

850122
5
2ij

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**TECNICAS DE ARTICULACION DE DIENTES
ARTIFICIALES EN PROTESIS INMEDIATA.**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

MARIA TERESA DE JESUS LEAL MONREAL

GUADALAJARA, JALISCO. 1984



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION	1
GENERALIDADES	2
CAPITULO I. PROCEDIMIENTOS PARA LA PROTESIS TOTAL INMEDIATA	4
CAPITULO II. EXTRACCION PREVIA DE LOS DIENTES POSTERIORES CON CICATRIZACION SUBSECUENTE A LA CONSTRUCCION DE LA DENTADURA	10
CAPITULO III. TECNICAS PARA TOMAS DE IMPRESION PRELIMINARES Y DEFINITIVAS Y OBTENCION DEL MODELO DE TRABAJO	16
CAPITULO IV. OBTENCION DE LAS RELACIONES DEL PACIENTE Y MONTAJE DE LOS MODELOS DE TRABAJO EN EL ARTICULADOR	26
SELECCION DE DIENTES ARTIFICIALES	
CAPITULO V. TECNICAS DE ARTICULACION SEGUN SAIZAR	47
A) IMITANDO LO EXISTENTE	47
B) IMITANDO LO EXISTENTE CON MODIFICACIONES	48
C) CUANDO LOS DIENTES REMANENTES NO SIRVEN DE GUIA Y SE REQUIERA MODIFICACION TOTAL	48
CONCLUSIONES	50
BIBLIOGRAFIA	52

INTRODUCCION

Se le llama dentadura inmediata, la que se construye antes de la extracción de los dientes y se inserta inmediatamente después de la extracción.

Después de que se hace un minucioso examen y valoración del paciente y que se haya determinado que los dientes naturales restantes requieren ser extraídos el siguiente paso será el plan de tratamiento:

El Dr. Sheldon Winkler menciona que hay varios tipos de dentaduras totales que se insertan en el momento de la extracción de algunos o todos los dientes; los procedimientos para su construcción son diferentes y no tienen que ser valoradas según las mismas normas.

Algunas de las variables que debemos considerar antes de elaborar un plan de tratamiento son el número de dientes, edad del paciente y factores biológicos generales y locales. Nunca hay que anticipar que un plan de tratamiento sea aplicable a los pacientes.

Se hará énfasis en que procedimientos puedan considerarse y en el porque son elegidos en lugar de como son realizados.

Cuando se combinan ambas definiciones de una dentadura completa y una dentadura inmediata, resulta una total convencional inmediata que es una prótesis dental construida para reponer a la dentición perdida y estructuras relacionadas del maxilar.

GENERALIDADES

La *prostodoncia total* implica la reposición de la dentición natural perdida y las estructuras relacionadas del maxilar y la mandíbula en pacientes que han perdido todos sus dientes naturales restantes o están próximos a perderlos.

Los objetivos de la *prostodoncia total* son la restauración de la función, el aspecto facial y el mantenimiento de la salud del paciente.

Debe instruirse al paciente con respecto a la importancia de los exámenes periódicos y el tratamiento subsecuente cuando éste sea necesario por los cambios en los tejidos de soporte.

Para el gran número de pacientes, la estética es lo más importante en la actualidad, es posible fabricar dentaduras totales, inmediatas casi iguales a los naturales que duplican las posiciones armónicas y las relaciones de los dientes perdidos durante el habla, la masticación y el descanso.

Los efectos emocionales y psicológicos de una mejor apariencia pueden dar una nueva perspectiva de la vida para muchos pacientes.

La pérdida de los dientes afecta a las personas de diversas maneras. La mayoría logra adaptarse con facilidad, pero hay otras que reniegan de su estado y no pueden ajustarse a las limitaciones de las prótesis completas.

En la literatura actual hay considerable interés en la dentadura total parcialmente soportada por los dientes y parcialmente soportadas por los tejidos.

Esta dentadura suele insertarse como una restauración inmediata.

Las sobredentaduras permiten que los candidatos en potencia para prótesis totales conserven uno o más de sus dientes naturales o raíces para dar un soporte más favorable, así como mayor estabilidad a la dentadura resultante; también se conserva el hueso alveolar, que es uno de los resultados finales más importantes.

La construcción de dentaduras inmediatas no es tan simple como muchos han creído, pues el número de las visitas del paciente aumenta - por la necesidad de vigilar durante los primeros meses, el cambio en la oclusión, debido al asentamiento desigual de las bases.

Si el paciente no se presenta para estas observaciones y la dentadura adquiere mala oclusión, por variaciones en los tejidos, puede producirse algo de hipertrofia en el tejido anterior.

C A P I T U L O I

PROCEDIMIENTOS PARA LA PROTESIS TOTAL INMEDIATA

Existen variaciones de los procedimientos aplicables en la mayor parte de las situaciones deberán analizarse y valorarse las diferentes técnicas antes de decidir cual es el mejor, para ajustarse a los requisitos necesarios para el éxito. Se consideran también la duración y el costo del tratamiento, el cuidado postoperatorio varía según los procedimientos y los individuos.

Existen ciertos factores básicos después de haber insertado las prótesis completas inmediatas.

La oclusión de los dientes y la precisión del ajuste de las bases de la dentadura deberán estar en armonía con los cambios en los tejidos de soporte para el éxito máximo.

Resulta difícil hacer procedimientos de remontaje sin modelos precisos, también el no alterar la dimensión vertical oclusal.

Mientras más dientes son extraídos, más rápidos y más evidentes serán los cambios en la pérdida de soporte.

Si el individuo no está educado para aceptar su responsabilidad dentro del tratamiento, las posibilidades de un pronóstico positivo se reducen.

El éxito o el fracaso de una prótesis completa inmediata depende de lo que se haga desde el momento en que se decidió que el tratamiento incluiría este tipo de prótesis hasta que se decida que se necesita una nueva dentadura.

Durante este tiempo, el número de visitas postoperatorias, el tipo y magnitud de las alteraciones o ajustes, la aceptación fisiológica - del medio ambiente bucal.

El hecho de que alguno no regrese para una visita de revisión posterior no amerita el registrar el tratamiento como éxito o fracaso.

Bruce afirma que las alteraciones cuidadosas y la cooperación extensa entre el cirujano bucal, el prostodoncista y el paciente son muy importantes y necesarias; para esto se requiere en ocasiones más tiempo y planeación que para algunos otros procedimientos; además, los procedimientos postoperatorios deberán ser realizados en forma tranquila y metódica.

Tilton recomendó que el producto de este procedimiento deberá definirse como una dentadura desechable. Pág. 483. W.

La prótesis inmediata constituye el medio de reducir la tragedia física y psicológica del desdentamiento. Su carácter psicossomático que comparte con el resto de la prostodoncia, fue bien señalado por Ryan [1949] y por De Van [1961]. Si la edentición es mala la nondentación ra ya en lo intolerable dice Este con su gracia habitual. Pág. 457, Sa.

Las ventajas de la prótesis inmediata se pueden clasificar:

- a] Anatómicas.
- b] Funcionales.
- c] Estéticas.
- d] Psíquicas.

Las anatómicas impiden la pérdida inmediata de altura al reemplazar el tope oclusal, preservando la altura morfológica por lo tanto -- evita violencias a las articulaciones temporomandibulares, impide el ensanchamiento lingual, el colapso labial y el hundimiento de las mejillas.

Como ventajas funcionales permite a la musculatura afectada se -

guir funcionando en sus posiciones normales; evita la mayor parte de los trastornos y reajustes fonéticos del desdentamiento, facilita la masticación evitando los reajustes dietéticos y digestivos ayuda también a mantener las actividades de la vida en relación.

En las estéticas son esenciales para muchos seres humanos, impide el colapso facial, consecuencia de las pérdidas y transformaciones anatómicas, con frecuencia permite introducir mejoras, a veces considerables.

Las ventajas psíquicas son notables: eliminan la humillación que sufren muchos pacientes al presentarse sin dientes, permite mantener el equilibrio espiritual y facilita la continuidad de la vida de relación, al evitar la influencia del "que dirán" también reduce los trastornos del acostumbramiento a la prótesis.

Algunos autores incorporan también ventajas quirúrgicas y orgánicas.

En la quirúrgica actúa como vendaje protector de las heridas, durante los primeros días.

En las orgánicas se frena la atrofia ósea, manteniendo mayor proporción de reborde residual.

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, con una respuesta más desconcertante. Pág. 456, 457 Saizar.

La indicación para el tratamiento con prótesis inmediata recae en aquél paciente que tiene algunos dientes naturales que deben ser extraídos. En épocas anteriores el odontólogo el plan de tratamiento consistente en desdentar al paciente y esperar varios meses para que cica

tricen los tejidos bucales para confeccionar después las prótesis completas.

En épocas anteriores el odontólogo seguía el plan de tratamiento consistente en desdentar al paciente y esperar varios meses para que cicatricen los tejidos bucales, para confeccionar después las prótesis completas, esta manera de encarar las cosas fue abandonada por la mayoría de los pacientes en vista de las siguientes ventajas del tratamiento con prótesis inmediata:

- a) Es innecesario el período humillante de desdentación para esperar la cicatrización.
- b) Hay generalmente menos dolor porque la prótesis hace las veces de férula de protección sobre las zonas operadas.
- c) Se le ahorran al paciente los inconvenientes y las molestias de varios meses de no poder masticar alimentos y la inevitable modificación importante de la dieta.
- d) Se mantiene el soporte de las mejillas y de los labios y mantiene la altura facial morfológica.

La confección de prótesis inmediatas no es tan simple como muchos creen, aumenta el número de visitas del paciente por la necesidad de vigilar, durante los primeros meses, el cambio de la oclusión, causado por el asentamiento desigual de las bases. Si el paciente no se presenta para esos controles y las prótesis ocluyen mal puede producirse hipertrofia tisular anterior.

Una vez decidido el procedimiento de las prótesis inmediatas el plan óptimo es el de extraer todos los dientes posteriores excepto los premolares antagonistas unilaterales o bilaterales, frecuentemente en pacientes de clase I de Angle, se dejan los caninos o incisivos antago

nistas, estos dientes hacen las veces de topes en céntrica para evitar el cierre de la distancia intermaxilar durante el período de cicatrización. (Boucher)

Hoy día el desarrollo en materia de dientes artificiales ha alcanzado tan alto grado de perfección que es posible hacer un duplicado exacto de todos los rasgos de los dientes naturales del paciente. La principal motivación para la mayoría de los pacientes que buscan el tratamiento de dentadura inmediata es evitar cualquier cambio en su aspecto que informe a sus amigos que usan dentadura.

El tratamiento de la dentadura inmediata debe comenzar cuando se haya decidido que es necesario extraer todos los dientes. Se deben hacer modelos de estudio y guardarlos para referencias posteriores, así como efectuar diagnósticos y pronósticos completos. Se deben extraer los dientes posteriores y dejar que se curen las heridas completamente antes de hacer las impresiones.

El único paciente en quien está contraindicado el tratamiento de dentadura inmediata es el que ha sufrido terapia de irradiación y en una persona así incluso el tratamiento de dentadura convencional está contraindicado. El peligro de que ocurra osteorradionecrosis en tales pacientes es considerablemente mayor cuando usan dentaduras completas.

Los objetivos fundamentales de todos los procedimientos que inciden en el tratamiento de dentadura inmediata son los mismos de todos los procedimientos incluidos en la dentadura completa normal.

Los objetivos de hacer la impresión se diferencian sólo en el diseño de la cubeta y en el material de impresión. La cubeta debe estar diseñada para incluir los dientes anteriores.

Se aconseja que si van a construirse placas superior e inferior se construyan al mismo tiempo para evitar colocar los dientes superiores en relación con las malposiciones de los dientes inferiores restantes; no es necesario que falte la serie entera de los dientes anterior-

res para aconsejar una inserción inmediata.

Es evidente la utilidad de los dientes anteriores de todos o algunos como guía para la colocación de los dientes artificiales.

El paciente no necesita estar desdentado durante el período de cicatrización situación especialmente desagradable para las personas de negocios cuya profesión les obliga el trato con el público. Generalmente hay menos dolor porque la dentadura protege las heridas y ayuda a la cicatrización.

La estética del caso puede ser conservada aumentando la distancia horizontal entre los bordes de los dientes anteriores de arriba y de abajo, (overjet o sobremordida horizontal). Esto se hace reduciendo el espesor labiolingual de los dientes anteriores mientras que se mantiene la posición anteroposterior la cara labial y la dimensión vertical.

El plan más aceptable después de que se ha decidido hacer dentaduras inmediatas, consiste en extraer todos los dientes posteriores con excepción de dos bicúspides antagonistas que se dejan como topes oclusales para impedir el cierre de la relación durante el período de la cicatrización.

En el servicio de dentaduras inmediatas la mayor parte de los registros tales como tamaño, forma y posición de los dientes y la dimensión vertical, se obtiene automáticamente. Excepto el color y el tono de los dientes, el modelo y el montaje darán todos los demás factores.
Swenson. I.

CAPITULO I I

EXTRACCIÓN PREVIA DE LOS DIENTES POSTERIORES CON CICA--
TRIZACION SUBSECUENTE A LA CONSTRUCCION DE LA DENTADURA

Los individuos que recomiendan la extracción de los dientes poste
riores con cicatrización subsecuente previa a la construcción de la -
dentadura y las variaciones ya enumeradas sugieren el siguiente plan -
de tratamiento:

Durante la fase de diagnóstico se elaboran modelos de estudio de
impresiones hechas utilizando hidrocoloide reversible o irreversible.

Los modelos se colocan en el paralelometro para determinar o esta
blecer una vía de inserción que reduzca al mínimo la necesidad de pro-
cedimientos quirúrgicos extensos.

Si existen zonas retentivas antagónicas de tejidos duros en los -
segmentos posterior y anterior de las arcadas, el hueso deberá ser con
torneado en el momento de la extracción de los dientes posteriores.

El contorno de hueso se realiza en el segmento posterior.

Después de la cirugía se deja pasar un período de cicatrización -
aproximado de seis semanas. Cuando se desea presión selectiva y sello
en los bordes, las impresiones de las zonas desdentadas se hacen en un
portaimpresiones de acrílico hecho a la medida. Los bordes se desarro-
llan utilizando modelina, se alivia el portaimpresiones en su interior
para permitir que el material fluya y se hace después una impresión de
pasta de óxido de zinc y eugenol.

En la técnica inmediata convencional se utiliza un bloqueo infra-

orbitario e infiltración palatina para anestesia local.

Los dientes se retiran de modo que se conserve la mayor cantidad de hueso y tejido blando posibles.

Se recuerda que el levantamiento del periostio o la denudación del hueso alveolar da como resultado una pérdida ósea excesiva.

Los tejidos blandos desgarrados cicatrizan con lentitud.

Cuando los tejidos no son desgarrados no hay necesidad de recurrir a la sutura. Después de la extracción de los dientes el dentista insertará la dentadura y determinará si se requiere alguna otra cirugía no anticipada.

En ocasiones una frenicectomía labial es recomendable; si éste es el caso se procede a realizarla. Se retira la dentadura y se pide al paciente que cierre contra una gasa estéril hasta que haya cesado el sangrado. Pág. 509.

En la técnica de transición muchos pacientes prefieren efectuar la operación en el hospital bajo anestesia general, que suele ser de tipo intravenoso. Esto da buen resultado, ya que ofrece el máximo de conveniencia y serenidad para el paciente. Sus actividades son limitadas por el descanso, de modo que se reducen al mínimo las complicaciones.

No suele haber edema y poco tiempo después de ser dados de alta del hospital pueden realizar todas sus actividades, menos comer debe seguirse una dieta blanda, aunque nutritiva, durante algunos días hasta que los coágulos sanguíneos estén bien establecidos.

Estéticamente no deben hacerse cambios en las posiciones de los dientes. Esto hace que la transición a las dentaduras sea lo menos notoria posible. Después de un tiempo se realizan modificaciones graduales en las posiciones de los dientes.

Es necesario ver al paciente a intervalos frecuentes durante el período de cicatrización para ajustar la oclusión según sea necesario, colocar rebases acondicionadores en la dentadura tan pronto como cierran los alvéolos y mantener al paciente funcionando lo mejor posible.

Las dentaduras de transición se usan un mínimo de doce semanas, aunque llegan a utilizarse durante períodos tan largos como cuatro o cinco meses. Pág. 523 y 24 Winkler.

Después de que la dentadura se ha completado y está lista para su inserción se coloca al paciente en el sillón y se le prepara para la extracción de los dientes y la preparación quirúrgica de la boca. Se anes^{te}sia para disminuir el traumatismo.

Se levanta un colgajo mucoperiostio antes de la extracción de los dientes, para quitar algunas de las prominencias de hueso.

En este caso es necesario quitar cantidad considerable de hueso a causa de la prominencia de la lámina labial.

Haciendo esto antes de quitar los dientes, estos son extraídos con mayor facilidad y menor traumatismo.

El colgajo de periostio sólo llega hasta la altura del hueso que va a ser quitado. Despegar demasiado el periostio ocasiona la formación de tejido cicatrizal a lo largo del borde y la inflamación inmediata, con formación de un coágulo.

El hueso se corta con cincel desde la lámina labial para facilitar la extracción de los dientes y disminuir el traumatismo. Enseguida se extraen los dientes. Las proyecciones altas y agudas de la apófisis se reducen con pinzas gubias.

Las puntas agudas pequeñas se eliminan con limas para hueso. Se abate el colgajo y se coloca la guta transparente de acrílico apretadamente en la porción posterior de la apófisis para probar su asentamiento.

to en la parte anterior y ver si no hay compresión de los tejidos.

Si se ven zonas de izquemia a través de la guía se corta un poco más de hueso en estos puntos altos.

Es suficiente fijar el colgajo con un punto de sutura a la derecha o a la izquierda en la línea media, más puntadas podrían estirar - demasiado el colgajo.

La sutura no debe hacerse en la línea media, para evitar los nervios y los vasos que salen del agujero palatino anterior.

Muchas veces el colgajo sobre el hueso quedará en posición sin - ninguna sutura y cicatrizará sin dificultad pero a veces se desprende y la cicatrización se retarda mucho. Por eso lo más seguro es colocar una sutura que se hace fácilmente y no causa ningún daño. Swenson. 2

Boucher menciona en su libro que la trasbase quirúrgica transparente se coloca en la boca después de extraerse todos los dientes pero antes de que se haga el recorte quirúrgico del hueso o del tejido blando, una vez ya colocada contra el paladar, por transparencia se verán zonas isquémicas del campo operatorio donde son comprimidos los tejidos blandos.

Se retira la trasbase, se recortan los tejidos blandos o el hueso para aliviar el sitio de la presión excesiva, al realizar este paso, - la trasbase quirúrgica debe calzar perfectamente o no revelará las zonas por recortar.

Si no se modelan adecuadamente el hueso y los tejidos blandos con el contorno de la trasbase y el de la prótesis, ésta no calzará en su posición correcta.

El no recortar suficiente tejido como para que la trasbase vaya a su lugar, el recorte excesivo causará la posición incorrecta de la prótesis.

Estos errores a su vez serán causa de una oclusión inadecuada y - causará necesariamente dolor e incomodidad al paciente.

Las prótesis han de calzar en la boca exactamente en la misma posición que se pretendió que ocuparan. Se acercan los bordes de los colgajos, se sutura y se coloca la prótesis previamente esterilizada en una solución antiséptica fría.

Se le indica al paciente que cierre para el primer control de la oclusión. Si las prótesis se colocaron correctamente después de la cirugía no deben haber contactos oclusales prematuros muy pronunciados. - Los cambios oclusales originados por el procesado ya fueron eliminados mientras las prótesis todavía se hallaban en el articulador.

Se le instruye al paciente que mantenga las prótesis puestas durante 24 horas después de ese lapso, las quitará el odontólogo por primera vez. Boucher.

Boucher recomienda dejar las prótesis en la boca durante las primeras 24 horas. Se le advierte al paciente que si se deja la prótesis fuera de la boca al comienzo, es posible que se produzca un edema de los tejidos y el recolocarlos será imposible o muy doloroso. El dolor producido por el trauma de la extracción no se alivia retirando las prótesis de la boca.

La prótesis inmediata actúa como una férula sobre el campo quirúrgico y evita la pérdida del coágulo, que a menudo se destruye a causa de los flujos bucales; por lo tanto es raro que se produzcan hemorragias profusas. Boucher 2.

Schram señala la atrofia alveolar se agrava proporcionalmente a la extensión de la cirugía. Así lo indica también la experiencia de los prostodoncistas; "los procedimientos quirúrgicos conservadores, con trauma mínimo, procuran los mejores fundamentos para la prótesis.

"La mejor alveolectomía", decía De Var es no hacer alveolectomía

cuando no está expresamente indicada, podríamos agregar. Es el criterio que sostiene Wictorin; cualquier tipo de cirugía ósea al colocar la prótesis inmediata, causará una inmediata reducción del volumen del reborde residual y aumenta la reabsorción durante el período cicatricial.

Tres son las indicaciones más frecuentes de la alveolectomía complementaria de las extracciones que deben seguirse de prótesis inmediata, menciona Saizar:

- a) Facilitar las extracciones, avulsora.
- b) Alisar las crestas, estabilizadora.
- c) Modelar el maxilar, modeladora.

La alveolectomía avulsora es indicación quirúrgica categórica y debe ser prevista por el cirujano, debe realizarse la alveolectomía mínima, sólo esta debe preverse al operar el modelo. Si luego la alveolectomía resulta mayor de lo previsto no es difícil rellenar la prótesis.

La alveolectomía modeladora: debe ser prevista por el protesista, ya que tiene por objeto modelar el maxilar de acuerdo con las exigencias mecánicas o estéticas. 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.

En cuanto a la alveolectomía estabilizadora aún cuando no esté bien comprobado que cumple esa función, su objeto 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. El autor prefiere no preverlo al preparar la prótesis, lo que hace a éstas un tanto holgadas en esos puntos, reduciendo los riesgos de irritación.

Esa holgura desaparece con el primer rebasado. Saizar, 2.

CAPÍTULO III

TECNICAS PARA TOMAS DE IMPRESION PRELIMINARES Y DEFINITIVAS Y OBTENCION DEL MODELO DE TRABAJO

Hay varios tipos de dentaduras totales que se insertan en el momento de la extracción de algunos o todos los dientes.

Una dentadura de transición es una dentadura parcial a la que pueden agregarse dientes al perderse estos, que a su vez serán reemplazados una vez que se hayan presentado los cambios tisulares posteriores a la extracción.

Una dentadura de transición puede convertirse en una interina.

Una dentadura interina es una prótesis dental que se emplea durante un periodo corto por motivos de estética, masticación soporte occlusal, conveniencia o para acondicionar al paciente para aceptar un sustituto artificial para los dientes naturales faltantes, hasta que logre proporcionarse un tratamiento protético dental más definitivo.

Suele emplearse el término dentadura temporal.

Un aparato protético removible, como una dentadura completa, no es permanente. Cuando se le llama a este aparato temporal, el paciente interpreta esto como que la dentadura subsecuente será permanente. Esta interpretación llega a presentar una situación molesta, por lo que debe evitarse eliminando el término.

Para la técnica inmediata convencional, la toma de impresión preliminar la hace con hidrocoloide irreversible, este material es preciso y no consume demasiado tiempo. La precisión dependerá del vaciado inmediato del modelo después de retirar la impresión de la boca.

Se vacía la impresión una vez que el lado tisular haya sido lavado con un chorro suave de agua del grifo y eliminado el exceso de agua agitando la impresión.

Se retira el modelo de la impresión, y se recorta la base del modelo por conveniencia en el manejo y se coloca sobre una mesa plana para lograr delimitar al máximo el portaimpresiones.

El modelo de yeso se emplea para la determinación final de la vía de inserción de la dentadura; es sobre este modelo que se fabrica el portaimpresiones individualizado.

Va trazado el portaimpresiones sobre el modelo, se fabrica un borde de cera de tres mm de espesor. Este borde ayuda a la retención de la resina acrílica y en la determinación del grosor del portaimpresiones.

Se hace el portaimpresiones de tres a cuatro mm de espesor para extenderse hasta descansar en los bordes incisales de los dientes anteriores y sobreextenderse un poco en la zona posterior del paladar.

Se colocan los rodillos de modelina con cera pegajosa en las zonas posteriores del portaimpresiones en posiciones aproximadas a las de los dientes posteriores, estos rodillos sirven como mangos o asas para la manipulación del portaimpresiones, proporcionan soporte digital durante la toma de impresión, substituyen a los dientes en dar apoyo a los carrillos durante el proceso de rectificación de los bordes.

Se recomienda realizar los procedimientos preparatorios al tratamiento después de la visita dedicada al diagnóstico y valoración y antes de la siguiente visita dedicada a los procedimientos terapéuticos mismos.

La realización de la impresión final se divide en cuatro pasos:

a) Rectificación de los bordes.

b) Preparación del portaimpresiones para la impresión de los tejidos blandos.

c) Refinación y rectificación de los tejidos blandos.

d) Toma de una impresión general con hidrocoloide irreversible.

La rectificación de los bordes de las aletas bucales y de las zonas del sello palatino posterior proporcionan un sello periférico que favorece la retención de la dentadura.

Esta se logra utilizando modelina para impresión de baja fusión.

Las mucosas en los espacios vestibulares tienen una submucosa insertada en la forma laxa.

La refinación de la zona del sello palatino posterior parece compensar los cambios que se presentan durante el procesamiento con la resina de metacrilato. La modelina también conserva el paladar blando en una posición ligeramente elevada cuando se hace la impresión refinada.

Cuando se hizo la impresión con hidrocoloide irreversible para el modelo inicial, los tejidos blandos que cubren el paladar y las vertientes de los rebordes alveolares residuales fue registrado con precisión en una posición no desplazada.

El portaimpresiones para la refinación de los bordes se encuentra en contacto íntimo con las mucosas que cubren esta zona, en la impresión final es deseable que los tejidos blandos no sean registrados en una posición desplazada. Para lograrlo debe crearse un espacio en el portaimpresiones que permita que este tejido vuelva a su lugar y agujeros para la salida de aire atrapado.

Se aplica una capa delgada de vaselina a los labios del paciente, a la piel alrededor de la boca y la porción bajo el mentón. Esto facilitará el retiro de la pasta para impresiones si se llevara a estas zonas en los dedos del dentista.

Se inserta el portaimpresiones con el material y se coloca con presión positiva. No debe ejercerse presión hasta que la pasta para impresión haya fraguado.

Se retira cualquier excedente de material de impresión de las superficies de los dientes.

Se selecciona un portaimpresiones perforado para dar cabida a los dientes anteriores extendiéndose hacia atrás hasta incluir las rampas oclusales de modelina. Se llena el porta impresiones con hidrocoloide irreversible, se llena el surco labial con el material de impresión antes de colocar el portaimpresiones cargado. Se coloca el portaimpresiones y se sostiene en su lugar con presión positiva hasta que el material de impresión haya fraguado.

Se lava la impresión con un chorro de agua, se retira el exceso de agua con un chorro de aire, se pinta el área del sello palatino posterior, se encajona y vacía la impresión en yeso piedra.

En la técnica de transición se hace una impresión de alginato de los maxilares y dientes restantes, se elimina el exceso de humedad de la impresión con aire. Se calienta un poco de cera rosa en un pequeño receptáculo y se vacía en las impresiones de los dientes hasta el margen gingival ya endurecida la cera, se vacía el resto del modelo en yeso piedra.

El modelo es separado de la impresión después de 20 minutos y se hace un segundo modelo de inmediato en yeso piedra. Esto proporcionará dos modelos, uno con dientes de cera y otro con dientes de yeso piedra, ambos hechos de la misma impresión, el segundo juego (yeso piedra) sirve para dos objetivos; se emplea para formar una placa base para hacer

los registros de las relaciones entre los maxilares y servirá como un modelo de referencia para el segundo juego de dentaduras.

Se hace un registro de relación céntrica de los maxilares sobre rodillos oclusales de cera con presión mínima. Los modelos y el registro interoclusal de cera estarán ahora montados en un articulador de línea plana, colocándose los dientes faltantes con una buena oclusión céntrica. Si aún existen suficientes dientes posteriores, no será necesario montar los modelos en el articulador. Wincker 3.

Swenson menciona varios métodos para hacer las impresiones, pueden ser hechas con modelina y yeso, con modelina y algún hidrocoloide, con modelina y pasta de óxido de zinc y eugenol, o solamente con hidrocoloide.

IMPRESIONES EN ALGINATO.

El alginato es el material preferible para hacer impresiones inmediatas, más como el producto acabado requiere cierto borde periférico extenso del que depende la extensión de la primera dentadura, es necesario que la impresión suministre dicho borde. La impresión en hidrocoloide no se presta bien para recortar y emparejar los bordes a causa de la anchura voluminosa e inajustable de la cubeta con camisa de agua.

El portaimpresión perforado, sin camisa puede ser bastante alto en la región anterior desdentada, bastante bajo en la región posterior desdentada y se puede recortar y adaptar para inserciones ligamentosas sin que sea demasiado voluminosa.

La cubeta demasiado ancha estira y deforma el pliegue mucobucal de tal manera que es desfavorable para la retención.

Cierto que una dentadura inmediata necesita ser rebasada pronto, pero más vale que en el entretanto, tenga bastante buena retención, la cual se consigue si se toman bien las impresiones.

La dentadura debidamente extendida, sirve mejor de base a la dentadura final.

La cubeta corriente y la impresión que con ella se toma, por regla general son demasiado bajas en la región anterior. La longitud de los dientes más la distancia desde el borde gingival hasta la curva del pliegue, es mayor de lo que generalmente se cree. La inclinación, hacia atrás desde el borde incisal hasta el pliegue mucobucal, es muy grande y engañosa.

MODELINA E HIDROCOLOIDE.

Si se usa material hidrocólicoide, se prepara con modelina la parte posterior del portaimpresiones para poder controlar la colocación del tejido y la altura y ancho de las pestañas. Es necesario usar un portaimpresión perforado para que se le adhiera el material hidrocólicoide. Un portaimpresión con corriente de agua evita el poner agua en la boca y acelerar y asegurar el enfriamiento completo del hidrocólicoide, lo que es tan esencial.

Se pone modelina reblandecida en la parte posterior y presiona en la boca. Después de enfriadas, se retira y se recorta para la altura de las pestañas. Se alivian las áreas duras y las arrugas y se quita el exceso de modelina que esté en contacto con los dientes. Es necesario evitar el contacto con los dientes.

Para ahorrar material y mejorar su manipulación, se calienta el hidrocólicoide colocando en una jeringa especial para mezclar. Este tipo de jeringa es fabricado por la L.D. Caulk Co. y por los laboratorios Coe. Después de llenar la jeringa, se tiene en agua hirviendo cinco minutos. Se retira del agua hirviendo y con movimientos del émbolo se hace la mezcla homogénea. Se mete entonces la jeringa en agua tibia y se repiten los movimientos del émbolo hasta que la jeringa pueda aplicarse sin molestia a la cara interna del brazo. Se pone una pequeña impresión, forzándolo a través de los agujeros con el dedo índice. Esto ser

virá para afirmar el material. Se extienden porciones adicionales de hidrocóloides sobre la superficie de la modelina y sobre el resto de la sobreimpresión. (Svenson 2).

Para evitar la posibilidad de quemar los tejidos, se prueba la temperatura metiendo un dedo en el material. El porta impresión se lleva a la boca y se guía por medio de la modelina. Se enfría el material haciendo circular agua helada en el portaimpresión. Después de enfriado, se retira y se examina. (Svenson 2)

Salzar, mencionó que las impresiones preliminares; constituyen, en principio la clave del problema. Deben tomarse con alginato adecuado la cubeta cuando sea necesario para lograr:

- 1) Que la impresión cubra la totalidad del maxilar, hasta el límite proteico.
- 2) Que los dientes y socavados retentivos estén fielmente producidos.

Habitualmente, la impresión simple de alginato (o la de alginato) en cubeta amplia es suficiente. Alguna vez será menester recurrir a la impresión mixta de godiva y alginato. Cubetas adecuadas para impresiones parciales, adecuadas con cera en casos necesarios, prestan excelentes servicios.

La cubeta individual debe ser bien planeada, de acuerdo con la topografía del caso (forma del maxilar y de los dientes remanentes) y el material con el cual se toma la impresión. El acrílico autopolimerizable es el material más utilizado y el que prefiere el autor.

Para impresión doble, actualmente se justifican poco los elaborados métodos de impresión (seccionales con godiva, pasta cinquemólica y yeso o alginato), en cubetas seccionales o dobles, que pueden verse aún en descripción del autor. No ofrecen ventaja particular sobre los elastómeros, excepto quizá en casos de gran saliencia del reborde alveolar y dientes delanteros.

La segunda cubeta cubrirá la primera en suficiente extensión y con la exactitud necesaria para que su ajuste mutuo sea perfecto, pues el inconveniente de este tipo de impresión es la exactitud con que la segunda cubeta debe acoplarse a la primera después de la impresión, sea la segunda cubeta sólo frontal, como prefieren Lutes et al (1967) para utilizar material rígido, sea que la segunda cubeta cubra toda la parte dentada, para emplear material elástico.

Para alginato, una cubeta individual para, 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 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.

Para silicona o mercaptano, tienen, sobre la anterior, la ventaja de poder hacerse ajustadas en la zona mucosa, lo que facilita su delimitación con godiva. 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. Son las cubetas que prefiere el autor.

Prueba y delimitación de las cubetas. Las cubetas para alginato con levante, deben probarse con la parte del levante que cubre la mucosa. Esto les da bordes gruesos que dificultan un tanto la delimitación.

Las cubetas que tienen la parte mucosa ajustada, se delimitan con cera o godiva, siguiendo el procedimiento estudiado en el capítulo XI. 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. Preparadas y delimitadas las cubetas, las im

presiones finales no difieren de lo explicado en el capítulo XII 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 cubeta 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 las impresiones con elastómeros, como estos materiales permiten cubeta ajustada 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 cubeta holgada (un espesor de cera).

Tienen la ventaja de dar impresiones bien delimitadas y fieles en cubeta ajustada en la parte mucosa y elástica, en cubeta amplia en la parte dentaria. Es probablemente el tipo de técnica más generalizado actualmente, aunque cada técnico tiene sus variantes de detalle.

Deben llenarse con cuidado todos los requisitos para asegurar los correctos.

En las impresiones compuestas (dos cubetas) es de rigor un zócalo de yeso para que las asegure.

En las impresiones elásticas se debe eliminar con cuidado toda parte fluctuante.

Una variante sobre la que no se ha insistido mucho, pero ciertamente valiosa frente a algunos problemas de la prótesis inmediata (en especial para casos de urgencia, como la transformación rápida de una prótesis parcial en completa.

Es hacer los dientes del modelo con acrílico de color apropiado, - que pasan a formar parte de la prótesis. Sázar 3.

Pueden hacerse las bases de "base-plata" o de acrílico autopolime-
rizable, cubriendo los rebordes residuales y paladar con igual crite-
rio que en prótesis completa.

Deben cuidarse, al hacer las relaciones con los dientes, para no
dañarlos y no deben penetrar los socavados retentivos que suelen pre-
sentar hacia gingival; tampoco deben ocupar socavados retentivos de -
los rebordes residuales.

Para mejor exactitud, conviene estabilizarlas rebasándolas con ce-
ra o pasta cinquemólica.

CAPITULO IV

OBTENCION DE LAS RELACIONES DEL PACIENTE Y MONTAJE DE
LOS MODELOS DE TRABAJO EN EL ARTICULADOR

Cuando la índole de registro exija un aumento en la dimensión ver
tical, es conveniente preparar la placa de registro del maxilar al que
corresponde el aumento, con el rodete de oclusión extendido también so
bre la superficie dentada.

Es importante que sea de cera para evitar violencia sobre los -
dientes por posibles discrepancias. Sólo posteriormente se le dará so-
porte mucoso puro, Saízar 4.

Cuando hay antagonistas que ocluyen y se tiene la intención de -
mantener la altura oclusal, hasta recortar los rodetes, poco a poco y
reblandecerles los últimos dos 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 dien--
tes no reproducen exactamente la oclusión central, signo de rodetes in
suficientemente plastificados, se los reblandecerá nuevamente y se re-
petirá el registro.

Cuando se desea aumentar la dimensión vertical, el problema debe
encararse 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.

Según los casos, puede ser necesario o no establecer un plano de
orientación, siguiendo el existente o no, para ayudarse en estas deter-
minaciones.

Los dientes existentes pueden servir de guía o de estorbo según - los casos.

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

Puede utilizarse cualquiera de los métodos de montaje descritos - anteriormente, con auxilio del arco facial o no.

Los expertos prefieren el arco facial y articulador adaptable. - Igual que en prostodoncia parcial el arco facial se utiliza cubriendo la pieza en herradura por sus dos caras, con tres o cuatro hojas de ce ra rosa plastificada, sobre la que el paciente morderá, con las placas de registro envaselinadas en la boca, para estabilizar la pieza en he- rradura en tanto se ajusta el arco facial.

En todos los casos en que no se utilizará la oclusión central de los dientes naturales, las precauciones para asegurar la relación cen- tral en la altura correcta son tan exigentes como frente a la prótesis completa regular.

No es difícil, por lo general, adoptar en tales casos un dispositi- vo de soporte central único, preferentemente sobre bases estabiliza- das.

Los tiempos de obtención, mantenimiento y fijación son los mismos. Pero aquí frecuentemente no es fácil la fijación con llaves de godiva y resulta preferible hacerlo con yeso, utilizando o no una ayuda de - mantenimiento.

También puede registrarse la relación central bajo soporte perifé- rico, preferentemente sobre rodetes de cera rosa plastificada.

La dificultad para estabilizar los registros gráficos justifica - la preferencia por los registros excéntricos plásticos, habitualmente con cera. Las precauciones para lograrlos adecuados son las mismas ya

vistas anteriormente.

Los dientes naturales sirven o no como guía para la selección de color, tamaño y forma de los dientes anteriores. Cuando se desea hacer obra más artística, se elegirán por separado los colores de los dientes anteriores, incluso premolares, anotándolos para futuras prótesis. Saízar 4.

Cuando se emplea un arco facial arbitrario para determinar el eje de abertura, se localiza un punto a 13 mm por delante del tragus del oído en una línea trazada desde el cantus externo del ojo hasta la porción superior del tragus.

Este punto se denomina el punto arbitrario de rotación de los condilos cuando los maxilares se encuentran en relación terminal y la mandíbula está abierta.

Este no es arbitrario, sino que promedio. Se calcula que estos puntos estarán a dos mm del verdadero centro del eje de abertura.

Se coloca la base mandibular de registro con su rodillo oclusal -añadido, se coloca la base maxilar de registro y se determina que exista suficiente espacio entre los dos rodillos para permitir la colocación del tenedor del arco facial y la cara. Se aplica una delgada capa de vaselina a la superficie del rodillo maxilar de manera que no se adhiera a la cera conterida en el tenedor del arco facial.

Se dobla una hoja de cera para placa base reblandecida en la forma de los picos del tenedor y se adosa al mismo.

Se coloca el tenedor y la cera adosada entre los rodillos oclusales y se pide al paciente que cierre los maxilares hasta que los rodillos se encuentren alojados con firmeza en la cera.

Sosteniéndole los maxilares en esta relación cerrada se desliza el arco sobre el tallo del tenedor. Se centra el arco colocando los -

puntos de los vástagos condilares sobre los puntos de rotación. Se fija todo el aparato con seguridad y se retira de la boca.

Se transfiere el aparato del arco facial al articulador y se fija el modelo maxilar con yeso. Para asegurar la adhesión del yeso piedra con el dental, se remoja el modelo en agua durante un mínimo de cinco minutos antes de adherirlo a la porción superior del articulador.

Para el registro de las relaciones máxilares se hace un esfuerzo para registrar a la vez las posiciones horizontales de los cóndilos en sus relaciones terminales posteriores con las fosas, así como las posiciones verticales de los cóndilos en sus relaciones superiores con las fosas.

Al mismo tiempo que se realizan estas relaciones posterosuperiores de los cóndilos deberán estar en contacto máximo las superficies oclusales de los rodillos.

La mandíbula es desplazada desde la posición de descanso hasta una distancia interoclusal aceptable. El medio de registro ha de ofrecer resistencia mínima al cierre de los maxilares. Cuando los procedimientos se siguen con precisión y se colocan dientes artificiales en las posiciones ocupadas por los rodillos oclusales, deberá haber máximo contacto dentario oclusal posterior o interdigitación cuspídea cuando se repita el movimiento mandibular.

Durante el cierre de los maxilares bajo control fisiológico la potencia de la contracción isotónica de los músculos elevadores tiene que estar gastada, por lo que la contracción isométrica deberá haber reforzado los maxilares para el momento del cierre al entrar en contacto los dientes.

No deberán interferir los músculos antagonistas o abatidores bajo condiciones fisiológicas.

Los registros hechos utilizando rodillos oclusales son tentativos,

por lo que serán verificados cuando los dientes hayan sido colocados - en la visita de prueba.

Cuando la dentadura inmediata esté opuesta a una completa, se - aplican los siguientes procedimientos:

Establecimiento de la dimensión vertical de descanso: se le pide al paciente colocarse en una posición relajada, se colocarán triángulos de tela adhesiva en la punta de la nariz y en la punta del mentón, se le pide mojar sus labios con la lengua, deglutir y relajarse. Si se relaja, el maxilar inferior suele descender hasta una posición de descanso.

Se registra en milímetros la distancia entre las puntas de los - dos triángulos.

Para el registro de las relaciones maxilares tentativas se aplica un polvo fino adhesivo para dentaduras a la superficie tisular húmeda de la base de registro y se coloca dentro de la boca.

Se contornea la superficie oclusal de los rodillos de cera hasta que estén paralelas a la línea de Camper.

Se retiran las secciones posteriores de cera de la base de registro mandibular en dirección distal a las posiciones de los caninos. Se contornea la cera anterior para simular las posiciones, inclinaciones y tamaño de los seis dientes anteriores.

Se sienta al paciente en una posición cómoda, relajada y erguida en el sillón dental con la cabeza descansando en el cabezal del sillón en el occipucio.

Se coloca la base de registro mandibular dentro de la boca y se asegura que esté colocada con precisión. Se pide contar de 60 a 70. - Cuando se articulan los sonidos de la letra "S" la mandíbula se desplazará hacia adelante. Se alterará la altura vertical de la cera anterior hasta que libere los bordes incisales de los dientes anteriores maxila-

res al desplazarse la mandíbula hacia adelante.

Se retira la base de registro, se enfría la cera y se seca al lado tisular de la base de registro, se hará el rodillo de cera blanda para registro y se pega a las superficies posterosuperiores de la base de registro.

Se extiende la cera en dirección distal hasta la posición anticipada del último molar. Se contornea la cera blanda en la forma de un cono a una altura que exceda la dimensión vertical anticipada del cierre de los maxilares. Al preparar el rodillo de cera se pide al paciente repetir el ejercicio de protrusión y retrusión de la mandíbula.

Se le aconseja no cerrar cuando sienta que los cóndilos se colocan dentro de las fosas.

Se reblandece el cono de cera con una flama directa, se tiempla en agua a 54.44°C y se coloca inmediatamente la base de registro dentro de la boca.

Se colocan las yemas de los dedos índices una a cada lado, sobre las aletas de la base de registro en la zona del segundo premolar con la yema de los pulgares descansando suavemente sobre la punta del mentón.

Se le instruye para que haga protrusión y retrusión de la mandíbula, hasta que los cóndilos paren momento en el cual se le indica que cierre hasta que se haga un contacto posterior íntimo.

Se repite este procedimiento hasta que la cera anterior dura se encuentra en contacto con los dientes maxilares anteriores o la porción anterior de la base de registro maxilar. Se permite el fraguado de la cera y se engrapan o sostienen las bases unidas con cera pegajosa.

Con los maxilares juntos en esta posición se mide entre las pun-

tas de la cinta en la nariz y el mentón.

La distancia en milímetros deberá ser menor que la distancia registrada con el maxilar en descanso. Se retiran los registros en una sola pieza.

Se inserta el articulador con el modelo maxilar sobre el dispositivo de montaje. Se asegura que los índices para el remontaje se encuentren en la base del modelo mandibular y que éste haya sido remojado en agua durante un tiempo mínimo de cinco minutos.

Se colocan las bases de registro sobre sus modelos respectivos y se coloca el modelo mandibular en el brazo inferior del articulador con yeso dental con la punta del vástago incisal al ras de la superficie de la mesa de la guía incisal.

La forma, tamaño y color de los dientes artificiales deberán armonizar con los dientes naturales, a menos que el paciente desee un cambio.

Por motivos de estética y de espacio es necesario contornear los cuellos de los dientes para formar parte de la base de la dentadura. Por esto, suelen emplearse dientes de resina acrílica.

En los dientes posteriores la composición y forma oclusal de los dientes posteriores varía, cuando la dentadura inmediata se encuentre opuesta a dientes naturales, la forma oclusal deberá ser determinada por la forma oclusal de los dientes naturales.

No es recomendable la combinación de dientes posteriores de resina acrílica y anteriores de porcelana en las dentaduras completas.

Existe mucha controversia y confusión sobre la selección y colocación de los dientes artificiales en prótesis total.

La filosofía de colocar un diente con cúspide opuesto a una forma oclusal dental de cero grados sobre un plano paralelo con el soporte,

considera los principios mecánicos; sin embargo, en principio la fisiología de los movimientos mandibulares y sus controles son mucho más complicados.

Cuando se presenta máximo contacto oclusal con los cóndilos dentro de una posición cómoda en las fosas y la fuerza de la oclusión se dirige en ángulo recto con respecto a su soporte las bases de las dentaduras permanecen en una posición estable.

En la técnica convencional los dientes anteriores se colocan en dirección anteroposterior y mediolateral en armonía con la acción de los labios y la lengua.

La altura vertical y las inclinaciones de sus cuellos deben seguir la cera anterior contorneada. Cuando el articulador esté cerrado y el vástago de la guía incisal se encuentre en máximo contacto con la mesa de la guía incisal, los dientes anteriores estarán libres de contacto con los dientes antagonistas o la base de registro. Esta relación deberá ser conservada en todo momento.

Se colocan los dientes mandibulares sobre un plano paralelo con la medida de la base. La altura del plano se establece de forma que no exceda las dos terceras partes de la altura del cojinete retromolar.

La posición bucolingual deberá ser compatible con la acción de la lengua y los carrillos. Winkler 3.

Se hace un registro de relación céntrica de los maxilares sobre rodillos oclusales de cera con presión mínima en la técnica de transición. Los modelos y el registro interoclusal de cera estarán ahora montados en un articulador de línea plana, colocándose los dientes faltantes con una buena oclusión céntrica.

Si aún existen suficientes dientes posteriores, no será necesario montar los modelos en el articulador.

El encerado se termina, empleando un grosor doble de cera en el -

borde y adelgazándole cerca de los cuellos de los dientes.

Los márgenes gingivales se tallan bien definidos sobre la superficie labial bucal, palatina y lingual de forma que la resina de color de diente sea delimitada con facilidad de la resina rosa cuando se empaque la dentadura.

El patrón para el paladar de la dentadura se forma con un solo grosor de cera. Las dentaduras de cera se enfrasean con una matriz de yeso piedra sobre la cera y los dientes, y se separa el frasco. Deberán tomarse todas las precauciones para que la cera se ablande pero no se derrita. Winkler 4.

Swenson menciona que antes de registrar la relación central para las dentaduras inmediatas, debe hacerse un examen para determinar posibles malas posiciones del maxilar inferior, que él pueda haber adquirido en los años en que ha estado perdiendo dientes.

Debe tenerse cuidado al establecer la relación central que no siempre es la oclusión central.

La pérdida regular de los dientes, el desgaste, el aflojamiento y la extrucción de los dientes han causado la desviación de la mandíbula fuera de su relación central normal.

Para la estabilidad de la dentaduras artificiales es necesario colocar el maxilar inferior en su posición de máxima retrusión.

Los dientes naturales resisten una posición anormal de la mandíbula mejor que los artificiales, porque el anclaje de los dientes naturales es mucho más grandes.

Si la dentadura artificial se construye conforme la posición central adquirida un contacto prematuro bajo la presión masticatoria fuerte hará que aquella pierda estabilidad, con la consiguiente destrucción de hueso subyacente.

Cuando sobre un bolo alimenticio resistente se ejerce el máximo - de fuerza muscular, la mandíbula se mueve a su posición de mayor retrusión.

Si la dentadura no ha sido construída con arreglo a esta posición chocarán desigualmente, los tejidos se resistirán y se perderá la estabilidad.

En este período de estudio hay que decidir si la dimensión vertical se va a reproducir con exactitud. De la pérdida, desgaste y aflojamiento de los dientes resulta con frecuencia una reducción en la dimensión vertical. Si la mordida va a ser abierta nuevamente, la cantidad debe determinarse en este momento.

En la construcción de este caso particular está indicada una placa parcial inferior con sillas.

El plano oclusal se determina con los dientes inferiores anteriores y los rodillos de mordida se construyen a esta altura.

Se reblandece la cera en el rodillo superior, se lleva a la boca y se hace que el paciente cierre en posición de retrusión. La cera es enfriada, se retira de la boca y se recorta el exceso.

Si la dimensión vertical va a aumentarse, debe procurarse que los dientes inferiores no lleguen a chocar con los dientes superiores.

Con los rodillos en la boca se ejercita al paciente en los movimientos de protusión y retrusión para asegurarse de que la mandíbula - puede llegar a su posición más posterior.

Probablemente se necesitará tiempo y esfuerzo para corregir la - desviación del maxilar inferior. Después de que el operador esté seguro de que el paciente sabe llevar la mandíbula a la posición de retrusión correcta se reblandece nuevamente la cera del rodillo superior y se registra la posición.

Luego se quita el exceso de cera, de manera que no haya planos - que guíen al maxilar y se trazan líneas en ambos rodillos cruzando el plano oclusal.

El paciente deberá repetir en esta ocasión todos los movimientos de la mandíbula hacia adelante y hacia atrás con la finalidad de verificar correctamente si estas líneas coinciden. Se pega el rodillo de mordida una horquilla de arco facial que se ha preparado especialmente para dentaduras parciales inmediatas cortando las dos puntas anteriores de una horquilla ordinaria, de manera que no toque los dientes anteriores cuando esté en posición de la boca y sobre el modelo.

La horquilla puede dejarse en su lugar hasta que el modelo inferior ha sido montado. Se toma esta precaución para evitar una posible distorsión de la relación de mordida. El esqueleto metálico de la placa inferior, con los rodillos de cera, se pega al modelo inferior.

Este se coloca en relación con el modelo superior por medio de - las indicaciones oclusales que se tomaron en la boca, en el momento de registrar la relación central final.

Los rodillos de cera se pegan muy cuidadosamente porque su extensión es más bien limitada.

Hay que tener precaución para que no se pierda esta relación en el montaje final. Se coloca yeso entre el miembro inferior del articulador y el modelo para completar.

Después de endurecido el yeso, se aflojan y se quitan los excedentes delgados de cera de los rodillos oclusales.

Se cortan cuatro capas de cera para bases en forma de herradura, - se colocan sobre los dientes anteriores y los rodillos oclusales de cera. Esta cera se reblandece y el articulador se mueve un cuarto de pulgada en protusión, con una inclinación condilar de 10° a 20° . Entonces el articulador se cierra en la cera reblandecida.

Al hacer un registro de protusión es muy difícil regular la distancia en que el maxilar inferior va a moverse.

Por esta razón se hace el registro primero en el articulador, luego se enfría y se coloca en la boca para que el paciente ensaye el movimiento de protusión, después de que el paciente ha entendido como hacer la protusión del maxilar hasta las marcas de la cera, ésta se reblandece en agua a 135°F.

Se usa agua en vez de una llama a fin de conservar las marcas para guiar al maxilar a su posición correcta.

Cuando el paciente tiene el maxilar en esta posición, se le hace que aplique presión masticatoria. La cera tiene suficiente espesor para registrar la mordida sin perforación.

Se enfría la cera en la boca y se asienta sobre el modelo en el articulador. Se aflojan las tuercas de la guía condilar para adaptarla a la posición que el paciente ha registrado en la cara. Si al probar el ajuste la guía condilar está muy inclinada, el caso se abrirá en la parte posterior si la guía está muy horizontal, los rodillos y los dientes mostrarán falta de contacto en el frente.

Estos ajustes se colocan en tal inclinación que toda superficie de los rodillos esté en contacto.

Boucher menciona en el capítulo IV que para tomar los registros intermaxilares se utilizan rodetes de oclusión.

El objetivo de una transferencia exacta de las relaciones intermaxilares se complica un tanto con el hecho de que no siempre es factible extender la parte anterior del material protético de la base de prueba hacia una zona estable sobre las superficies linguales de los dientes anteriores.

Es de primordial importancia el que hayan bases protéticas de

prueba muy estables y vale la pena que el odontólogo emplee un tiempo suplementario para confeccionar una base de prueba que se adapte exactamente a los tejidos.

Se puede utilizar cera para base dura, cera reforzada o resina acrílica de autocurado, la presencia de dientes inferiores naturales es una guía útil para el establecimiento de la altura del plano oclusal y los rodetes de oclusión se confeccionan en forma tal que, corresponda su altura.

La importancia de corregir toda posición mandibular de comodidad por causa dentaria que el paciente pudo haber adquirido a través de los años mientras iba perdiendo sus dientes.

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

Boucher 4.

Puede requerirse un ajuste oclusal de los dientes naturales remanentes para asegurar de que coinciden la oclusión céntrica y la relación céntrica.

Se realiza un estudio al tomarse el registro de las relaciones maxilomandibulares para determinar si se reproducirá exactamente la dimensión vertical oclusal.

La pérdida desigual de dientes, el aflojamiento de dientes remanentes y la abrasión dentaria a menudo conducen a una dimensión vertical de oclusión disminuida.

Si se requiere aumentar la dimensión vertical de oclusión, se determinará en este momento la magnitud del cambio.

La técnica de registro de la relación céntrica es la misma que se describió en el capítulo anterior. Se modela el rodete de oclusión su-

perior en forma tal que en relación céntrica contacte uniformemente - con el rodete oclusal inferior y de modo que se logre la distancia interoclusal que se juzgue óptima.

En los rodetes se recortan ranuras de cinco mm de profundidad y se toma un registro de relación céntrica con yeso de fraguado rápido, con cera amarilla o con pasta cinquénolica.

En el rodete de oclusión se pega una orquilla de arco facial especialmente preparada para prótesis removible e inmediata por desgaste - de las dos saliencias anteriores. La transferencia con el arco facial - se hace en forma habitual y se completa el montaje en articulador.

Para la toma de registros protusivos y el ajuste del articulador son procedimientos de opción y dependen de si se usaran dientes con o sin cúspides.

Toda vez que se usen dientes con cúspides se llevan a cabo una o dos procedimientos según la primera técnica, se colocan aproximadamente cuatro capas de cera para base recortadas en forma de herradura sobre los dientes anteriores superiores y los rodetes de oclusión.

Se ablanda la cera y se fija el articulador en seis mm de protusión, con la lectura condilar apropiada de 10 a 20 luego el articulador se cierra sobre la cera blanda.

Al tomarse el registro protusivo, es muy difícil controlar la mandíbula en cuanto la magnitud de la distancia que se adelanta para el - registro, por esto el registro se confecciona primero en el articulador y después se enfría y se coloca en la boca para ensayar al paciente en lo que se desea.

Una vez que el paciente haya comprendido como protuir la mandíbula en las huellas de cera, esta cera se calienta nuevamente en agua de 57°C.

Se utiliza agua en lugar de una llama para que se conserven las huellas para guiar la mandíbula. Cuando los dientes contactan ligeramente con las huellas, se le dice al paciente que ocluya. La cera es suficientemente espesa como para poder registrar la posición mandibular sin perforar la cera. La cera se enfría en la boca y el registro de cera y el rodete de oclusión se colocan en los modelos en el articulador para probar el ajuste.

Se sueltan las tuercas de las trayectorias condilares para que las ranuras de ajuste se muevan libremente para adaptarse a la inclinación que el paciente ha registrado en la cera tibia. Si la trayectoria del articulador es excesivamente empinada, el registro no tocará el rodete de oclusión en la parte posterior.

Si la trayectoria es muy plana, los rodetes de oclusión y los dientes no contactarán en la parte anterior. Estos ajustes se ubican en una inclinación de modo que toda la superficie de los rodetes superior e inferior esté en contacto.

Se ajustan los tornillos de las trayectorias condilares y se retira el registro protusivo. El rodete de oclusión inferior se retira del esqueleto metálico y éste se coloca otra vez sobre el modelo y se pega en su sitio.

Las placas bases y los rodetes de oclusión de los dos modelos se guardan porque ya no hay más pruebas en la confección de las prótesis inmediata.

Un sistema efectivo de tomar el registro protusivo para prótesis inmediata es mediante el uso de yeso de impresión, este procedimiento tiene la ventaja de requerir la presión mínima al tomarse el registro, éste se toma indicando al paciente que protuya la mandíbula y cierre ligeramente sobre los dientes anteriores, el cierre debe detenerse inmediatamente antes de que contacten los dientes.

Después de fraguado el yeso, se retiran los rodetes de oclusión -

de la boca y este registro se usa para ajustar las trayectorias condilares del articulador.

Para la colocación de los dientes posteriores se pueden usar los modelos articulados para el enfilado de los dientes. Se siguen los principios expuestos anteriormente y los dientes en oclusión céntrica exacta. Las bases de prueba se colocan en la boca del paciente y se confirma la relación céntrica exacta.

Si la relación intermaxilar previa no fue la correcta, la relación céntrica y la oclusión céntrica no fue la correcta, la relación céntrica y la oclusión céntrica no coincidirán.

Se quitan de la base de prueba los dientes posteriores se toma un nuevo registro, de relación céntrica y se remonta al modelo inferior. Después se vuelven a enfilar los dientes en el nuevo montaje en articulador y se vuelven a probar en la boca antes de despedir al paciente.

Para la selección de dientes es fácil realizarlo, puesto que los dientes remanentes del paciente son un excelente punto de partida en cuanto a la forma, tamaño y tono que se eligen.

Los dientes anteriores se colocan de dos maneras:

En la primera técnica se recortan los dientes del modelo en forma alternativa y se excava la porción radicular anterior dándosele poca profundidad del lado vestibular y al ras con el margen gingival del lado lingual o palatino. La depresión ligera recortada en la porción vestibular acomodará los cuellos de los dientes artificiales, es obvio, que en bocas con enfermedad periodontal acompañada por retracción gingival y pérdida ósea no se recortará el yeso o muy poco. El escaso recorte del modelo permitirá la confección de una prótesis que proveerá una matriz adecuada para un reborde pleno, redondeado, de la zona inmediata.

El incisivo central derecho artificial es el primer diente que se

enfila en su posición y se pega con cera.

Después se reemplazan alternativamente los dientes, hasta que todos estén enfilados. Al quitar un solo diente permiten que se reproduzcan las pequeñas irregularidades que puedan haber. Los músculos de la expresión facial dependen de la reproducción del arco dentario; por eso se coloca un diente con el fin asimismo de conservar esta posición.

Los dientes superiores remanentes y los caninos derecho e izquierdo se ubican en el lugar de los que están en el modelo de yeso piedra. Con un calibrador de Boley se mide la distancia entre las superficies vestibulares de los caninos en el modelo de yeso piedra, de modo que sus reemplazantes tendrán una distancia idéntica entre sus caras vestibulares.

El segundo procedimiento ofrece la ventaja de asegurar que la preparación del modelo sea realizada por el odontólogo mismo, en vez de delegarlo al técnico. En el primer procedimiento el recorte definitivo del modelo se completa en el paso de la eliminación de la cera y por razones de conveniencia frecuentemente lo hace el técnico de laboratorio entonces se corre el riesgo de un recorte excesivo del modelo. Boucher 4.

Sharry utiliza las planchas de oclusión de cera y de acrílico se construyen para ambos moldes, el de arriba se coloca en la boca y se ajusta de modo que se obtenga la dimensión vertical previamente registrada. Si no se ha hecho un registro previo, la dimensión vertical tiene que establecerse de acuerdo con los métodos de Niswonger y Silverman.

A causa de la falta de retención de las planchas de oclusión, se debe usar siempre un adhesivo de dentaduras durante las relaciones de la mandíbula, así como revisar constantemente que las planchas de oclusión estén bien asentadas.

Cuando se ha establecido la dimensión vertical, se coloca un rollo de cera muy blanda sobre dientes inferiores y la plancha de oclusión y se le pide al paciente que muerda hacia la parte de atrás de la boca.

Se deben tomar varios registros de mordida para asegurarse de que la mandíbula está en posición retruida. La cera será blanda de la misma consistencia en ambos lados y el paciente tiene que ocluir las planchas de mordida. Si estas condiciones persisten varios registros de mordida coinciden, la relación céntrica estará registrada.

La posición protusiva puede ser registrada de una forma similar. El rollo de cera debe ser un poco más grueso, pero igual de blando en ambos lados y desde luego, las planchas de oclusión no deben tener contactos a causa del efecto de Christensen, al paciente se le enseña pro tuir la mandíbula y morder.

Se hace un registro del arco facial uniendo la horquilla a un rollo de cera ablandada, la cera entonces se interpone entre los arcos superior e inferior y al paciente se le manda morder en ella. No es im portante que el paciente muerda precisamente en la posición céntrica porque la mordida sólo sirve para asentar la cera en los dientes superiores y en el borde de oclusión. La cera con la horquilla unida se fi jará al arco facial, el cual se recordará=relaciona el arco facial maxilar con el cóndilo.

La cera con la horquilla se une al arco facial, que se coloca en la cabeza con sus estiletes condilares dirigidos a un punto aproximadamente un cm. anterior al trago del oído.

El señalador infraorbital se orienta correctamente, y se aprietan todas las restantes conexiones. Este montaje se quita del paciente y se coloca en el articulador. Se hacen ajustes iguales de ambos estiletes condilares para que sirvan en las distancias intercondilares más estrechas en el instrumento y el tornillo anterior se sube o se baja -

hasta que el señalador infraorbital se dirija al marcador de plano apropiado en el articulador.

Por lo tanto el molde maxilar puede ser montado en su relación correcta con los cóndilos. El molde de abajo puede montarse después en posición céntrica por medio de los registros de mordida céntricos y la guía condilar se obtiene a través de los registros de mordida protusivos.

La colocación de los dientes está muy simplificada en el tratamiento de dentadura inmediata a causa de la guía que ofrecen los dientes naturales que quedan.

El modelo de estudio puede utilizarse para seleccionar el tamaño y forma de los dientes y las guías de tono para seleccionar los colores apropiados. Se pueden añadir tintes y otras irregularidades a los dientes artificiales y compararlos directamente con los dientes naturales.

El medio más conveniente de lograrlo es quitar un diente sí y otro no en el modelo de piedra, de uno en uno contándolo a ras con su encía. No se debe cortar más abajo de la hendidura gingival haciendo un agujero, porque el acrílico que llena estas excavaciones en la dentadura hace que los tejidos no llenen el lugar de la extracción.

Es mejor tallar los dientes de piedra correctamente en el molde.

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

El mayor grado de perfección se puede conseguir duplicando los dientes naturales del paciente cuando esto sea preferible. Hacer los

dientes anteriores en la consulta o en el laboratorio es muy fácil y recompensado. Sharry 4.

Salzar utiliza acrílico autopolimerizable para hacer las bases, 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 retensivos 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.

Salzar prefiere rodetes de oclusión de cera.

Cuando la índole del 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. Sólo posteriormente se le dará soporte mucoso puro.

Cuando hay antagonistas que ocluyen y se tiene la intención de mantener la altura oclusal, basta recortar los rodetes, poco a poco y reblandecerlos los últimos dos 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 la oclusión central, signos de rodetes insuficientemente plastificados, se los reblandecerá nuevamente y se repetirá el registro.

Cuando se desea aumentar la dimensión vertical, el problema debe encararse 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.

Según los casos, puede ser necesario o no establecer un plano de orientación, siguiendo el existente o no, para ayudarse en estas determinaciones. Los dientes existentes pueden servir de guía o de estorbo, según los casos.

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

Puede utilizarse cualquiera de los métodos de montaje, los expertos prefieren el arco facial y articulador adaptable. Saizar 4.

CAPÍTULO V

TÉCNICAS DE ARTICULACIÓN SEGUN SATZAR

El cambio de los dientes del modelo por los artificiales ofrece tres variantes principales:

A) IMITANDO 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:

a) Elegir, tallar y preparar un incisivo central, imitando el correspondiente del modelo (recurriendo a otro modelo si el diente no estuviera claro en el modelo de trabajo).

b) Con una sierra de joyero o un disco de carborundo, - separa sus vecinos el incisivo central imitado y cortarlo cuidadosamente por el cuello. Rebajar el yeso de modo que por palatino llegue justo a nivel de la encla y por vestibular lo que se haya calculado de alveolectomía necesaria; en general, no pasa de un par de milímetros debajo del borde gingival.

c) Pegar con cera el diente artificial en su sitio, de modo que el cuello y el borde incisivo queden exactamente igual que el anterior. (El modelo frontal de los dientes anteriores es de gran ayuda en este instante).

d) Repetir la maniobra con los demás dientes, pegándolos siempre cuidadosamente.

Se puede lograr mejor control si siguiendo a Dahlberg se dibujan en la encía del modelo los ejes mayores de los dientes y se marca en estos una distancia determinada a partir del borde incisivo.

B) REPRODUCCION 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 menester imitar sólo las características esenciales, corrigiendo los defectos mayores. Una manera de proceder consiste en:

a) 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 reproducirlos más tarde en la prótesis mediata.

b) Preparar la o las prótesis procediendo al cambio de dientes según la técnica, 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 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) CUANDO LOS DIENTES REMANENTES NO SIRVEN DE GUIA Y SE

REQUIERA MODIFICACION TOTAL.

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.

El procedimiento es, en principio, siempre el mismo; pero el criterio necesario cada vez mayor. 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 esquema 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.

Posición de los anteriores sin enclá artificial:

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

Terminado el enfilado y completada la articulación se debe encastrar la pieza, tallando y alisando la cara como corresponde.

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

CONCLUSIONES

El objetivo de este tema es considerar algunos de los factores inplucados en la extracción y reposición de los dientes naturales con - dentaduras convencionales inmediatas.

Una dentadura no es un tejido vivo aunque debe ser aceptado como parte de un sistema formado por tejidos vivos tiene que ser fisiológico y tolerado por el paciente.

Para determinar si el tratamiento es un éxito o un fracaso, deberán establecerse requisitos o normas mediante las cuales pueda valorar se con precisión la dentadura.

En ocasiones, aún bajo las mejores circunstancias, la valoración clínica no es adecuada. Los resultados del tratamiento de un individuo varían cuando se les comparan con los de otro que recibe un tratamiento idéntico. La disección de personas no siempre es posible por lo que la valoración objetiva de los esfuerzos propios son confusos y lo que el paciente dice o deja de decir no siempre es una indicación de éxito o de fracaso.

Existen ya muchas técnicas aceptables para llegar a un diagnóstico, cuando se quiera fabricar una dentadura inmediata.

Las diferentes técnicas que se utilizan son las siguientes:

En la dentadura de transición:

Pueden usarse para conservar los tejidos bucales durante el rebase o reparación de las siguientes dentaduras, también son buenos sustitutos temporales, no tienen que levantarse colgajos ni emplearse suturas bajo condiciones ideales. No es necesario realizar la eliminación

deliberada de hueso.

En la dentadura de Pound:

La cirugía y los colgajos de tejido blando son innecesarios, si existen áreas de presión pueden ser aliviadas sobre la dentadura en el momento de su inserción eliminando así el dolor característico del período postoperatorio a la inserción de las dentaduras.

En la dentadura inmediata convencional:

En la fase de diagnóstico se elaboran modelos de estudio de impresiones hechos con hidrocoloide reversible o irreversible, no se emplean suturas, ni colgajos.

En la dentadura interina:

Es una prótesis dental que se emplea durante un período corto por motivos de estética masticación, soporte oclusal.

BIBLIOGRAFIA

1. *Prostodoncia total*
Sheldon Winkler,
1a. Edición, México, D.F.
Editorial Interamericana
2. *Prostodoncia total*
Pedro Saizar
1a. Edición, Buenos Aires
Editorial Mundi
3. *Prostodoncia dental completa*
John J. Sharry
1a. Edición
Editorial Toray, S.A. Barcelona
4. *Prótesis para el desdentado total*
Carl O. Boucher
1a. Edición
Editorial Mundi
5. *Dentaduras completas*
Merrill Swenson
2a. Edición
Editorial Uteha
6. *Manual de sobredentaduras inmediata*
Robert M. Morrow
1a. Edición
Editorial Mosby Company.