

287
247



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

FALLA DE ORIGEN

PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA

FALLA DE ORIGEN

T E S I S

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
presentan

GABRIEL ANTONIO MURILLO HERNANDEZ
RAUL DEL SAGRADO C. VAZQUEZ BERNAL



Director de tesis: Dr. José Antonio Vela Capdevila

FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1989



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.

PROSTODONCIA TOTAL

INMEDIATA

I N D I C E

INTRODUCCION	1
CAPITULO I: HISTORIA CLINICA:	2
I.1 Historia Protética:	2
I.2 Aspectos Psicológicos	2
I.3 Métodos de Exploración	3
I.4 Datos para la elaboración de una Historia Clínica	3
I.5 Examen General e Interrogatorio	4
I.6 Examen Regional	7
I.7 Exámenes de Laboratorio	8
I.8 Examen Radiológico	9
I.9 Un modelo de Historia Clínica	10
CAPITULO II: MUSCULOS QUE INTERVIENEN EN LA ELABORACION DE UNA PROTESIS TOTAL REMOVIBLE:	15
II.1 Músculos Cutáneos o Faciales	15
II.2 Músculos Dilatadores	17
II.3 Músculos Compresores	17
II.4 Músculo Temporal	21
II.5 Músculo Masetero	22
II.6 Músculo Pterigoideo Interno	23
II.7 Músculo Pterigoideo Externo	25
CAPITULO III: CIRUGIA PRE-PROTESICA:	26
III.1 Criterios para los Rebordes Desdentados	26
III.2 Principios para la Construcción de Dentaduras	27
III.3 Anomalías de Tejidos Blandos	27

III.4 Tejidos Hipermóvil en los Rebordes Alveolares	28
III.5 Interferencia de los Tejidos Blandos	28
III.6 Frenillo Lingual Hipertrófico	29
III.7 Hiperplasia Papilar	29
III.8 Epulis Fisuratum	30
III.9 Deformidades de Tejidos Duros y Maniobras Correctas	30
III.10 Alveoloplastia	30
III.11 Resección de Torus	34
III.12 Torus Palatino	34
III.13 Torus Mandibular	35
III.14 Remoción de Rebordes Agudos	36
III.15 Deformidades de Tejidos Duros y Blandos	38
III.16 Tuberosidades	38
CAPITULO IV: PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA:	40
IV.1 Generalidades	40
IV.2 Definición de Prostdoncia Total Inmediata	40
IV.3 Indicaciones de la Prostdoncia Total Inmediata	41
IV.4 Contraindicaciones de la Prostdoncia Total Inmediata	41
IV.5 Ventajas de la Prostdoncia Total Inmediata	42
IV.6 Desventajas de la Prostdoncia Total Inmediata	43
CAPITULO V: GENERALIDADES PARA LA CONSTRUCCION DE UNA PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA:	44
V.1 Impresiones Primarias y Modelos de Diagnóstico	45

V.2	Portaimpresiones individuales, Impresiones Secundarias o Fisiológicas y obtención de los Modelos Definitivos o de Trabajo	45
V.3	Elaboración de la Base de Registro o Placa Base	47
V.4	Plano de Oclusión y Relación Céntrica	48
V.5	Dimensión Vertical	48
V.6	Montaje en el Articulador	49
V.7	Selección y Colocación de Dientes	49
V.8	Encerado	50
V.9	Enfrascado	51
V.10	Desencerado	51
V.11	Realización de la Guía Quirúrgica	51
V.12	Acrilizado	52
V.13	Pulido y Terminado	54

BIBLIOGRAFIA	55
--------------	----

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

Posteriormente a un examen minucioso y a una valoración del estado de salud general y bucal del paciente y una vez tomada la determinación de extraer los dientes naturales remanentes se procederá a valorar las condiciones del proceso alveolar del Maxilar Superior y de la Mandíbula y en caso necesario recibirán éstos un tratamiento de Cirugía Preprotésica con la finalidad de que el tratamiento Protodéntico resulte satisfactorio.

Un problema serio al que puede llegar a enfrentarse cualquier persona es la pérdida de sus órganos dentarios, sea cual fuese el motivo, el cual puede originarle diferentes alteraciones ya sean anatómicas, fisiológicas, estéticas, fonéticas y posiblemente psicológicas dependiendo del trabajo, estrato social, etc...

La solución pues la otorga la protodoncia total inmediata que salvaría al paciente de cualquier situación antes descrita y le permitiría desenvolverse en el medio en que se encuentre.

En este trabajo se trata de exponer los procedimientos a seguir para la elaboración de una protodoncia total inmediata, no olvidándonos de la valiosa ayuda que nos otorga la cirugía preprotésica.

CAPITULO I

HISTORIA CLINICA

La historia clínica, es en realidad, el relato fiel que puede hacer el médico, respecto a la evolución clínica de su paciente, comprende los antecedentes hereditarios, familiares, sociales, ambientales y personales que se consideren de interés, --mas los datos que surjan del exámen, los análisis de laboratorio, radiográficos o cualquier otro tipo de informes.

HISTORIA PROTETICA

Es el estudio de la prótesis que lleva el paciente y todo lo que se puede averiguar respecto a su experiencia protética, Es un factor que orienta en muchos casos al diagnóstico o la indicación del tratamiento. Desde este punto de vista, los pacientes pueden pertenecer a tres grupos:

- 1) Los que no tienen experiencia protética
- 2) Los que la tienen favorable
- 3) Los que la tienen desfavorable.

ASPECTOS PSICOLOGICOS

Lo que el odontólogo necesita, en relación con el paciente, no es el diagnóstico de su "estado" mental, de sus tensiones o de sus complejos, ni de la normalidad o no de sus funciones psíquicas. Es simplemente el conocimiento de posiciones frente al tipo de prótesis que requiere, puesto que sin comprensión, su disposición y su cooperación ninguna prótesis tendrá éxito.

Con el objeto de ayudar al odontólogo a ubicar a sus pacientes y ubicarse el mismo en relación con sus problemas protodónticos, (Elinger) indica la ventaja de clasificar al paciente en 4 grupos de acuerdo al carácter del mismo:

- 1) Actitud Mental filosófica
- 2) Actitud Mental exacta
- 3) Actitud Mental histérica
- 4) Actitud Mental indiferente

La historia clínica constituye pues un documento útil muy importante por medio del cual vamos a conocer el o los pade-

cimientos de nuestro paciente, así como las condiciones actuales del mismo, en un determinado momento para fines legales.

Por medio de la historia clínica podemos obtener un diagnóstico, establecer un pronóstico adecuado y así llegar a un plan de tratamiento satisfactorio.

Para efectuar la historia clínica general así como la bucal, la podemos realizar con los siguientes métodos de exploración:

PALPACION:

Es un método de exploración clínica que se efectúa -- por medio del tacto y por medio de él vamos a obtener el estado de la superficie, movimientos, cambios de volumen, de temperatura, zonas o puntos dolorosos.

PERCUSION:

Es un método que se efectúa por medio de golpes suaves, que se llevan a cabo directamente con la mano y a través de un instrumento y se obtienen sonidos, movimientos o dolor.

AUSCULTACION:

Se efectúa por medio del oído, es un procedimiento de medición, punto de comparación, dentro del ritmo-paciente, también nos ayudará a precisar las distintas tonalidades acústicas de los -- dientes.

PUNCION:

Consiste en introducir una aguja o lima endodóntica, para drenar y ver que tipo de contenido existe.

Los datos para la elaboración de una historia clínica son los siguientes: 1^o tarjeta de identificación:

I Nombre.

- II.- Edad
- III.- Sexo
- IV.- Ocupación
- V.- Escolaridad
- VI.- Estado civil
- VII.- Lugar de residencia
- VIII.- Lugar y fecha de nacimiento
- IX.- Domicilio y teléfono.

2º Exámen general e Interrogatorio

a) Antecedentes personales no patológicos.

- I.- Tabaquismo (número de cigarrros por día)
- II.- Bebe (clase de bebida y cantidad)
- III.- Otros hábitos
- IV.- Habitación (debe contar con todos los servicios - (luz, agua potable, drenaje, buena ventilación y adecuada iluminación).
- V.- Alimentación habitual (componentes principales de los alimentos ingeridos).

Es menester mencionar que es importante conocer la consistencia de los alimentos ya que los alimentos blandos son más dañinos para el aparato masticatorio.

b) Antecedentes patológicos personales.

Es importante conocer todos los datos antes mencionados puesto que pueden colaborar para producir enfermedades severas en el hombre.

Asimismo es necesario conocer las enfermedades sufridas por el paciente ya que pueden presentarse las secuelas mucho tiempo después.

- I.- Tuberculosis
- II.- Enfermedades venéreas
- III.- Hepatitis
- IV.- Diabetes
- V.- Alergias (alimentos, medicamentos o vestuario).

- VI.- Fiebre reumática
- VII.- Tumores
- VIII.- Cirugías

c) Antecedentes hereditarios.

Este tipo de antecedentes son importantes porque nos dan a conocer las enfermedades sufridas por familiares del paciente, ya que existe la posibilidad de que la herencia sea transmitida o hacer susceptibles de adquirir con más facilidad patologías como son:

- I.- Cardiopatías
- II.- Obesidad
- III.- Enfermedades reumáticas
- IV.- Alergias

d) Interrogatorios de Aparatos y Sistemas.

APARATO RESPIRATORIO

- I.- Sensación de obstrucción nasal.
- II.- Alteraciones en la intensidad de la voz
- III.- Tos (acompañada de dolor, sangre)
- IV.- Expectoración
- V.- Dificultad para respirar
- VI.- Dolor en senos nasales
- VII.- Hemipistaxis (hemorragia nasal)
- VIII.- Hemoptisis (hemorragia bucal que proviene del pulmón).

APARATO DIGESTIVO

Con respecto a este aparato obtendremos los siguientes datos:

- I.- Anorexia (falta de apetito)
- II.- Disfagia (dificultad a la deglución)
- III.- Meteorismo (formación de gases)
- IV.- Náuseas
- V.- Vómito
- VI.- Dispepsia (dificultad en la digestión)

- VII.- Flatulencia (eliminación de gases).
- VIII.- Gastritis

APARATO GENITO-URINARIO

- I.- Número de micciones
- II.- Nicturia (orinar en la noche)
- III.- Hematuria (orina acompañada de sangre)
- IV.- Anuria (dificultad para orinar)
- V.- Poliuria (exceso de orina)
- VI.- Disuria (dolor al orinar)
- VII.- Edemas (inflamación de tobillos o párpados)

APARATO CARDIOVASCULAR

- I.- Dificultad para respirar
- II.- Dolor precordial
- III.- Aumento de volumen en párpados
- IV.- Aumento de volumen en tobillos y pies
- V.- Lesiones coronarias
- VI.- Disnea
 - a) Grandes esfuerzos
 - b) Medianos esfuerzos
 - c) Ligeros esfuerzos
- VII.- Hipertensión arterial
- VIII.- Hipotensión arterial

SISTEMA NEUROMUSCULAR

- I.- Pérdida de la sensibilidad
- II.- Sensación de adormecimiento
- III.- Pérdida de conocimiento
- IV.- Convulsiones (contracción violenta e involuntaria -
de los músculos)
- V.- Pérdida de movilidad
- VI.- Tics (movimientos en forma de espasmos)

SISTEMA ENDOCRINO

- I.- Indolencia al calor
- II.- Tolerancia al frío
- III.- Deseos de orinar con frecuencia durante el día
- IV.- Tiene mucho apetito
- V.- Pérdida o aumento de peso

J° Exámen regional (Bucal)

El paciente se debe examinar siempre "Ryan" 1959 (naña reemplaza, para el diagnóstico, ver al paciente y hablar con él).

En ésta etapa es necesario llevar a cabo una exploración visual y de contacto exhaustiva. La boca edéntula, sea real o potencial, debe revizarse con la observación directa y por contacto de las formas y estructuras integrales de la cavidad oral y tejidos adyacentes; apreciar y evaluar en forma continua, sistemática y tranquila una aproximación constante al diagnóstico, el cual debe seguir a través del curso del tratamiento.

De éste exámen obtendremos los siguientes datos:

- I.- Anormalidades en la zona
- II.- Estado actual de la patología, si existe
- III.- Dolor en la zona
- IV.- El tiempo de evolución nos dirá si la patología es aguda o crónica.
- V.- Terapéutica utilizada
- VI.- Complicaciones sufridas

Observaremos con detalles las siguientes estructuras:

LABIOS

Color, forma, úlceras, laceraciones, quemaduras, reseca - quedad o cualquier anomalía que pueda llevar a una complicación - tanto del mismo tejido como de los adyacentes.

CARRILLOS

Color, traumatismo, patologías, reseca, etc...

PISO DE BOCA

Observaremos: profundidad, color, forma, traumatismos, - vascularización, patologías como rínulas o mucocela, inflamación de espacios aponeuróticos (angina de Ludwig), etc.....

PALADAR DURO

Observaremos: profundidad, color, forma, torus palatino, cualquier alteración o alguna manifestación de enfermedades venéreas, etc.....

PALADAR BLANDO

Movimientos del paladar blando, buen sellado posterior, úvula grande o pequeña.

LENGUA

Alteraciones en la anatomía como son: fisura, lengua - geográfica, lengua bifida, lengua pilosa, lengua escrotal, microglosia, macroglosia, ardor en la lengua que puede ser síntoma de diabetes.

TEJIDO GINGIVAL

Observaremos: coloración, forma, volúmen (aquí nos en -- frentaremos constantemente a una alteración gingival en pacientes que padecen epilepsia ya que el fármaco que ingieren produce hiperplasia gingival) sangrado espontáneo, dolor etc....

ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULAR

Dolor al abrir o cerrar la boca, anquilosis, luxación, fracturas, laterognasias, chasquidos y crepitaciones que alteren la apertura y cierre de la articulación. Alteraciones de la oclusión.

Exámenes de Laboratorio

En virtud de las necesidades que tenemos de realizar --

extracciones múltiples y la regularización del proceso alveolar, procedemos a ordenar los exámenes de laboratorio para así prevenir cualquier complicación en los periodos transoperatorios y - pos-operatorios que se pueden manifestar en forma de choque por - anemia, sangrado abundante, falta de coagulación etc...

Los exámenes de laboratorio más usuales son:

- I.- Tiempo de sangrado
- II.- Tiempo de coagulación
- III.- Tiempo de protrombina
- IV.- Tiempo de tromboplastina parcial
- V.- Biometría hemática
- VI.- Química sanguínea

5° Exámen Radiológico

Ningun exámen de la cavidad oral estaría completo si careciera de un estudio radiográfico que es un recurso auxiliar del cirujano-dentista por medio del cual tendremos conocimiento de - las diferentes anomalías como son:

Raíces retenidas, cuerpos extraños, fracturas, (osteoporosis) osteomielitis, dilaceración, hiper cementosis, enfermedad paradontal, abscesos, quistes, dientes incluidos, etc...

Asi también debemos observar estructuras anatómicas normales por ejemplo:

Localización de agujeros mentonianos, densidad ósea, agujero palatino anterior, senos maxilares etc.....

UN MODELO DE HISTORIA CLINICA

INFORMACION GENERAL

Fecha _____

1. Nombre _____ 2. Edad _____ 3. Sexo _____

4. Salud General _____

5. Ocupación y Posición Social _____

6. Historia Dental _____

7. Historia de Dentadura _____

A. Motivo principal de la consulta _____

B. Tiempo de haber permanecido desdentado
 Maxilar _____ Mandíbula _____

C. Tiempo de haber usado dentaduras
 Maxilar _____ Mandíbula _____

D. Dentaduras Anteriores

1) Clase _____

2) Número Maxilar _____ Mandíbula _____

3) Experiencia Favorable _____ Desfavorable _____

4) Dentaduras Actuales

	SI	NO
a. Eficiente a la Masticación (Oclusión)	_____	_____
b. Retención	_____	_____
c. Estabilidad	_____	_____
d. Estética	_____	_____
e. Fonética	_____	_____
f. Comodidad	_____	_____
g. Dimensión Vertical	_____	_____

- B. Desarrollo de los músculos de masticación y expresión.
 Normal _____ Cerca de lo normal _____ Subnormal _____
- C. Tamaño de Maxilar y Mandíbula
 Mandíbula y Maxilar compatible _____
 Mandíbula más pequeña que el maxilar _____
 Mandíbula más larga que el maxilar _____
- D. Altura del Proceso residual
 Maxilar: Normal _____ Pequeño _____ Plano _____
 Mandíbula Normal _____ Pequeño _____ Plano _____
- E. Forma del Proceso residual
 Maxilar: "u" _____ "v" _____ Afilado _____
- F. Forma del Arco
 Maxilar: Cuadrado _____ Triangular _____ Ovoide _____
 Mandíbula: Cuadrado _____ Triangular _____ Ovoide _____
- G. Forma del Paladar duro
 Plano _____ "u" _____ "v" _____
- H. Inclinación en el Paladar Blando
 Suave _____ Mediana _____ Aguda _____
- I. Relación de los Procesos
 Ortognata _____ Retrognata _____
 Prognata _____
- J. Paralelismo de los Procesos
 Ambos procesos son paralelos _____
 Uno de los Procesos no es paralelo _____
 Ambos Procesos son divergentes _____
- K. Distancia Interarco
 Adecuada _____ Excesiva _____ Limitada _____

5) Recomendaciones de paciente y dentista para mejorar las dentaduras _____

CARACTERISTICAS FISICAS

1. Habilidad Neuromuscular comprendida por:

- A. Lenguaje (Articulación) Buena _____ Mediana _____ Mala _____
B. Coordinación Buena _____ Mediana _____ Mala _____

2. Apariencia General

- A. Índice Cosmético Promedio _____ Alto _____ Bajo _____
B. Aspecto Agradable _____ Tenso _____
C. Personalidad Delicada _____ Media _____ Vigorosa _____

3. Cara

- A. Forma Ovoide _____ Cuadrada _____ Alargada _____
B. Perfil Ortognata _____ Prognata _____ Retrognata _____
C. Cabello Blanco _____ Negro _____ Castaño _____ Rubio _____
D. Ojos Negros _____ Cafes _____ Verdes _____ Azules _____
E. Tez Clara _____ Media _____ Rubicunda _____ Morena _____
F. Textura (piel) Normal _____ Otra (explicar) _____
G. Arrugas debidas a: Edad _____ Pérdida de Dimensión

vertical _____

- H. Labios Activos _____ Largos _____ Medianos _____ Cortos _____
I. Bordes Bermellón visible _____

EVALUACIÓN CLINICA

1. Articulación Temporomandibular:

- A. Comodidad _____ D. Suavidad _____
B. Crepitante _____ E. Desviación _____
C. Sonora _____

2. Movimiento Mandibular (evalúelo como normal, excesivo o limitado).

- A. Protrusivo _____ B. Lateral Derecho _____ C. L. I. _____

3. Factores Biológicos

- A. Tono Muscular
Normal (CL1) _____ Casi Normal (CL11) _____ Subnormal (CL111)

L. Retenciones Oseas:

Maxilar: Ninguna _____ Ligera _____ Requiere Remoción _____

Mandíbula: Ninguna _____ Ligera _____ Requiere Remoción _____

M. Forus:

Maxilar: Ninguno _____ Ligero _____ Requiere Remoción _____

Mandíbula: Ninguno _____ Ligero _____ Requiere Remoción _____

N. Tejidos Blandos que cubren el Proceso Alveolar

Espesor firme y uniforme _____

Tejido grueso _____

Tejido Hiperplásico o Resilente _____

O. Mucosa Sana _____ Irritada _____ Patológica _____

P. Inserciones Tissulares (Encía insertada)

Mínimo 12mm. _____ 8-12mm. _____

Menos de 8mm. _____

Q. Inserciones Musculares y Frenillos

Baja _____ Mediana _____ Alta _____

R. Espacio Postmiloalveolar

Mínimo 10mm. _____ Menos de 10mm. _____

Sin espacio para la dentadura _____

S. Sensibilidad del Paladar (respuesta a la palpación)

Ninguna _____ Mínima _____ Hipersensibilidad _____

T. Tamaño de la Lengua

Normal _____ Mediana _____ Gran _____

de _____

U. Posición de la Lengua

I Normal _____ II Punta fuera de posición _____
III Retraída _____

V. Saliva Cantidad y Consistencia normal _____

Cantidad Excedida _____ Poco o nada de saliva _____
va _____

W. Actitud Mental

Filosófica _____ Exacta _____ Histórica _____
Indiferente _____

X. Examen Radiográfico

Hueso denso _____ Hueso Canceloso _____

Hueso no denso _____

Patología Retenida (lista) _____

PRONOSTICO _____

CAPITULO II

MUSCULOS QUE INTERVIENEN EN LA ELABORACION DE UNA PROTESIS TOTAL REMOVIBLE.

La musculatura está directamente implicada en varias fases importantes del tratamiento de dentaduras completas. Desde luego la más importante es la acción de los músculos como principales motores de la mandíbula y, por tanto, como facilitadores de la oclusión repetida de los dientes. Además intervienen activamente en la masticación, deglución y conversación.

Ejercen una influencia directa e indirecta sobre extensiones periféricas, forma y grosor de las bases de la dentadura, posiciones horizontal y vertical de los dientes y aspecto de la curva.

Toda la musculatura implicada es músculo estriado o voluntario y bajo control consciente del sistema nervioso central. La principal función del músculo estriado es dar movimiento al cuerpo o a las estructuras del mismo; esta función se realiza por la contracción o acortamiento del músculo, seguida de una relajación y vuelta a su longitud de descanso.

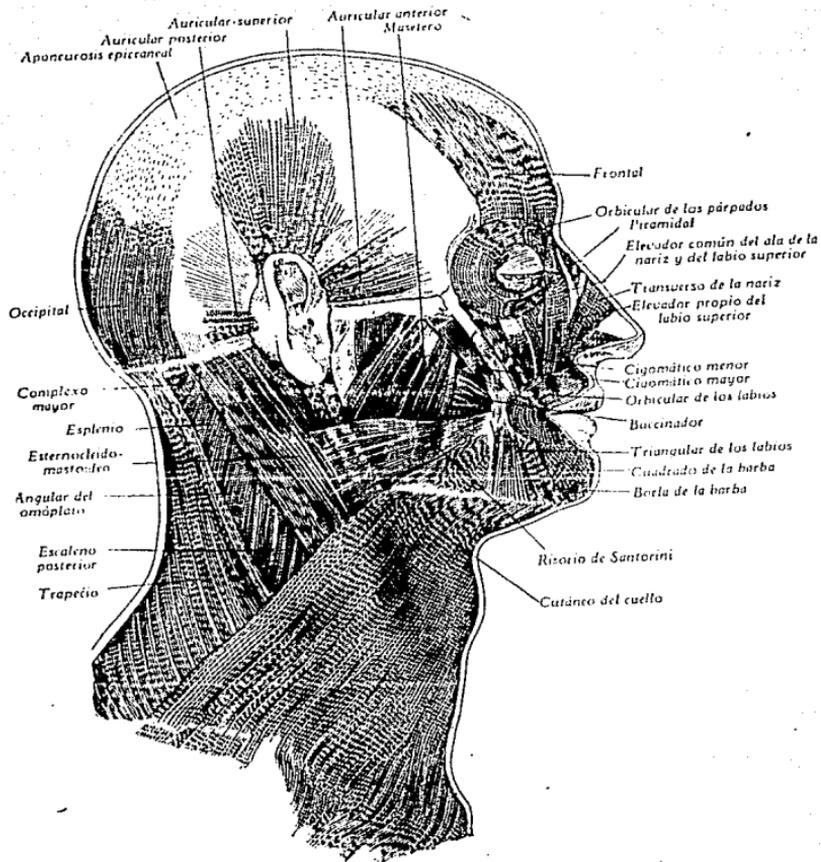
Los extremos opuestos de los músculos están generalmente unidos a los huesos a través de una inserción; la unión se realiza por medio de tendones. Sin embargo, muchos de los músculos tienen una inserción ósea y otra blanda, o bien están unidos a partes blandas.

MUSCULOS CUTANEOS O FACIALES:

Estos músculos tienen tres características muy importantes;

- 1) Están inervados por el nervio facial.
- 2) Presentan una inserción móvil cutánea.
- 3) Se encuentran agrupados alrededor de los orificios faciales.

En prosthodontia sabemos que los músculos que aportan gran ayuda para la elaboración de una prótesis total removible son: Los músculos Constrictores y Dilatadores del orificio bucal.



MÚSCULOS SUPERFICIALES DEL CRÁNEO Y DE LA CARA.

MUSCULOS DILATADORES:

Divergen de los labios a las distintas regiones de la cara y son en orden descendente:

- 1) Canino
- 2) Cigomático mayor
- 3) Cigomático menor
- 4) Buccinador
- 5) Risorio de Santorini
- 6) Triangular de los labios
- 7) Cuadrado de mentón
- 8) Músculo de la borla de la barba
- 9) Cutáneo del cuello

MUSCULOS COMPRESORES:

- a) Orbicular de los labios, o también llamado compresor de los labios.

MUSCULO CANINO:

Se encuentra situado en la fosa canina, desde donde se extiende a la comisura de los labios.

INSERCIONES:

Toma inserción en la parte superior de la fosa canina y sus fibras se dirigen hacia fuera para terminar en la cara profunda de la piel y de la mucosa de la comisura de los labios, aquí se mezclan con las del orbicular de los labios, con las del cigomático mayor y las del triangular de los labios.

INERVACION:

Recibe ramos del temporofacial.

ACCION:

Levanta y dirige hacia dentro la comisura de los labios.

MUSCULO BUCCINADOR:

Se extiende desde ambas maxilares a la comisura de los labios y constituye la pared lateral de la cavidad bucal (región de carrillos o región geniana).

INSERCIONES:

Por atrás, se inserta en la parte posterior del reborde alveolar de los dos maxilares, en la parte correspondiente a los tres últimos molares, en el ligamento pterigomaxilar y en el borde anterior de la rama ascendente, desde aquí sus fibras convergen a las comisuras labiales y terminan en la cara profunda de la piel y mucosa de esta comisura misma.

INERVACION:

Recibe ramos del temporofacial y del cervicofacial.

ACCION:

Por su contracción, éstos músculos mueven hacia atrás - las comisuras de los labios, ampliando el diámetro transversal -- del orificio bucal. Por otro lado, cuando los carrillos se hallan distendidos, la contracción de los buccinadores los comprime contra los arcos alveolares e influye, por consiguiente en los movimientos de masticación y silbido.

MUSCULO RISORIO DE SANTORINI:

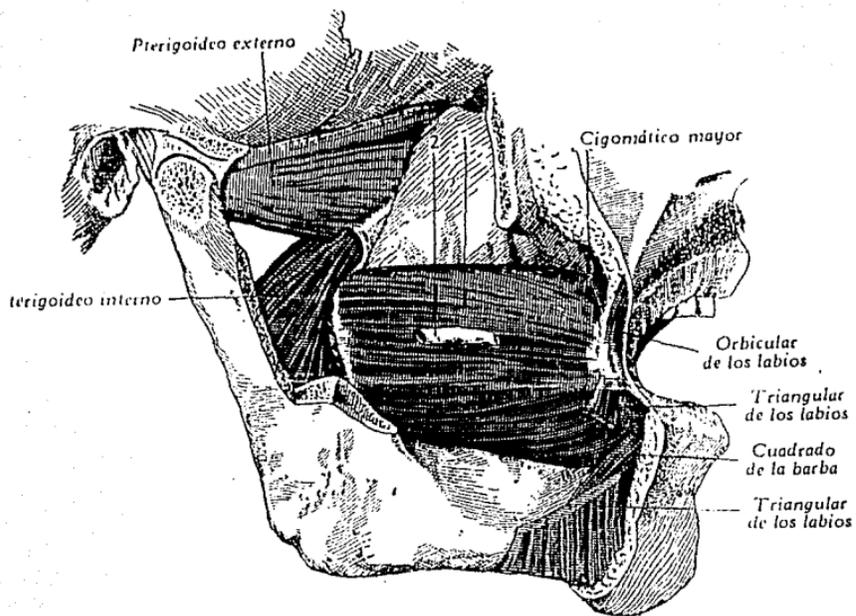
Es el más superficial de los músculos de la pared lateral de la boca y se extiende de la región parotídea a la comisura labial.

INSERCIONES:

Por atrás, se inserta el tejido celular que recubre a - la región parotídea, después, sus fibras convergen hacia adelante y se fijan en la cara profunda de la piel de la comisura labial.

INERVACION:

Recibe filetes del cervico-facial.



. MÚSCULO BUCCINADOR, CARA EXTERNA.
 1. buccinador; 2. conducto de Stenon.

ACCION:

Desplaza hacia atrás la comisura labial. Cuando se contraen los dos al mismo tiempo producen la sonrisa, de donde deriva el nombre del músculo.

MUSCULO CIGOMATICO MENOR:

Se extiende del hueso malar a labio superior.

INSERCIONES:

Por arriba se inserta en el hueso molar y termina en la cara profunda de la piel del labio superior.

RELACIONES:

Se halla parcialmente cubierto en su origen por el orbicular de los párpados y la piel que lo cubre en el resto de su extensión.

INERVACION:

Recibe filetes del temporofacial.

ACCION:

Desplaza hacia arriba y fuera la parte media del labio superior.

MUSCULO CIGOMATICO MAYOR:

Se extiende del malar al labio superior.

INSERCIONES:

Por arriba, se fija sobre la cara externa del hueso malar, por afuera del anterior (cigomático menor), se dirige hacia abajo y adelante para terminar en la cara profunda de la piel de la comisura correspondiente.

INERVACION:

Recibe filetes del temporofacial.

ACCION: Desplaza hacia arriba y afuera la comisura labial.

Existe otro conjunto de músculos que debemos tomar en cuenta para la elaboración de una prótesis, éstos son los músculos masticadores.

Con éste nombre se designa a un grupo bilateral de cuatro músculos poderosos procedentes de la base del cráneo, y van a insertarse en la mandíbula, reciben todos ellos la inervación motriz de la tercera rama del nervio trigémino, la cual es la rama mandibular. El suministro de sangre procede de una de las ramas terminales de la arteria carótida externa y la arteria maxilar. Este conjunto muscular comprende: El Músculo Masetero, situado en la cara externa de la mandíbula, el Músculo Temporal, también superficial y los Músculos Pterigoideos, Externo e Interno; situados en la profundidad.

MUSCULO TEMPORAL:

Ocupa la fosa temporal y se extiende en forma de abanico, cuyo vértice se dirige hacia la apófisis coronoides de la mandíbula.

INSERCCIONES:

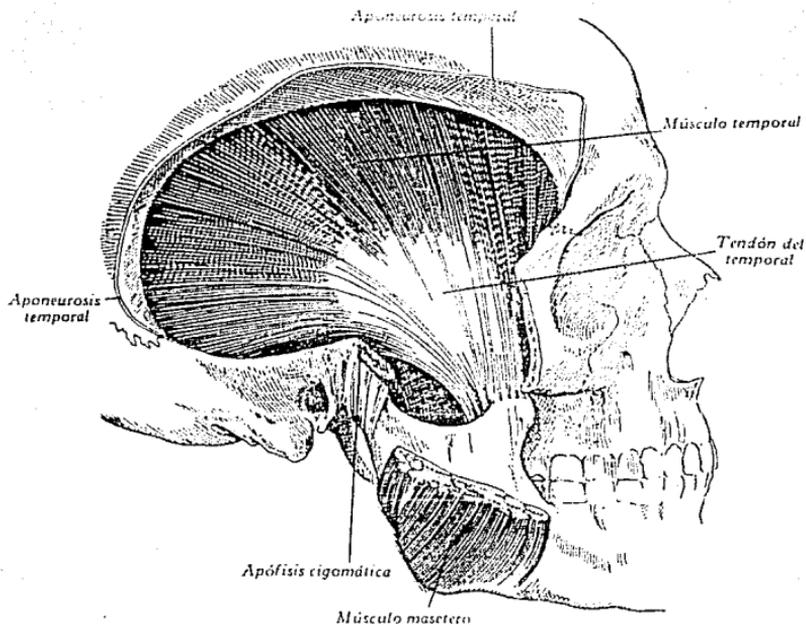
El Temporal se fija por arriba en la línea curva temporal inferior y, mediante un haz accesorio, en la cara interna del arco cigomático. Desde éstos lugares sus fibras convergen y se van estrechando poco a poco hacia abajo y termina formando un vértice llegando a la cara interna de la apófisis coronoides.

INERVACION:

De la inervación se hallan encargados los tres nervios temporales profundos, que son ramas del nervio maxilar inferior.

ACCION:

Consiste en elevar la mandíbula y también dirige hacia atrás dicha mandíbula, en ésta última actividad del temporal intervienen sus haces posteriores.



MÚSCULO TEMPORAL.

MUSCULO MASETERO:

Se extiende desde la apofisis cigomática hasta la cara externa del ángulo del maxilar inferior.

INSERCIONES:

El haz superficial se inserta en el arco cigomático e inferiormente en el ángulo del maxilar inferior y sobre la cara externa de éste.

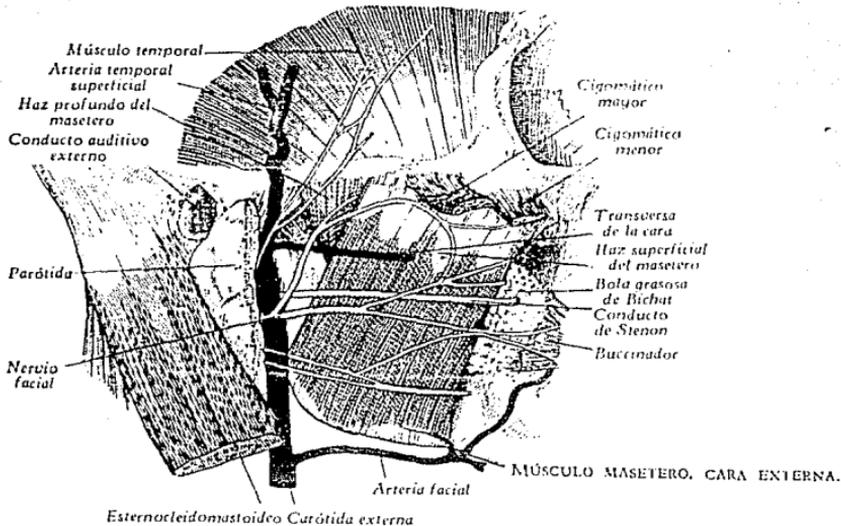
El haz profundo se inserta por arriba en el borde inferior de la apófisis cigomático, sus fibras se dirigen luego hacia abajo y adelante, yendo a terminar sobre la cara externa de la rama ascendente del maxilar inferior.

INERVACION:

Está inervado por el nervio maseterino el cual es ramo del maxilar inferior.

ACCION:

Como la del temporal, la misión del masetero consiste en elevar el maxilar inferior.



MUSCULO PTERIGOIDEO INTERNO:

Comienza en la apófisis pterigoides y termina en la porción interna del ángulo del maxilar inferior.

INSERCIONES:

Se inserta superiormente en la apófisis pterigoides en el fascículo de Juvara donde aquí sus fibras se dirigen hacia abajo y atrás y afuera para terminar en la porción interna del ángulo del maxilar inferior y sobre la cara interna de su rama ascen-

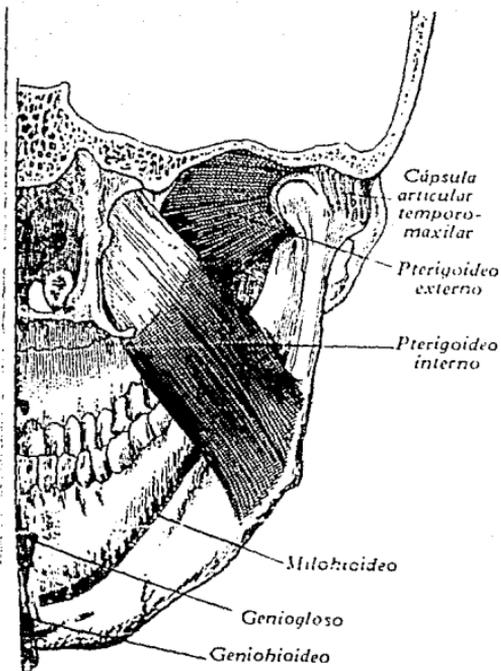
dente.

INERVACION:

Está inervado por el nervio pterigoideo interno, el cual procede del maxilar inferior.

ACCION:

Es principalmente un músculo elevador de la mandíbula, pero debido a su posición también proporciona a éste hueso pequeños movimientos laterales.



MÚSCULOS PTERIGOIDEOS, VISTOS POR ATRÁS.

MUSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO:

Se extiende de la apófisis pterigoides al cuello del cóndilo del maxilar inferior. Se halla dividido en dos haces uno superior o esfenoidal y otro inferior o pterigoideo.

INSERCCIONES:

El haz superior se inserta en la superficie cuadrilátera del ala mayor del esfenoides, la cual constituye la bóveda de la fosa cigomática, así como en la cresta esfenotemporal. El haz inferior se fija sobre la cara externa del ala externa de la apófisis pterigoides.

Las fibras de ambos haces convergen hacia fuera y terminan por fundirse al insertarse en la parte interna del cuello del cóndilo, en la cápsula articular y en la porción correspondiente al menisco articular.

INERVACION:

Recibe dos ramas nerviosas procedentes del bucal.

ACCION:

La contracción simultánea de ambos pterigoideos externos produce movimientos de proyección hacia adelante del maxilar inferior. Si se contraen aisladamente, el maxilar ejecuta movimientos laterales hacia uno y otro lado, cuando éstos movimientos son alternativos y rápidos, se llaman de diducción y son los principales en la masticación.

CAPITULO III

CIRUGIA PRE-PROTESICA

La preparación de dentaduras artificiales satisfactorias empieza con la extracción de los dientes. Willard (1853) tiene el mérito de haber sido el primer odontólogo norteamericano que llamó la atención sobre la preparación correcta de la boca para colocar dentaduras completas. Beers (1876) preconizaba "excisiones del alvéolo tras la extracción de dientes" y también describió específicamente la disminución de hueso si el labio es corto y si la apófisis alveolar exhibe una prominencia antinatural.

La pérdida de dientes y su reemplazo por dentaduras artificiales se asocia con muchos problemas. Estos problemas pueden haber existido antes de la extracción, pero se exageran en el estado desdentado. Un ejemplo es la pérdida de hueso alveolar por enfermedad periodontal extensa. Otras anomalías aparecen después de haber utilizado la prótesis por un tiempo. Puede ocurrir irritación del tejido blando si los maxilares se reabsorben con exceso; a medida que la apófisis alveolar continúa reabsorbiéndose, el vestíbulo se torna poco profundo y es difícil o imposible usar dentaduras.

La cirugía siempre ha sido parte esencial de la preparación de las crestas alveolares para colocar dentaduras, pero en los últimos 15 años se ha renovado el interés en la cirugía preprotésica y esto ha conducido al desarrollo de muchas técnicas nuevas. Para entender las contribuciones de estos procedimientos y así sus indicaciones como contraindicaciones, es importante conocer los principios anatómicos y fisiológicos que constituyen la base de la construcción de dentaduras.

CRITERIOS PARA LOS REBORDES DESDENTADOS.

Goodsell señaló los criterios para la prótesis en una boca desdentada ideal.

Los siguientes son los criterios de un rebordo desdentado ideal:

1. Soporte óseo adecuado para la prótesis.
2. Ausencia de socavados o protuberancias sobresa-
lientes.
3. Ausencia de rebordes agudos.
4. Hueso cubierto de tejido blando adecuado.
5. Surco vestibular y lingual adeduidos.
6. Ausencia de fibras musculares o frenillos que
movilicen la periferia de las prótesis.
7. Ausencia de bandas cicatriciales que impidan el
asentamiento normal de la prótesis.
8. Relación satisfactoria de los rebordes alveola-
res superior e inferior.
9. Ausencia de pliegues de tejidos blandos, redun-
dancia o hipertrofias en los rebordes o en los surcos.
10. Ausencia de enfermedades neoplásicas.

PRINCIPIOS DE LA CONSTRUCCION DE DENTADURAS

La dentadura completa es una prótesis que intenta res-
taurar forma y función de la dentadura natural con dientes arti-
ficiales sostenidos por estructuras residuales que han quedado -
después de la extracción de todo el arco. Boucher (1970) advir-
tió que el paciente debe tener plena conciencia de las limitacio-
nes de este reemplazo artificial y el odontólogo debe tener en -
cuenta la anatomía y fisiología de la boca desdentada para obte-
ner resultados satisfactorios.

Para lograr nuestro objetivo es necesario tomar en cuen-
ta las posibles complicaciones que nos pueden provocar tanto te-
jidos duros como tejidos blandos los cuales intervienen en la --
elaboración de la prótesis para nuestro puente.

ANOMALIA DE TEJIDOS BLANDOS.

La anomalías de tejidos blandos pueden ser modificadas
y aun extirpadas, eliminando así muchos obstáculos para lograr -

una buena base para la dentadura. La cirugía menor, que afecta a los tejidos blandos en ocasiones permite hacer una prótesis mejor ya que no suele comprometerse el soporte del hueso alveolar. El objetivo de la cirugía correctiva es eliminar la patología y obtener un grosor uniforme de mucoperiostio firme y sano para soporte de la dentadura.

Cuando los tejidos son gruesos y flácidos, las condiciones no serán adecuadas. Suele ser necesario recurrir a la extirpación quirúrgica de los tejidos excesivos para desarrollar una base aceptable para la dentadura.

TEJIDOS HIPERMÓVIL EN LOS REBORDES ALVEOLARES.

Esta afección es el resultado de la resorción de hueso alveolar bajo una dentadura mal ajustada debido a las fuerzas oclusales constantes no equilibradas en una zona localizada.

Las fuerzas excesivas en la región anterior son consecuencia de una dentadura total superior que ocluye contra dientes naturales inferiores.

El tejido hiper móvil puede pasarse por alto durante el examen bucal, a menos que se emplee la palpación.

Ella revelará tejido libre y móvil que puede ser enrollado y, en caso extremo, similar a un péndulo.

La decisión de reducir quirúrgicamente o conservar el tejido hiper móvil puede hacerse una vez que se halla eliminado el elemento inflamatorio.

Después de un período de descanso tisular, la dentadura existente deberá ser corregida o hacerse una interina. La corrección significa el remontaje y el ajuste oclusal, un rebase elástico, y una institución de un cuidado apropiado para la boca y la dentadura.

INTERFERENCIA DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

Estos pueden eliminarse mejor en el momento de la extracción, especialmente cuando los tejidos blandos en extensión distal al último molar se asemejan al cojinete retromolar. No es necesario crear un reborde ideal en forma de "U" después de las

extracciones, pero el excedente de tejidos blandos que interfiere con las extensiones de los bordes y el sello periférico deberán ser extirpados.

Las interferencias tisulares colgantes en la región de la tuberosidad y que interfieren con la estabilidad de la dentadura deberán ser reducidos antes de hacer nuevas dentaduras.

La eliminación del tejido fibroso sobre la tuberosidad fue contemplada para mejorar el plano de oclusión.

Cuando sea necesaria, la reducción quirúrgica de la interferencia en la tuberosidad puede realizarse por disección armada o mediante electrocirugía.

FRENILLO LINGUAL HIPERTROFICO

Cuando el frenillo lingual interfiera con la extensión de los bordes y la estabilidad de la dentadura mandibular, está indicada la corrección quirúrgica. Pequeñas bandas fibrosas de tejido pueden insertarse en la porción superior del reborde residual y superficie ventral de la lengua, restringiendo los movimientos de la misma y creando un grado variable de anquiloglosia. Esta inserción hipertrófica llega a estar asociada con defectos fonéticos. El sonido no deberá limitar el movimiento de la lengua durante su función normal.

Como una prueba para la función lingual, el paciente debe ser capaz de tocar el labio superior con la punta de la lengua sin desalojar la dentadura inferior. Si desalojara la dentadura, tiene entonces que aliviarlo o rebajarse.

En casos extremos de frenillos hipertróficos suele recurrirse a una frenectomía lingual.

HIPERPLASIA PAPILAR.

La hiperplasia papilar se desarrolla en el paladar (en la bóveda palatina) como proyecciones múltiples de epitelio en reacción a la irritación local, mala higiene, e infecciones de baja intensidad como moniliasis. Suele relacionarse con una cámara de compensación en la zona de la bóveda palatina de la denta-

duro.

Parece sér que los cambios de presión que se presentan dentro de ésta cámara producen un movimiento de bombas que excita los tejidos, causando su proliferación.

Las masas polipoideas suelen ser de color rojo intenso blandas y con gran movilidad.

Las pequeñas lesiones son extirpadas quirúrgicamente -- curetas afiladas o por mucoabrasión con instrumentos rotatorios.

La lesiones de mayor tamaño pueden retirarse mediante -- una excisión supraperióstica de grosor parcial, colocando en la -- dentadura el apósito quirúrgico apropiado.

EPULIS PISSURATUM.

El épulis es el resultado de la irritación crónica de -- la aleta mal ajustada de una dentadura sobre el epitelio del fondo de saco. Este epitelio reacciona a la irritación produciendo -- tejido hiperplásico de reparación. El tejido prolifera a la zona del surco entre la aleta de la dentadura y la mucosa del vestíbulo, interfiriendo con la extensión de los bordes, atrapando residuos de alimentos y dando abrigo a los microorganismos.

La lesión presenta diversos aspectos desde simples do-bleces pequeños a múltiples pliegues o tejido blando hiperplásico.

Los épulis alcanzan a observarse alrededor de los bor-des vestibulares de una dentadura inmediata o de transición cu-ando el paciente no regresa para una prótesis permanente.

El tratamiento consiste en retirar la dentadura casual o acortar sus bordes para permitir el descanso de los tejidos y su reparación.

La extirpación quirúrgica solo deberá intentarse si -- éste tratamiento no trae a solución al problema. Los casos de -- larga duración exigen la eliminación quirúrgica.

DEFORMIDADES DE TEJIDOS DUROS Y MANIOBRAS CORRECTAS.

ALVEOLOPLASTIA.

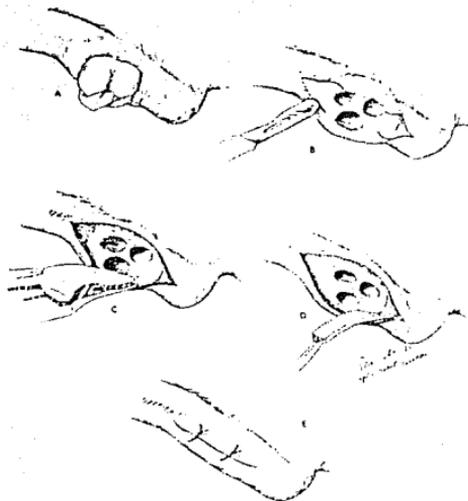
Con la alveoloplastia sólo se resecan las protuberan --

cias que impiden la inserción de las prótesis o retardan la cicatrización.

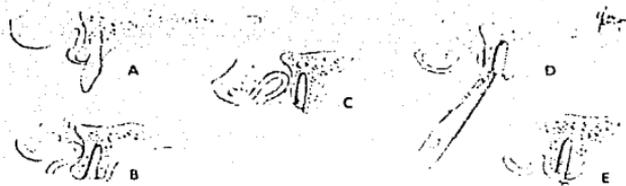
El conservadorismo debe ser la guía principal. Se realiza una elevación mínima de la encía adherida de manera que se exponga un mínimo de hueso subyacente.

En las extracciones de dientes aislados con pérdida temprana de dientes adyacentes, el collar de hueso que rodea al diente debe reducirse en el momento de la extracción. Los bordes vestibulares, linguales o palatinos agudos deben reducirse para obtener un reborde en forma de U.

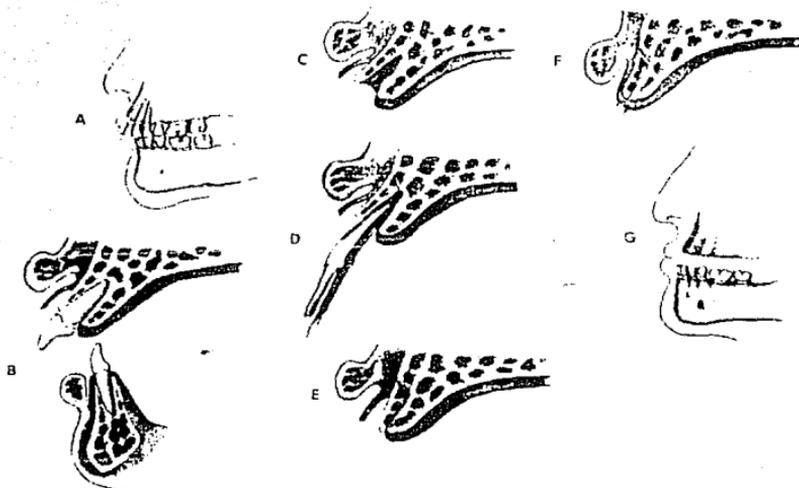
Durante el procedimiento, debe recortarse y eliminarse el tejido blando interradicular e interdentario inflamado o excesivo. Debe acompañar esta técnica una copiosa irrigación con solución salina normal y una palpación e inspección final para asegurar la remoción de restos y evaluar la lisura de la base ósea.



Alto del todo de un diente aislado. A, el diente aislado, con un alto hueso adyacente. B, después de la extracción del diente, se muestra un espacio considerable de hueso, desde los bordes incisal y distal del alveolo. El procedimiento es de elevar el hueso vestibular e lingual. C, reduce un poco el alto. El alveolo es una forma de hueso. E, muestra final.



Alveoplastia simple. A, sección transversal que muestra una retención moderada en la cresta alveolar vestibular. B, la separación del colgajo debe limitarse a la altura de la retención solamente. C, retención ósea conservadora. D, se recorta el exceso de tejido blando de los colgajos vestibulares. E, colgajo suturado.



Alveoloplastia interseptal radical. A, sección transversal que muestra un marcado resalte del maxilar superior. B, levantamiento de un colgajo más ancho que para la alveoloplastia de un diente aislado. C, extracción dentaria. D, uso de la gubia en el hueso interseptal. E, fractura desde abajo del hueso alveolar vestibular. F, el colgajo suturado. G, corte transversal que muestra la relación internaxilar mejorada.

RESECCION DE TORUS:

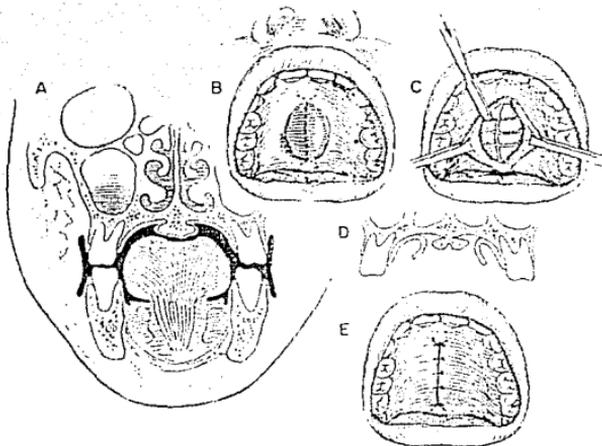
Los torus no tienen importancia patológica, pero ocasionalmente se les diagnostica como tumores, alarmando así a los pacientes. Los torus en los que descansa una prótesis son por lo general fuente de irritación dolorosa crónica que puede ocasionar alguna infección y llevar al fracaso el tratamiento protésico, también puede volverse un factor etiológico de una enfermedad maligna.

1) TORUS PALATINOS:

Los torus palatinos deben estudiarse por medio de una radiografía lateral verdadera para poder así descartar la posibilidad de neumatización. La resección de tales torus podría llevar al cirujano a provocar una abertura buco-nasal de origen iatrogénico.

Las indicaciones de la resección incluyen el torus lobulado grande, con una delgada capa mucoperiostica que se extiende -- hacia atrás hacia la línea de vibración del paladar que impide el asentamiento de la prótesis y el sellado posterior a nivel de las -- foveolas palatinas.

La técnica para la remoción del torus palatino es la siguiente: Este tipo de torus no debe researse en masa para impedir así la entrada en la nariz, siempre debe ser subdividido en -- segmentos utilizando fresa. Los segmentos se eliminan con un osteotomo y las protuberancias se terminan alisándolas con una lima -- para hueso, se talla el colgajo y se le sutura de manera floja.



Técnica de eliminación de torus superior. A, corte transversal de la cabeza con torus palatino prominente. B, líneas de incisión puntuada. C, segmentos divididos del torus retirados con cincel. D, formación de surco lateral en la base de la masa (opcional). E, sutura terminada. (De Goodshell, J. O., and Kang, D. K.: Abnormalities of the mouth. En Kruger, G. O. editor: Textbook of oral surgery, ed 3, St. Louis, 1968, The C. V. Mosby Co.)

TORUS MANDIBULARES:

Aparecen principalmente en la zona de premolares. Por lo general son bulbares, pueden ser únicos o múltiples, y ocasionalmente coalescen para formar exostosis -- linguales que se extienden desde el canino hasta la región del segundo molar.

La técnica para la remoción del torus mandibular es la siguiente:

La realización de la incisión por encima de la cresta al reborde desdentado o en torno del cuello de los dientes es importante para permitir el cierre adecuado. La incisión debe ser suficientemente grande como para incluir todo el torus y extenderse más allá para evitar desgarramientos del colgajo, que generalmente es delgado. La mucosa vestibular no se libera, se hace un tunnel con una fresa en el torus expuesto para lograr un

plano a partir del cual pueda dividirse. Se coloca en el corte un escoplo de un solo bisel, con éste dirigido hacia el lado opuesto de la cortical y se divide el torus con un golpe seco con el martillo. Se irriga la zona con solución salina. El cierre se realiza con sutura de Dexon No. 3-0.

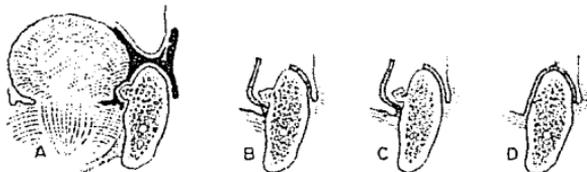


Fig. 8-6. Técnica de eliminación de torus inferior. A, corte transversal de torus inferior. B, periostio lingual reflejado, exponiendo el torus pero dejando adherido el periostio del lado externo. C, surco superior sobre el torus. D, incisión suturada.

REMOCIÓN DE REBORDES AGUDOS:

Los rebordes desdentados agudos, aserrados, son una causa común de molestias en la prótesis por tejido-movible redundante que cubre con el dedo o una placa radiográfica infraexpuesta, o ambas cosas van a revelar excrescencias agudas.

El reborde oblicuo interno se extiende desde la cresta del temporal de la apófisis coronoides hasta el margen alveolar lingual de los molares.

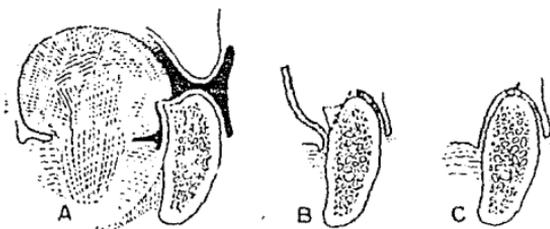
El reborde milohioideo se encuentra abajo del reborde oblicuo interno y representa la inserción del músculo milohioideo a la mandíbula.

La posición superficial de estos rebordes suele interferir con la extensión de los bordes y la retención de la dentadura en la importante zona del surco alveolar. En general, los rebordes oblicuo interno y milohioideo deberán reducirse cuando se presente una de las tres situaciones siguientes:

1. Si el periostio llega a ser traumatizado en forma repetida y sea necesario buscar alivio-

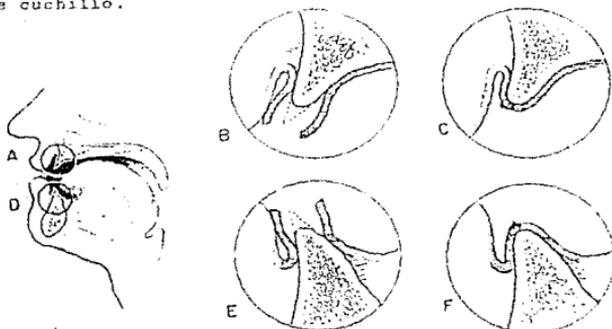
para permitir el cierre de tejidos blandos.

2. En mandíbulas con gran resorción en las que es importante obtener un mejor sellado de los bordes para su retención.
3. Para permitir mayor extensión de las aletas, para aumentar la estabilidad y retención de la dentadura.



Técnica de reducción de reborde milohioideo afilado.

La remoción se inicia realizando la incisión a través del periostio por vestibular de la cresta del reborde móvil, y levantando mínimamente el mucoperiostio para preservar el vestíbulo. El revertte óseo se lleva a cabo con gubias, limas o fresas para cirugía, y comprende sólo las espículas agudas y hueso en filo de cuchillo.



Método para reducir rebordes de dentaduras afilados. A y D, rebordes de dentaduras afilados. B y E, grado en que recorta el hueso y en que se refleja el periostio y E, utilización de colgajos linguales o palatinos para recubrir rebordes óseos.

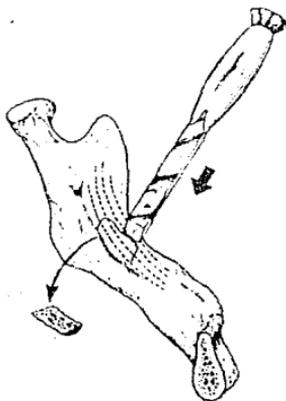
DEFORMIDADES DE TEJIDOS DUROS Y BLANDOS:

TUBEROSIDADES.

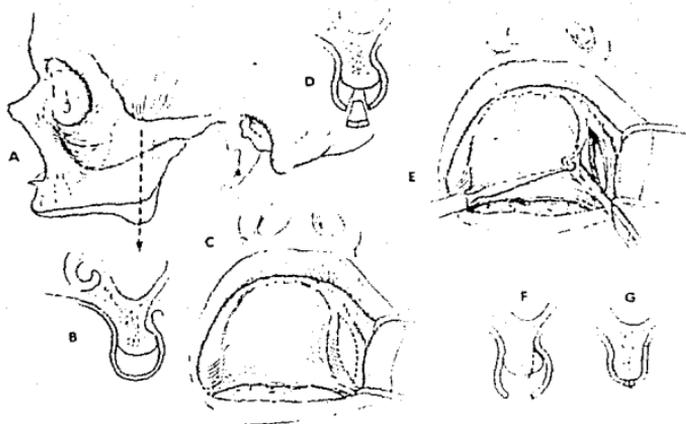
Las tuberosidades agrandadas del maxilar superior pueden acompañar la hiperplasia fibrosa submucosa o ser el resultado de verdaderos agrandamientos óseos que interfieren con el asentamiento de la prótesis debido a retenciones excesivas o intrusiones en el espacio intermaxilar.

La corrección se lleva a cabo con resección cuneiforme del tejido fibrótico, hasta el hueso, por encima de la porción -- del reborde, seguido por la resección submucosa de este tejido -- blando desde abajo de los colgajos tanto vestibular como palatí-- nos. En este socabado palatino debe tenerse cuidado de evitar la arteria palatina.

Las zonas de exceso de retención del hueso se eliminan con gubias o fresas quirúrgicas, irrigadas y se alisan con limas. Cuando se alcanza el contorno deseado en la base ósea, el exceso de tejidos es recortado para permitir el cierre sin tensión. El -- cierre se realiza con suturas de seda No. 3-0, que se dejan por -- un periodo de cinco días.



Fibras del maxilar inferior y colocación de corte para desprender el borde palatino afilado



Reducción de la tuberosidad del maxilar superior. A y B, vistas lateral y transversal de tuberosidades agrandadas. C, incisiones elípticas desde la tuberosidad hasta la zona de los premolares. D, corte transversal en el que se reseca la zona que está entre las incisiones elípticas. La zona punteada representa el tejido que hay que resecar. E, resección del tejido fibroso sacando los colgajos vestibular y palatino. F, resección de la retención ósea. G, cierre de la herida.

CAPITULO IV

PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA

GENERALIDADES:

Este tipo de prostodoncia constituye un medio de disminuir la tragedia física y psíquica del desdentado y puede salvar al paciente del cambio de su dentición natural extraída a la dentadura sin que por un momento se vea desdentado. Es muy importante que antes de iniciar el procedimiento expliquemos al paciente de una forma amplia el tipo de tratamiento que se le va a realizar, los contratiempos que pueden surgir desde el momento de sus extracciones -- hasta el período de adaptación, así como las ventajas y desventajas.

El tiempo de duración en servicio de una prostodoncia total -- inmediata es del todo variable, dependiendo del grado de destrucción ósea que se realiza, de la recuperación de los tejidos blandos afectados, si se efectúa una regularización de reborde su acomodamiento es mayor; pero su ajuste menor, ya que transcurrido algún tiempo se van sintiendo olgadas y por lo tanto resultan incómodas debido al movimiento existente, requiriéndose realizar un rebase.

Por lo general este tipo de prostodoncia requiere de uno y -- hasta tres rebases durante el primer año dependiendo de la cantidad de tejido perdido, lo ideal es no rebasar durante los primeros meses y así evitar la formación hiperplásica de tejido y tener que recurrir a la extirpación quirúrgica.

DEFINICION DE PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA:

Se entiende por prostodoncia total inmediata a la construcción del aparato dento-protésico antes de la extracción de los dientes remanentes que aún conserva el paciente, y colocándose inmediatamente después de haber realizado las extracciones y el respectivo regularizado del proceso alveolar, a diferencia de la prostodoncia mediata, que se coloca posteriormente a que se haya establecido el proceso cicatrizal al cabo de varias semanas posteriores a las extracciones.

INDICACIONES DE LA PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA:

- 1° En pacientes en que la edad y el estado de salud general la o las intervenciones quirúrgicas necesarias.
- 2° Que el estado de la cavidad oral admitan la espera requerida para el trabajo preoperatorio.
- 3° Cuando la dimensión vertical sea aceptable.
- 4° En pacientes que deseen éste tipo de servicio y esté dispuesto a aceptarlo.
- 5° Cuando las condiciones del proceso alveolar, no tengan necesidad de un tratamiento quirúrgico amplio.
- 6° En pacientes jóvenes para no perder el espacio que dejan los dientes.

CONTRAINDICACIONES DE LA PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA.

- 1° En pacientes en que el factor edad y el estado de salud sean un obstáculo para realizar seis o más extracciones con intervención quirúrgica en una sesión.
- 2° En pacientes que han recibido terapia radioactiva.
- 3° Cuando existan procesos infecciosos (abscesos), sin previo tratamiento.
- 4° Cuando el paciente no tenga el tiempo necesario y la capacidad económica para realizar el tratamiento.
- 5° En pacientes sífilíticos con lesiones orales.
- 6° En procesos infecciosos agudos.
- 7° Pacientes alérgicos a los acrílicos.
- 8° Problemas sanguíneos sin previo tratamiento.
- 9° En casos de sinusitis aguda que impida la extracción de premolares y molares superiores.
- 10° En lesiones dejadas por el cáncer oral.
- 11° Infecciones paradontales agudas.
- 12° En pacientes con enfermedades metabólicas.

13^o Cuando exista tuberculosis o que el paciente padezca diabetes.

14^o En pacientes con reumatismo cardíaco.

VENTAJAS DE LA PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA:

- A) La dentadura actúa como apósito o fórmula, para así controlar el sangrado, proteger contra alguna posible lesión, contra el impacto de los alimentos, líquidos bucales, acción lingual.
- B) Ayuda a mantener el coágulo en su sitio y así ayudar a la rápida cicatrización.
- C) Conserva en estado normal a la A.T.M.
- D) Mantiene la dimensión vertical.
- E) Los labios, lengua y carrillos no han cambiado sus posiciones - por la falta de estructuras.
- F) El color, forma, tamaño, colocación de los dientes artificiales será más exacto guiados por los órganos dentarios existentes.
- G) Para algunos individuos es necesario no interrumpir sus actividades laborales y sociales.
- H) Los pacientes no se muestran reacios a la extracción, cuando se les asegura su pronta restitución.
- I) Los individuos parecen funcionar en el habla, deglución, masticación, respiración con mayor prontitud.
- J) Psicológicamente el paciente se adapta con más rapidez a la idea de ser portador de una protodoncia total.
- K) No tiene que enfrentarse a sus familiares y amigos en estado -- desdentado.
- L) La dentadura inmediata conforma a el hueso (por la presión que ejercen las prótesis sobre éste, lo van modelando).
- M) Impiden el ensanchamiento lingual.

DESVENTAJAS DE LA PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA:

- A) La coordinación quirúrgica-protésica exige presión en la técnica.
- B) El servicio se encarece por la duración que es corta y la necesidad de ser reemplazada por una dentadura definitiva.
- C) Las fallas posibles ya sean técnicas o de laboratorio, sólo las podemos observar después de la intervención quirúrgica final.
- D) No hay posibilidad de hacer ninguna prueba. Como por ejemplo: Rodillos de cera, dientes en cera, oclusión, etc...
- E) La necesidad que existe de realizar uno o varios rebases en un tiempo relativamente corto.

CAPITULO V

GENERALIDADES PARA LA CONSTRUCCION DE UNA PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA.

Un examen minucioso en todos sus detalles debe cubrir no sólo el estado general facial y bucal, sino también el estado mental, la actividad del paciente y su capacidad para comprender y asimilar la situación, si el paciente no está en condiciones de comprender el porqué de la prótesis inmediata, sus desventajas y ventajas, no debe iniciarse el tratamiento.

Como requisitos mentales y emocionales esenciales deben ser, captación, disposición, valoración y lo que es muy importante la plena confianza en el cirujano dentista.

El plan de tratamiento debe realizarse sin demostrar ninguna duda para sí hacer sentir al paciente la seguridad de que se encuentra en buenas manos y de que cuenta con la preparación profesional adecuada para realizar un servicio satisfactorio.

La toma de impresiones es un paso de los mas importantes porque de aquí depende el éxito de cualquier aparato protésico que se elabore, debemos procurar que los portaimpresiones no interfieran en los movimientos fisiológicos que se realicen y de utilizar el material de impresión adecuado y en su consistencia ideal.

REGISTROS PARA CONSERVAR:

Estos registros realizados antes de la extracción tienen como objetivo conservar y reproducir con exactitud el tamaño, posición, forma y color de las piezas dentarias, su articulación, forma de encías, la altura facial y eventualmente la forma de la cara.

Pueden considerarse las más importantes: La altura facial morfológica, color, la impresión frontal, perfil y fotografías.

MEDIDAS PARA ANOTAR:

Debemos medir y registrar las siguientes distancias:

a) A boca cerrada la distancia entre base de nariz y base

del mentón.

b) Borde incisivo superior a base de nariz.

c) Borde incisivo inferior a base de mentón.

IMPRESIONES PRIMARIAS Y MODELOS DE DIAGNOSTICO:

Las correctas impresiones de trabajo para la prótesis - inmediata total pueden ser dificultosas, y es posible que las soluciones mediocres constituyan un origen de inconvenientes con este tipo de prótesis.

Se selecciona un portaimpresiones de tamaño adecuado al maxilar y mandíbula el cual debe ser metálico y perforado, para -- lograr una mejor adaptación colocaremos cera negra en los bordes del portaimpresiones y para obtener una mayor aproximación al paladar también podemos colocar esta cera en la región palatina.

El hidrocoloide irreversible o alginato es el material - ideal para realizar esta impresión la cual deberá ser corrida de - inmediato después de retirada de la boca del paciente y lavado al chorro de agua, para retirar la saliva, restos de alimento y sangre, eliminando la tensión superficial y así eliminar la formación de burbujas.

PORTAIMPRESIONES INDIVIDUALES, IMPRESIONES SECUNDARIAS O FISIOLÓGICAS Y OBTENCION DE LOS MODELOS DEFINITIVOS O DE TRABAJO.

Ya obtenido el modelo realizaremos el portaimpresiones (cubeta) individual el cual se puede hacer por medio de dos técnicas las cuales han dado resultados satisfactorios.

La primera de las técnicas es utilizar resina autocura - ble para fabricar este portaimpresión colocando una hoja de cera sobre el modelo que nos servirá como espaciador, la cual deberá - adosarse perfectamente a la superficie del modelo 2mm. por arriba del fondo de saco haciendo unas marcas que al llenarlas de acrílico servirán como topes en las superficies incisales de las piezas remanentes en la parte anterior; en la zona de sellado posterior y repisa vestibular y se agrega el acrílico que puede ser por método laminado o por polvo líquido.

Ya polimerizado el acrílico lo retiramos del modelo y quitamos la cera la cual nos dejará unos topes en la zona donde hicimos las muescas.

El portaimpresiones se prepara para la impresión con elastómero (hule de polisulfuro), haciendo varias perforaciones en las cuales fluirá el material de impresión y nos servirá de retención, aplicaremos un adhesivo para aumentar la fijación del hule de polisulfuro al portaimpresiones.

La segunda técnica es combinada, confeccionaremos el portaimpresiones con resina autocurable adaptándolo solamente en las partes desdentadas, estos portaimpresiones llevarán unos topes en las regiones linguales o palatinas de los dientes remanentes en la zona del sellado posterior y repisa vestibular.

Al portaimpresiones le haremos unos agujeros a criterio para que así el material fluya y no atrapemos aire, se culmina tomando la impresión con pasta zinquenólica, lo retiramos de la boca y recortamos todo el excedente de pasta y se vuelve a introducir en la cavidad oral.

Seleccionamos un portaimpresiones metálico perforado que aloje los dientes remanentes, el repliegue mucoso que está sobre ella y que alcance a cubrir el portaimpresiones individual de acrílico, se carga este portaimpresiones con alginato. Se coloca alginato en la zona vestibular de los dientes antes de llevar el portaimpresiones ya cargado en la boca, una vez que haya gelificado el alginato se retiran las dos impresiones juntas.

Para obtener los modelos deben llevarse con cuidado todos los requisitos para asegurar que serán correctos.

En las impresiones compuestas es de rigor hacer un zócalo de yeso paris que los asegure, en las impresiones elásticas se debe eliminar con cuidado toda la parte fluctuante.

El recorte del modelo lo haremos de una forma adecuada a la protodoncia y presentable al paciente.

ELABORACION DE LA BASE DE REGISTRO O PLACA BASE:

Estas placas pueden realizarse con "base plate" o con acrílico autocurable; nosotros lo haremos con este último, cubriendo rebordes residuales y zona palatina de igual forma que en protopr doncia total, cuidando al hacer las relaciones con los dientes remanentes para no perjudicarlos, además de no penetrar en los socavados retentivos que presentan en la parte gingival y también en los rebordes residuales, para mayor exactitud conviene estabilizarlas rebazándolas con cera o pasta zinguenódica.

Ya obtenido el modelo lo barnizamos con separador y aplicamos el método que mejor resulte; ya sea acrílico laminado o adición polvo-líquido, cuidando de ir adaptándolas lo mejor posible a los cuellos de las caras palatinas y linguales de los órganos dentarios remanentes y librando inserciones.

Estas placas las usaremos para las relaciones intermaxilares y colocación de dientes artificiales y los requisitos que debentener son:

- I. Que ajusten en el modelo de trabajo igual que en la boca para la transferencia de relaciones intermaxilares al art culador sea exacta.
- II. Que sean rígidos y resistentes; que no se deformen durante la etapa de registro.
- III. Que tengan el diseño, extensión y grosor de la base de la dentadura terminada; sus características determinan la relación funcional y estética con el sistema labios-carillos-lengua.
- IV. Que puedan pulirse y adquirir una superficie tersa.

Ya adaptadas las placas base se colocan los rodillos de oclusión de cera, los cuales son de forma rectangular y de 8mm. aproximadamente de ancho, estos rodillos de cera servirán para establecer el plano de oclusión para los dientes posteriores del maxilar y la mandíbula.

PLANO DE OCLUSION Y RELACION CENTRICA:

Los dientes naturales remanentes inferiores son una guía útil para lograr establecer la altura del plano de oclusión, y así los rodillos de oclusión se realizan en forma tal que corresponda su altura.

Los procedimientos químicos y de laboratorio son similares a los utilizados en las protodoncias totales comunes.

Para tomar el registro del plano oclusal nos auxiliaremos de la platina de fox, con la placa base y sus respectivos rodillos de cera en la boca del paciente trazamos una línea que vaya de la parte inferior del ala de la nariz a la parte media del tragus y otra que vaya de una papila a la otra (líneas imaginarias).

Se introduce la platina de fox en la boca del paciente y la colocamos en el rodillo superior, observamos y comparamos la altura de la platina, con las líneas antes mencionadas, si no existiera paralelismo, se rebajará reblandeciendo la cera o aumentará si fuera necesario hasta lograr dicho paralelismo.

Posteriormente se adapta la placa base inferior haciendo que abra y cierre la boca el paciente en relación céntrica con las prótesis puestas y luego sin ellas y de este modo sabremos si ha variado la articulación o se ha desviado nuevamente la mandíbula, si coinciden los movimientos con los registros de oclusión quedan establecidos el plano de oclusión y la relación céntrica.

DIMENSION VERTICAL:

Este punto se refiere a la distancia existente entre el reborde alveolar superior e inferior.

Para obtener este dato se toma la distancia existente entre la comisura palpebral externa y la comisura labial y la del punto medio de la base de la nariz al ángulo del mentón. Esto se hace teniendo los dientes en posición de descanso, al establecer el plano oclusal con las placas colocadas en la boca se rectifican estas medidas hasta lograr el punto deseado, si los dientes están distribuidos en forma irregular o hay desgaste y movilidad será necesario aumentar la dimensión vertical y evitar que éstos choquen.

Posteriormente se le indica al paciente hacer movimientos de lateralidad, de protusión y retrusión hasta tener la plena seguridad de que la

ESTA TERCERA PARTE DE LA PRÓTESIS

mandíbula ha vuelto a su posición de contracción posterior sin problema anulando así los malos hábitos.

Si se va a utilizar arco facial, se le indica al paciente que cierre y adopte la posición de relación céntrica para poder fijar los rodillos con grapas y unirlos en forma de X y así están listas las prótesis (placa) para llevarlas al articulador.

MONTAJE EN EL ARTICULADOR:

Mediremos la relación de nuestros modelos para apreciar la altura y recortarlo si lo amerita, hasta adaptarlos al articulador, abrimos la rama superior del mismo y colocamos el modelo superior con su respectiva prótesis (placa) previa aplicación de vaseline en la rama del articulador para posteriormente retirarlo y realizar el procesado. Colocamos yeso y esperamos a que fraque y se repite la operación invirtiendo el articulador.

SELECCION Y COLOCACION DE DIENTES:

Uno de los pasos importantes de la protodoncia total inmediata es la selección de los dientes viéndolo desde el punto de vista estético, ya que en este paso se tratará de darle la semejanza mas próxima en cuanto a forma, color y tamaño de las piezas dentarias existentes.

Los dientes anteriores se colocan en dos formas:

En la primera, en el modelo se recortan los dientes en forma alternativa y se excava la porción radicular anterior dándole poca profundidad, aproximadamente de 1mm. del lado vestibular y al ras, con el margen gingival del lado lingual o palatino. La depresión ligeramente recortada en la porción vestibular acomodará los cuellos de los dientes artificiales. Los dientes artificiales se enfilan en sus posiciones específicas y se modificaran como se requiera para cada caso.

El incisivo central derecho es el primer diente que se coloca fijándolo con cera, posteriormente se van reemplazando los demás dientes hasta que todos están enfilados.

Uno de los problemas de quitar solo un diente por vez, es el de producir las pequeñas irregularidades que existan en la dentición natural. Después se recortan los incisivos laterales y se reemplazan.

Los dientes superiores remanentes como el incisivo central izquier-

do y los caninos derechos e izquierdos se ubican en el lugar de los que existen en el modelo. Con un calibre de Boley, se mide la distancia existente entre las caras disfovostibulares de los caninos en el modelo de yeso piedra, de modo que los que lo sustituyen tengan una distancia igual.

Mediante este método es más fácil la reproducción exacta del aspecto y posición de los dientes en el arco dentario y lograr una buena oclusión.

En el segundo sistema los dientes se recortan de acuerdo con la línea única que corresponde al surco gingival. Los dientes se retiran rompiéndolos del modelo en su parte cervical y se redondea el reborde para imitar el procedimiento de recorte no óseo, excepto en zonas interproximales. Este procedimiento se lleva a cabo en un lado ó la mitad de los dientes remanentes y después del otro. Se pueden enfilar los dientes de los segmentos alternativamente, o se puede desdentar todo el arco y utilizar el modelo de diagnóstico para la colocación de los dientes artificiales y así darles una buena estética, función y fonética a las dentaduras que estamos realizando.

ENCERADO:

La superficie de la dentadura debe ser por razones estéticas lo más parecidas a los tejidos naturales adyacentes, a las piezas dentarias. Lo haremos de la siguiente manera:

El encerado de nuestras dentaduras ya sea por el agregado de cera fundida o por tiras de cera pegadas en caliente debe sobrepasar el cuello de los dientes, esto es por vestibular, y ya que tengamos un buen espesor, hacemos el recorte de los cuellos de las piezas, haciendo el reborde a la altura del cuello, realizando canales entre pieza y pieza, y al flamear esta cera para darle tersura aquél grueso prominente va a adelgazarse y queda nuestro recorte que se llama festoneado.

En palatino y lingual se hace mas o menos semejante aunque menos acentuado, se acostumbra ponerle arrugas palatinas para darle mayor naturalidad a la dentadura, y algunas veces por recursos económicos paladar transparente.

En la porción radicular se le debe hacer una pequeña prolongación en forma de triángulo para indicar la longitud y posición de las raíces, recordando que el canino superior tiene una raíz más larga, el incisivo lateral mas corto y el central de una longitud intermedia, en el maxilar inferior el

canino es más largo, el incisivo central más corto y el lateral de longitud intermedia, se raspa la cera de los espacios entre las marcas triangulares, con lo cual la forma de las raíces empezará a notarse, la forma de estas raíces se redondean con la espátula y se alizan con un algodón empapado en alcohol para darle la tersura necesaria lo cual nos va a redutuar en tiempo al hacer el pulido final de la dentadura.

ENFRASCADO:

Nuestras dentaduras ya enceradas y sin perder la dimensión vertical obtenida, se conservan con todas las reglas de articulación, posteriormente procederemos al enfrascado, para ello se requiere de dos muflas o frascos para empacar dentaduras, se lubrica con vaselina interiormente y con yeso para empujar se llena el vaso de la mufla donde se va a hundir el conjunto para enfrascar, previamente barnizado el zocalo con separador para facilitar el desenfrascado. El yeso del vaso de la mufla debe llegar al borde externo del zocalo del modelo y del borde interno de la pared de la mufla se alisa y se recorta lo necesario, se coloca separador de acrílico en el yeso y la placa base, menos en las superficies dentarias, se coloca el anillo de la mufla y se vierte yeso hasta llenar dicho anillo, se vibra para evitar atrapar burbujas de aire, se le pone la tapa de la mufla y se prensa hasta que el yeso ha endurecido por su mismo fraguado.

DESENCERADO:

Una vez que el yeso ha fraguado se lleva la mufla a un recipiente con agua hirviendo donde se deja por espacio de 7 minutos y se saca, se abre la mufla y vamos ha encontrar la cera en estado gelatinoso, fácil de retirar y como el yeso de la mufla está húmedo esta cera reblandecida no es absorbida por el yeso. Debemos tener otro recipiente con agua limpia, también hirviendo en el cual introduciremos una manguerita para que el agua fluya por método de sifón y usando una brocha cuyo pelo se ha recortado a la mitad para cepillar las superficies tanto del modelo como de los cuellos de cervicales que sobresalen del yeso en el anillo de la mufla. La placa base es retirada del modelo que se encuentra en el vaso de la mufla y se hace la misma limpieza.

REALIZACION DE LA GUIA QUIRURGICA:

Debemos confeccionar una guía transparente que nos servirá como

guía de modelo del reborde en el momento de realizar las extracciones y la colocación de la protodoncia. Esta guía nos permitirá ver a través de ella la isquemia que se produzca al hacer contacto ésta, con los puntos donde exista una cantidad excesiva de hueso o haya irregularidades, los cuales deberemos retirar en cantidad adecuada para así no hacer una destrucción extensa.

Para elaborar esta guía mojaremos el modelo que está instalado en la mufla y colocaremos alginato en el portaimpresión en el cual se tomó la impresión original. Ya cargado el portaimpresión se coloca sobre el modelo de forma tal que no lleguemos a atrapar burbujas de aire, se retira la impresión y realizamos el vaciado de ésta.

Sobre el modelo adaptaremos un trozo de cera y se confecciona un patrón de cera para la guía quirúrgica, el cual debe tener un espesor uniforme de 2mm., menos en los bordes donde debe reproducir los de la impresión.

Se coloca en mufla este modelo, y se adapta una hoja de papel estaño sobre el patrón de cera, se termina el empujado, se elimina la cera con el método de desencerado indicado en el punto anterior, ya limpia la cera se adapta sobre un modelo una hoja de papel estaño.

Los sustitutos de éste papel no son tan efectivos en el curado, pues no realizan el sellado del modelo como el estaño y además resultan de un color lechoso en lugar de transparente, se realiza el acrilizado con resina acrílica transparente o incolora y se hace el curado de la misma forma que la de una protodoncia común.

ACRILIZADO:

El acrilizado se refiere al empaque del acrílico entre las dos partes de la mufla que estén ya frías y limpias sus superficies, barnizamos con separadores y preparamos nuestra masa acrílica ya sea 20,25 ó 35cm³ de polvo según sea la dentadura, chica, mediana o grande, humedeciéndolo con el monómero (líquido de acrílico), no deberemos batir el acrílico para evitar atrapar burbujas de aire, burbujas nefastas en una dentadura terminada.

Ya lista la masa acrílica, se coloca procurando no captar aire y se extiende sobre toda la dentadura protésica con el dedo mojado con líquido acrílico.

Se coloca una hoja de papel celofán propia para dentaduras, la cual se humedece, se arruga y se extiende sobre el acrílico, se coloca contra el modelo y se va prensando poco a poco dando lugar a que la masa acrílica llene todos los espacios y se vaya desalojando el sobrante, se prensa hasta 1 o 1 1/2 mm. antes del cerrado total de la mufla.

Pasado un tiempo de 10 ó 15 minutos se abre la mufla y se retira el papel celofán y recortaremos los excedentes, en esta apertura se comprueba si hay faltante o sobrante de acrílico.

Se pueden hacer 3 ó 4 pruebas de prensado, las que sean necesarias hasta quedar satisfechos de ello, se retira el papel celofán y se vuelve a barnizar el modelo, cerrando la mufla definitivamente hasta llegar al tope de la prensa.

Se deja de 1 a 3 hrs. a que la masa acrílica sin endurecer se conforme totalmente al modelo. Posteriormente colocamos la prensa con las muflas en un recipiente con agua fría y se lleva al fuego, con el calor lo más bajo posible se deja por espacio de 4 a 6 hrs, mientras mas dure mejor porque así se elimina el monómero del acrílico. Transcurrido éste tiempo se retiran del agua y se dejan enfriar.

PULIDO Y TERMINADO:

Una vez que la mufla esté fría procedemos a abrirlas dándole unos golpes lijeros y se extrae el bloque de yeso, con unas pinzas para yeso se va cortando el yeso de las orillas para no fracturar el modelo o las dentaduras, logran esto procederemos a quitar las partes gruesas del acrílico y las ahuecamos por piedra montada y disco de lija para quitar las huellas dejadas por las piedras, posteriormente con hules abrasivos dejaremos tersa la superficie para finalmente llevar la dentadura al disco de manta o tielero y con blanco de españa dejaremos pulida la dentadura.

Es conveniente señalar que la parte interna de la dentadura nunca deberemos tocarla sólo que existan asperezas que puedan lesionar los tejidos, los cuales quitaremos con fresa, cuidando no alterar la integridad de la dentadura.

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

Para concluir este trabajo es menester reafirmar que el cirujano dentista tiene la responsabilidad - de examinar y analizar las estructuras que involucra la elaboración de una prótesis total, mediante una historia clínica completa la cual nos referirá el estado general del paciente, así como, la aplicación sabia de sus conocimientos para la elaboración de la prótesis total inmediata, de tal manera que logremos devolver al paciente anatomía, estética, funcionalidad y fonética.

La cirugía preprotética otorga al dentista medios por los cuales se puede auxiliar para realizar la idoneidad del maxilar superior y de la mandíbula para que el paciente pueda aceptar una prótesis total inmediata; la cual permitirá al paciente realizar sus actividades normales sin permanecer desdentado.

Para finalizar el técnico dental y el cirujano dentista deben permanecer en estrecha relación ya que el trabajo conjunto de ambos deben redundar - para dejar satisfecho al paciente, regresándole a éste lo más importante que es su salud.

BIBLIOGRAFIA:

Sharry, John J. PROSTODONCIA DENTAL COMPLETA.

Ediciones Torax, S.A., Barcelona 1977.

Página 297.

Winkler, S. PROSTODONCIA TOTAL.

Editorial Interamericana, 1982.

Páginas 446-497.

Ejnar, Erksson MANUAL ILUSTRADO DE ANESTESIA LOCAL.

Páginas 66-76.

Saizar, Pedro. PROSTODONCIA TOTAL.

Editorial Mundi 1973.

Páginas 456-477.

Kruger, Gustavo O. CIRUGIA BUCOMAXILOFACIAL.

Editorial Médica Panamericana.

Páginas 70-75, 108-119.

Ries Centeno G. CIRUGIA BUCAL.

Capítulo XI.

Páginas 442-446

Ito Aray, Alejandro APUNTES DEL CURSO DE PROSTODONCIA TOTAL.

6to. Semestre.

De la Piedra, Mario APUNTES DEL CURSO DE CIRUGIA BUCAL.

7mo. Semestre.

Ruiz, Rafael APUNTES DEL CURSO DE CIRUGIA BUCAL.

8vo. Semestre.