

91
Zej



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA

T E S I S

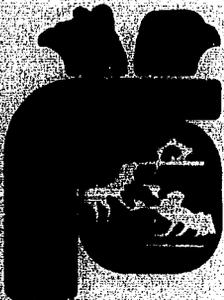
Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a n :

Mario Guillermo Cerda Martínez

Delia María Guillén Hernández



México, D. F.

1986



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

SUMARIO

Prólogo

- I INTRODUCCION
- II BREVE HISTORIA
- III DEFINICION
- IV INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES
- V VENTAJAS Y DESVENTAJAS
 - VENTAJAS
 - a) Anatómicas y Funcionales
 - b) Estéticas
 - c) Psíquicas
 - d) Quirúrgicas y Orgánicas
- VI TIPOS DE PROTESIS TOTAL INMEDIATA
 - a) Prótesis parcial aditiva
 - b) Ferula mentoniana
 - c) Prótesis inmediata completa abierta (o sin flanco vestibular)
 - d) Prótesis inmediata completa cerrada (o con encia completa)
- VII ESTUDIO DEL PACIENTE
 - a) Historia clínica
 - b) Examen y Diagnóstico
 - c) Facies
 - d) Tono de los tejidos
 - e) Dominio muscular
 - f) Examen bucal

- g) Examen radiográfico
- h) Impresiones preliminares
- i) Modelos de estudio
- j) Articulador para el diagnóstico
- k) Diagnóstico
- l) Pronóstico
- m) Plan de tratamiento
- n) Registros previos a la elaboración de la prótesis
- ñ) Color
- o) Impresiones para colocar los dientes naturales
- p) Fotografía

VIII IMPRESIONES Y MODELOS

- a) El alginato
- b) Los hules de tipo medio
- c) Principios de una buena impresión

IX RELACIONES INTERMAXILARES

- a) Plano de orientación
- b) Dimensión vertical
- c) Posición fisiológica de reposo
- d) Relación céntrica
- e) Oclusión céntrica

X TECNICA EN LA CONSTRUCCION DE LA DENTADURA

XI CONCLUSIONES

P R O L O G O

Hemos seleccionado para este trabajo el tema "PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA", por ser de gran importancia hoy - en día.

Lo ponemos ante su distinguida consideración para obtener el título de CIRUJANO DENTISTA.

Sabemos muy bien que este trabajo dista mucho de ser perfecto, sino al contrario, existen en él infinidad de -- errores, todos ellos producto de la enorme inexperiencia; Sólo esperamos que su juicio, no sea demasiado severo y - que lo juzguen con benevolencia, propia de su sabiduría en atención a la gran voluntad que al realizarlo pusimos.

CAPITULO I

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

La prostodoncia total inmediata es un procedimiento de dentaduras completas muy difundido, pues permite conservar las proporciones normales de la cara y la expresión sin ningún período de transición después de las extracciones, ahorrándosele al paciente la circunstancia poco grata de ser visto completamente desdentado.

La pérdida de los dientes naturales especialmente cuando ocurre en las regiones anteriores, crea una situación antiestética de la cual no sólo es conciente el propio enfermo sino todos aquellos que están en contacto con él.

Con la prostodoncia total inmediata eliminamos ésta situación, evitando en el paciente el complejo de deformidad que dicho estado ocasiona, esto es muy importante para las personas que por sus actividades tienen que tratar con el público.

Además por medio de la prostodoncia total inmediata el cirujano dentista habiendo dado previas instrucciones y por los medios que están a su alcance deja complacido al paciente devolviendo la anatomía, la fisiología y la fonación cumpliendo con el requisito de la estética.

Debe pues, ampliarse más el ejercicio de éste procedimiento ya que ofrece muchas ventajas y pocas contraindicaciones.

CAPITULO II

BREVE HISTORIA

En 1964 Pasamonti dijo lo siguiente: "Las prótesis inmediatas han originado más quejas en el público, que ningún otro tipo de prótesis y se han convertido en causa de demandas legales".

Las quejas se refieren principalmente a resultados estéticos insatisfactorios y a función deficiente. Puntos de vista compartidos por Klein en 1960 para quien los fracasos se deben - al diagnóstico defectuoso o al plan de tratamiento equivocado: y por Leather quien en 1960 admite el disgusto con que muchos odontólogos encaran la prótesis inmediata.

En 1970 atribuyen el disgusto en primer término a que los -- odontólogos no son preparados suficientemente desde estudiantes, para introducir a los pacientes en ésta nueva y trascendente etapa de su vida.

Debe considerarse significativamente la aparente contradicción de lo que antecede con otras expresiones.

Dice Castro y Saizar en 1968:

"Cada día es más frecuente, el paciente informado y el odontólogo debe estar preparado para prestarle éste servicio que se ra muy bien recibido y resultaría una fuente de satisfacción personal para el profesional".

CAPITULO III

DEFINICION

Prótesis, etimológicamente significa la colocación de una cosa sobre otra o delante de otra y también en lugar de ésta.

Se define la palabra prótesis en medicina como parte de la terapéutica quirúrgica que tiene por objeto reemplazar artificialmente un órgano amputado parcial o totalmente u ocultar una deformación.

Prótesis dental, es una rama de la terapéutica quirúrgica considerando como ciencia y arte, mediante la cual se puede corregir restaurar o substituir las piezas dentarias, cuando éstas se han perdido en parte o en su totalidad; así como las pequeñas faltas de substancias consecutivas a la pérdida de los dientes; devolviendo con bastante igualdad las funciones anatómicas, fisiológicas y estéticas del aparato masticatorio.

La prótesis total, también llamada protodoncia, se encarga de la construcción y colocación en la boca de aparatos destinados a restaurar o reemplazar a todos los dientes devolviendo las funciones del aparato masticatorio.

PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA: Podemos definir la protodoncia total inmediata como la construcción del aparato dentoprotético antes de la extracción de las últimas piezas dentarias que

aún conserva el paciente colocandose el aparato inmediatamente después de haber practicado las extracciones y acondicionar el proceso respectivo, a diferencia de la prostodoncia mediata la cual se coloca en la cavidad oral meses después de realizarse las últimas extracciones.

CAPITULO IV

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

INDICACIONES.

La prótesis total inmediata exige:

- 1.- Que la edad y estado general del paciente permitan la o las intervenciones quirúrgicas que se requerirán.
- 2.- Que el estado de la boca y dientes admitan la espera requerida para el trabajo preparatorio.
- 3.- Que el paciente desee éste tipo de servicio y esté -- dispuesto a aceptarlo con todo su contenido implícito.
- 4.- En pacientes que temen presentarse desdentados ante - los demás.
- 5.- Donde los labios son gruesos y sus posiciones tales - que aseguren obtener resultados estéticos aceptables sin hacer previas pruebas de enfilado de los dientes.
- 6.- Cuando la relación intermaxilar sea favorable.
- 7.- En casos donde no exista peligro inminente de infec-- ción.
- 8.- En casos donde no sea necesario practicar alveoloto- mías extensas.

CONTRAINDICACIONES.

- 1.- En casos en que se considere invalidez crónica.
- 2.- En personas en que las extracciones múltiples puedan provocar un estado de shock intolerable.

- 3.- En pacientes diabéticos, donde el índice de glicémia no se puede controlar, en éste caso puede ser posible siempre y cuando el paciente asista con su médico general y el cirujano dentista pueda ponerse en contacto con él - para poder hacer el tratamiento necesario.
- 4.- En pacientes tuberculosos.
- 5.- En pacientes sifilíticos con lesiones orales terciarias o cuaternarias.
- 6.- En pacientes que han sufrido terapia de radiaciones, -- porque existe el peligro de que ocurra osteoradionecrosis.
- 7.- En pacientes cancerosos con lesiones bucales, hemofílicos, anémicos, con infecciones parodontales agudas.
- 8.- En pacientes que se encuentren afectados de sus facultades mentales.

CAPITULO V
VENTAJAS Y DESVENTAJAS

Cuando es necesario extraer los dientes naturales y reemplazar los por dientes artificiales, lo más aconsejable es hacer una restauración inmediata. Este procedimiento lleva implícita la construcción de la dentadura superior, de la inferior o ambas a la par, antes de eliminar los dientes naturales. Generalmente es ventajoso hacer una de ellas, sea la superior o la inferior, antes de actuar sobre su antagonista.

Además constituye el medio de reducir la tragedia física y psicológica del desdentamiento.

VENTAJAS:

Las ventajas de la prótesis inmediata pueden clasificarse en: Funcionales, estéticas y psicológicas.

a) FUNCIONALES Y ANATOMICAS

- 1.- Impide la pérdida inmediata de altura, al reemplazar en tope oclusal preservando o restituyendo la altura morfológica.
- 2.- Evita la mayor parte de los trastornos o reajustes fonéticos del desdentamiento. Hasta hay mejoría en la fonación; pues la restauración inmediata de los dientes especialmente de los anteriores, hace posible al paciente hablar con más claridad.

- 3.- No hay pérdida de tiempo en aprendizaje, ni ausencia de los negocios habituales, ni del medio social. La restauración inmediata permite al paciente acudir a su oficina u otras actividades públicas.
- 4.- Ayuda para comer. A pesar de que la masticación se haga con cuidado en el período inicial, el paciente come mejor con dientes que sin ellos.
Reduciendo los reajustes dietéticos y digestivos. No es necesario un período más largo de cambios de dieta; esta se limita a comidas blandas sólo durante unos días, y no durante algunas semanas o meses, como sucedía antes de aparecer el tratamiento de dentadura inmediata.
- 5.- Período de aprendizaje más corto. Cuando se permanece sin dientes durante un largo período de tiempo se hace más difícil acostumbrarse a ellos de nuevo; el paciente desarrolla a veces hábitos, especialmente con la lengua, que más tarde le causan dificultades en el uso de las dentaduras nuevas.

b) ESTÉTICAS.

- 1.- Impide el colapso facial, consecuencia de las pérdidas y transformaciones anatómicas.
- 2.- Mejor aspecto. Este punto es acaso uno de los que más influyen en la decisión del paciente para quitarse sus propios dientes. Ciertamente el paciente está mejor con dientes que sin ellos y a menudo los nuevos dien--

tes parecen mejor que los naturales.

- 3.- Pérdida de los dientes naturales no apreciable. Con las dentaduras inmediatas a menudo ni los mismos familiares del paciente, ni los individuos con quien diariamente se relaciona, son capaces de advertir que han sido quitados los dientes naturales.

c) PSIQUICAS.

- 1.- Elimina la humillación que sufren muchos pacientes al presentarse sin dientes.
- 2.- Permite mantener el equilibrio espiritual y facilita la continuidad de la vida de relación al evitar la influencia del "qué diran".
- 3.- También facilita la decisión de sacrificar los dientes naturales cuando es preciso.
- 4.- Reduce los trastornos del acostumbramiento a la prótesis.

d) QUIRURGICAS Y ORGANICAS.

- 1.- Actúan como apósito o vendaje de las heridas de la extracción y alveolectomía.
- 2.- Este efecto de apósito tiende a controlar la hemorragia, a evitar en gran medida la contaminación de las heridas del exterior, y a mantener los fármacos y otros agentes terapéuticos en el lugar de las heridas.
- 3.- Estas dentaduras contribuyen más de prisa a una curación menos dolorosa y a una vuelta más rápida a la cu-

ración normal de que las dentaduras convencionales.

La acción de vendaje protector parece indiscutible para los primeros días en tanto se normalizan los tejidos su per fi ci al es ; pe ro por la fer me nta ci ón por des co mpo si ci ón de los co á gu los o la ci ca tri za ci ón por seg un da in te nci ón co mo no r ma fa vo re ce n al mal g us to y mal o l o r d u r a n te l o s p r i m e r o s d i á s. La alveolitis dolorosa no suele producirse sin explicación satisfactoria.

DESVENTAJAS:

A pesar de que hay pocas desventajas cuando todas las fases se ejecutan con cuidado, una técnica quirúrgica o una dentadura inmediata mal construida puede conducir a dificultades. Aún con las dentaduras inmediatas bien construidas pueden existir desventajas que debemos señalar al paciente.

1.- Un trabajo adicional. Tanto en la clínica como en el laboratorio se requieren más detalles y diversos procedimientos que se añaden a los habituales de la construcción de las dentaduras ordinarias.

También se necesitan más visitas para los reajustes.

2.- Quizá la principal desventaja de esta prótesis es que no pueden ser colocadas hasta que no estén terminadas.

3.- Costo adicional. Además de necesitarse más tiempo en su construcción los gastos de los materiales a utilizar también son cuantiosos.

- 4.- No se pueden probar. Al tener aún sus dientes naturales en la boca, no tenemos la posibilidad de colocar las placas para comprobar sus efectos en la boca antes de procesarlas: al estar éstas aún en cera.
- 5.- Mejor ajuste del asiento. Las placas base no se fijan a los tejidos con tanta exactitud, especialmente en las zonas donde se han quitado los dientes.
- 6.- Pérdida temprana de ésta fijación.

Debido a los cambios subsiguientes a la eliminación de los dientes, las prótesis inmediatas por lo general necesitan rebases muy pronto, a diferencia de las dentaduras convencionales.

Sin embargo, es preferible ésta pérdida de fijación al estar cierto tiempo desdentado.

CAPITULO VI

TIPOS DE PROTESIS TOTAL INMEDIATA

- a) Prótesis parcial aditiva
 - b) Férula momentanea
 - c) Prótesis inmediata completa cerrada (o con encía completa)
 - d) Prótesis inmediata completa abierta (o sin flanco vestibular)
-
- a) Prótesis parcial aditiva.

Es una transformación de la que usa el paciente, es la prótesis parcial en la que se van agregando dientes después de las extracciones. Sus ventajas definidas la indican en muchos casos y permite el desdentamiento gradual, evitando las extracciones masivas.

Por lo mismo evita la extracción previa de dientes posteriores sirviendo de transición hacia la prótesis inmediata completa.

- b) Férula momentanea.

Es como una prótesis económica. Los dientes posteriores son reemplazados por férulas de acrílico que se articulan directamente en boca, añadiendo acrílico autopolimerizable; los dientes anteriores se hacen rápidamente por vaciado de los dientes en la impresión con acrílico de color adecuado.

Puede ser una solución en ciertos casos, por su rapidez y economía de ejecución.

c) Prótesis inmediata con encía completa.

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 a la prótesis sin encía artificial y es más fácil atender al paciente.

d) Prótesis sin flanco vestibular.

Casi siempre sin el anterior; simplifica la construcción, hasta excavar el alveolo en el modelo introducir en éste 2 ó 3 mm. del diente de reemplazo (de ahí el nombre de intraalveolar).

El resultado inmediato puede ser espectacular al mostrar los dientes emergidos de la encía. Tiene la ventaja de permitir la atrofia vestibular sin perturbaciones, y el inconveniente de requerir la encía artificial al cabo de 15 a 20 días.

CAPITULO VII

ESTUDIO DEL PACIENTE

El estado general de salud del paciente desempeña un importante papel en el éxito protésico, y debe ser considerado en el paciente antes de iniciar el trabajo.

Los padecimientos más frecuentes parecen ser las deficiencias nutritivas, los trastornos incidentales con la edad crítica, los seniles, pero también existen estados diabéticos, cardiocirculatorios, artríticos, discrasias sanguíneas, alergias en general, - etc.

a) HISTORIA CLINICA

Es realidad, el relato fiel que puede hacer el cirujano dentista respecto a la evolución clínica de su paciente.

Comprende los antecedentes hereditarios familiares, sociales, ambientales y personales que se consideren de interés, más los datos que surjan del examen, de los análisis de laboratorio, radiografías, etc.

b) EXAMEN Y DIAGNOSTICO

Examen clínico;

Será minucioso y debe cubrir no sólo el estado general facial y bucal, sino, también el estado mental, la actitud del paciente y su capacidad para comprender la situación.

Un estado general que ofrece dudas o un paciente poco dispues_ to puede hacer cambios en la indicación del tratamiento proté_ sico, sugiriendo por ejemplo la prótesis inmediata en etapas o aditivas en vez de la extracción masiva.

Si nos damos cuenta que el paciente no está en condiciones de comprender el porque de la prótesis inmediata, sus ventajas y sus desventajas, no debe indicarsele el tratamiento.

Como requerimiento mínimo mental del paciente debe exigirse - captación, valoración, disposición y confianza en el profesio_ nal. No sólo en las decisiones de la prótesis puede influir el estado general, sino también en la cirugía y el postopera_ torio.

Las probabilidades de éxito son mayores si el estado general y local son mejores.

Ahora bien, el examen somático comprende algunos puntos muy - importantes;

c) FACIES

En relación con la prótesis total; el colapso facial, especial_ mente en personas relativamente jóvenes, la pérdida de altura facial, la excesiva movilidad mandibular, la prominencia del mentón, el hundimiento del labio superior, constituyen signos de probable atrofia avanzada, prótesis desajustada, patología paraprotésica y quizá falta de atención por sí mismo, asocia_ do a menudo con perturbaciones del estado general o psíquico.

d) TONO DE LOS TEJIDOS

Los tejidos peribucales pueden ser tensos, flácidos o de tono mediano.

Tiene importancia observarlos porque la ubicación de los bordes de los aparatos en los sujetos de fuertes músculos y gran tonicidad de los tejidos debe ser mucho más preciso que en su sujetos de tejidos flácidos, los cuales admiten sobeextenciones con más facilidad.

e) DOMINIO MUSCULAR

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

f) EXAMEN BUCAL

Punto por punto, deben examinarse todas las características - anatómicas que permitan reconocer factores probables de dificultad. Es importante el tamaño de los maxilares que pueden ser grandes, medianos y pequeños.

En términos generales, cuanto mayores, más favorables para la prótesis.

El tamaño y la forma de los rebordes alveolares también es -- muy variado y podemos decir que los rebordes medianos son los más convenientes, porque los muy prominentes presentan grandes retenciones y necesitan remoción quirúrgica así como los muy planos nos proporcionan una sustentación deficiente.

Si revisamos nuestras inserciones bucales, veremos que cuando son altas son más favorables que las bajas, las cuales también se solucionan con un tratamiento quirúrgico, que sería la profundización del vestíbulo.

También conviene examinar la zona del sellado posterior que en este caso nos dará datos de sensibilidad de la mucosa.

g) EXAMEN RADIOGRAFICO

Llevaremos a cabo un examen radiográfico completo porque del 25 al 30 % de los maxilares clínicamente estudiados en desdentados retienen restos radiculares, dientes incluidos, quistes, focos de osteitis y folículos dentarios infectados. Siempre es necesaria una exploración radiográfica tanto antes de comenzar el tratamiento como después de hacerlos.

h) IMPRESIONES PREELIMINARES

En éste tipo de prótesis quizá la impresión más cómoda usada hoy día es una impresión completa de un material elástico como el alginato.

i) MODELOS DE ESTUDIO

Nos ayudan a planear el tratamiento de nuestro paciente pudiendo prever el pronóstico protésico encaminándose a un buen diagnóstico y buena planeación de la secuencia técnica a seguir, ya que los modelos de estudio son una reproducción anatómica de los procesos dentarios.

j) ARTICULADOR PARA EL DIAGNOSTICO

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

El articulador para el diagnóstico, en todos los casos que no exige el adaptable, puede ser simplemente un articulador de bisagra o de alambre, cuyo escaso volumen y reduciendo costo - permite la conservación indefinidamente con ventajas para la - continuidad del servicio, la defensa legal en caso necesaria, el adoctrinamiento de otros pacientes, las prácticas docentes y la investigación.

k) DIAGNOSTICO

En su concepción más simple, el diagnóstico es la interpretación y valoración de los signos y síntomas, los cuales son distintos de una enfermedad a otra y frecuentemente de un caso a otro.

El diagnóstico del desdentado parcial o total comprende: El - diagnóstico bucodental, protésico, quirúrgico y el sistemático.

El diagnóstico bucodental es la síntesis que se obtiene del su jeto (interrogatorio, examen clínico, radiográfico, modelos de estudio, análisis), concerniente a su estado de salud oral.

El diagnóstico protésico es la síntesis que se obtiene del estudio de las características del caso, con ayuda de los mismos elementos que fortalecen el diagnóstico bucal, por conveniencia considerados desde el punto de vista protésico, es decir, de la conveniencia de la prótesis, las cualidades que deberá - satisfacer y las probabilidades de realizarlas con éxito.

Debido a su frecuente simultaneidad, y a veces se confunden - examen y diagnóstico, pero son procesos distintos, el examen - es la base del diagnóstico y también del pronóstico y de la indicación en el tratamiento.

Los elementos de diagnóstico, los cuales no podemos predecir, son los modelos de estudio, los modelos preliminares prove-- nientes de impresiones correctas, permiten completar el conocimiento de las formas y características de los maxilares reve-- lando detalles y circunstancias que fácilmente escapan al examen bucal directo.

1) PRONOSTICO

El pronóstico es un complemento obligado e inmediato del diagnóstico. Ambos integran el concepto que se hace el odontólogo sobre el enfermo y su estado.

Pero en tanto, el diagnóstico expresa la síntesis de una realidad actual, y el pronóstico anticipa el futuro.

No es posible sin pronóstico una conducta acertada ni una apropiada indicación de tratamiento.

El pronóstico referido al tratamiento protésico comprende dos partes: El pronóstico protésico pronto, o sea la posibilidad de éxito inmediato y pronóstico mediato o pronóstico de durabilidad en servicio.

m) PLANES DE TRATAMIENTO

Formulada la indicación de tratamiento, corresponde complementarla con un plan esto es: el momento en que se iniciaran, las etapas que lo integraron, el orden en que se cumplieron y el tiempo indispensable que se necesitará.

La prótesis inmediata exige un plan de tratamiento minucioso y claro que más nos convenga.

- 1.- La preparación preprotésica frecuentemente necesaria.
- 2.- El tiempo de preparación de la prótesis.
- 3.- Las intervenciones quirúrgicas.
- 4.- El cuidado y reajustes posteriores.
- 5.- El reemplazo.

n) REGISTROS PREVIOS A LA ELABORACION DE LA PROTESIS

La finalidad de los registros hechos es reproducir exactamente o modificar el tamaño, forma, disposición o posición y el color de los dientes naturales; así como la forma de las encías,

la altura facial y eventualmente la forma de la cara según - convenga en cada caso, para guardar las conveniencias estéticas.

1.- REGISTROS PRINCIPALES:

A) Registros de preextracción:

Los modelos de estudio tanto de maxilar como mandíbula se tienen que obtener tan pronto como sea posible. Estos registros deben incluir todos los dientes presentes en éste momento. Sólo después de haberles obtenido se pueden hacer las extracciones de los molares. Si no hay abrasiones apreciables y los dientes que quedan - (anteriores) son firmes, se puede registrar la dimensión vertical de la oclusión.

Se mide la distancia desde el borde incisivo de un central superior hasta 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.

Otra forma es medir a boca cerrada la distancia entre la base de la nariz y la base del mentón. La del borde incisivo superior a la base de la nariz. La del borde incisivo inferior a la base del mentón.

El articulador para el diagnóstico es muy útil en el cambio de dientes, para tenerlos a la vista, en tanto se hace la preparación del modelo de trabajo.

ñ) También se debe obtener un registro del color o de los colores de las manchas, fisuras y restauraciones en los dientes anteriores.

Una copia así ayuda a duplicar los dientes del paciente con exactitud, cuando ésto es aconsejable.

Otro aspecto que debemos tomar en cuenta, es la decisión en la articulación de los dientes, o sea si se dejarán en las mismas posiciones que ahora tienen, o si es conveniente desplazarlos a otras posiciones más convenientes con relación a las fracciones del individuo. Si los dientes anteriores naturales tienen una sobre mordida profunda ésta no debe reproducirse en los dientes artificiales.

En el caso de que se soliciten modificaciones sobre algunas piezas, éstas sólo pueden apreciarse cuando todos los dientes están montados sobre el modelo: Naturalmente que no podemos probar éstos dientes en la boca al estar aún en posición los dientes naturales: a pesar de ello las dentaduras ya enceradas y colocadas en posición en el articulador y ocluyendo con sus antagonistas darán una visión adecuada de sus resultados, ofreciendonos la oportunidad de comprobar su aspecto en la boca. Estas modificaciones deben ser discutidas con el paciente, antes de que la dentadura sea procesada. Muchos pacientes se llevan grandes decepciones con los resultados estéticos de las dentaduras inmediatas porque ellos no esperaban ningún cambio en su aspecto.

o) IMPRESIONES PARA COLOCAR LOS DIENTES NATURALES

Las impresiones para colocar los dientes naturales después de las extracciones tienen que ser hechas en materiales que resistan el tiempo necesario, ya que a veces el período de extracciones puede variar de semana a meses, ésto se hace con el método indirecto clásico, con modelina o cera, sobre las porciones principales de la modelina se colocan los dientes recién extraídos, hasta completar el total de ello, poder correr el modelo y montarlos en articulador.

p) FOTOGRAFIA

De frente, de perfil e intracraneales, mostrando los dientes, sirve para conservar el registro del espacio del paciente antes de la intervención quirúrgica protésica y comprobarlo con los resultados; sirven incluso como prueba en caso de un peritaje médico-legal.

CAPITULO VIII

IMPRESIONES Y MODELOS

Es de considerarse para hacer una buena prótesis tomar en cuenta las diferentes técnicas de impresión.

Cualquiera que sea la técnica a seguir, siempre debemos primero tomar en cuenta la elección de los portaimpresiones.

Los portaimpresiones son instrumentos que tienen el objeto de contener el material que se use para la toma de impresión. Estos portaimpresiones se construyen en diferentes tamaños y materiales: pueden ser de aluminio, troquel, de estaño, de materiales plásticos, porcelana y de celuloide.

La forma debe aproximarse a la parte que vamos a impresionar, por lo tanto, en algunos casos cuando el portaimpresiones no se adapta a los requisitos indispensables, el odontólogo debe construirlos.

Los requisitos que debe tener un portaimpresión son: ser lo bastante rígido para evitar peligro de distorción, ser amplio, poco voluminoso y que pueda cambiar de forma fácilmente doblándolo o recortándolo.

Pueden ser lisos o perforados, su elección depende del material de impresión que se use.

Para probar el portaimpresión en la boca, primeramente se esteriliza, después de tenerlo esterilizado se tira de la comisura de los

labios del paciente ligeramente, con el objeto de agrandar un poco la cavidad bucal, se introduce primero un lado del portaimpresión se hace un movimiento de rotación y luego el otro lado cuidando de que la línea media de la cucharilla coincida con la línea media de la cara.

La elección de los materiales de impresión es de suma importancia y como sabemos existen diferentes materiales de impresión y así podemos decir, la MODELINA es un material de impresión muy antiguo y con muchas posibilidades de éxito, sobre todo en prótesis inmediatas.

- a) EL ALGINATO es el material que está considerado como especial para la toma de impresiones inmediatas por sus propiedades elásticas, son sustancias derivadas de una alga marina conocida como "alga café", este material está compuesto con magnesio, que producen un coloide insoluble en el agua.
- b) LOS HULES DE TIPO MEDIO tienen muchas ventajas, pues además de su facilidad de manipulación reproducen fielmente todos los detalles de los tejidos, no sufren cambios apreciables de volumen, fraguan o se solidifican a los 3 ó 5 minutos y no se adhieren a superficies mojadas.

Los requisitos que deben llevar los materiales de impresión son:

- 1.- Ser agradables al paciente en cuanto a sabor.
- 2.- Deben copiar con exactitud las irregularidades y líneas finas existentes en los procesos.

- 3.- Que no contengan ingredientes nocivos ni irritantes.
- 4.- No deben dilatarse, contraerse ni distorsionarse a temperaturas ordinarias.
- 5.- Endurecer en un tiempo razonable y breve.
- 6.- Deben retener las formas copiadas, sin deformarse al retirarse de la boca.
- 7.- La consistencia y la cohesión debe ser tal que deben permitir la reproducción de todos los detalles de las hendiduras gingivales y conservarlas después de haber endurecido.
- 8.- El endurecimiento debe ser a la temperatura de la boca.
- 9.- La superficie que deben presentar después de pasarlos por la flama debe ser lisa y brillante.
- 10.- El endurecimiento debe ser uniforme sin deformaciones ni distorsiones de ninguna especie.

Una vez que se han seleccionado el portaimpresiones y el material de impresión adecuado procedemos a construir nuestro aparato dentoprotésico.

Para ello nos valemos de éstos pasos:

- 1.- Toma de impresiones, tanto primaria como definitiva.
- 2.- Montaje de los modelos en el articulador.
- 3.- Articulación de los dientes.
- 4.- Terminado de la prótesis.

Es conveniente tomar las primeras impresiones pasadas aproximadamente 4 semanas de las últimas extracciones.

Se llaman impresión a la huella que deja el proceso en un material que en el momento de ser utilizado, tenía menor consistencia que la región anatómica por impresionar.

Para obtener una inmejorable impresión nos valemos de:

- a) Conocimiento de la región anatómica por impresionar.
- b) Requisitos que debe llenar una impresión.
- c) Materiales de impresión que se van a utilizar.

c) LOS PRINCIPIOS PARA UNA BUENA IMPRESION SON:

- 1.- La impresión es la base sobre la que se va a construir el aparato y el éxito dependerá de ello de una manera principal.
- 2.- Una buena impresión es obtenida solamente cuando se ha estudiado con detenimiento la boca y se ha hecho, por decirlo así, es esquema de la manera de proceder.
- 3.- La primera cosa esencial para una buena impresión es un portaimpresión adecuado al caso.
- 4.- La retención de una dentadura está en relación directa de la superficie plana por cubrir.
- 5.- La base de una dentadura debe ser extendida en todas las direcciones, tan lejos como los músculos lo permitan.
- 6.- La periferia de una dentadura debe hacer una compresión adecuada sobre los tejidos blandos, con objeto de formar una válvula sellada.

- 7.- En ningún caso, la superficie de una dentadura deberá tropezar con alguna inserción muscular.
- 8.- El borde palatino posterior es el punto vital de la placa superior.
- 9.- Una área tan grande como sea posible, deberá ser cubierta por la placa palatina.
- 10.- Los tejidos blandos son los que determinan la variabilidad de las impresiones finales.
- 11.- Deberá haber un contacto completo en toda la superficie.
- 12.- No se hará presión exagerada sobre los tejidos duros o blandos de la bóveda, excepto, con la unión del paladar blando con el paladar duro.
- 13.- Nunca deberá usarse cámara de vacío.
- 14.- Raspase el modelo en algunos puntos para aumentar la retención no está indicada nunca.
- 15.- Los materiales de impresión tienen positivo valor cuando son inteligente y cuidadosamente usados.
- 16.- Ningún material de impresión tiene un defecto capital, todo depende en muchas ocasiones de la dificultad de actuar sobre los tejidos compresibles.
- 17.- El material de impresión deberá estar exento de componentes nocivos e irritantes.
- 18.- Endurecer a la temperatura de la boca o ligeramente superior.
- 19.- Ser plásticos a una temperatura tolerable por el paciente, de modo que no produzca quemaduras en los tejidos bucales.

- 20.- Endurecer uniformemente cuando se enfrían sin sufrir deformaciones ni distorsiones de ninguna naturaleza; la falta de endurecimiento uniforme es sin duda el origen de tensiones internas que más tarde se liberan por relajación.
- 21.- Al retirarlos de la boca, que no se deformen ni se fracturen y reproduzcan totalmente todos los desniveles o depresiones.
- 22.- Presentar una superficie lisa y glaseada.
- 23.- Permitir una vez solidificado, su tallado con un instrumento filoso sin quebrarse ni astillarse.
- 24.- No experimentar cambios de volumen, ni de forma durante ni después del retiro de la boca y mantener sus dimensiones, indefinidamente hasta el momento del vaciado, siempre y cuando las condiciones del medio sean razonables y apropiadas.

Tomando en cuenta estos principios, el material más completo sería el alginato a la modelina de alta fusión.

Se procede entonces a la toma de impresión primaria; con un portaimpresiones especial, el cual es cargado con el material elegido se espera unos minutos para que el material endurezca o frague perfectamente; se retira de la boca y se corre para después proceder a la construcción del portaimpresiones individual.

Sobre el modelo de yeso se construye el portaimpresiones individual, que puede ser de placa base tipo graff o acrílico rápido,

aliviando zonas duras eminentes o partes blandas depresibles, comprendidas dentro de la zona principal de soporte.

Obtenido el portaimpresiones individual, se adaptará por encima de las piezas existentes, dejando cortos los bordes para dar cabida al material de impresión final. La rectificación de los bordes la podemos hacer con modelina de baja fusión, pasta zinquenólalica, con algún tipo de hule o con alginato haciendo que el paciente efectúe movimientos de lateralidad, de protrusión, de deglución, absorción, etc. para obtener una reproducción fiel de dichos bordes.

Rectificados bordes e inserciones musculares, se obtiene el modelo definitivo sobre el cual se construye la placa base, limitada hacia adelante por los cuellos palatinos de los dientes anteriores y hacia atrás por la línea de vibración del velo del paladar y ranura hamular. En seguida se procede a la construcción de los rodillos.

Hecho esto se procede a llevar los rodillos a la boca para obtener el plano de relación.

CAPITULO IX

RELACIONES INTERMAXILARES

a) PLANO DE ORIENTACION

Para establecer el plano de orientación los dientes existentes pueden servir de guía o de obstáculo según el caso.

En el caso de ignorar los dientes existentes el plano se obtiene llevando la pláca base con su rodillo superior y lo orientamos con una línea que trazamos en nuestro paciente y que va de la parte más superior del tragus al ala de la nariz y se llama plano de Campell, plano de relación o plano de orientación; - nos ayudamos con la platina de Fox.

Anteriormente la orientamos por una línea bipupilar, las dos reglas laterales nos sirven para orientarla con la línea ala-tragus, la platina de fox, sólo se trabaja con el rodillo, debe de quedar por debajo del borde libre del labio superior, - aproximadamente 1.5 a 2 mm; debemos lograr paralelismo entre la línea bipupilar y la parte anterior de la platina de fox.

b) DIMENSION VERTICAL

Se ha definido a la dimensión vertical como una medida vertical de la cara entre dos puntos seleccionados arbitrariamente, uno arriba y otro abajo de la boca, casi siempre a nivel de la línea media.

c) POSICION FISIOLÓGICA DE REPOSO

El uso de la posición fisiológica de reposo para determinar la dimensión vertical puede servir de ayuda, pero tiene sus limitaciones.

La utilización del fenómeno, de la posición fisiológica de reposo se basó en el hecho de que tenemos dos tipos de dimensión vertical de oclusión.

Se define a la dimensión vertical de reposo como: "La medida vertical entre los dos maxilares que existe cuando la mandíbula está en posición fisiológica de reposo".

La dimensión vertical de oclusión es definida como: "La medida vertical de la cara cuando los dientes están en contacto oclusal".

La diferencia entre las dos es el llamado espacio libre o distancia interoclusal que es aproximadamente de 2 mm.

La función fisiológica de la deglución ha sido sugerida y usada como un método para la determinación de la dimensión vertical. Se basa este método en que cuando el bolo alimenticio o la saliva son deglutidos, los dientes entran en contacto en una dimensión vertical de oclusión normal.

En el caso específico de la prótesis inmediata la dimensión vertical se obtiene fácilmente antes de la extracción si todavía quedan premolares y no hay mucha movilidad de los dientes, pero si ya no hay premolares no se puede confiar la oclusión a los seis anteriores para la dimensión vertical, porque la in-

clinación puede ser mayor que la que existía antes de la extracción de los dientes posteriores. Reafirmando, si existen en la cavidad bucal aún los primeros premolares, la dimensión vertical no se ha perdido; ésta es una de las ventajas de la prótesis inmedata y uno de los puntos más importantes en su fabricación, ya que nos sirve para registrar, anotar y establecer en el articulador al montar los modelos, la separación máxima intermaxilar que puede tolerar nuestro paciente.

d) RELACION CENTRICA

Es la relación estática momentánea de la mandíbula al maxilar superior que existe en el momento de la oclusión central en una dentadura normal o ideal, natural o artificial.

e) OCLUSION CENTRICA

Es una relación interdientaria y relación central, es la relación de los maxilares: en éste caso dichas relaciones no se han perdido, debido a la presencia de piezas anteriores; sin embargo, si se quiere una mayor exactitud sobre todo al nivel de piezas posteriores, se puede obtener mediante el montaje de los modelos en un articulador adaptable y de movimientos naturales; se articulan las piezas posteriores y se prueba en la boca, se toma un registro de arco facial y mordidas laterales para el registro de las trayectorias condilares, que se transportan al articulador.

CAPITULO X

TECNICA EN LA CONSTRUCCION DE LA DENTADURA

Una vez obtenidos los modelos definitivos se procederá a lo siguiente que es la construcción o elaboración del aparato protético.

Los pasos a seguir sobre los modelos son:

Adaptar las placas bases dejando libre los dientes que existen en el modelo, sobre esta placa base y a nivel del proceso alveolar desdentado se colocan los rodillos tanto superior como inferior para poder registrar las relaciones céntricas y de propulsión. Se tomará el registro de propulsión sosteniendo la placa superior y pidiéndole al paciente que cierre la boca llevando la mandíbula hacia adelante; se colocan los rodillos los cuales deben ser de ocho milímetros de grosor aproximadamente; pero pueden variar según el caso. Después de colocados y enfriados los rodillos se retiran de la boca para poder rectificar, enseguida se toma la relación céntrica y el registro del plano de oclusión; para ésto se hace una línea trazada o imaginaria que vaya de la parte inferior del ala de la nariz al tragus y otra que vaya de pupila a pupila que deberá ser paralela con la altura de los rodillos, ésto se puede comprobar con la platina de fox. Dicha platina se introduce en la boca del paciente tocando los dientes existentes y los rodillos, los rodillos se pueden rebajar o aplanar para conseguir el paralelismo deseado con el plano oclusal -

encontrado con la platina de fox. Se le pide al paciente que cierre repetidas veces, despacio, la boca en relación central con las placas puestas y sin ellas para observar si ha variado o se ha desviado la articulación; para cerciorarse de que estas medidas están tomadas correctamente se examina la expresión fisiológica con la mandíbula en posición de reposo y de oclusión para así poder conservar el espacio interoclusal.

Después de obtenidos los registros anteriores, se procede a montar los modelos en el articulador.

Se procederá a la elección de dientes cuyas características de forma, tamaño y color coincidan con los dientes existentes en el caso de que éstos sean normales; de lo contrario se eligen de la manera que armonicen con los caracteres del tipo facial, forma de la cara, color de dientes, color de ojos, color de cabello, edad y sexo. Debemos de considerar como factores importantes antes de proceder a la colocación de dientes, la forma del arco inferior, inclinación del plano de orientación, curva de compensación y la altura cúspidea de los dientes inferiores; después de estas consideraciones pasamos a articular los dientes faltantes en los procesos, para después llevar las placas con los dientes articulados a la boca del paciente y ver si la articulación de dientes posteriores es de resultado satisfactorio se retiran las placas bases de la boca y con una fresa de fisura se desgasta haciendo unos surcos semicirculares siguien-

do la curvatura cervical de los dientes del modelo tanto del lado vestibular como lingual o palatino. Acto seguido se quita un diente de preferencia el central, procurando no tocar la cara mesial del diente vecino, se alisa bién el reborde ahuecándolo y desgastandolo, teniendo en cuenta la reabsorción del tejido de las extracciones o de cualquier otra intervención quirúrgica; éste desgaste se puede hacer con fresa redonda u ovalada y después de esta operación se coloca el primer diente artificial, procurando dejarlo alineado con los demás. Se hace lo mismo con el diente lateral y el canino del mismo lado o bién alternando las substituciones de los dientes del modelo hasta tener reemplazados totalmente los dientes. Las modificaciones que se hubiesen pensado hacer, hay que hacerlas a medida que se van poniendo los dientes, es conveniente marcar la línea media en el modelo inferior antes de quitar el diente inferior central.

Una vez teniendo colocados todos los dientes se comprueba si la articulación superior e inferior son correctas, si lo es así se retiran las placas de los modelos para construir sobre éstos una placa de acrílico transparente que servirá para comprobar la cantidad de hueso que debe quitarse en el proceso y ahorrarse dificultades en la inserción de la dentadura y cerciorarse si la intervención quirúrgica que se efectua en la boca es igual a los desgastes que se hicieron en los modelos, se separa la placa transparente y se procede a encerar uniformemente las placas definitivas dejando una unión bién terminada en todos sus bordes. Una vez encerada toda la prótesis y se haya festoneado se des-

prende del articulador y se hace el enfrascado.

Esta dentadura debe tener suficientes requisitos para poderla colocar y estar seguros de su total éxito, tales como:

- 1.- Ser lo suficientemente translúcida o transparente como para permitir reemplazar estéticamente los tejidos bucales.
- 2.- No experimentar cambios de color sea fuera o dentro de la boca.
- 3.- No sufrir contracciones, dilataciones o distorciones durante su curado o en el uso posterior en la boca.
- 4.- Poseer resistencia y resiliencia a la abrasión.
- 5.- Ser impermeable a los fluidos bucales, de manera que no sea antihigiénica, ni de gusto u olor desagradable.
- 6.- Tener una adhesión a los alimentos o a otras sustancias - ocasionales, lo suficientemente escasa como para que la dentadura se pueda limpiar de la misma manera que los tejidos - bucales.
- 7.- Ser insípida, inodora, atóxica y no irritante para los tejidos bucales.
- 8.- Ser completamente insoluble en los fluidos bucales y otras - sustancias, sin presentar signos de corrosión.
- 9.- Tener poco peso específico y una conductividad térmica relativamente alta.
- 10.- Poseer una temperatura de ablandamiento que esté por encima de la temperatura de cualquier alimento o líquido caliente - que se lleve a la boca.

11.- Ser facilmente reparable en caso de fractura.

12.- No necesitar técnicas ni equipos complicados para su manipulación.

CONCLUSIONES

Vemos pues que la prostodoncia total inmediata tiene como fin no solamente la restauración de la función y la prevención de trastornos funcionales, sino que también podemos mediante ella servir mejor a los intereses del paciente mejorando su bienestar físico, moral y su apariencia.

Para poder elaborar una prótesis total inmediata con acierto se requiere indiscutiblemente tener conocimientos precisos, así como experiencia de los diferentes procedimientos existentes y con criterio a elegir el apropiado en cada caso diferente.

Conocer perfectamente y hacerselo saber al paciente de las ventajas así como de las desventajas que presenta la prótesis total inmediata, para que éste colabore incondicionalmente con el cirujano dentista.

También conocer las indicaciones y contraindicaciones.

El cirujano dentista debe tener conocimiento de los diferentes tipos existentes de prótesis inmediata y aplicar el adecuado con el suficiente criterio en cada caso.

Para obtener resultados satisfactorios es indispensable un estudio completo del paciente, que abarque desde: Historia Clínica, Examen Clínico, Diagnóstico, Pronóstico, y así elaborar un buen plan de tratamiento.

Tomar en cuenta que la prótesis total mediata es muy parecida a la inmediata y únicamente tiene algunas variantes que deberemos advertirselos a los pacientes.

Con éste tipo de prótesis, así como en la mediata no sólo se rehabilita al paciente en cuestión de su alimentación sino que también se pueden proporcionar cambios fisiológicos, estéticos y fonéticos que pueden ser mejores que en la mediata.

Indiscutiblemente al elaborar esta prótesis se requiere - tomar en cuenta los siguientes requisitos indispensables:

-Tomar las medidas especiales para tomar u obtener perfectamente las impresiones, así como los modelos.

-Las relaciones intermaxilares debemos de tomarlas casi - sin errores, tomando en cuenta que en la prótesis inmediata estas relaciones tienen que ser tomadas más rigurosamente que en la mediata, porque de esto depende en gran parte el éxito de - la prótesis.

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

SAIZAR PEDRO:
Prostodoncia Total

Editorial Mundi

NAGLE RAYMOND J.

SEARS VICTOR H.
Prótesis Dental "DENTADURAS
COMPLETAS"

Ediciones Toray, S.A.

SHARRY JOHN J.
Prostodoncia Dental Completa

Ediciones Toray, S.A.

M.S. HEINZ O. BECK
OSTRIA JAIME
Prostodoncia Total

Editorial Reséndiz

S. LEMAN
Historia de la Odontología
y su Ejercicio Legal

HERMAN KULL
Técnica práctica Trubyte
para dentaduras completas

The Dentists' Supply
Company of New York