste oclusal, sin que los rebordes residuales aparezcan afectados. Esto parece más frecuente con los dientes de acrílico.

Es evidente pues, que el proceso atrófico desajusta los aparatos de prótesis en su asiento y en su articulación, y que las prótesis desajustadas y mal balanceadas son propensas a estropear los maxilares. Por lo tanto, aún partiendo de las dentaduras mejor construidas se puede, debido a las alteraciones posteriores, llegar también a las no balanceadas y sus consecuencias.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.- Hyman, A. George, Kutscher, Austin H., Zegarely Edward V.
DIAGNÓSTICO EN PATOLOGÍA ORAL
Salvat, Editores, S.A. 1981, 1a. Edición.
651 páginas.
- 2.- Ozawa, Deguchi José Y.
PROSTODONCIA TOTAL
Editorial Andrómeda S.A. 1981, 4a. Edición.
487 páginas
- 3.- Saizar, Pedro.
PROSTODONCIA TOTAL
Edición Argentina, 1972.
495 páginas

G L O S A R I O

- ALVEOLECTOMÍA.-** Remoción quirúrgica de una porción de la apófisis alveolar.
- ANQUILOSIS.-** Rigidez más o menos completa de una articulación que se deriva de la soldadura de un hueso a otro, con la consiguiente pérdida de movilidad.
- ASEPTICIA.-** Método preventivo contra las infecciones, que -- consiste en el uso de instrumentos y de materiales esterilizados.
- BRUXISMO.-** Rechinamiento y movimiento de trituración de los dientes sin propósitos funcionales, que suele registrarse durante el sueño.
- CÁNCER.-** Tumor maligno.
- CRUENTO.-** Sangriento.
- DIMENSIÓN VERTICAL.-** Medida vertical de la cara entre dos puntos seleccionados arbitrariamente, uno arriba y otro - abajo, casi siempre a nivel de la línea media.
- EPITELIOMA.-** Tumor maligno que se desarrolla en los tejidos - cutáneos (piel).
- ESTOMATITIS.-** Proceso inflamatorio de la cavidad bucal.
- FÉRULA.-** Dispositivo rígido ó flexible utilizado para -- mantener en su sitio y proteger una parte lesionada.
- GRANULOMA.-** Formación anatómica que se presenta como un - - abultamiento y que está constituido por un tejido semejante al de granulación.
- HIPERPLASIA.-** Aumento de tamaño de un órgano ó tejido, debido al anormal aumento del número de las células que lo forman.
- HIPERTROFIA.-** Aumento de volúmen de un órgano ó de un tejido - debido al aumento del volúmen de sus células.
- INFECCIÓN.-** Penetración de gérmenes patógenos en el organismo.

- LEUCOPLASIA.- Formación de manchas blancas sobre las mucosas, especialmente en la lengua y en el interior de las mejillas, causada por un engrosamiento anormal de la mucosa.
- NECROSIS.- Sinónimo de muerte de la célula; corresponde a la detención de las funciones vitales.
- NEOPLASIA.- Formación de nuevo tejido.
- OCCLUSIÓN.- Cierre de las arcadas dentarias, incluyendo los diversos movimientos funcionales con los dientes superiores e inferiores en contacto.
- OCCLUSIÓN CENTRAL Máxima intercuspidación de los dientes.
- PAPILOMA.- Tumor benigno que consiste en una neoformación prominente de la piel ó de las membranas mucosas.
- SÍNDROME.- Conjunto de signos y síntomas que se manifiestan simultáneamente y que, considerados como un todo, son características de cierta enfermedad.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.- DICCIONARIO MÉDICO FAMILIAR
Selecciones del Reader's Digest.
Impresora y Editora Mexicana, S.A. 1982.
1a. Edición.
756 páginas.
- 2.- Ramfjord, P. Sigurd, Ash, M. Major.
OCCLUSIÓN
Editorial Interamericana, S.A. 1972, 2a. Edición
400 páginas.

CONCLUSIONES

La realización de los objetivos que se buscan al realizar una prótesis inmediata están limitados por las condiciones psicológicas y fisiológicas del paciente. Para lograr el éxito es necesaria la cooperación del paciente.

Por lo tanto, una prótesis inmediata deberá hacerse esencialmente para pacientes que comprenden los requisitos y desean cooperar con el Odontólogo. La edad es un factor importante, ya que da una indicación sobre la habilidad del paciente de llegar a usar las dentaduras.

El cuerpo se encuentra en sus condiciones óptimas hasta la edad de 35 a 40 años (pudiéndose encontrar excepciones en personas mayores de 40 años). Los tejidos sanan rápidamente, su resistencia es favorable y la persona se adapta fácilmente a las nuevas condiciones, lo cual es importante ya que una prótesis inmediata debe reemplazar, y retener las formas faciales con la menor deformación posible durante el proceso cicatrizal.

No se debe olvidar que la prótesis inmediata es un servicio profesional que requiere más conocimientos, habilidad y criterio que la prótesis regular.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.- DICCIONARIO MÉDICO FAMILIAR
Selecciones del Reader's Digest.
Impresora y Editora Mexicana, S.A. 1982.
1a. Edición.
756 páginas.
- 2.- Hyman, A. George, Kutscher, Austin H., Zegarely Edward V.
DIAGNÓSTICO EN PATOLOGÍA ORAL
Salvat, Editores, S.A. 1981, 1a. Edición.
651 páginas.
- 3.- Martínez, Ross Erik.
OCLUSIÓN
Vicova Editores S.A. 1978, 2a. Edición.
554 páginas.
- 4.- Ozawa, Deguchi José Y.
PROSTODONCIA TOTAL
Editorial Andrómeda S.A. 1981, 4a. Edición.
487 páginas
- 5.- Philips, W. Ralph, Skinner.
LA CIENCIA DE LOS MATERIALES DENTALES
Editorial Interamericana, S.A. 1979, 7a. Edición
583 páginas
- 6.- PROSTODONCIA TOTAL
Facultad de Odontología UNAM., Tomo I
Elaborado por el Grupo de Trabajo de la División S.U.A.
(Sistema Universidad Abierta) 2a. Edición 1980.
208 páginas.
- 7.- Ramfjord, P. Sigurd, Ash, M. Major.
OCLUSIÓN
Editorial Interamericana, S.A. 1972, 2a. Edición
400 páginas.
- 8.- Ripol, Gutiérrez Carlos.
PROSTODONCIA (CONCEPTOS GENERALES)
1976, 1a. Edición
637 páginas

9.- Saizar, Pedro,
PROSTODONCIA TOTAL
Edición Argentina, 1972.
495 páginas.