370122
29

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Con Estudios Incorporados a la Universidad Nacional Autónoma de México.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PROCEDIMIENTOS BASICOS PARA LA OBTENCION DE LA ARMONIA FACIAL Y FUNCIONAL EN EL PACIENTE DESDENTADO TOTAL.

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A:
BENJAMIN AZCONA WEBER
ASESOR: DR. RAFAEL I. BOJORQUEZ RUIZ
GUADALAJARA, JALISCO. 1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

Vo. Bo.
EL DIRECTOR DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD
AUTONOMA DE GUADALAJARA

DR. RAFAEL A. CHACON VARELA

A la memoria de mi padre:
Sr. Enrique Azcona C.
Que recordandolo siempre
agradezco su gran sacrificio
por lo cual logre mi meta.

A mi madre:
A quien le debo la vida,
con mucho amor.
Gracias.

A mi querida esposa:
Magdalena Navarro V.
Un agradecimiento infinito,
al sentir su apoyo en
todo momento .

A mis queridos hijos :
Benjamín,Blanca,
José Luis y Manuel .

A todos mis hermanos :
Tere,Enrique,Lupe,Miguel,
José Luis,Carolina,Juan M.
Maru y Tuti.
Con el cariño que nos une .

A mi estimado amigo
y profesor:
Dr. Rafael I. Bojorquez R.,
Asesor de esta Tesis;
agradeciéndole su valiosa
y desinteresada ayuda .

A la Universidad Autónoma
de Guadalajara.

Muchas Gracias

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA
fundada en 1915

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Guadalajara, Jal., Agosto 27 de 1996.

BENJAMIN AZCONA WEBER.
Pasante de Odontología.

Me es grato informarle que la Comisión que me honro en presidir, después de haber revisado detalladamente el trabajo intitulado:

" PROCEDIMIENTOS BASICOS PARA LA OBTENCION DE LA ARMONIA FACIAL Y FUNCIONAL EN EL PACIENTE DESDENTADO TOTAL. "

El cual nos ha presentado como requisito para sustentar su examen recepcional de: **CIRUJANO DENTISTA**, ha dictaminado que habiendo cubierto los requisitos formales y de contenido se **A P R U E B A**, la impresión del mismo.

Ruego a usted tomar nota que la copia del presente oficio, deberá ser incluida en los preliminares de todo ejemplar de su trabajo.

ATENTAMENTE
"CIENCIA Y LIBERTAD"

C.D. YOLANDA E. BASUALDO SAENZ.
Director de la Comisión Asesora de
Trabajo Recepcional.

AV. PATRIA No. 1201, APDO. POSTAL 1-440. DIRECCION CABLEGRAFICA: UAG GUADALAJARA C.P. 44100 GUADALAJARA, JAL. MEXICO.

I N D I C E

Vabo.

Revisó

Jul/96

PROCEDIMIENTOS BASICOS PARA LA OBTENCION DE

LA ARMONIA FACIAL Y FUNCIONAL EN

EL PACIENTE DESDENTADO TOTAL

I N D I C E

INTRODUCCION 2

CAPITULO I

GENERALIDADES 5

CAPITULO II

DIMENSION VERTICAL, IMPLICACIONES FUNCIONALES

Y ESTETICAS 11

CAPITULO III

ENTREGA DE LAS DENTADURAS Y

RESULTADO FINAL 26

CASUISTICA 36

CONCLUSIONES 46

BIBLIOGRAFIA 49

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

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

La experiencia ha demostrado que la aceptación de el paciente por una prótesis total se encuentra relacionada íntimamente con la armonía facial.

La armonía facial es de suma importancia para la gran mayoría de pacientes desdentados, a tal grado que básicamente es uno de los motivos principales por el cual acuden a consulta - profesional ya que su deseo es reestablecer su aspecto físico perdido, delegando a segundo término aspectos tan importantes como la función masticatoria o la fonética. Esto es comunmente observable sobre todo en pacientes de sexo femenino.

Es aqui donde el profesional debe influir y alentar al - paciente desdentado por medio de la educación en que la armo-- nía facial si es importante, pero solo es un medio o solo una parte de un todo. La educación deberá ayudar a crear una actitud positiva mediante la información sobre los problemas especiales relacionados con la utilización de las dentaduras com-- pletas, consejos acerca de formas de vencer o compensar estos problemas, datos sobre la higiene bucal y la relativa a la dentadura.

La educación deberá también establecer la responsabili-- dad de él mismo, así omo la de nosotros en un servicio de pró-

tesis total.

Para gran número de pacientes la estética es lo más im-- portante. Por fortuna en la actualidad es posible fabricar dentaduras totales que duplican las posiciones armónicas y las relaciones de los dientes perdidos durante el habla, la masticación y el descanso. Los efectos emocionales y psicológicos de una mejor apariencia pueden dar una nueva perspectiva de la vida para muchos pacientes.

C A P I T U L O I

G E N E R A L I D A D E S

G E N E R A L I D A D E S

Se antoja difícil hacer una estimación objetiva de la importancia que tiene para la humanidad la edentación y sus escuelas.

Esta consideración incluye a aquellos que por distintas causas, se encuentran en esta condición patológica o aquellos que aún conservan sus dientes, pero irremediablemente estarán en un futuro no lejano en esta condición, así como aquellos que vislumbran las posibilidades o inconvenientes de su futuro reemplazo.

Siguiendo el concepto de los clásicos, podemos normar nuestro criterio frente a los problemas de desquilibrio planteados por la edentación, no a un ser humano ideal, sino a un ser humano variado y cambiante, pero equilibradamente integrado, anatómico, fisiológico, psíquico y socialmente.

La edentación influye desfavorablemente en el equilibrio orgánico y social del ser humano, transforma al aspecto facial, altera el lenguaje, perturba la alimentación, modifica la nutrición, altera la expresión, repercute en la mente y en los sentimientos y afecta a la vida de relación.

La exigencia del tratamiento de dentadura completa incluye el diseño y forma de un objeto o dispositivo físico-mecánico: la prótesis.

Este objeto deberá ser colocado para convivir en un medio biológico oral y dinámico.

Estará rodeado de numerosas estructuras móviles y sujeto a muchas condiciones que generan potenciales de fuerza que alteran los factores retentivos y estabilizadores.

Estos factores intermitentes y variables no tienen comparación con las estructuras que sustituyen, a pesar de que este objetivo debe servir como sustitutivo adecuado para los tejidos humanos vitales ausentes y actuar en armonía dentro de la compleja y variante interrelación de otros procesos biológicos y sistemas corporales.

Muchas situaciones cambiantes se producen instantáneamente, otras en plazos más prolongados, pero todos crean distintos y complejos problemas al profesionista y al paciente.

Con este recurso protético, el prostodoncista tiende con finalidades concretas a la recuperación del equilibrio así modificado.

La proporción en que lo consigue establece la medida de su éxito. Reconocer que su terapéutica no puede devolver la -- completa normalidad, ni aún en el mejor de los casos ésta es - la primera apreciación que el buen juicio debe oponer al éxito relativo.

Mientras que el futuro sin duda traerá consigo nuevos - conceptos, técnicas y mejores materiales con mejorías concominantes en el diagnóstico, elaboración del plan de tratamiento y construcción de prótesis, los problemas actuales deberán ser resueltos en forma adecuada para asegurar los niveles más al-- tos posibles de atención para el paciente. Nuestro objetivo - siempre deberá ser tener pacientes más sanos y contentos. Siempre habrá algunos pacientes que antepongan el precio a la calidad. La profesión no puede hacer nada para este pequeño grupo de personas. Sin embargo, la mayor parte de los dentistas continuarán proporcionando dentaduras totales adecuadas que se -- ajusten a las normas mínimas para la mayor parte de los pacientes a un precio justo. Esto es indispensable, ya que las necesidades futuras de prótesis pueden aumentar más allá de lo anticipado. La profesión deberá actuar.

El estudio de la anatomía bucal funcional no deber hacerse en aislamiento anatómico.

La boca es solo una parte de una serie de entidades funcionales que componen la cabeza. Esta, a su vez contituye una

parte integral del organismo total.

El hecho en que los humanos no abran la boca en su totalidad con un movimiento de bisagra puro es una de las manifestaciones biomecánicas de la postura erguida.

Pueden citarse otros ejemplos por ello, nuestra consideración de la función bucal deberá ser vista dentro del contexto de las características anatómicas, fisiológicas y de comportamientos totales del individuo.

La cuestión de la variación anatómica también deberá ser notada en las referencias hechas a la cavidad bucal.

La dentición humana moderna ha dejado de ser un factor de selección en el curso de la evolución.

Siempre que las funciones vitales de respiración y digestión sean servidas, las características anatómicas específicas de las estructuras bucales ya no ejercen el impacto en cuanto a supervivencia que alguna vez tuvieron en el antropoide, prohominoideo.

Esta factor ha permitido la existencia de una gran masa genética que, a su vez, se ha expresado en grandes variaciones observadas entre los seres humanos.

Solo es necesario pensar en las grandes diferencias en -- morfología dentaria, configuración de las arcadas y tamaño relativo a los maxilares entre los diversos pacientes para apreciar la extensión de estas variantes.

Por esto, ninguna descripción anatómica o fisiológica hace justicia a ningún individuo específico.

Solo es posible compensar estas variaciones desarrollando juicio clínico, habilidad clínica y apreciación y preocupación por el carácter único de cada paciente individual.

C A P I T U L O I I

DIMENSION VERTICAL, IMPLICACIONES FUNCIONALES Y ESTETICAS

DIMENSION VERTICAL, IMPLICACIONES FUNCIONALES Y ESTETICAS

En términos generales, se ha acordado que los contactos de los dientes en una prótesis dental completa, en las posiciones céntrica y excéntrica, deberán armonizar con los patrones del movimiento mandibular del usuario de la dentadura.

Esto requiere la determinación y el registro de algunas relaciones maxilomandibulares y su transferencia a un articulador dental apropiado.

La verificación de los registros de las relaciones maxilares comienza en la visita cuando primero se determinan las relaciones maxilomandibulares y continúa a través de todo el período útil de las prótesis.

Al aceptar a un paciente para un tratamiento y servicio de prótesis total, es responsabilidad de nosotros incorporar a las prótesis, de acuerdo con su habilidad, los registros de las relaciones maxilares del paciente.

También es necesario recordar que la responsabilidad de nosotros no termina al entregar las prótesis. Las relaciones vertical y horizontal de la mandíbula del paciente con relación a su maxilar son relaciones dinámicas que cambian durante

toda la vida, por lo que deberán estudiarse contínuamente.

Así, existe la necesidad de concertar visitas para mantenimiento y estudio que permitan ajustar la oclusión, rebasar las prótesis, o ambas cosas, de manera que se conserve la armonía entre los músculos y las articulaciones temporo mandibulares, así como entre las relaciones maxilares horizontal y vertical del paciente y sus dentaduras.

La visita para determinación de registros maxilomandibulares, todos los movimientos funcionales o no funcionales, así como la fonética y el aspecto dependen de las relaciones específicas verticales y horizontales de la mandíbula del paciente con respecto a su maxilar.

La determinación de las relaciones maxilares y su registro y transferencia al articulador son muy importantes al tratar al paciente desdentado.

El aumentar o disminuir la dimensión vertical de la mandíbula con respecto al maxilar afectará el habla y la eficacia masticatoria. Los efectos sobre la apariencia son evidentes, ya que las alteraciones verticales extremas en cualquier dirección dan como resultado la exhibición de mucha o poca estructura dentaria.

Las relaciones horizontales correctas de la mandíbula y el maxilar proporcionan una oclusión adecuada para los dientes suministrados, que es indispensable para la salud de los tejidos de soporte y las articulaciones temporomandibulares.

El punto de partida para la determinación de la dimensión vertical oclusar es la posición fisiológica de descanso.

Esto se define como la posición postural habitual de la mandíbula cuando el paciente se encuentra descansando en posición erguida y los cóndilos se encuentran en una posición neutral, no forzada dentro de la fosa glenoidea.

La dimensión vertical oclusal es la dimensión vertical de la cara cuando los dientes o los rodillos oclusales se encuentran en contacto en oclusión céntrica, y es la posición de referencia desde la que se registran todas las demás posiciones maxilares horizontales.

La diferencia entre la posición fisiológica de descanso y la dimensión vertical oclusal es la distancia interoclusal, siendo la dimensión vertical oclusal siempre menor que la posición fisiológica de descanso.

Relación horizontal: la posición horizontal más importente de la mandíbulo con respecto al maxilar es la relación céntrica maxilar. El término relación céntrica maxilar se define

como la posición fisiológica más retruida de la mandíbula con relación al maxilar desde la que el individuo puede realizar - movimientos laterales.

Es una alteración que puede existir a diversos grados de separación entre los maxilares. Se presenta alrededor de un -- eje terminal en bisagra.

Las otras relaciones horizontales importantes son la posición protusiva y lateral de los maxilares. La relación protusiva se registra y se lleva al articulador para registrar los equivalentes mecánicos de la guía condilar horizontal corres-- pondientes a la vía del movimiento condilar promedio del pa- - ciente.

Las posiciones laterales de la mandíbula también pueden registrarse por métodos interoclusales y emplearse para esta-- blecer guías laterales en ciertos articuladores.

TECNICA PARA OBTENER DIMENSION VERTICAL

El objetivo será determinar el nivel horizontal y vertical de los dientes artificiales, la relación de espacio entre los maxilares, la relación céntrica, la relación entre los condilos y el modelo superior, así como los movimientos mandibulares de lateralidad y protusivos.

Primero se coloca la base dura y el rodillo superior y nos aseguramos que esté confortable al paciente. La retención dependerá de la adaptación de la base dura al modelo maestro. Si es satisfactoria, el paciente la sentirá como la dentadura terminada, si es pobre se deberá reajustar.

A veces es necesario usar polvo adhesivo para conferir retención en este paso y en los posteriores. Se humedecerá la base dura talqueándola levemente con el polvo.

1) Se marca con la espátula el nivel del rodillo a 1 mm. abajo del bermellón del labio superior, recortamos o agregamos cera si es necesario.

En un labio "normal", sólo una pequeña porción de diente estará expuesta, cuando el mismo esté en reposo.

En un labio "corto", una porción más considerable de diente estará expuesta cuando esté en reposo.

En un "labio largo", normalmente no está expuesta ninguna porción de diente.

2) Se coloca la platina de fox sobre el rodillo superior sustenièndola con los dedos índice y medio de la mano derecha. Ajustamos el rodillo de modo que la parte anterior de la platina esté paralela a un plano que pasa a través de las pupilas del paciente llamado "plano pupilar".

3) Con un lápiz de ceja y el dentímetro, trazamos el plano de camper en la cara del paciente.

Este plano será una línea recta, que parte de la mitad del trago de la oreja, al surco naso-labial.

Ajustamos el rodillo agregando o quitando cera, de modo que ambas partes laterales de la platina estén en posición paralela con el plano de camper.

Revisamos los dos planos de la cara para cumplir este requisito.

4) La plenitud facial o contorno de la cara y contorno labial deberán ser ajustados sólo tentativamente ahora, porque al establecer la dimensión vertical definitiva, la plenitud deberá ser revaluada y corregida si es necesario.

Esto se logra, haciendo que desaparezca el surco naso-geniano, muy visible en el desdentado por falta de apoyo del

labio superior al desaparecer la gira camina y las arrugas del labio superior, por falta del apoyo de los dientes anteriores.

Reducimos la parte labial del rodillo y agregamos cera - con una espátula caliente, para dar el soporte adecuado del labio superior. Es muy importante observar el perfil del paciente para aprecia mejor este aspecto.

5) Insertamos la base dura y el rodillo inferiores y aseguramos que está confortable al paciente. La retención dependerá también de la adaptación de la base dura al modelo maestro, aunque por razones de extensión ésta será más pobre que la superior.

El rodillo inferior deberá recortarse hasta 1mm. abajo - del bermellón del labio inferior.

El Dr. Willis y otros, han demostrado que la cara la podemos dividir en tres partes, las cuales son iguales y tienen la misma dimensión.

1ra. parte: del principio de pelo al plano interpupilar.

2da. parte: del plano interpupilar al borde inferior del labio superior.

3ra. parte: del surco naso-labial al borde del mentón.

Estas medidas nos ayudarán a disminuir o acrecentar el - rodillo inferior para hacerlo del tamaño adecuado antes de buscar la relación céntrica.

6) La relación céntrica tentativa se buscará por medio - de tres métodos:

A) Método de punta de lengua.

B) Método de cansancio.

C) Método de acomodamiento.

Se llama relación céntrica tentativa, porque será capaz de cambiar esta relación cuando la busquemos con el transportador y el arco gótico.

Método punta de lengua.

Instruímos al paciente a levantar su lengua y tratar de tocar la parte más porterior del paladar y al mismo tiempo cerrar su boca. Después que lo ha hecho varias veces y el operador está seguro que lo ejecuta correctamente, hacemos que haga el movimiento una vez más, ya con los rodillos dentro de la boca y ponemos una marca a nivel de los molares.

Método de cansancio.

Hacemos que el paciente abra su boca en su máxima distención para que trabajen los músculos que abaten la mandíbula. - Lo dejamos en esa posición, un lapso de tiempo más o menos largo (dos minutos). Le ordenamos que cierre lo más rápidamente - posible, para que trabajen los músculos opositores al movimiento anterior, con lo cual hacemos que el paciente cierre en céntrica. La marca del método anterior deberá ser la misma que la marca de este método.

METODO DE ACOMODAMIENTO.

El operador tomará la mandíbula del paciente por la barbilla, entre sus dedos índice y pulgar, y estando los músculos masticadores relajados, acomodará la mandíbula en céntrica. La marca lograda en el primer método deberá coincidir también con la de este.

PRUEBA DE MUSCULOS MASTICADORES.

Haremos que el paciente haga contracción y relajamiento de los músculos masticadores sin despegar los rodillos, varias veces, el operador tocará a la vez ambos temporales y ambos maseteros debiendo trabajar los cuatro a la vez. Si las maniobras antes descritas, se han hecho correctamente estamos seguros de que la relación céntrica tentativa está lograda.

7) Equilibrio de la oclusión: estando el paciente con los rodillos de oclusión en contacto, se tratará de separarlos con una espátula, colocándola en la parte anterior, en la parte posterior derecha y en la parte posterior izquierda. Deberá presentar la misma dificultad en separarlos en las tres posiciones.

8) Líneas de rodillo: marcamos la linea media de la cara, sobre el rodillo superior e inferior que muchas veces coincidirá, con el frenillo labial superior e inferior. Las caras mesiales de los incisivos centrales superiores e inferiores, deberán estar adosadas a esta linea.

La linea de sonrisa se marcará en el rodillo superior. - El largo del incisivo central, será la distancia de esta linea al borde inferior del rodillo superior.

La linea de comisura se marcará en el rodillo superior - estando los labios en reposo.

9) Prueba de modelos: los rodillos fuera de la boca, son fijados en su parte interna, colocándose los modelos de modo - que no hagan contacto entre si, en su parte posterior.

CONSIDERACIONES GENERALES

La mejor guía para la selección de dientes artificiales son los modelos de estudio antes de hacer las extracciones, pero muy raras veces los podemos obtener. Algunas veces, las fotografías nos pueden ayudar.

Otra guía que podemos aprovechar, son las dentaduras actuales pero también muchas veces son fabricadas con dientes muy pequeños y muy blancos. Ambas cosas no acordes con el aspecto del paciente.

No tratemos de obligar al paciente a cambiar a otros - - dientes mas "naturales" según nuestro concepto, ya que si es-- tán contentos con su aspecto y ellos prefieren sus dientes en esa condición se debe respetar su decisión. La satisfacción -- del paciente es una de las consideraciones más importantes que debemos de tomar en cuenta. Se deberá dialogar con el paciente para enfatizar en la información de el aspecto que presenta antes y después de colocar la prótesis.

Prueba de la dentadura en cera.

Seguimos el mismo procedimiento que hicimos en la toma - de la dimensión vertical, lo utilizaremos ahora que tenemos enfilados los dientes en la cera de los rodillos.

Checamos el nivel de los insicivos anteriores y debemos

recordar que:

En un labio corto sólo una porción de diente está visi-- ble.

En un labio largo casi no se nota ninguna porción de - - diente.

En un labio normal ensañará 1mm. de diente cuando el labio esté en reposo.

Utilizamos la plantina de fox, insertándola en la boca y comparamos su parte anterior con el plano pupilar, deberán de estar paralelos.

No siempre es necesario marcar el plano de camper en la cara del paciente con un lápiz de ceja. Las partes laterales - de la platina de fox, serán paralelos al citado.

Plenitud facial. Conjuntamente operador y paciente revisarán el soporte que la dentadura está dando a la musculatura "facial". Le proporcionamos al paciente un espejo de mano y si es necesario se le alterará el contorno de la cera.

Introducimos la base dura inferior y le preguntaremos al paciente si está confortable. Con el pie de rey, revisaremos - las medidas de la cara para estar seguros que no las hemos modificado.

Valorizamos la oclusión por tres métodos de:

- Punta de lengua
- Cansansio
- Acomodamiento

Fonética. Hacemos que el paciente cuente rápidamente de cincuenta a sesenta para oir el sonido de la "s", que pronuncie palabras con el sonido "f", "m" y vea si la distancia entre surco naso-labial y la barbilla es la correcta.

- Revisaremos la posición de los dientes anteriores.
- La cara mesial de los incisivos anteriores deberá coincidir con la linea media.
- Los cuellos de los dientes deberán estar en la linea de sonrisa.
- La cara distal de los caninos estarán en la linea de comisura.
- Observamos la cara del paciente y de perfil para revisar el eje longitudinal vestíbulo-palatino.
- Revisamos el encerado de las caras palatinas que nos ayudarán para la fonación.
- El color, tamaño y forma de los dientes, deberá mostrarse al paciente para que esten acordes operador y él.
- Hacemos que la persona sonria, platique y le de su opinión sobre la prótesis.

C A P I T U L O I I I

ENTREGA DE LAS DENTADURAS

Y RESULTADO FINAL

ENTREGA DE LAS DENTADURAS Y RESULTADO FINAL

La inserción de la prótesis representa la culminación de una serie de procedimientos cuidadosos y precisos por parte del facultativo. También es el momento esperado con anticipación por el paciente, quien ha cooperado tanto con su tiempo como con su esfuerzo para este evento.

Las dentaduras bien hechas brindarán al paciente comodidad, función adecuada, así como un aspecto que mejorará sus relaciones sociales y su participación. Estos son los objetivos que suelen lograrse al insertar una dentadura, que indican una experiencia satisfactoria.

La comodidad que ofrecen las dentaduras bien ajustadas se deriva de una interpretación fiel de la morfología tisular, así como de adaptación de las bases de la dentadura para un ajuste apropiado.

Los espacios tisulares son restaurados en forma adecuada y todos los bordes de la dentadura se sitúan donde es necesario para asegurar retención y estabilidad. Las zonas de alivio se colocan con precisión y no existen factores irritantes, ásperos o afilados en la estructura de la dentadura que traumaticen los tejidos.

La oclusión establecida es el resultado de la utilización correcta de los registros, así como de la atención cuidadosa prestada a los procedimientos del laboratorio relacionados. Como parte de la experiencia funcional de paciente, la oclusión se establece a una dimensión vertical que le ayudará a conservar el tono muscular, que es indicativo de una buena estética.

Los factores de retención, estabilidad, oclusión funcional y soporte tisular favorecen la capacidad de las dentaduras para proporcionar más que una sola función adecuada y permitirán la recuperación de los valores estéticos con mayor facilidad.

Hay una amplia gama de problemas del comportamiento relacionados con la inserción de dentaduras. Existe el paciente que es fácil de satisfacer y que sólo regresa después de la inserción para algún ajuste menor.

El otro extremo de este espectro está el paciente que se convierte en un visitante asiduo al consultorio; el o ella acuden con frecuencia y a corto intervalo para realizar ajustes en su prótesis.

Las quejas suelen ser de gran molestia o incomodidad de carácter general, mal funcionamiento o síntomas inespecíficos y raros que contribuyen a la frustración masiva del paciente y

del facultativo.

El resultado habitual de esta situaciones suele ser que el facultativo recomiende con mucho tacto que el paciente solicite la ayuda de otros profesionales.

Entre estos dos extremos se encuentra el paciente típico de prótesis total cuyo éxito es eventual, debido a que los esfuerzos del facultativo están basados en el reconocimiento de que existen en realidad los problemas.

Una vez que se haya logrado dicho reconocimiento, la resolución de los problemas suele ser un procedimiento ordenado.

Deberán considerarse los factores que no forman parte de la capacitación técnica de la mayoría de los dentistas, por lo que estos serán descritos como una función que abarca un concepto más amplio de la terapéutica

Estos factores constituyen solo parte de la filosofía total del tratamiento y ayudarán a refinar los objetivos y procedimientos terapéuticos.

Todos los pacientes poseen un "umbral de aceptabilidad" que determina su reacción a la inserción de las dentaduras. Este umbral es parte del mecanismo de motivación del paciente, que puede identificarse temprano dentro del tratamiento.

Sin embargo, el facultativo deberá saber que la aceptación por el paciente de las dentaduras terminadas no refleja el umbral de aceptabilidad que se pensó que existía durante los procedimientos terapéuticos.

La sensación finalista relacionada con una dentadura terminada cambia el nivel del umbral de aceptabilidad por encima de niveles anteriores. La aceptación del tratamiento por el paciente y su relación a los resultados de éste son medidas de su motivación.

La complejidad de los factores del comportamiento implicados en la motivación llegan a causar que el facultativo malinterprete la reacción del paciente a cualquier fase del procedimiento del tratamiento, en especial durante la realización del interrogatorio diagnóstico inicial.

Las frustraciones profundas, no fácilmente descernibles, así como la incapacidad para comprender en su totalidad el servicio de prótesis total pasan desapercibidos en algunos pacientes.

Dichos pacientes suelen ser malos riesgos para la terminación exitosa de las prótesis; en muchos casos esto se hace evidente sólo en etapas más avanzadas del tratamiento.

El establecimiento de una buena comunicación entre el -- dentista y el paciente al principio del tratamiento puede probar ser una buena medida de gran apoyo. Las primeras discusiones proporcionan claves útiles con respecto a lo que alcanza a anticiparse en el momento de colocar la dentadura.

La actitud de el paciente hacia el dentista, la profe- - sión, y él mismo, revela su nivel de aceptabilidad. Silverman-Levin y colaboradores indican que el estudio de la imagen propia del paciente resulta benéfica al tratar de anticipar la -- aceptación.

La buena comunicación deberá continuar a través de todo el tratamiento y en especial durante el momento de la inser- - ción de la prótesis. La mala comunicación engendra un espíritu destructivo de falta de cooperación que puede conducir al fracaso.

Durante los procedimientos del tratamiento los pacientes suelen manifestar sus anhelos en forma de preguntas específi-- cas, como las siguientes: ¿Cuando se hayan colocado las dentaduras, se eliminarán estas arrugas en mis labios? o ¿Serán acaso como mis propios dientes?

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

La entrega e inserción de una dentadura no es una fase - distinta ni está separada de las otras fases de la construc- - ción de la dentadura.

Debe considerarse como una pausa dentro del tratamiento para proporcionar una vista general que toma en consideración de una vez todas las fases del tratamiento, que comenzaron -- con la entrevista inicial.

La preparación de las prótesis para inserción, después - de haber sido procesadas, sigue un sistema lógico. El dentista valora todo el tratamiento anterior que ha contribuido a obtener las dentaduras procesadas, incluyendo las impresiones, toma de registros, disposición de los dientes y procesado.

Si todas han sido juzgadas satisfactorias, las dentadu-- ras se preparan para su inserción y entrega.

La inserción de prótesis es la culminación de los procedimientos extensos y en ocasiones difíciles de tratamiento. -- Los dentistas no deberán proceder con una actitud lista diciendo: "Aquí estan, espero que le gusten".

Sino que deberá adoptar la técnica más seria y considerada diciendo: "Aquí nos encontramos. Ambos vamos a tratar de lograr que usted presente un aspecto agradable, se encuentre cómodo y disfrute lo que hemos creado".

Esto señalará los factores de responsabilidad y terapéutica compartida, que el paciente deberá considerar como la norma desde el principio del tratamiento, desde luego que será -- contundente a resultados más ventajosos para ambos.

El operador tendrá mucho cuidado de que ambas dentaduras no molesten perceptiblemente al paciente, por la presión nueva a que están sometidas las zonas chapeables superior e inferior. La mucosa deberá resistir la presión solo gradualmente.

Revisamos la adaptación con pasta indicadora de presión, repitiendo el procedimiento cuantas veces sea necesario hasta que la sobre presión desaparezca.

Debemos trabajar una sola dentadura a la vez, no colocando ambas.

No evaluamos la extención de los bordes en esta sesión a menos que sea obvio.

El objeto de mayor controversia actualmente, es el asunto de que si el paciente debe de conservar la prótesis puesta durante la noche.

Algunos profesionistas aseguran que es mejor usarla ininterrumpidamente, porque abreviará el período de acostumbramiento a la mitad y que los tejidos bucales estarán mejor porque -

no se pierde el tono muscular.

Otros aducen que el tono muscular es el mismo, aunque están acordes con el tiempo de adaptación menor, pero explican - que durante el sueño no se ejerce ninguna presión y por lo tanto no se beneficia el paciente.

Otro hecho incontrovertible es que el paciente adquiere muy fácilmente la brincomanía, muy perjudicial por el trauma-- tismo ejercido en la encia y también para los que viven a su - alrededor, no dejándolos dormir. Aducen también que el tejido bucal después de 18 horas de soportar la prótesis, deberá descansar y relajarse en el periódo del sueño, en la misma manera que nos quitamos los zapatos para dormir.

Muchas lesiones que se han encontrado en la boca en aquellos pacientes que tienen uso continuo de la prótesis, inflamación por el efecto aislante de la misma, tumores por mala adaptación, úlceras por decúbito, se mejora notablemente cuando se descansa por las noches.

Después de estas explicaciones y haciendo énfasis únicamente en el aseo, adoptará el sistema que él crea mejor.

Citamos al paciente a las 24 horas para un examen y ajuste. Revisaremos la sobreextención de los flancos, tanto vestibular como lingualmente. Se localizará una linea roja o tam- -

bién ulceración si es muy severa. No hagamos las reducciones - arbitrariamente, usemos P.D.P y se hace zona por zona, no tratemos de hacer todo el flanco.

Con la misma pasta se revisan las áreas de sobrepresión de los procesos. Algunas irritaciones tienen como etiología -- otras causas que debemos distinguir (oclusión prematura de algunos dientes, alergia, moniliasis, enfermedades sistémicas, - etc.).

Después de esta visita se citará al paciente a las 48 horas para hacer el mismo procedimiento. Se le preguntará al paciente cuándo quiere la siguiente cita.

Cuando el caso ha permanecido por dos semanas y los tejidos no presentan irritación, se dará de alta.

C A S U I S T I C A

C A S U I S T I C A

Rafael Alvarez Díaz

Edad: 65 años

Comerciante

Atemajac del Valle, Jalisco.

Paciente desdentado total que se presenta a consulta para solicitar información sobre la reposición del total de sus piezas dentales perdidas, así como de su costo.

Refiere la pérdida total de su dentadura por etapas desde aproximadamente 10 años. Esto debido a un desgaste por abración casi total de las mismas en áreas posteriores como anteriores debido a bruxismo, problemas periodontales así como caries.

Presenta prótesis totales inmediatas en ambas arcadas. - Dichas prótesis carecen de retención adecuada así como de adaptación debido a un marcado proceso de reabsorción ósea en ambas arcadas.

Se procede a retirar las prótesis inmediatas de la cavidad oral, encontrando lesiones ocasionadas por la mala adaptación y balanceo de las mismas, a nivel del frenillo labial y - en el area postero lingual derecho inferior.

Se aconseja descansar las prótesis una semana así como - enjuagues antisépticos durante estos días para la desinflama-- ción y recuperación de las zonas afectadas.

Se presenta el paciente después de una semana, notándose una desinflamación total de las áreas afectadas, así como - -- ausencia de lesión existiendo uniformidad en los procesos al-- veolares así como en la coloración de la mucosa.

El paciente presenta una marcada alteración facial en su expresión y pérdida total de la dimensión vertical, refiere -- problemas fonéticos así como de alimentación en los últimos -- días.

Se procede a tomar impresiones a las arcadas superior e inferior para la elaboración de cucharillas individuales y se cita al paciente el día siguiente.

Se presenta el paciente y se toman impresiones definitivas con alginato de ambas arcadas con cucharillas individuales para elaborar bases duras y rodillos en cera para poder determinar la dimensión vertical perdida.

Se procede a tomar la dimensión vertical siguiendo el método de medidas faciales de Willis obteniendo una altura de 63 milímetros.

Se vuelve a citar al paciente y se procede a hacer prueba de articulación, notándose que los contactos de los dientes en las posiciones céntrica y exéntrica armonizan con los patrones del movimiento mandibular, así también armonía entre los - músculos con sus articulaciones, reestableciendo la plenitud - facial.

Hacemos cita para incersión de las dentaduras totales y notamos un cambio total favorable en el aspecto físico-estético del paciente. Se realizan desgastes selectivos en áreas de leve contacto oclusal prematuro en el area molar inferior derecha siguiendo la técnica bala, así como en el flanco antero- - vestibular y area del frenillo lingual.

El paciente manifiesta tolerancia inmediata de las es- - tructuras blandas y duras de la cavidad oral para con las zo-- nas chapeables de las prótesis, notándose buena adaptación en el ajuste, buena retención y estabilidad de las mismas.

La armonía facial se recupera, existiendo un cambio notable y favorable a nuestras perspectivas y del paciente.

C A S U I S T I C A

Manuel Jiménez Arroyo.

Edad; 51 años.

Comerciante.

Guadalajara, Jal.

Paciente desdentado parcial que se presenta a consulta - para solicitar información sobre la reposición de sus piezas - perdidas, así como la de su armonía facial.

Refiere pérdida total de piezas dentarias en el area mandibular hace 3 años, y area molar-premolar bilateral superior hace un año, por problemas periodontal y caries.

Presenta puente fijo superior anterior de canino en mal estado de adaptación, debido a retracción gingival producida - por una marcada afección periodontal.

Se procede a retirar puente fijo observando que existen dos pilares (en caninos) con movilidad de tercer grado, así como caries cervical penetrante.

Se procede a extraer caninos y se cita al paciente den-- tro de tres meses.

Se presenta paciente después de 5 meses, notándose una - cicatrización adecuada uniforme del area donde se hicieron las extracciones. El paciente presenta una marcada alteración fa-- cial en su expresión y pérdida total de dimensión vertical.

Se procede a tomar impresiones de las arcadas superior e inferior para elaborar bases duras y rodillos en cera para poder determinar la dimensión vertical perdida siguiendo el método de medidas faciales de Willis, obteniéndose una altura de - 63 milímetros a la vez que se reestablece la plenitud facial.

Después de insertadas las dentaduras totales en la boca del paciente observamos un cambio muy marcado favorable en el aspecto físico-estético, así como su oclusión. Aparentemente - existe una tolerancia inmediata de las estructuras blandas y - duras de la cavidad oral para con las prótesis.

En citas post-inserción se realizaron desgastes en el -- flanco antero-vestibular y area del frenillo labial. Se ajustó levemente contacto oclusal prematuro del area premolar del lado derecho superior siguiendo la técnica bala.

El paciente ha reaccionado favorablemente a todas las indicaciones post-inserción y psicológicamente se encuentra adaptado y complacido con el funcionamiento y apariencia de sus -- prótesis.

C A S U I S T I C A

Gregorio Simental.

Edad: 60 años.

Campesino.

Zapopan, Jal.

Paciente desdentado total que se presenta a consulta para solicitar presupuesto e información sobre la reposición del total de sus piezas dentales perdidas.

Refiere pérdida total de piezas dentales en ambas arcadas hace 2 años. Dicha pérdida fue en etapas y fueron ocasionadas por afección paradontal severa. Afirma que jamás ha utilizado ningún aparato de prótesis dental.

Se procede a efectuar un examen de la cavidad oral y encontramos que hay presencia de restos radiculares en la región canina superior derecha y a nivel del tercer moral del mismo flanco.

En la misma cita procedemos a extraer los restos radiculares, los cuales se encontraban con muy poco soporte óseo facilitando de esta manera la cicatrización del proceso alveolar y se cita al paciente dentro de tres meses.

Se presenta el paciente a los tres meses, notándose una adecuada cicatrización del proceso alveolar en el area donde se efectuaron las extracciones. En general los procesos superior e inferior se encuentran uniformes con buen soporte óseo.

Se procede a tomar impresiones de ambas arcadas con cucharillas para desdentados y alginato, registrando todas las áreas anatómicas de los procesos con nitidez. El llenado de las impresiones lo hacemos con yeso piedra dental para obtener los modelos. Elaboramos bases duras y rodillos en cera para la obtención de la dimensión vertical perdida siguiendo el método de medidas faciales del Dr. Willis, obteniendo una altura de 61 milímetros y se cita al paciente dentro de 4 días.

Se presenta paciente para que efectuemos prueba de articulación, notándose leve contacto prematuro en cúspides linguales de ambos premolares superiores izquierdos. Corregimos contacto prematuro con movimiento de dichas piezas en cera directo en boca. Una vez incertadas ambas dentaduras se nota un leve abultamiento del labio superior en el area de los incisivos superiores, el cual eliminamos retirando cera de esa zona hasta lograr una adecuada armonía facial.

Después de probar articulación en cera procedemos al terminado de las mismas, por lo cual citamos al paciente dentro de una semana.

Se procede a insertar dentaduras totales terminadas en - una a la vez. En ninguna de las dentaduras el paciente refiere molestia. Presenta leve sensación de náusea y dificultad en el habla, la cual desaparece en el transcurso de los minutos. Aparentemente existe tolerancia de las estructuras blandas y du-- ras de la cavidad oral hacia las prótesis.

Notamos un cambio favorable en el aspecto físico-estético en relación con la armonía facial restablecida, así tam- -- bién como en la oclusión. Ambas dentaduras presentan retención adecuada y libertad de movimiento de tejidos blandos vecinos.

Se dan indicaciones al paciente sobre cuidados y precauciones para con sus prótesis y se le cita a 15 días para revición.

El paciente no acude a cita.

C A S U I S T I C A

Cermen Pozas.

Edad: 64 años.

Hogar.

Guadalajara, Jal.

Paciente desdentada total que se presenta en el consultorio para la elaboración de sus dentaduras completas.

Refiere desdentamiento desde 8 meses habiendo perdido -- sus piezas por problemas periodontales, presenta pérdida de dimensión vertical y alteración en la expresión facial. Después de tomar impresiones obtenemos modelos para hacer bases y rodillos en cera para obtener la dimensión vertical con el método de medidas faciales de Willis, registrando una altura de 62 milímetros a la vez que se reestablece la plenitud facial.

Después de incertadas las dentaduras observamos en la paciente un aspecto más agradable y de acuerdo a su fisonomía, - además que se normalizan las funciones de masticación, fonética y estética.

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

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

Es indispensable una boca sana para fabricar dentaduras satisfactorias. Es poco aconsejable o casi imposible construir una dentadura maxilar o mandibular satisfactoria para una boca enferma.

Los objetivos básicos son la restauración de la función, el aspecto facial y el mantenimiento de la salud de el paciente. El usuario de prótesis dentales debe ser capaz de hablar - claridad y no padecer molestias bucales. Debe instruirse al paciente con respecto a la importancia de los exámenes periódi-- cos y el tratamiento subsecuente cuando ésta sea necesario por los cambios en los tejidos de soporte.

La masticación de los alimentos con prótesis totales ayuda al paciente desdentado a obtener una nutrición adecuada. -- Sin embargo, aún las prótesis totales construidas bajo las condiciones más ideales, sólo poseen una eficacia masticatoria -- equivalente a una fracción de la dentición natural. El paciente debe comprender y aceptar la menor eficacia de la dentición artificial.

No siempre es posible por motivos biológicos o mecánicos logar las exigencias estéticas no realistas de algunos pacientes.

Los cambios en las estructuras de soporte en años posteriores pueden exigir un cambio en la posición de los dientes - para mejorar la estabilidad y la función que pudiera afectar - en forma adversa la estética.

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

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

- PROTESIS COMPLETA,
  D. J. NEILL,
  PRIMERA EDICION,
  BUENOS AIRES, 1971,
  EDITORIAL MUNDI.

- MANUAL DE PROSTODONCIA TOTAL,
  ROBLES SANTANA,
  PRIMERA EDICION,
  GUADALAJARA, JAL., 1976.
  EDITORIAL U.A.G.

- PROSTODONCIA TOTAL,
  PEDRO SAIZAR,
  PRIMERA EDICION,
  BUENOS AIRES, 1972,
  EDITORIAL MUNDI.

- PROSTODONCIA DENTAL COMPLETA,
  JOHN J. SHARRY,
  PRIMERA EDICION,
  BARCELONA, 1977.
  EDITORIAL TORAY, S.A.

- PROSTODONCIA TOTAL,
  JOSE Y. OZAWA DEGUCHI,
  TERCERA EDICION,
  MEXICO, 1979.
  EDITORIAL U.N.A.M.

- DENTADURAS COMPLETAS,
  MERRILL G. SWENSON,
  SEGUNDA EDICION,
  EDITORIAL HISPANO-AMERICANA.

- DENTADURAS COMPLETAS,
  JACK M. BUCHMAN,
  PRIMERA EDICION, 1978,
  EDITORIAL LABOR.

- PROTESIS PARA DESDENTADOS TOTAL,
  CARLOS O. BOUCHER,
  BUENOS AIRES, ARGENTINA,
  EDITORIAL MUNDI,
  MARZO, 1977.

- APUNTES DEL CURSO DE PROTESIS DENTAL,
  MANUEL M. TEJEDA MORA,
  EDICION 2a. TOMO,
  FACULTAD DE ODONTOLOGIA EN PANAMA,
  1972.