

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



PRINCIPIOS Y PROCEDIMIENTOS BASICOS PARA LA ELABORACION DE UNA PROTESIS TOTAL INMEDIATA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A:

BLANCA ESTELA GONZALEZ VILCHIS

MEXICO, D. F.

1983



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 esta 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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

	PAG.
INTRODUCCION	1
I.- HISTORIA DE LA PROSTODONCIA	2
II.- ANATOMIA PROTESICA	8
1).- CARA	
2).- HUESOS DE LA CARA	
3).- MUSCULOS	
4).- GLANDULAS	
a).- SUBMAXILARES	
b).- SUBLINGUALES	
5).- ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULARES	
a).- CAVIDADES GLENOIDEAS	
b).- RAICES DE LOS ZIGOMAS	
c).- CONDILOS MANDIBULARES	
d).- MENISCOS INTERARTICULARES	
e).- LIGAMENTOS	
f).- CAVIDADES SINOVIALES	
g).- ARTICULACIONES TEMPORO Y CONDILOMENISCALES.	
III.- ESTUDIO DEL PACIENTE PARA PROTESIS TOTAL INMEDIATA....	18
1).- HISTORIA CLINICA	
2).- DIAGNOSTICO-PRONOSTICO	
3).- EXAMEN CLINICO	
4).- EXAMEN BUCAL.	
a).- EXAMEN RADIOGRAFICO	
b).- IMPRESIONES PRELIMINARES	
c).- MODELOS DE ESTUDIO	
d).- ARTICULADOR DE DIAGNOSTICO.	
e).- INDICACIONES Y PLANES DE TRATAMIENTO	
IV.- PROTESIS INMEDIATA	30
1).- GENERALIDADES	
2).- VENTAJAS	
3).- DESVENTAJAS.	
4).- INDICACIONES	

- 5).- CONTRAINDICACIONES
- 6).- TIPOS DE PROTESIS INMEDIATA

V.- REGISTROS PREVIOS A LA ELABORACION DE LA PROTESIS... 40

- 1).- REGISTROS PRINCIPALES
 - a).- Medida de Altura Facial
 - b).- Articulador de diagnóstico
 - c).- Color
 - d).- Modelos Frontales
 - e).- Impresiones para colocar los dientes naturales.
 - f).- Perfil
 - g).- Fotografía.

VI.- IMPRESIONES45

- 1).- IMPRESIONES PRELIMINARES (Método de Obtención)
- 2).- PORTAIMPRESION INDIVIDUAL(Método de Obtención)
- 3).- DELIMITACION DEL PORTAIMPRESION
- 4).- IMPRESION FISIOLOGICA
- 5).- MODELO DEFINITIVO
- 6).- BASE DE REGISTRO

VII.- RELACIONES INTERMAXILARES.....52

- 1).- PLANO DE ORIENTACION
- 2).- POSICION FISIOLOGICA DE DESCANSO
- 3).- DIMENSION VERTICAL
- 4).- RELACION CENTRICA

VIII.- PRUEBAS DE ARTICULACION Y TERMINACION.....66

- 1).- SELECCION DE DIENTES
- 2).- PRUEBAS DE ARTICULACION DE LOS DIENTES FALTANTES
- 3).- CONTROL SOBRE LA FORMA DEL PROTESIS
 - ...- ACONDICIONAMIENTO DEL MODELO
 - ...- CON LA QUIRURGIA.
- 4).- ARTICULACION DE DIENTES ANTERIORES
- 5).- CAMBIO DE DIENTES
- 6).- TERMINACION DE LA PROTESIS.

IX.-	TRATAMIENTO QUIRURGICO.....	76
	1).- PREPARACION DEL PACIENTE	
	2).- PRUEBAS DE LABORATORIO	
	3).- SELECCION DE ANESTESICO Y TECNICA DE ANESTESIA	
	4).- TECNICA QUIRURGICA	
	5).- POSTOPERATORIO	
X.-	SERVICIO DE TRANSICION.....	83
	1).- DURACION DEL TIEMPO EFICIENTE DE LA PROTESIS	
	2).- PRIMER REBASADO	
	3).- RENOVACION O CAMBIO TOTAL DE LA BASE	
	4).- CONSERVACION FUNCIONAL Y ESTETICA	
	CONCLUSIONES	87
	BIBLIOGRAFIA	89

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

El objetivo por lo cual desarrollo el tema de prótesis total inmediata es el de mostrar que cualquier odontólogo de practica general, debe y puede tener conocimientos necesarios para realizar este tipo de trabajo.

Basándome en los conocimientos que hasta ahora se tienen y por las experiencias adquiridas, intentaré dar una idea -- clara acerca de la utilidad que este tratamiento nos proporciona aún cuando se tenga la idea de que es un trabajo difícil y poder así encausar a los estudiantes de esta carrera a que se interesen y esfuercen en aportar nuevos estudios y técnicas que puedan ser de utilidad a todo odontólogo.

Considero que todos los conocimientos que logre adquirir después de terminar este trabajo, me serán de gran utilidad, tanto en mi vida profesional como para prestar un mejor servicio a la comunidad.

CAPITULO I

HISTORIA DE LA PROSTODONCIA

Remontándonos a sus orígenes vemos que las primeras prótesis que se conocen son de origen etrusco. Eran aparatos fijos, retenidos por bandas de oro o por ligaduras.

Los Griegos no llegaron a conocer otro medio de retención de la prótesis que la ligadura. Respecto a los Egipcios, a quien se atribuye al invento de la prótesis, no se ha encontrado ningún aparato en ninguna momia solo existen referencias odontológicas sobre hechos protéticos en los papiros de Ebers de 1500 a 3700 a J.C.

Sabemos que entre los Romanos eran ampliamente conocidas las prótesis debido a las alusiones que hacen de ellos Horacio y Marcial en sus sátiras. Esto nos induce a creer que la prótesis estaba muy adelantada en tiempos de Marcial.

Sin embargo, desde el tiempo de los Romanos y hasta el advenimiento de la odontología moderna no tenemos nuevas noticias de la prótesis.

A pesar de ello, se justifica este retardo en la restauración protética debido al estado rudimentario de la ciencia odontológica, lo cual hacía apelar al único recurso conocido como la extracción.

Así pues el problema era distinto cuando se trataba -

de reponer dientes perdidos por lo que era imposible o casi imposible obtener restauraciones funcionales por los medios entonces conocidos.

En las pocas restauraciones próticas que se conservan de la antigüedad, los dientes empleados han sido humanos o de animales o de marfil.

En la época de Ambrosio Paré se sustituía los dientes de hueso y marfil de elefante por el marfil del colmillo de hipopótamo, en la segunda mitad del siglo XVIII, transcurre el período de auge en la demanda de dientes humanos para las dentaduras artificiales, los dientes más apreciados eran los que se extraían de personas vivas, cuya procedencia conocida resultaba una garantía de juventud y frescura.

El nacimiento de los dientes de porcelana tuvo circunstancias en las cuales un farmacéutico de Saint Germain, -- cerca de Paris llamado Duchesneau de Chemin tenía una dentadura con base de colmillo de hipopótamo, que por su porosidad absorbía toda clase de vapores de los líquidos que el señor manipulaba en su laboratorio, usando diversos platos en la boca y produciéndole un mal gusto permanente. Y así le ocurrió la construcción de una dentadura de porcelana.

En la edad media, en lo que a prótesis se refiere, se continuaba aún con las retenciones a base de ligaduras.

En el renacimiento, la dentadura se promueve dando un-

gran impulso por la invención de la imprenta. Por la mayor facilidad de difusión en los conocimientos.

1.- Así es como en 1544 Walter Ryff escribió el primer libro dedicado íntegramente a las lesiones dentarias.

2.- El segundo libro exclusivamente dental aparece en 1557 y su autor es Francisco Martínez.

3.- En 1684, Matías Purman muestra la posibilidad de confeccionar un molde directamente en la boca, lo que vendría a significar el nacimiento de las impresiones.

4.- En 1662 Nuck habla por primera vez de la posibilidad de confeccionar una dentadura inferior completa de un solo bloque de marfil.

5.- En 1717 Dionis habla de un tal Guillemeau, que hacía unos dientes artificiales mediante una pasta fabricada por él.

6.- En 1728 Fuchar nos habla de la colocación de dientes a pivote, de la prótesis completa y de la construcción de obturadores palatinos.

7.- En 1756, Plaiff, dentista de Federico el grande de Prusia fue el primer autor que habla de modelos dentales en yeso.

8.- En 1776, Dubois es el primero que hace los modelos en yeso en Francia.

9.- En 1805, Gariot inventa el articulador y práctica

primera mordida más tarde aparecen infinidad de perfeccionamientos inspirados en el primitivo articulador de Gariot, hasta llegar al articulador científico de Gysi.

10.- En 1820, Delabarre fué el primero que se le ocurrió la idea de las cubetas.

11.- En 1840, Goodyear descubre la vulcanización, tecnología éste adoptado por Hancock en 1841.

12.- Mauryen en 1842 y Rogers, en 1845, presentan las primeras cubetas tal como nosotros las consideramos.

13.- A Dunning, dentista americano se le ocurre tomar impresión con yeso teniendo mucho éxito en 1841-44.

14.- La pasta Hind o Gelita, nuevo material para la toma de impresiones y que pretende suplantar al yeso en 1856 ha tenido su aparición.

Los datos más remotos de la prótesis inmediata es a mediados del siglo pasado, según hallazgos en el Cosmos Dental-1860.

15.- Según Passamani: "Hoy la prótesis inmediata ha causado más quejas en el público que en ningún otro tipo de prótesis, refiriéndose principalmente las quejas, a resultados este insatisfactorios y a la mala adaptación."

16.- Kleir (1908) refiere que el trabajo de la prótesis inmediata deficiente, se debe a la falta de adaptación.

17.- Pound 1970 lo atribuye, a que los odontólogos no son preparados suficientemente desde la escuela, para introducir a los pacientes en esta nueva y trascendental etapa de sus vidas.

La prótesis inmediata es un servicio profesional que requiere más conocimiento, habilidad y criterio que la prótesis regular.

Libros de consulta: Salvador Lerman, Historia de la -
odontología y su ejercicio legal, ed. Mundi. 2a. edición. Sai--
zar Pedro, Prostodoncia total, ed. Mundi. Buenos Aires 1972.

1).- Walter Ryff (1544)	Capítulo	XXXIV	pág. 332
2).- Francisco Martínez (1557)	"	"	pág. 330
3).- Matias Purman (1684)	"	"	pág. 332
4).- Nuck (1762)	"	"	pág. 332
5).- Dionis (1717)	"	"	pág. 332
6).- Fuchard (1728)	"	"	pág. 332
7).- Plaff (1756)	"	"	pág. 330
8).- Dubois (1776)	"	"	pág. 330
9).- Gariot (1805)	"	"	pág. 331
10).-Delabarre (1820)	"	"	pág. 330
11).-Goodyaer (1840)	"	"	pág. 337
12).-Maurycn (1842)	"	"	pág. 330
13).-Dunning (1843)	"	"	pág. 331
14).-Aparición de la Godiva (1850)	"	"	pág. 332
15).-Klein (1700)	"	XXIV	pág. 456
16).-Passamonti (1764)	"	"	pág. 456
17).-Pund (1770)	"	"	pág. 456

CAPITULO II

ANATOMIA PROTESICA

Se entiende por anatomía protésica o protética, - el conocimiento de la anatomía del aparato estomatognático.

Su estudio conduce a fijar el valor de las formas -- anatómicas y sus modificaciones funcionales: facilita apreciar la significación de las formaciones anatómicas remanentes para la retención y soporte de la prótesis siendo además imprescindible, para investigar las deformaciones, desorganizaciones y transformaciones orgánicas bajo las condiciones que las prótesis imponen.

1).- CARA

Se entiende por cara o rostro, la parte anterior de la cabeza, desde la línea del cabello hasta la base del mentón. Es el centro de la expresión y asiento de gran cantidad de modificaciones que constituye signo de valor semiológico.

2).- HUESOS DE LA CARA

Los huesos de la cara se dividen en dos porciones, - llamadas maxilares la inferior está denominada únicamente por - el maxilar inferior; la superior en cambio, es muy compleja y - está constituida por tres huesos. Los de arriba están dispues- tos por pares a uno y otro lado del plano nasal mientras el-

restante es impar.

Entre los huesos pares tenemos: Maxilares superiores, los malares, los unguis, los cornetes inferiores, los huesos -- propios de la nariz y los palatinos.

El impar es el Vomer.

3).- MUSCULOS

Los músculos de la cabeza comprenden un grupo de músculos masticadores que se insertan por una de sus extremidades en el maxilar inferior y otro grupo de músculos cutáneos una -- de cuyas extremidades, se inserta en la cara profunda de la -- piel.

Los músculos masticadores son en número de cuatro, e intervienen en los movimientos de elevación y lateralidad del maxilar inferior y son: Temporal, Masetero, Pterigoideo interno y Pterigoideo externo.

Los músculos cutáneos de la cara comprenden los músculos de los párpados, músculos de la nariz y músculos de los labios.

Los músculos del maxilar superior.- En la cara externa del maxilar superior se inserta una amplia proporción de -- los músculos faciales, en el borde posterior se insertan los -- músculos del velo del paladar ya sea directamente o mediante -- la aponeurosis palatina indirectamente.

De los músculos masticadores, sólo el masetero se inserta en el maxilar superior y los otros lo hacen directamente en la base del cráneo como los pterigoideos o en su superficie externa como los temporales.

Músculos del Maxilar Inferior. - Todos los músculos insertados en el maxilar inferior influyen sobre sus movimientos y posiciones, estos músculos pertenecen a dos grupos, los músculos de la masticación o elevadores del maxilar inferior, y los músculos suprahioides o depresores de la mandíbula y son: Digastrico, geniohiodeo, milohiideo y el estilohiideo, de estos sólo el músculo estilohiideo no influyen directamente, pero ejerce indirectamente, junto con los músculos infrahioides, una influencia importante sobre los movimientos del maxilar inferior, los músculos infrahioides son esternocleidohiideo, omohiideo esternotiroides y tirohiideo.

4).- GLANDULAS

Las glándulas consisten en células epiteliales especializadas para sintetizar compuestos que secretan hacia conductos o a la sangre.

a).- Submaxilar

Está situada en la parte lateral de la región suprahioides y ocupa la depresión angular comprendida entre la cara interna de la mandíbula por una parte y los músculos supra

hioideos, la cara lateral de la base de la lengua y la de la faringe por otra.

El conducto excretor llamado de Wharton es de paredes delgadas pero resistentes. Emerge de la cara profunda de la glándula y se dirige enseguida hacia adelante y adentro: éste conducto acompaña a la prominencia anterior de la glándula, después va por dentro del milohioideo y de la glándula sublingual, hasta la extremidad anterior del frenillo lingual.

b).- Sublingual:

Se aloja en la fosa sublingual, que es una zona cóncava en la superficie interna del maxilar inferior, encima de la línea oblicua interna, se encuentra inmediatamente abajo de la mucosa del piso de boca, bajo la base de la lengua.

La glándula descansa en asociación en las crestas de los carúnculos sublinguales mediante los conductos de Rivinus o Bartholini, nace de la parte media de la cara profunda de la glándula. Sigue el conducto de Wharton y se abre por fuera de él en el vértice de la papila sublingual.

5).- ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULARES

La articulación temporomandibular es una de las articulaciones distintas de los huesos que se unen entre el maxilar y el mandíbulo y se caracteriza por tener el eje de la articulación articular.

El movimiento entre el cóndilo y el menisco es un movimiento de rotación que permite que la mandíbula se mueva hacia abajo y hacia arriba.

El movimiento entre el menisco y la eminencia articular es un movimiento de deslizamiento que permite que la mandíbula se mueva hacia adelante y hacia los lados. En la función normal estos movimientos están combinados en las distintas funciones en que toma parte la mandíbula, es decir en la masticación, deglución, fonética, respiración y expresión facial, la posición más habitual que toma la mandíbula es la posición postural la cual está mantenida por el tono de los músculos que en la mandíbula se oponen a la gravedad principalmente al masetero.

a).- CAVIDAD GLENOIDEA

El borde externo o lateral de la cavidad glenoidea puede ser palpado colocando el dedo sobre el cóndilo y pidiendo al paciente que abra la boca. Esto produce un hueco dejado por el cóndilo al moverse hacia adelante.

b).- RAICES DE LOS ZIGOMAS.

Las raíces de los zigomas son convexas en su parte anterior y cóncavas en el transversal terminal por fuera de los tendones zigomáticos.

Histológicamente la superficie posterior de la - -

raíz transversa y la vertiente condílea delantera, que se enfrenta a través de los meniscos suelen aparecer reforzadas por una capa de tejido fibroso, la cual se interpreta como prueba de que entre esas superficies se realiza el mayor esfuerzo en el trabajo de la articulación.

c).- CONDILOS MANDIBULARES

Estos se encuentran en la porción más superior y posterior de la rama ascendente del maxilar inferior.

Normalmente cuando se cierra el maxilar, la cabeza del cóndilo hace contacto con el menisco, y este a su vez con la cavidad glenoidea. Si los dientes superiores e inferiores se mantienen en contacto y se efectúan movimientos de deslizamiento, se debiera mantener en contacto entre la cabeza del cóndilo, el menisco y la cavidad glenoidea.

d).- MENISCOS INTERARTICULARES

En las fases tempranas de desarrollo, el disco articular contiene una proporción elevada de tejido cartilaginoso en comparación con el tejido fibroso, mientras que en la edad adulta predomina el tejido fibroso. Esta aplica a la superficie interna de la cápsula articular entre las superficies óseas de la articulación. También se el espacio articular en sus dos cavidades separadas por el menisco.

La forma del disco articular comparado con la de un 10

nete ubicada sobre la cabeza del cóndilo. La periferia es más gruesa que el centro y la periferia posterior es la de mayor espesor.

e).- LIGAMENTOS

Los llamados ligamentos accesorios (estilo, eseno y pterigomandibulares) parecen no tener influencia en la articulación temporomandibular aunque quizá actúen como frenos en los movimientos mandibulares extremos.

La cápsula o ligamento cápsular, forma una especie de manga troncoconica constituida por tejido fibroso relativamente laxo, excepto a nivel de los refuerzos laterales, externos e internos que rodea cada articulación.

El ligamento temporomandibular, ó lateral externo - se conoce como un ligamento independiente de la cápsula, es un ligamento poderoso que tiene 2 ó 3 mm de espesor.

El ligamento lateral interno es débil y la tendencia actual es no reconocerle carácter de refuerzo cápsular.

Los ligamentos menisco condilares, son intracapsulares e independientes de la cápsula, excepto en su inserción cóndilar. Choquet los llamó frenos menisales.

En cuanto al ligamento retroarticular de Sappey, ó ligamento meniscal posterior ó también llamado retroarticular, - Rees denomina a la zona retroarticular anterior zona bilami-

nar; Zenker, colchón fibroso.

f).- CAVIDADES SINOVIALES

La cavidad superior cubre toda la superficie articular glenoideo zigomática. Cuando el menisco ocupa su posición posterior esta cavidad se prolonga hacia atrás y abajo en el seno de los tejidos fibrosos retroarticulares. Hacia los lados se extiende sobre los ligamentos coracoclaviculares, formando así un foco perimeniscal que rodea al menisco por detrás y a los lados, lo que da al cóndilo su relativa libertad de movimiento dentro de la cápsula.

La cavidad inferior cubre la cabeza condílica, extendiéndose hasta el cuello por detrás y prolongándose, en un surco delantero, entre el menisco y la cápsula abrida cuando el cóndilo ocupa una posición posterior por encima de la inserción posterior del haz inferior del pteriocondileo externo.

El líquido sinovial (80% de agua y 20% de proteínas) sirve como medio lubricante y además sirve para la nutrición de la porción articular del menisco.

g).- ARTICULACIONES TEMPORALES INFERIORES

El menisco divide a la articulación en dos cavidades en forma de cuña. En la mayoría de los casos no aparecen normalmente, pero si alguna vez existiera sin duda fondeo no patológico toda la función temporomandibular se explica que

los movimientos deslizantes y rotaciones que permiten las cavidades y hay relativa independencia funcional entre la cavidad superior, responsable principal de los deslizamientos anteroposteriores, y la inferior responsable principal de las rotaciones.

Libros de Consulta.- Quiroz Gutierrez F.: Tratado -
de Anatomía Humana. Editorial Porrúa 18a. edición páginas --
99-114. Suizar Pedro, Proctodencia total. Editorial Mundi.
Edición Argentina Buenos Aires 1972 páginas 21-25.

CAPITULO III

ESTUDIO DEL PACIENTE PARA PROTESIS TOTAL INMEDIATA.

1).- HISTORIA CLINICA

La historia clinica es el relato fiel que hace el médico respecto a la evolución clinica de su paciente teniendo - además gran importancia en el diagnóstico: si el paciente goza de buena salud tanto física como psíquica estará predispuesto - para admitir cualquier tratamiento satisfactoriamente.

Por el contrario si nos refiere una historia de padecimientos crónicos, de mala salud, disminuirá las posibilidades de éxito en el tratamiento.

En ocasiones los trastornos neurológicos, metabólicos y las disfunciones hormonales presentan problemas especiales, aunque no sea una contraindicación absoluta para la elaboración de la prótesis.

La historia clinica debe orientarse para extraer los datos que le permitan hallar e interpretar la sintomatología, - conocer orgánica y psicológicamente al sujeto que la sufre y - formular un diagnóstico exacto y completo que sirva de pronóstico certero y base al tratamiento que se le dará.

En el estudio de salud, los análisis de orina o de - - sangre deben pedirse siempre que exista la necesidad de - -

aclarar dudas con respecto al estado general del paciente, - - existen ciertas circunstancias que deberán evaluarse previamente por sus manifestaciones orales, como serían las enfermedades degenerativas, que alteran la adaptación de la prótesis como pueden ser: Leucoplasias, sífilis, diabetes, osteftis fibrosa quística etc.

Debe evaluarse la estabilidad temperamental, actitudes e incapacidades mentales, además debe investigarse si están o no presentes ciertos hábitos como bruxismo, bruxomania y otros trastornos con ataques convulsivos como epilepsia.

Deberán observarse la respiración, ojos, complexión, contorno del cuello piel y estado nutricional e higiene personal del paciente.

Habitualmente los dentados por períodos largos, - presentan trastornos nutricios o vitamínicos, que requieren un estado geriátrico que les proporcione una dieta balanceada.

La historia clínica se completa con los informes que se obtengan con respecto a sus reacciones alérgicas.

2).- DIAGNOSTICO-PRONOSTICO

El diagnóstico es la interpretación y valoración de los síntomas los cuales se relacionan de una enfermedad a otra y de un caso a otro.

Debemos iniciar desde el principio que el diagnósti-

co no queda completado en la primera visita del paciente: en la primera sesión solo se alpliere una impresión clínica general, pero el diagnóstico se va complementando durante el curso del tratamiento.

Cada vez que el odontólogo elucra a un paciente, - deberá presentarse en la lúaqueza de los síntomas que le permitan conocer no solo el mal que le aqueja, sino también su estado y las posibilidades de sanar o mejorar mediante las medidas adecuadas.

El diagnóstico del diente al: parcial o total comprende dos fases: el diagnóstico local o dental y el diagnóstico protésico.

El diagnóstico local.- Es la síntesis que se obtiene del examen del sujeto concerniente a su estado de salud bucal.

El diagnóstico protésico.- Es la síntesis que se obtiene del estudio de las características del caso, con ayuda de los mismos elementos que facilitan el diagnóstico bucal. - Pero ahora del punto de vista protésico es decir, las cualidades que deberá satisfacer y las posibilidades de realizarlas con éxito.

PRONOSTICO.- El pronóstico es el complemento inmediato del diagnóstico amos intentos el concepto que se hace so-

bre el paciente y su estado. Pero en tanto el diagnóstico expresa la síntesis de la realidad el pronóstico anticipa el futuro.

EXAMEN.- El examen es la base del diagnóstico y también del pronóstico.

3).- EXAMEN CLINICO

La inspección visual y la palpación digital de la zona maxilofacial incluyen: a) Facies b) tono de los tejidos- c) dominio muscular.

a).- **Facies:** La inspección facial del paciente es una fuente importante para el facultativo: tiene importancia- observar el estado de las comisuras apreciando si hay humedad o inflamación crónica en ellas, el contorno del borde bermellón de los labios, el carácter de los surcos faciales nasolabial y geniolabial y la presencia o ausencia de filtrum.

Los pacientes a menudo solicitan que el surco nasolabial sea elevado o eliminado. Es difícil eliminarlo, pues la gravedad desempeña un papel importante en su desarrollo: en algunos casos se puede modificar mediante rellenos, pero estos se usaran con cuidado pues a veces mejoran la estética, a veces dificulta el trabajo muscular.

El surco geniolabial de continuación curva forma un ángulo y en otros casos es casi plano; esta curvatura indi-

ca el carácter de las relaciones maxilomandibulares.

El filtrum tiene relación estrecha con la presencia de dientes pues cuando un paciente pierde hueso alveolar en la arcada labial, la cual sirve de sostén al orbicular de los labios, el filtrum se pierde: esta depresión de la dentadura natural se pierde casi por entero en los desdentados la colocación inadecuada de los dientes anteriores es motivo de la desaparición u obliteración, mientras que una dentadura con sus dientes colocados correctamente en una forma de arcada -- apropiada restaura el contorno del filtrum en muy poco tiempo.

b) Tono de los Tejidos.- Los tejidos peribucales -- pueden ser tensos flácidos o de tono mediano. Los sujetos con tejido flácido admiten sobreextensiones con más facilidad en los bordes de los aparatos protésicos y en los pacientes de fuertes músculos y gran tonicidad deberán observarse detenidamente ya que la ubicación de los bordes del aparato deberán ser mucho más precisa.

c) Dominio Muscular.- Tendrán dificultades bastante mayores para aprender a usar la prótesis y se adaptaran menos a sus defectos, las personas de escaso dominio de sus movimientos sea cual sea la causa, parálisis, semiparálisis, falta de sensibilidad, de sentido muscular o simplemente falta de voluntad.

El dominio voluntario del paciente sobre su musculatura es un detalle que puede influir poderosamente en el resultado final de una prótesis completa.

4).- EXAMEN BUCAL.

- a.- Examen Radiográfico
- b.- Impresiones preliminares
- c.- Modelos de estudio
- d.- Articulador de diagnóstico.
- e.- Indicaciones y planes de tratamiento.

El examen de la cavidad oral revela generalmente, cuando el paciente busca tratamiento protésico, la historia de sus cualidades dentales lo manifiesta como buena, mala o indiferente. Con frecuencia los enfermos no proporcionan estas informaciones de una manera directa necesitando varias visitas hasta que se consiga una información más completa.

Es importante conocer si este paciente ha llevado y usado dentaduras y saber si sus experiencias con las mismas han sido buenas o malas.

Tiene mucha importancia tanto la observación visual o inspección como la palpación digital, esta palpación, con una presión suave para sentir el grado de firmeza es muy reveladora en cuanto al carácter del hueso alveolar, de la mucosa y submucosa, de las papilas alveolares y gingiva y de las características de estas estructuras.

La inspección sólo nos informa de la topografía y - contornos generales de los tejidos de la cavidad oral: el exámen digital revela la presencia o ausencia de resistencia, -- así como de dolor.

El exámen de la cavidad oral revela el carácter de la membrana mucosa: debe señalarse la presencia de zonas inflamadas, de zonas o manchas blanquecinas (leucoplasia, líquen plano o ulceraciones causadas por dentaduras fijas), el carácter de estas alteraciones del color nos interesa mucho - porque pueden existir lesiones malignas.

Este examen debe comprender también la superficie - lingual y vestibular de los procesos alveolares y, en general, toda la mucosa, desde el fornx vestibular, el paladar duro y blando, los pilares anteriores de las fauces y pared poste- -- rior de la faringe.

Además también debemos observar mediante el examen - digital la resistencia de los tejidos del fondo o piso de boca, la resistencia de inserciones musculares al proceso óseo. El tamaño de los maxilares así como su forma y el tamaño de - los rebordes residuales, en el examen visual.

Por otra parte, al introducir por vez primera un -- cuerpo extraño a la cavidad oral así como las siguientes ma- -- niobras, el paciente sentirá un dolor rechazado tanto en nues- -- tras manipulaciones así como la presencia de materiales extra

ños.

a).- EXAMEN RADIOGRAFICO

El examen radiográfico se aplicará en todos los casos para poder descubrir cualquier posible infección oculta y otros tipos de lesiones patológicas no visibles e inaccesibles al tacto, deben ser tomadas de toda la boca pues se apreciarán áreas afectadas o de rarefacción, raíces y dientes retenidos, espículas óseas y quistes que eran imperceptibles.

b).- IMPRESIONES PRELIMINARES

Estas impresiones permiten conocer mejor la sensibilidad del paciente explorar las condiciones de la boca para el trabajo protésico y reconocer la disposición mental del paciente.

c).- MODELOS DE ESTUDIO

Los modelos de estudio son una replica de las zonas sobre las que apoyará las dentaduras artificiales y permiten completar el conocimiento de las formas y características de los maxilares revelando detalles y circunstancias que escapan al examen bucal directo, estas réplicas se obtienen de las impresiones preliminares o analíticas.

d).- ARTICULADOR DE BIAJOSTICO

Es excelente elemento de trabajo para casos de consult

ta, así como para explicarle al paciente diversas características de sus casos, además informa su juicio e informa al paciente y, eventualmente al cirujano, sobre las medidas quirúrgicas que se van a requerir. Por otra parte permite estudiar el espacio protésico y los problemas relacionados con el enfilado y la articulación de los dientes.

e).- INDICACIONES Y PLANES DE TRATAMIENTO

Se entiende por indicación de tratamiento la formulación que se realiza sobre todas las situaciones que el paciente debe cuidar para lograr la restauración de la salud y comprenderlas.

a).- Las medidas quirúrgicas - orofaciales

b).- El tipo de prótesis, especificando calidad y extensión de las bases, tipo de dientes.

c).- Plan de transición, si es necesario prótesis inmediata, retrasados prótesis total transitoria etc.

Formulada la indicación de tratamiento se complementa con un plan: este es el momento en que se iniciará, las etapas, si las hay, que la conformarán, el orden en que se cumplirán y el tiempo que se requerirá.

El factor más importante y variable en todos los estados que conducen a la prótesis es la transición es el primer factor a considerar.

a).- Las roturas, pérdidas y otros accidentes exigen medidas urgentes.

b).- Los rebases cuando se hacen en un solo tiempo plantean otro tipo de situación asida.

c).- Los materiales actuales permiten al profesional hábil preparar prótesis de urgencia en pocas horas.

B).- El estado general del paciente incluyendo necesidades y obligaciones pueden demandar urgentes o de postergación, con o sin medidas intermedias (ajustes, reparación o retoques provisionales)

C).- El estado local exige detenta consideración:

a).- La boca sana permite planes de tratamiento rápido, lentos o diferidos, según convenza.

b).- La estomatitis profusas y otras, agudas o crónicas exigen su curación mediante el retiro de la prótesis, - rebasado o reajuste provisional.

c).- Los estados purulentes en la zona protésica - (focos residuales raíces dentarias, exóstosis, epitelias - - óseas, hiperplasia gingival, quistes, neoplasias benignas) - - exigen su tratamiento a la vez que el reajuste de la prótesis en uso, la eliminación de la prótesis definitiva, según los casos.

d).- Las neoplasias malignas de filosa exigen la in-

mediata eliminación de la prótesis, un diagnóstico de certeza y la supeditación de toda medida protésica al tratamiento que convenga.

D).- La prótesis inmediata exige un plan minucioso y claro:

a).- La preparación preprotética frecuentemente necesaria.

b).- El tiempo de preparación de la prótesis

c).- La o las intervenciones quirúrgicas

d).- El postoperatorio inmediato

e).- El cuidado y reajustes posteriores

f).- El reemplazo.

Libros de Consulta.- SAIZAP PIERRO, Prótesis dental Total. Editorial mundi. Edición Argentina Buenos Aires 1972 páginas 139-146, 163.

SHARRY JOHN J. Prótesis dental completa. Editorial Toray S.A. Barcelona 1972 páginas 164-165. NAGLE RAYMOND J. Prótesis dental "Dentaduras completas". Editorial Toray -- S.A. 2a. Edición páginas 164-165.

Tesis Profesional Montepios generales de prótesis - inmediata 1978.

CAPITULO IV

PROTESIS INMEDIATA

1).- GENERALIDADES

El tratamiento de la dentadura inmediata debe comenzar cuando se haya decidido que es necesario extraer todos los dientes. Ya que se entiende por prótesis inmediata la colocación de un aparato protésico inmediatamente después de haber realizado las extracciones.

La prótesis inmediata no autoriza la extracción de dientes cuya conservación es aún posible. Es un servicio que requiere conocimientos, habilidad y criterio por parte del profesional.

Para algunos cirujanos dentistas las prótesis colocadas días después de las extracciones van a participar de las mismas particularidades que caracterizan a la prótesis inmediata. El paciente no se ha acostumbrado a estar sin dientes, el aparato es colocado sobre frechas parciales solo cubiertas por coágulos o por colajes aún no consolidados, y por lo que deberá atenderse simultáneamente, la instalación de la prótesis y el postoperatorio ya que este último se desarrolla junto con la prótesis y atender, también a la cirugía maxilar.

La prótesis inmediata cualquiera que sea la técnica a seguir y el momento en que se le coloque, vaciará sobre te-

jidos recién operados y que sufrirán modificaciones importantes en poco tiempo. El servicio de reparación y de reemplazamiento es parte normal de todo tratamiento de prótesis maxilar, la cual no logra conservarse por mucho tiempo en buen servicio. Una segunda prótesis suele requerirse al cabo de un tiempo.

Los objetivos fundamentales de todos los procedimientos que inciden en el tratamiento de dentaduras maxilares son los mismos de todos los procedimientos indicados en la dentadura completa normal. La dentadura maxilar simplemente necesita ciertas alteraciones técnicas, por la exposición.

2).- VENTAJAS

a) Control de la temperatura. Una dentadura con su base ajustada, al cubrir los tejidos adyacentes en los tejidos actúa como un vendaje y reduce la pérdida de calor en los mismos.

b) Protección contra el viento. Los tejidos húmedos son protegidos de la irritación de los vientos, especialmente de toda la irritación de la lengua.

c) Protección contra infecciones del exterior. Factos tejidos húmedos y otros que pueden exponer al material infeccioso por el exterior, especialmente al material que pueden facilitar el desarrollo de bacterias.

d) Rapidez en la curación. Los alvéolos dentarios se rellenan y curan más rápidamente.

e) Mejor soporte para la prótesis. Los rebordes alveolares son más grandes y más regulares que cuando se les deja sin protección.

f) Mayor comodidad. Esta protección contra la irritación, y especialmente contra el acceso de aire a los tejidos abiertos, disminuye el dolor del paciente.

g) Mejoría en la fonación. La restauración inmediata de los dientes especialmente de los anteriores, hace posible al paciente hablar con más claridad.

h) Mejor aspecto. Este punto es uno de los que más influyen en la decisión del paciente está mejor con dientes -- que sin ellos y a medida que surten dientes parecen mejor que los naturales.

i) Pérdida de los dientes no apreciable. Con las dentaduras inmediatas y cuando se les muestra a familiares del paciente, ni los individuos de poco hábilmente se relacionan, son capaces de advertir que han sido quitados los dientes naturales. Siendo por el mismo motivo una gran aguja psíquica.

La pérdida de los dientes no apreciada, ni ausencia en las dentaduras inmediatas, y del resto a su vez, permite la restauración inmediata para que el paciente pueda acudir a su

oficina o a otras actividades públicas.

k) Ayuda para comer. A pesar de que la masticación se haga con cuidado en el período inicial, el paciente comerá mejor con dientes que sin ellos.

l) Supresión del colapso. El estar un período largo sin dientes motiva que las mejillas caigan colapsadas y flácidas; aun estar solo un corto período sin dientes puede causar daño a la articulación temporomandibular, con dolor o sin él.

m) Período de aprendizaje más corto. Cuando se permanecen sin dientes durante un largo período de tiempo se hace más difícil acostumbrarse a ellos nuevamente; el paciente desarrolla a veces hábitos espasmodicos con la lengua, que más tarde le causan dificultades en el uso de dentaduras nuevas.

n) Medio ideal para aplicar medicinas. Las bases de las dentaduras aplicadas en contacto con la mucosa mantienen los medicamentos que sean necesarios en un área estrecha con los mismos.

3). - DESVENTAJAS

A pesar de que existen algunos inconvenientes cuando todas las fases se ejecutan correctamente, una técnica psicológica incorrecta o unas lentillas mal adaptadas al paciente pueden conducir a dificultades. Así como las dentaduras mal adaptadas o bien construidas pueden causar molestias, levantadas por el abor-

mos señalar:

a) Un trabajo adicional. Tanto en la clínica como en el laboratorio se requiere más detalle y diversos procedimientos que se añaden a los habituales de la construcción de dentaduras ordinarias; necesitándose también más visitas para los reajustes.

b) Costo adicional. Además de consumirse más tiempo en su construcción los gastos del material a utilizar son también mayores.

c) No hay pinchos. Al tener sólo dos dientes naturales en la boca, se pierde la posibilidad de colocar las prótesis con la totalidad de dos dientes para compensar sus efectos en la boca antes de ser procesado y terminado.

d) Ausencia de ajustes de las bases. Las bases no se fijan a los tejidos con tanta exactitud, especialmente en las zonas donde se han perdido los dientes.

e) Pérdida temprana de esta dentadura. Debido a los cambios subsiguientes a la clasificación de los dientes, las dentaduras inmediatas por el personal odontológico se retiran muy pronto, a diferencia de las dentaduras fijas; a las cuales impresiones de arco se les da un tiempo considerable.

4). INMEDIATA

Las dentaduras inmediatas se refieren a las prótesis inmedia-

tas son similares a las de la prótesis mediana, solo que la primera tiene sus propias exigencias.

a) Que la edad y estado general del paciente permitan la o las intervenciones quirúrgicas que se requieran.

b) Que el estado general de la boca admita la espera requerida para realizar el trabajo preparatorio.

c) Que el paciente desee este tipo de trabajo y esté dispuesto a aceptarlo, con todos los costos que implique.

Si el paciente no lleva los requisitos anteriores, la contraindicación es formal.

5.- CONTRAINDICACIONES

Las dentaduras inmediatas están contraindicadas en los pacientes que presentan las siguientes condiciones:

a) Pacientes con enfermedades de naturaleza debilitante. Aunque para estos pacientes sería posible disponer de dentaduras para poder masticar, los métodos modernos de preparación de alimentos y la posibilidad de recurrir a tratamientos con vitaminas hacen que para estos pacientes la presencia de dientes para satisfacer los requerimientos fisiológicos durante períodos relativamente cortos de tiempo sea, los trastornos patológicos de los tejidos de soporte no deben ser sometidos a la acción de las fuerzas mecánicas por las dentaduras, sobre todo cuando los tejidos de soporte no están cic

trizados.

b) Pacientes con enfermedades generales y en los que sería peligroso hacer extracciones múltiples. A este grupo pertenecen los enfermos con trastornos cardíacos, endocrinopatías, discrasias sanguíneas o individuos con potencial bajo de curación y cicatrización.

c) Enfermos con trastornos emocionales. Este grupo - muy amplio incluye a las personas que se hallan en la etapa de menopausia o climaterio vital de la vida. En este trastorno al - dentista debe hacer una evaluación especial del enfermo para - establecer un plan de tratamiento.

d) Enfermos cuya capacidad mental no les permita entender las explicaciones que le serán dadas durante el tratamiento. A este grupo pertenecerá también los pacientes que son - incapaces de cumplir con las instrucciones que le fueron dadas por el dentista.

e) Pacientes indiferentes a los consejos y requisitos. Muchos - pacientes parecen seguir el consejo del dentista pero son indife- - rentes a las consecuencias que se derivan de no seguir los conse- - jos acerca del cuidado de sus dentaduras. Presentan ras- - gos de exaltación emocional que se reflejan también en sus den- - taduras por lo que a veces se ven obligados a tratarlas naturales. - Los pacientes de este grupo se caracterizan de la misma manera que

los pacientes indiferentes.

f) Pacientes con trastornos locales periapicales o periodontales.

g) Enfermos con pérdida ósea intensa adyacente a los dientes restantes los enfermos con pérdida ósea extensa y de naturaleza crónica ofrecen un soporte para la dentadura que -- cambiará constante y rápidamente, estas cambios se reflejan en las relaciones oclusales de los dientes, y si no se logra mantener en armonía dichas relaciones, acabará por ocurrir una resorción ósea intensa y extensa.

6.- TIPOS DE PROTESIS INMEDIATA

La prótesis inmediata presenta cuatro diferentes tipos:

a) -La prótesis parcial aditiva: b) la férula transitoria; c) la prótesis inmediata completa abierta (o sin flanco vestibular); la prótesis inmediata completa cerrada (o con encía completa).

a) La prótesis parcial aditiva, que puede ser transformación de la que usa el paciente, es la prótesis parcial en la que se van aureando dientes después de las extracciones. - Tiene ciertas ventajas definitivas que la influyen en muchos casos: Evita las extracciones violentas, permitiendo un deslenteamiento gradual. Por lo mismo también la extracción previa de-

los dientes posteriores, sirviendo de transición a la prótesis inmediata completa.

b) La férula transitoria. Los dientes posteriores -- son reemplazados por férulas de acrílico que se articulan directamente en boca, añadiendo acrílico autopolimerizable. Los dientes anteriores se hacen rápidamente por vaciado de los -- dientes en la impresión con acrílico de color adecuado puede ser una solución por su rapidez, y economía de ejecución.

c) La prótesis sin flanco vestibular, (casi siempre sin el anterior) simplifica la construcción. Basta excavar el alvéolo en el modelo e introducir en éste 2 ó 3 cms del diente de reemplazo. El resultado inmediato suele ser espectacular, -- al mostrar los dientes emergiendo de la encía. Tiene la ventaja de permitir la atrofia vestibular sin perturbación y el inconveniente de resquebrajar la encía artificial al cabo de 15 a 20 días.

d) La prótesis inmediata con encía completa. -- Está -- es la más exigente en la técnica de construcción y la preferida para la mayoría, pues reduce el peligro de retención deficiente, que puede presentarse en las prótesis sin encía artificial.

Libros de Consulta. - WAGLE RAYMOND J. SEARS VICTOR H.
Prótesis dental "Dentaduras completas" Editorial Toray S.A. 2a.
Edición páginas 447-449. SHELDON WINKLER. Clínicas Odontológi-
cas de Norteamérica. Editorial Interamericana S.A. 1977 pági-
nas 430-437. SAIZAR PEDRO. Prótesis Total. Editorial Mun-
di. Edición Argentina Buenos Aires Argentina página 459.

CAPITULO V

REGISTROS PREVIOS A LA ELABORACION DE LA PROTESIS

1).- REGISTROS PRINCIPALES

El propósito por lo que se realizan los registros antes de las extracciones es para reproducir o modificar los colores de los dientes naturales, así como su forma, el tamaño, la posición, la articulación la forma de las encías, la altura facial y eventualmente la forma de la cara. Entre los registros más importantes tenemos:

a).- MEDIDA DE ALTURA FACIAL

Para estas medidas el registrador de Willis resulta muy comodo, se mide y se toma nota de las siguientes distancias:

a) a boca cerrada, la distancia entre la base de la nariz y la base del mentón.

b) la del borde incisivo superior a la base de la nariz.

c) la del borde incisivo inferior a la base del mentón.

Otra forma es la siguiente, si no hay abrasiones apreciables y los dientes que quedan son firmes, se puede registrar la dimensión vertical de la oclusión, Se mide la dis-

tancia desde el borde más bajo de la cresta gingival del central inferior correspondiente. Este registro se puede usar para establecer la altura vertical durante el tratamiento.

Si se confecciona un perfil, es innecesario anotar estas medidas, y bastará marcar en él las posiciones de los bordes incisivos.

b).- ARTICULADOR DE DIAGNOSTICO

El articulador de diagnóstico es uno de los registros más valiosos por ser tan útiles en el momento del cambio de dientes, ya que se puede observar la forma, tamaño, posición y articulación de los dientes naturales antes del tratamiento.

c).- COLOR

Si se desea reproducir el o los colores de la dentadura natural, debe anotarse antes de las extracciones, los colores pueden copiarse o alterarse, según convenga en cada caso y el color de las manchas fijas y restanables de los dientes se puede reproducir, por medio de un agente en el paciente ya que si no están bien satisfechos con los colores que sus dientes tienen y se quieren substituir por los artificiales; es mejor que se tomen un perfil, o un molde de los dientes sin embargo, que se tomen a la vez los registros necesarios sobre los mismos.

Cuando el caso requiere modificaciones sobre algunos dientes, estos solo se podran observar cuando todos los dientes esten montados sobre el modelo, la dentadura ya encerada y colocada en posición en el articulador y incluyendo con sus antagonistas darán una adecuada visión de sus resultados.

d).- MODELOS FRONTALES

Cuando los modelos de estudio no se pueden conservar por cualquier circunstancia son útiles y fáciles de obtener -- los modelos frontales la impresión es tomada con alginato, el porta impresión se hace con cera o una lámina metálica del tamaño de una película radiográfica, se redondean las cuatro puntas y se hacen escotaduras en los bordes superior e inferior para los frenillos. Se hacen perforaciones para retención del alginato y un mango de alambre

e).- IMPRESIONES PARA ENLOCAR LOS DIENTES NATURALES

Las impresiones destinadas a recibir los dientes naturales después de las extracciones tienen que ser hechas con materiales que resistan el tiempo necesario, puesto que el total de las extracciones puede tardarse veces en completarse. -- El material de más exactitud es la silicona tomándose una impresión seccional en cuyo sentido principal calzan con una precisión los dientes luego de extraídos, cubriéndolos después -- con la sección vestibular que se prepara en su sitio antes del-

vaciado.

Impresiones completas con alginatos, son útiles para los últimos dientes.

f).- PERFIL

Una manera de obtener el perfil del paciente consiste en tomar una fotografía de perfil mientras se mantiene una regla milimetrada frente al perfil. Luego ampliar la foto hasta que la regla tome sus dimensiones reales, para obtener un perfil exacto del tamaño natural que se recortara fácilmente.- Un método usual que es utilizado en ortodoncia consiste en un alambre de plomo o cobre estirando bien y adaptándolo con los dedos contra el perfil del paciente; aplicar el alambre contra un cartón y dibujar el contorno; cortar el cartón según el dibujo; aplicar el recorte obtenido contra el perfil del paciente y retocar los defectos.

g).- FOTOGRAFIA

La fotografía de frente y de perfil, a boca cerrada y mostrando los dientes presentes en ese momento, sirven para conservar el registro del aspecto de los pacientes de las intervenciones quirúrgicoprostéticas y compararse con los resultados que pueden fotografiarse también.

Estas fotografías pueden servir como elementos de prueba en caso de peritaje médico legal.

Libros de Consulta.- Saizar Pedro. Prosthodontia Total. Editorial Mundi. Edición Argentina Buenos Aires 1972 páginas 462-464. NAGLE RAYMOND J. SEARS VICTOR H. Prótesis Dental "Dentaduras Completas" Editorial Toray S.A. 2a. Edición páginas 449-450. SHARRY JOHN J. Prosthodontia Dental Completa.- Editorial Toray S.A. Barcelona páginas 102.

CAPITULO VI

I M P R E S I O N E S

Las impresiones tomadas para prótesis inmediata se--
ran tomadas en bocas dentadas anteriormente y deberán tener el
ajuste, la exactitud y las delimitaciones que exigen las impre-
siones de maxilares desdentados.

1).- IMPRESIONES PRELIMINARES (Método de Obtención)

Las impresiones preliminares establecen la clave del
problema, los objetivos de hacer las impresiones se diferen- -
cian sólo en el diseño del portaimpresión y en el material de-
impresión. El portaimpresión debe estar diseñado para incluir-
los dientes anteriores. El material de impresión tiene que ser
de tal forma que pueda ser retirado de los dientes.

Estas impresiones deberán tomarse con alginato adecua-
do el porta-impresión cuando sea necesario para lograr: a) que
la impresión cubra la totalidad del maxilar, hasta el límite--
prótico; b) que los dientes y socavados retentivos estén --
fielmente reproducidos. Frecuentemente la impresión simple de-
alginato en un portaimpresión amplio es suficiente, o por me--
dio de un material mixto como modelina-alginato.

El método de obtención es como sigue: se escoge un -
portaimpresión de metal con mango para el maxilar, se pone ce-
ra según convenga, para conseguir topes que eviten que el por-
taimpresión quede asentado demasiado lejos hacia atrás o arri-

ba, así como un lado u otro, dos de esos topes se sitúan encima de las áreas de los molares y colocando una plataforma de cera en la parte anterior del portaimpresión. Los bordes incisivos de los dientes se introducirían dentro de esta plataforma a la profundidad suficiente para colocar el borde periférico - aproximadamente a 1/4 de pulgada del pliegue mucobucal, estas marcas actuarán como tope anterior. Los topes posteriores deberán colocarse para obtener un espacio similar en el área de los molares.

Cuando estos topes están bien formados, se les pone alginato al portaimpresión y se asienta firmemente en la boca, cuando el material se ha endurecido, se extrae y se examina. Deberán presentar todos los detalles del tejido y los topes serán visibles debajo de la superficie de la impresión, un procedimiento similar se llevará a cabo en la impresión final.

Una vez obtenidas las impresiones se correrán para obtener los modelos en yeso.

2).- PORTAIMPRESION INDIVIDUAL (Método de O'Leary)

El portaimpresión utilizado deberá funcionar perfectamente dependiendo de la temperatura de la boca y del material con el cual se trabajará. Este tipo de portaimpresión autopoli- mizable es el material de elección.

Para realizar el portaimpresión individual es como -

sigue: Se adaptan dos hojas de cera a las impresiones preliminares, de tal forma que los dientes y el asiento basal queden totalmente cubiertos, a continuación se corta la cera de los bordes de los incisivos hasta que queden expuestos 1mm del diente y también en la parte posterior en el área de los molares para formar topes de unos 2 o 3mm de ancho que se extienden desde el área palatal del reborde a través del pliegue mucobucal.

Después de haber realizado lo anterior se hace el portaimpresión con acrílico autopolimerizable, colocándole un mango que estara dispuesto en la parte anterior permitiendo así una tracción firme. Se le haran perforaciones suficientes para una buena retención, alisándose estos antes de introducirlos a la boca.

3).- DELIMITACION DEL PORTAIMPRESION

Los portaimpresiones que tienen la mucosa ajustada se delimita con cera o modelina (rectificación de bordes).

Normalmente en la parte bucalada frente a los dientes no se puede realizar una delimitación correcta, prefiriéndose por esto que las impresiones sean sobrestendidas. El ajuste de los músculos se hace con un yugo de cera especial de baja presión para establecer una extensión periférica correcta, y finalmente se establece el límite posterior.

Los movimientos de la lengua labios y mejillas no deben desalojar el portaimpresión.

4).- IMPRESION FISIOLOGICA

Después de haber delimitado y preparado los portaimpresiones, si la impresión se toma con alginato solo será buena si el portaimpresión fué bien centrado y no haya grandes retenciones además que cuando se retire, se tienen que ver -- los toques de acrílico los toques se bajaran puliendolos con -- una broca para acrílico, hasta que queden al nivel de la superficie del alginato que las rodea.

Se corre la impresión con yeso piedra especializado y se obtienen los modelos fisiológicos. Si la impresión es tomada con elastómeros, como este material permite que el portaimpresión quede ajustado en la parte de la mucosa, la única zona de delimitación imprecisa será la que corresponda a la parte holgada.

El elastómero tiene la ventaja de dar impresiones bien delimitadas y fieles en la parte mucosa con portaimpresiones ajustados, y elásticas en portaimpresiones amplias, en la parte dentaria.

5).- MODELO DEFINITIVO

Con las impresiones fisiológicas ya obtenidas procg

demos a obtener los modelos definitivos o de trabajo, haciendo el vaciado con yeso en las porciones correctas, debidamente espatulado y bajo vibración mecánica y esperamos el fraguado.

Separados los modelos, se recortan cuidadosamente dejándoles un grosor o altura adecuada, se les labrara unas ranuras en las bases de aproximadamente 5mm de ancho por 3mm de profundidad, que nos servira como retención del yeso en el articulador y guías de remontaje.

6).- BASES DE REGISTRO

Las bases de registro pueden hacerse de placa base - de Graff o de acrílico autopolimerizable cubriendo los rebordes residuales y paladar con igual criterio que en la prótesis mediata, al hacer las bases debe cuidarse lo siguiente:

a) De sus relaciones con los dientes para no dañarlos

b) La base no debe penetrar en los espacios retentivos que suelen presentarse hacia distal.

c) No debiera ocupar los espacios retentivos de los rebordes residuales

d) Darles mayor consistencia cubriéndolos o rebasándolos con cera o pasta impregnada.

Cuando se exige un aumento en la dimensión vertical es conveniente preparar la base de registro del maxilar al que

corresponde el aumento, con el rodillo de oclusión extendido sobre la superficie dentada.

Es importante que sea de cera para evitar violencias de los dientes solo posteriormente se le dará soporte my coso puro.

Libros de Consulta. - SAIZAR PEDRO, Prótesis dental To--
tal. Editorial Mundi. Edición Argentina Buenos Aires 1972 pági-
nas 464-468. SHARRY JOHN J. Prótesis dental Completa. Edi-
torial Toray S.A. Barcelona 1977 páginas 392-399. NAGLE RAYMOND
J. SEARS VICTOR H. Prótesis dental "Dentaduras Completas" Editio-
rial Toray S.A. 2a. Edición páginas 454-460. SHELDON WINCKLER, -
Clínicas Odontológicas de Norteamérica 1977 páginas 427--
429.

CAPITULO VII

RELACIONES INTERMAXILARES

El estudio de las relaciones intermaxilares tiene - por objeto:

a) Determinar la altura morfológica correcta en relación central.

b) Establecer la estética compatible con la posición anterior.

c) Fijar dicha posición, mediante las bases de registro, para trasladarlas a los modelos y al articulador.

d) Obtener las referencias alveolares para trasladar los modelos al articulador.

e) Registrar los movimientos y posiciones mandibulares para ajustarlos al articulador, cuando este es adaptable.

Los registros intermaxilares se toman utilizando rodets de oclusión los cuales se preparan con cera o modelina y pueden fabricarse en el momento o tenerlos prefabricados.

1).- PLANO DE ORIENTACION

Una vez que se tienen los rodets de oclusión en las bases de registro se fijan a la base y se puede orientar el rodillo superior.

Se traza una línea que va de la parte superior del tragus de la oreja al borde anterior externo de ala de la na

riz llamado plano protésico, plano de orientación o plano de relación, es conveniente trazar en la cara del paciente esta línea con lápiz dermatográfico y utilizar la platina de Fox -- la cual tiene tres regletas. La anterior que se orienta por medio de una línea bipapilar, es decir una línea imaginaria que pasa horizontalmente por la papila de los labios, y las dos reglas laterales sirven para orientarlo con la línea ala-tragus la platina de Fox sólo se trabaja con el rodillo superior de modo que quede paralelo a la línea bipapilar, adecuando la altura del rodillo superior e izquierda -- del rodete según sea necesario.

Vista de perfil, la platina de Fox debe quedar paralela al plano protésico. Línea trazo del ala anterior ala -- de la nariz.

Vista del paciente de frente, el rodillo debe quedar visible 1.5 a 2 mm por debajo del borde libre del labio superior estando este relajado y con la boca semi abierta.

Para la construcción del rodillo anterior se toma como referencia el borde lateral del labio inferior. La orientación de este rodillo anterior se hace interna o tipo en toda su extensión. Se toma como referencia el punto para obtener este punto se toma el ala anterior. La medida se hace desde el punto de referencia hasta el punto más posible y aléjase del punto de referencia hasta lograr --

la dimensión y el contacto perfecto con el borde del rodillo superior.

2).- POSICIÓN FISIOLÓGICA DE DESCANSO

La posición fisiológica de descanso es una posición postural que es controlada por los músculos que abren, cierran y protruyen la mandíbula.

Durante la mayor parte del tiempo, los músculos están en un estado de reposo parcial y la mandíbula se encuentra suspendida en una posición de descanso. Esta es una posición de equilibrio en la cual existe un balance entre los músculos elevadores y el efecto descendente de los músculos inframandibulares y de la gravedad. Esta posición puede ser afectada por el tono muscular y por la postura del cuerpo, es conveniente que la cabeza del paciente se mantenga derecha y sin soporte o sostén cuando se duerme, porque puede ser modificado por la posición de la cabeza, que altera el efecto de la gravedad.

Si la cabeza está erecta, la fuerza de gravedad se suma a la fuerza ejercida por los músculos de apertura mandibular. Cuando el paciente está acostado, la gravedad no hace descender la mandíbula, así al acostarse la posición de descanso se puede modificar porque la distancia entre los maxilares es menor que cuando la cabeza está erecta, siendo esta la ra-

zón por la cual el paciente debe mantenerse derecho y sin el soporte que ofrece el sillón dental.

Cuando la mandíbula se encuentra en su posición de descanso los dientes naturales están ligeramente separados -- (2 mm de separación) aproximadamente, ya que puede variar hasta 5 y 7 mm o más. Este espacio se le conoce como espacio libre interoclusal, además la posición de reposo permite el descanso de los tejidos y estructuras de soporte, cuando el sistema neuromuscular no provee este reposo, se presionan los dientes y se destruye el reborde tisular.

3).- DIMENSION VERTICAL.

En el caso de prótesis inmediata, la dimensión vertical se obtiene típicamente antes de efectuar las extracciones si todavía quedan protuberancias dentales y si hay mucho traslape vertical de los dientes posteriores ya no hay premolares no se puede ventilar la oclusión de los molares anteriores para la obtención de la dimensión vertical, por lo que la inclinación puede ser mayor por lo que resulta antes de las extracciones de los dientes posteriores, de por lo tanto deben tomarse en cuenta los dientes anteriores, se deberá establecer entonces la dimensión vertical en un momento oportuno.

El caso de prótesis inmediata en el que se basará para determinar la dimensión vertical es el de un paciente que por

tiene sus limitaciones.

La utilización de la posición de descanso se basa - en el hecho de que tenemos dos tipos de dimensión vertical, - una dimensión vertical de descanso y una dimensión vertical - de oclusión.

La dimensión vertical de descanso es la medida ver- tical entre los dos maxilares, es la cual existe contacto de los labios pero no de los dientes. Y la dimensión vertical -- oclusal es la medida vertical cuando los dientes están en con- tacto oclusal.

La dimensión vertical oclusal será siempre menor -- que la dimensión vertical de descanso, la primera debe hacer- se menor que la dimensión vertical de descanso como promedio, 4 mm en los pacientes parciales de prótesis completa esto ga- rantiza la existencia de por lo menos 2 mm de espacio libre - en la región premolar, la cual es absolutamente necesaria pa- ra que el paciente pueda usarla prótesis con comodidad.

Un método que se siempre consiste en conseguir que - el paciente entre en estado de relaxación cuando los rodetes - de oclusión de cera se hallan en posición en la boca. Una vez - colocados los rodetes en la boca se le indica al paciente que - trague saliva y deje relajarse los maxilares. Después que la - relajación es completa por el dentista, se separan los la- bios para observar cuanto espacio hay entre los rodetes. El -

paciente debe dejar que el odontólogo le aprete los labios -- sin ayudar y sin mover los maxilares y los labios, esta distancia interoclusal en la posición de reposo debe ser entre 2 y 4 mm visto en la boca. Es factible medir mediante marcas indelebiles en la cara el espacio intermaxilar y la posición de reposo. Si la diferencia supera los 4 mm, se considera que es demasiado reducida la dimensión vertical. Si así sería demasiado grande.

La función fonológica de la dentadura ha sido sujeta rida y usada como un método para la determinación de la dimensión vertical. Este método se basa en que cuando el habla alimenticio o la saliva son deglutidos, las partes entran en contacto en una dimensión vertical de la dentadura.

La fonética ha sido usada durante muchos años como ayuda para encontrar la dimensión vertical. De esos métodos en que durante la pronunciación de ciertas letras como CH, S y J y de algunas palabras, las lentes superiores e inferiores tienen una relación de 17 a 16 mm. Si esta relación está puede ser mejorada. La relación de 17 a 16 mm durante la prueba de las fonéticas se establece la dimensión vertical con exactitud.

4).- RELACION DENTURA

La relación dentaria es una relación de interdentaria-

que es constante para cada paciente siempre y cuando los tejidos blandos de la articulación temporomandibular estén sanos. La inflamación de esas articulaciones puede alterar esta relación intermaxilar, pero salvo esta circunstancia se considera constante en el paciente sano. Por lo tanto es una relación de referencia mediante la cual es factible coordinar la oclusión óptima.

Todas las demás posiciones mandibulares son posiciones excéntricas en todos los casos en que se utilizará la oclusión central de los dientes naturales. Las precauciones para asegurar la relación central en la altura correcta son tan exigentes como frente a la prótesis completa regular.

La relación centrada está más definida que la disposición vertical, la primera es independiente de la presencia o ausencia de los dientes y se puede repetir dentro de un cierto período de tiempo. Los diversos procedimientos que se utilizan para el registro de la relación centrada se clasifican en estáticos y dinámicos y a pesar de ellos puede ser técnicas extra orales.

Los estáticos se aplican por vez primero a la colocación de la mandíbula en relación central con el maxilar superior y los registros se toman de la relación de los dos arcos dentales. Entre ellos se registran de tipo estático usualmente con los registros en el yeso o de

ra (intrabucales) que se toman con o sin un punto de soporte central puede hacerse con o sin dispositivos de trazado intrabucal o extrabucales para indicar la posición relativa de los dos maxilares.

Los procedimientos funcionales son aquellos que comprenden la actividad funcional o movimiento de la mandíbula - en el momento en que se toma el registro.

Los registros del tipo funcional incluyen la técnica de movimientos mastroideos así como otros procedimientos que utilizan las posiciones para la función de deglución y el registro de la posición relativa de los maxilares.

TRAZADOS Y DISPOSICIONES RECTANGULARES. - Se realiza - un trazado con una púa en la platina de registro, aliente con negro de humo o cera para indicar la posición relativa de los maxilares en el plano horizontal.

Estos trazados tienen la forma que se muestra tanto a un tipo de arquitectura de dientes en el alveolo y por ello - se le denomina trazado en alveolo y también se le conoce - como trazado en punta de flecha.

Para trazar el alveolo, el paciente se desplaza hacia adelante y aliente el alveolo de la mandíbula de lateralidad, se alinea por un eje vertical con el eje de la platina - con rotación del alveolo en punta.

Los movimientos se hacen en direcciones alternativas ap. exi-

madas alrededor de los cóndilos. Estos movimientos cortan las líneas que se extienden hasta un punto que representa la posición más retruida de los cóndilos por lo tanto, cuando los dos cóndilos descansan en su posición más retruida, el extremo de la púa se hallará en el ápice del trazado así constituido. El trazado de arco gótico es fundamentalmente la representación única de la posición de la mandíbula y de sus movimientos en el plano horizontal.

Es necesario realizar los movimientos de lateralidad hasta que el vértice del ángulo formado sea agudo para indicar la verdadera posición retrusiva de la mandíbula. Un arco redondeado en un trazado puede ser causado por el hecho de que los cóndilos no haya alcanzado su posición más posterior en la articulación temporomandibular o por el movimiento de las placas de registro sobre sus superficies de asiento.

Un vértice redondeado se corrige únicamente mediante movimientos repetidos y manipulación de la mandíbula de un lado a otro y en una relación protrusiva con el maxilar superior.

Los dispositivos basados sobre soporte central requieren una platina de registro que permita el movimiento de desplazamiento de protrusión y retrusión mandibular en ambas direcciones mientras se realiza el trazado.

CON SOPORTE CENTRAL ÚNICO. - Esto se hace mediante -

el aumento o la disminución de la altura del tornillo central.

Estos dos trazados son una excelente ilustración de como varía la posición céntrica en diferentes niveles de la dimensión vertical oclusal.

El trazado extraoral debe extenderse a una distancia razonable de la base de registro para aumentar el trazado a un tamaño que se pueda valorar adecuadamente. Los trazados que se hacen dentro de la boca (intraorales) más próximos a los rodetes de oclusión son tan pequeños que se dificulta el asegurar si es o no aquí el vértice del arco gírico. Algunos dispositivos para el trazado del arco gírico ocultan el punto de apoyo central con el trazado del arco gírico en uno sólo lo haciendo que el punto de apoyo, hace el trazado en la placa antagonista.

Los dispositivos trazadores que utilizan el punto de soporte central son sencillos y fáciles de usar en las placas bases, con el cuidado de registrar cuidadosamente lateral y anteroposteriormente como para que la presión se distribuya uniformemente en los dos sentidos. Este tipo de trazador se sitúa el centro del rodete de oclusión central en el del maxilar superior. Sin embargo, se debe tener en cuenta que el punto de contacto que se busca por bastante tiempo en la práctica de procedimientos los dos sentidos se obtiene al pasar sobre él. Por esta razón es erróneo utilizar los dispositivos de la parte central (arco -

cuando la relación de los rebordes no es normal o cuando hay exceso de tejido blando en los rebordes. Igualmente una distribución desigual de tejido blando en diferentes partes del asiento basal puede ser causa de errores en inscripción vertical aunque la mandíbula misma se halle en la posición horizontal correcta de relación oclusal.

Los trazados extraorales se pueden utilizar en combinación con modelos de goma de diente o compuestos de modelar sobre bases provisionales cuando el punto de soporte óptico. No se considera satisfactorio los trazados extraorales obtenidos sin soporte óptico porque se tienen ellos indican la posición anteroposterior correcta de la mandíbula, pueden no haber registrado la tela íntermaxilar correcta. Es muy difícil mantener presas uniformes en modelos de cera o de compuestos de modelar. Por lo tanto se resalta la ventaja en tomar un registro con la utilización del punto de soporte central.

DISPOSITIVOS DE TRAZADO INTRABUCAL. - Los dispositivos de trazado intrabucal consisten en un punto de soporte central en un trazado de goma de diente o de cera de la boca. El punto de soporte es un alfiler o un alfiler sobre cera en la placa de soporte central interdentaria. A veces se prefiere hacer un pequeño orificio en el centro del trazado intrabucal, o si no se desea hacer un orificio en la placa perforada se

bre el vértice del trazado. El orificio de depresión se usa para asegurarse que el maxilar inferior del paciente permanezca en la posición retruida mientras se toma el registro con yeso o algún material similar.

REGISTROS INTERCLUSALES DE RELACION CENTRICA. - Los registros interoclusales se toman con material de registro adecuado entre los arcos dentales. Los materiales que comúnmente se utilizan para estos registros son cera, pasta Zinquenolite y resina acrílica dental.

El paciente viene sobre el material de registro con el maxilar inferior en su posición funcional y detiene el cierre a una relación centricas y lateral. Los registros interoclusales se toman relativamente fáciles de tomar, dependiendo su éxito del estado de los arcos dentales y de la cooperación entre el dentista y el paciente. Este procedimiento es simple, no se usan dispositivos especiales en la boca del paciente y no están fijados en los arcos dentales.

La técnica para tomar registros interoclusales con yeso es bien simple. Al paciente se sienta convenientemente, en posición erecta. La cabeza se coloca sobre un soporte para facilitar el cierre de los arcos dentales. Los arcos del paciente, de los modelos de los arcos dentales de la dentadura, se cortan dos sitios en la parte superior y se fijan en la superficie del soporte para que la cabeza se mantenga de

premolares de los dos lados. Enfriar el rodete superior, sumergiéndolo en agua fría, ablandar la superficie del rodete inferior, tocando su superficie con el borde de un cuchillo para cera caliente. Se introducen ambos rodetes en la boca y hacer que el paciente cierre la boca en la posición más re--truida y fijarlos en yeso.

Libros de Consulta.- CARLOS DOMINIC JAYSON C. HICKEY:
Prótesis para el desdentado total. Editorial Mundi. 7a. Edición
páginas 261-272, 281-290. SAIZAR PEDRO Prótesis para el desdentado Total. Edi-
torial Mundi. Edición Argentina Buenos Aires 1972 Páginas 253-
264.

CAPITULO VIII

PRUEBAS DE ARTICULACION Y DETERMINACION

1).- SELECCION DE DIENTES

La selección de dientes puede realizarse fácilmente puesto que los dientes del paciente son en excelente punto de partida en cuanto a la forma, tamaño, color y arreglo que se elijan. Puede usarse el mismo arreglo o variarlo, eligiendo -- por separado, los colores de los dientes anteriores incluso -- premolares.

2).- PRUEBA DE ARTICULACION DE DIENTES FALTANTES

Se probará la articulación de los dientes posteriores, o de los que sea posible probar según el estado del paciente o según la técnica que se elija y tendremos que observar la forma, tamaño, color y la manera en que articulan con el antagonista correspondiente. Seleccionaremos los molares -- de 0°, 20°, 30°, 45° de acuerdo al caso.

3).- CONTROL SOBRE LA FORMA DEL MODELO

a).- Análisis preliminar del modelo

En el modelo de trabajo se llevarán a cabo los desgastes que posteriormente se efectuarán en el hueso: con la -- intención de quitar las retenciones y preparar la guía quirúrgica la cual usaremos con base al interdentar al paciente, pa

ra que de esta manera sea llevada la prótesis a la boca sin provocar zonas isquémicas y sin causar dolor.

b).- Guía Quirúrgica

Para controlar la futura forma del proceso se construye una guía o matriz transparente, igual a la base de la dentadura, sobre el modelo de trabajo.

El método de obtención de la guía quirúrgica es como sigue: Si no hay retención sea en dientes o en la base de estas dentaduras, se vacía en yeso la boca sobre la guía; si hubiera retención, se hará esto sobre la prótesis mediante una técnica similar a la siguiente forma.

Se construye en el yeso blando una pared de retención alrededor de la dentadura: 1) se hace un alambre, la cual se llenará con alginato, de modo que se le quede un espacio de 6 a 6 mm; cuando el alginato se le endurece, se retira y se recorta dejando lo que ha de ser la base. Entonces se imprime sobre una hoja de papel y alca se hace una especie de impresión de escayola de esta forma. La cual representa un símil del proceso alveolar, por lo que corresponde exactamente a la superficie interior de la dentadura y prótesis. Cuando esta escayola se ha endurecido se corta al alginato interna como un septario y se le hace un agujero en la parte superior de la base, la cual una vez hecha se coloca sobre el modelo. Después del modelo se vacía el alginato.

Se coloca en la mufia este modelo, teniendo en cuenta que si hay retenciones en su flanco labial se debe poner alta la parte anterior.

Cuando se ha secado la escayola de fijación en la mufia, se recubre este modelo de escayola dura con una hoja de estaño, la cual se amplía también en parte sobre la escayola de la mufia y se brinde adaptación bien, sobre esta hoja de estaño se adapta una hoja de cera dura, cuya forma y dimensión deberá ser la que nos proporcione para la matriz se coloca otra hoja de estaño más gruesa a los lados, bien adaptada se monta la otra porción de la mufia y se rellena de escayola como se hace habitualmente.

Cuando la escayola ya está lista, se abre la mufia y se saca la cera.

El espacio correspondiente a la matriz, recubierto en ambas partes por la hoja de estaño, se rellena de acrílico transparente con ligeros excesos; se polimeriza bajo presión -- continua; entriense y sépiense ambas partes de la mufia retirando fácilmente la matriz de los lados de estaño. Se recortan los excesos de los bordes, se pule la superficie externa poniendo gran atención a los detalles correspondiente a los seis dientes anteriores. Una vez completada, la matriz tendrá la misma forma que tiene la dentadura contra el asiento basal.

Esta parte superior ya se puede hacer de acrílico --

transparente se coloca en la boca sobre el reborde alveolar - después de extraerse todos los dientes permanentes lo que se - haga el recorte quirúrgico del hueso, revelándonos la ubicación de prominencias óseas que obstaculizan el asentamiento o las zonas isquémicas donde son compresión los tejidos blandos, permitiéndonos además adaptar quirúrgicamente la prótesis a los maxilares.

4).- ARTICULACION DE DIENTES ANTERIORES

La colocación de los dientes anteriores está muy simplificada en el tratamiento de dentaduras inmediatas 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 así como también la guía de tonos para que se seleccionen los colores adecuados. se puede añadir a los dientes artificiales tintes y otras irregularidades y compararlos directamente con los dientes naturales.

El medio más conveniente de elástico es quitar un diente al y otro no en el modelo de piedra, no debiéndose recortar más abajo de la hendidura gingival, porque el acrílico que llena estas excavaciones en la dentadura hacen que los tejidos no llenen el hueco de la extracción.

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

A no ser que sea necesario, no debe extirpar la iverglectomía. Si se tiene que hacer iverglectomía por alguna razón, las recciones marcadas que no dependen de la dentadura, deberá prepararse la guía transparente para la iverglectomía la cual se utiliza durante la intervención para evitar otros de haber hecho la iverglectomía.

Si el paciente no se puede preparar para la iverglectomía, la persona que realiza la cirugía deberá estar en la región cervical del diente. Durante este tiempo la iverglectomía deberá extirparse en la región cervical del diente. Durante este tiempo hacia arriba se colocará la guía transparente en el quijero, siempre en el mismo lado, hasta que el diente esté en la posición aproximadamente por encima de la línea de la iverglectomía, donde se nivelará con la superficie del diente.

Si la iverglectomía se hace en la región cervical parecerá hiperplásica. Esta iverglectomía se extirpará en tal forma que será comprendida por la iverglectomía en la línea después de la extracción. Una vez extirpada la iverglectomía en el modelo, se comparará la iverglectomía en el modelo con la iverglectomía en el diente.

Una vez que se ha hecho la iverglectomía, también se comparará la iverglectomía en el modelo con la iverglectomía en el diente. Una vez que se ha hecho la iverglectomía en el modelo, se comparará la iverglectomía en el modelo con la iverglectomía en el diente. Una vez que se ha hecho la iverglectomía en el modelo, se comparará la iverglectomía en el modelo con la iverglectomía en el diente.

5).- CAMBIO DE DIENTES

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

- a).- Imitar lo existente
- b).- Imitar lo existente con algunas modificaciones
- c).- Los dientes restantes no sirven lo cual por -
requerir alguna otra a tal.

a).- Imitación de lo existente

Consiste en hacer el o del caballo, los dientes de artificial, y su inconveniente es que tal es variable hacer bien esos dientes. Si el cambio debe hacerse en el caballo los dientes de ye so, como es común y después de probarlos cuidadosamente al caballo la base de prueba por sus dientes, la técnica es la siguiente:

1) Elegir, tallar y pulirlos en un molino central, -
imitando al del caballo.

2) Con un listón de alfileres, como una sierra de-
joyero separar al caballo el o del caballo y cuidando cuidadosamente por el caballo, retirar el o del caballo. Por el palatino llega cuidadosamente al o del caballo y por substituirlo lo que se haya al o del caballo por el o.

3) Después de haberse retirado el o del caballo, -
que el caballo por el o del caballo por el o del caballo por el anterior.

4) Repetir la maniobra de igual manera porquímico -- siempre cuidadosamente.

b) Imitar lo existente con algunas modificaciones

Lo más común en prótesis amputada es por la reproducción de los dientes no debe ser una latente fiel y que sea necesario imitar sólo las características y personalmente los defectos mayores una manera de la siguiente:

Preparar los dientes artificiales imitando a los naturales lo más posible, preparar los dientes a un mismo tiempo, porque es la forma más fácil de preparar los dientes para poderlos repasar más tarde en la prótesis amputada. Preparar la prótesis para el cambio de dientes como se enseñó anteriormente, pero corrigiendo la impresión como se desea.

c) Cambio de dientes artificiales por naturales

Los dientes artificiales a ser cambiados en el momento del cambio de dientes se puede hacer:

A través de un sistema de la dentadura, a través de cambios en la estructura de la dentadura o a través de la dentadura.

El procedimiento consiste en el hecho de que se prepara con un sistema de dentadura artificial. En los casos en que se requiere un cambio de dientes en un tiempo es necesario planear la dentadura artificial y se debe preparar los auxiliares por separado. En la actualidad se han obtenido mejores resultados por el uso de un auxiliar inferior.

donde la articulación de los dientes naturales superiores favorece la estabilización de la prótesis, no conviene colocar una prótesis inmediata completa inferior si no existen molares superiores antagonistas.

6) TERMINACION DE LA PRÓTESIS

a).- Encerado de la dentadura: Se asientan tiras de cera en los flancos para dar el grosor necesario a las bases, tanto para construir la eminencia canina, como para rellenar las bolsas bucales cuando está indicado. Para esto se corta una tira de cera rosa cuya anchura será suficiente para cubrir desde los dientes a los flancos: esta tira de cera ablandada se pega contra el modelo y la cera en que están asentados los dientes de modo que forme un conjunto firme: mientras está todavía blanda se recorta el exceso sobre los dientes, se modela para lograr los contornos principales y mientras se va enfriando se comprime para que entre bien en los espacios proximales: cuando está ya blanda rápidamente y bien el grosor y las contornos de las bases se deben expandir los dientes adriónicos a la línea: cuando se necesita alentar la cera debe hacerse con el dedo índice.

Para el alfilerado de la cera se usa una tira de cera del color rosa: se calienta en el alfilerador y se pegona contra el modelo: cuando está ya blanda se alienta al

bre la zona posterior de las incisivas y sobre las zonas de las rugas para que dejen marcas bien marcadas e irregulares: se recorta el exceso y se completan sus contornos mientras la cara está todavía blanda.

b).- Elaboración de la dentadura: los modelos se levantan de sus bases dentales en el articulador y se conserva éste para revisar más tarde la relación entre la dentadura ya terminada.

Colocarla en la mofla, empaparla en el alfiler y polimerizar de manera habitual.

Retirar todo el material cuando se fija la dentadura en la mofla, limpiar el modelo de la dentadura sobre el mismo y fijarlo sobre su base de montaje en el articulador para comprobar la relación de ajuste de articulador interpuesto. Se hacen movimientos de relación con la dentadura. Se repasarán todas las superficies plásticas por capas interferencias, sean obstáculos de desarrollo de las partes premolares. Se levanta el modelo de la placa y se limpia con paños ligeros o mediante un cepillo suave y fino. Se limpia con agua fría en pequeñas porciones para evitar el calentamiento.

Se termina el modelo con el alfiler. La prótesis terminada se coloca en el articulador y se revisa el ajuste mayor: en la zona de los incisivos y en la zona de los molares de detalles de ajuste de los incisivos y molares. Se revisa el ajuste.

Libros de Consulta.- MACLE HARRISON C. SEARS VICTOR H.
H. Protesis Dental "Dentistry complete" Editorial Tomy S.A.
2a. Edición. Páginas 401-407, 408-415. NEW YORK. Prosthodon-
cia Total. Editorial Mundo. Edición Argentina Buenos Aires - -
1972 Páginas 409-471, 472.

CAPITULO IX
TRATAMIENTO QUIRURGICO

1).- PREPARACION DEL PACIENTE

Necesariamente tenemos que preparar al paciente, ya que la prótesis inmediata difiere en las circunstancias, de la prótesis mediana: Se hace sobre todo las anestesiadas, recién modificadas quirúrgicamente y que aún pueden modificarse, para adaptarlas a la prótesis.

El aparato debe ser tal como sea tal cual fueran sus defectos. Estas circunstancias le proporcionan características especiales:

a) Se trata de un aparato provisional y ninguna de las reglas de la asepsia debe interpretarse instrumental e instrumental estéril.

b) Hasta donde pueda ser posible adaptar el maxilar a la prótesis.

c) Deben proporcionarse los tejidos necesarios y hasta la posibilidad de un retraso inmediato, la adaptación de la base a la dentadura.

2).- PRUEBAS DE LA PRÓTESIS

Las pruebas de laboratorio son las más necesarias y diagnósticas y en la intervención quirúrgica lo requiere los auxiliares de los procedimientos de rutina como son:

- a) Química Sanguínea
- b) Tiempo de coagulación
- c) Tiempo de protrombina

Sí el cirujano dentista tiene alguna sospecha de -- que el paciente presente alguna alteración sistémica exigiremos un chequeo por parte del especialista correspondiente y exámenes especiales según la naturaleza de la alteración.

- a) Curva de tolerancia a la glucosa
- b) Electrocardiograma
- c) General de orina
- d) Metabolismo basal

Queda entendido que si se requieren los demás exámenes que puedan complementar el caso.

3).- SELECCION DEL ANESTESICO Y TECNICA DE ADMINISTRACION

La selección del anestésico será a la elección del cirujano dentista, siempre y cuando se encuentre con algún alérgico a ninguno, ya que todos los anestésicos poseen las mismas propiedades antiélicas de tener un tiempo de latencia el tiempo de latencia, las características analélicas, las que varían de los anestésicos locales por su potencia.

La técnica de anestesia será la que el cirujano dentista requiera para nuestro paciente la cual debe ser la más adecuada.

Entre las técnicas con las que contamos tenemos:

a) Anestesia General.- En nuestro tratamiento esta técnica no es muy adecuada ya que inevitablemente podríamos verificar la parte estética, evitándonos recibir molestias actividad muscular.

b) Truncalar.- En el punto de inserción.

c) Anestesia regional.- Superior (infraorbitaria, - palatino posterior palatino anterior, infraorbital, - mentoniana).

d) Local.- Superficial (en los dientes del maxilar superior).

4).- TECNICA QUIRURGICA

Una vez anestesiado al paciente por cualquiera de los métodos y previa esterilización del campo operatorio se realiza la intervención quirúrgica. En esta ocasión, "Regularización de procesos" si fuese necesario.

La intervención se realiza mediante las incisiones o colgajos, que se realizan lateralmente en la parte más superior del proceso, resultando en las siguientes variantes: - si los hay, se reabsorben los dientes que se encuentran para facilitar el levantamiento del maxilar superior, restituirlo como en lo normal.

Después de haber realizado la exposición de los pro-

cesos alveolares mediante el levantamiento del colgajo por medio de una legra procediendo a realizar las otras partes, que serán si es necesario, con el mismo objeto y precaución, haciendo esto con el fin de proteger lo más posible las tablas externa e interna, puesto que el fracturarlas produciría severas depresiones sobre las partes a realzadas las extracciones, se procede a la remodelación de las partes por medio de cincel y martillo, de la parte alta alveolar, y de la fresa para hueso, se rascan todas las partes salientes y dejamos una superficie lisa y plana, para aliviar todas las zonas que presentaban al apoyar la dentadura.

El cirujano dentista deberá pasar varias veces su dedo sobre las partes para sentir las partes salientes óseas cortantes; habiendo verificado esto, los colgajos se conducen a su posición original para hacer el correcto asentamiento de éstas sobre el hueso vivo, generalmente se observará que sobre algunas partes se ha producido pérdida de tejido óseo, entonces se extirpará el tejido blando excedente. Para la intervención de la cirugía en una de las guías quirúrgicas la cual se usará para el fin de probar antes de suturar, se debe tener a las manos. En caso de ser así significará que la dentadura está presionando excesiva sobre dichas zonas, que tendrán que remodelarse correctamente.

te; una vez que se ajusta satisfactoriamente se procede a suturar con seda de cuatro ceres, con puntos aislados colocados en lo que eran las crestas interdientarias y no sobre los alveolos, ya que este podría provocar hinchamiento de los tejidos blandos.

Por último se coloca la dentadura previamente esterilizada en una solución antiséptica fría. Esta puede ir rebasada con algún cemento quirúrgico o sin él; el objeto principal de aplicar en la parte interna el cemento quirúrgico es dar una protección a las heridas que se van a producir a un mejor ajuste de la dentadura; se aplica cuando el cemento está fresco y se retira para esperar fuera de la boca un fraguado suficiente que evite que los hilos de sutura se adhieran, sin este requisito el postoperatorio se podría complicar.

5).- POSTOPERATORIO

Es importante instruir al paciente para que deje la prótesis durante las primeras 24 horas, se le debe advertir al paciente que si deja las prótesis fuera de la boca antes de las 24 horas es posible que se produzcan un edema en los tejidos y el resquebrajamiento será imposible o muy doloroso. El dolor producido por el trauma de las extracciones no se aliviará retirando las prótesis de la boca. Dentro de las 24 horas se puede retirar el vendaje para durante 15 minutos cada

hora siendo esto solo una sugerencia por precaución.

En el caso de que el paciente no pueda dormir por las molestias se prescribe un sedante, analgésicos y en caso-necesario un antihemático.

Se debe indicar también que durante las primeras 24 horas no mastique y sólo sea una dieta líquida o blanda porque la oclusión no se ajustó definitivamente y la masticación no puede ser eficiente, pasadas 24 o 48 horas. Se hará un lavado de las heridas así como de las prótesis después se colocan nuevamente poniéndole algún coagulante dentro de ella.- Se observa la buena tolerancia por el paciente obtiene con este tipo de prótesis siendo muchas veces mejor que en la prótesis mediata.

Se hacen los reajustes necesarios. se hacen ajustes oclusales tanto en céntrica como en lateralidad y protrusión.

En los siguientes días se vigilarán las heridas y se retocará la prótesis en las zonas débiles o en su articulación y de ser necesario proceder a hacer un rebaso.

Libros de Consulta.- BRUNER GUSTAVO Tratado de Ciru
gía Bucal Editorial Interamericana Páginas 26-27, 125-129. --
SAIZAR PEDRO Prosthodontia Total. Editorial Mundi Edición Ar--
gentina Buenos Aires páginas 476. SHARRY JOHN J. Prosthodontia
Dental Completa. Editorial Toray S.A. Barcelona 1977 Páginas-
180-184, 192,311.

CAPITULO X

SERVICIO DE TRANSICION

1).- DURACION DEL TIEMPO EFICIENTE DE LA PROTESIS

El tiempo de duración de la prótesis total inmediata es en cada caso sumamente variable, ya que según se ha observado las reacciones orgánicas no pueden preverse. Lo importante es que el paciente sepa, así como el profesional que es un servicio de transición y no una prótesis provisional.

2).- PRIMER REBASE

Es conveniente retrasar el primer rebase de la prótesis lo más posible, ya que no existe ningún acuerdo entre los protesistas en haber producido algunas semanas e inclusive meses, para realizar el rebase.

Se cree que conviene dar un rebase sólo a la parte operada y el borde correspondiente al examen de la situación (diagnóstico), es lo que debe indicar en cada caso, la conveniencia del rebase total o parcial.

3).- RENOVACION O CAMBIO TOTAL DE LA BASE

Cuando el período de adaptación completa haya pasado debe dársele al paciente un nuevo examen de sus hábitos vigilar sus prótesis y la necesidad de reemplazarlas después de un tiempo, para evitar el riesgo de las hipertrofias marginales,

así como de trastornos en la altura y en la estética.

Se aconseja renovar las prótesis totalmente pasando un año aproximadamente, siempre que el paciente pueda hacerlo. Tenemos además las siguientes ventajas:

1.- Se puede usar la técnica de la cera sin recurrir a procedimientos de urgencia.

2.- Si se produce cualquier rotura, al paciente, sigue como estaba.

3.- Una vez instalada la segunda prótesis, puede remontarse la primera, quedando el paciente en posesión de dos prótesis.

4).- CONSERVACION FUNCIONAL Y ESTETICA

Los registros de pre-extracción y las prótesis inmediatas que se encuentran en la boca, forman elementos óptimos, para restaurar la altura facial así como también la posición de los arcos dentarios en las prótesis siguientes a lo largo del tiempo.

Cada nueva medida deberá ser verificada con las medidas anteriores, para obtenerlas searen a el instrumento de Willis, despertando menor interés que el perfil del paciente y pone menos en evidencia los rasgos inexorables.

El modelo de los dientes naturales permite volver cada vez al alineamiento que tenía anteriormente y poderlos -

duplicar en yeso piedra, ponerlos en posición en el articulador y cambiarlos uno por uno teniendo habilidad y paciencia - se podrá duplicar la prótesis en todos aspectos exteriores, - al mismo tiempo que se reajusta a las nuevas condiciones.

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

En prótesis con dientes de artificial que han perdido su altura pueden tener una resistencia funcional reconstruyéndoles las superficies oclusales con artifices, o complementándolas como complemento del servicio. Lo que se ha colocado al paciente la prótesis regular, conviene rebasar, y quitar la antigua prótesis inmediata para que sea convertida como re- - puesto.

Libros de Consulta.- SAIZAR PEDRO. PROSTODONCIA TOTAL.

Editorial Mundi, Edición Argentina 1972 Páginas 476, 477.

CONCLUSIONES

1.- Que el paciente acepte el tratamiento con todas sus indicaciones, es el primer factor que debe ser considerado para iniciarlo, ya que en caso contrario dicho tratamiento podría fracasar.

2.- Para que la prótesis inmediata cumpla su función correctamente es necesario que se tengan conocimientos precisos de anatomía, fisiología y prótesis, así como de las diferentes técnicas y métodos de elaboración para elegir el apropiado en cada caso.

3.- La realización de una historia clínica correcta, un examen clínico, un diagnóstico y pronóstico bien establecidos; son factores esenciales para obtener los mejores resultados en nuestra prótesis.

4.- El paciente debe gozar de salud óptima, para -- que el tratamiento sea realizado con éxito.

5.- Con el tratamiento de prótesis inmediata se puede rehabilitar al paciente, no solo su estado nutricional, si no también se le proporciona unidades estéticas, fonéticas o fisiológicas cuando el caso lo requiere; las cuales pueden ser mejores que en la prótesis mediana.

6.- Para que el cirujano dentista evite al mínimo -

las molestias al paciente y se facilite así mismo el trabajo, deberá trazar cuidadosamente un plan de tratamiento.

7.- La intervención quirúrgica deberá ser hecha con el máximo de cuidados, tomando las medidas pertinentes para estar prevenidos en caso de que se presente una emergencia.

8.- Dar al paciente las indicaciones pertinentes -- para el postoperatorio, así como las precauciones que deberá tener durante el mismo para su rápida recuperación.

9.- Es conveniente no enseñar al paciente el resultado inmediatamente después de colocar la dentadura, porque -- los efectos de la anestesia y la presencia de sangre en la -- dentadura, provocan un aspecto desfavorable.

BIBLIOSRAFIA

- SALVADOR LERMAN: Historia de la Odontología y su Ejercicio Legal editorial Mundi. 2a. Edición 1964 páginas 329-338.
- QUIROZ GUTIERREZ F.: Tratado de Anatomía Humana. Editorial Porrúa 18a. edición. Páginas 99-114.
- SAIZAR PEDRO: Prótesis Total. Editorial Mundi. Edición Argentina Buenos Aires 1972. Páginas 21-25, 139-146, 163 456-476.
- NAGLE RAYMOND J.
- SEARS VICTOR H.: Prótesis Dental "Dentaduras Completas" Editorial Toray S.A. 2a. Edición Páginas 447-459.
- SHARRY JHON J.: Prótesis dental completa. Editorial Toray S.A. Barcelona 1977 Páginas 164-175, 213-218 297-311.
- TESIS PROFESIONAL: Conceptos Generales de Prótesis inmediata- 1978.
- SHELDON WINKLER: Clínicas Odontológicas de Norteamérica Dentaduras Completas. Editorial Interamericana -- Abril 1977 páginas 427-441.
- CARL O BOUCHER
- JUDSON C. HICKEY: Prótesis para el desdentado total Editorial Mundi 7a. Edición. Páginas 261-272, 277-290.