

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Quintan
U. N. A. M.



LA PROTESIS TOTAL INMEDIATA

T E S I S

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

MARIO LOPEZ LOPEZ

**ASESOR:
DR. JOSE A. FERNANDEZ P.**

MEXICO, D. F.

1979

14958



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

I N D I C E .

Pág.

I.- GENERALIDADES.....	1
II.- DETALLES ANATOMICOS DE LA CAVIDAD ORAL Y MUSCULOS- PRINCIPALES DE LA MASTICACION.....	3
III.- TIPOS DE PROTESIS INMEDIATA.....	10
IV.- VENTAJAS Y DESVENTAJAS.....	12
V.- IMPRESIONES.....	16
VI.- ELABORACION DE LAS CUCHARILLAS INDIVIDUALES.....	21
VII.- RECTIFICACION DE LA CURVA MUSCULAR.....	23
VIII.- IMPRESIONES DEFINITIVAS.....	26
IX.- ROSETES DE OCLUSION.....	29
X.- RELACIONES INTERMAXILARES.....	32
XI.- SELECCION Y ARTICULACION DE DIENTES.....	37
XII.- PREPARACION DE LA TRASEASE QUIRURGICA.....	40
XIII.- CIRUGIA Y COLOCACION DE LA PROTESIS.....	42
XIV.- INSTRUCCIONES POSOPERATORIAS.....	44
CONCLUSIONES.....	47
BIBLIOGRAFIA.....	50

C A P I T U L O I

GENERALIDADES

Prótesis Inmediata:

Definición. - A la prótesis inmediata la podemos definir como aquel aparato (protésico) que se construye antes de hacer la o las extracciones de la boca del paciente para ser colocado inmediatamente después.

Algunos autores no están de acuerdo en considerar prótesis inmediata tan sólo aquella prótesis construida antes de las extracciones, si no que reconocen a todas aquellas prótesis colocadas hasta algunos días después de las extracciones como parte de las circunstancias que caracterizan a la prótesis inmediata; basándose en que el paciente no se ha acostumbrado ha estar sin dientes.

El aparato es colocado sobre brechas quirúrgicas, sólo cubiertas por sus coágulos o por sus colgajos aún no consolidados y, por lo tanto, durante el primer período se debe atender simultáneamente a la instalación de la prótesis, al posoperatorio que evoluciona en contacto con ella, y a la atrofia cicatrizal.

En la definición que se dió anteriormente de prótesis inmediata se dice que puede ser inmediata al reemplazar un solo diente o bien la totalidad de estos. En éste trabajo, en parti-

cular se hablará exclusivamente de la Prótesis Inmediata Total-
ó Prótesis Total Inmediata.

En los últimos años se han colocado gran número de --
prótesis inmediatas, debido a las ventajas que ofrece éste tra-
tamiento, por lo tanto el paciente es motivado y en muchas oca-
siones él exige éste tratamiento, porque le evita cualquier cam-
bio en su aspecto, así como situaciones incómodas durante el pe-
ríodo en el que se encuentra desdentado. Así, éste tipo de tra-
tamiento es muy conveniente para que los pacientes puedan se---
guir en condiciones óptimas (principalmente de tipo psicológico)
y estéticas sus actividades de tipo social y de negocios sin --
problemas ni experiencias desagradables.

El tratamiento de la dentadura inmediata debe comen--
zar cuando se haya decidido que es necesario extraer todos los-
dientes.

Se deben hacer modelos de estudio y guardarlos para--
referencias posteriores, así como efectuar diagnósticos y pro--
nósticos completos.

C A P I T U L O I I .

DETALLES ANATOMICOS DE LA CAVIDAD ORAL Y MUSCULOS PRINCIPALES DE LA MASTICACION

La cavidad bucal está dividida en dos compartimientos que son:

1.- El vestíbulo.

2.- La cavidad bucal propiamente dicha.

EL VESTIBULO se puede subdividir en dos porciones:

Labial.

Bucal.

Y se encuentra relacionado con los labios y las mejillas respectivamente. Su límite es por la mucosa de los labios y de las mejillas.

Su límite lingual está formado por la superficies labiales y bucales de los dientes naturales y de la mucosa alveolar adyacente.

La abertura anterior al vestíbulo se realiza a través de la fisura oral. La comunicación entre el vestíbulo y la cavidad bucal (con dientes naturales) esta entre los dientes superiores e inferiores cuando la mandíbula se encuentra desplazada hacia abajo de su posición oclusal habitual. En ausencia de los dientes, la comunicación se continúa a través de los rebordes residuales. Los límites superior e inferior del vestíbulo se llama fornix, constituyendo el repliegue de la mucosa del labio

y de la mejilla en el reborde alveolar. La mucosa esta, estrecha y firmemente unida las fibras de los músculos buccinadores y orbicular de los labios, pero en la bóveda hay un tejido unido-- laxamente al de la submucosa asi como un ligamento movable de la membrana mucosa al músculo o hueso fundamental.

En el vestíbulo superior e inferior se encuentran normalmente tres frenillos. El frenillo labial se encuentra localizado en la línea media, puede ser único o múltiple. Los otros -- dos frenillos en cada vestibulo reciben el nombre de frenillos-- bucales, se localizan en el área de premolares y también pueden ser únicos o múltiples.

El conducto salival parotídeo (de Stenon) se abre en-- la pared lateral del vestibulo bucal a nivel del cuello del se-- gundo molar superior.

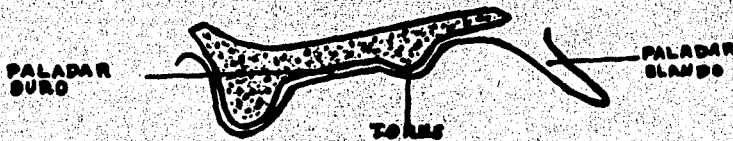
El vestibulo bucal maxilar y el fornix deben ser cu--- biertas hasta los límites funcionales en esta zona por la próte-- sis.

La propia cavidad bucal.- Se extiende desde las superficies linguales de los dientes y del reborde alveolar al istmo-- orofaríngeo.

Esta es la comunicación entre la cavidad bucal y la fa ringe posteriormente. El techo de la cavidad bucal llamado pala-- dar es el suelo de la cavidad nasal. El paladar se divide en: pa ladar óseo o duro y paladar blando o velo palatino. En muchas --

ocaciones podemos encontrar una protuberancia ósea llamada torus palatinos que se localiza en la unión intermaxilar.

Estos torus si son muy notables y que nos quiten la retención de la prótesis debemos retirarlos quirúrgicamente y si no es así tan solo haremos una zona de alivio.



El rafé palatino es una estrecha línea que vá desde la úvula hasta las papilas incisivas e indican el desarrollo original del paladar en sus dos mitades.

Las arrugas palatinas se encuentran situadas en la parte anterior del paladar duro, atras de los incisivos, estan compuestas de tejido fibroso denso, éstas pueden intervenir en la articulación del lenguaje.

Papila incisiva.- Es una elevación del tejido justamente en la línea media del paladar lingual a los dientes incisivos centrales.

Con la resorción del reborde alveolar, estas papilas pueden llegar apoyarse en la cresta del reborde. En esta zona es necesario un alivio en nuestra prótesis.

El Paladar blando.-Es una gruesa lámina fibromuscular- que se extiende hacia atrás desde el borde posterior del paladar óseo. Está formado principalmente por lo músculos faringoestafili- no, palatogloso y de la úvula con uniones aponeuróticas del ten- sor del velo del paladar, que se extiende posteriormente desde-- el borde del paladar óseo y las uniones superiores de los múscu- los elevadores del velo del paladar.

El pliegue palatogloso o istmo de las fauces contiene- el músculo palatogloso.

El pliegue faringopalatino o pilar posterior del velo- del paladar, contiene fibras del músculo faringopalatino.



El suelo de la cavidad bucal está formado por el dor- so de la lengua hacia atrás y por la punta de la lengua más la- mucosa que cubre el espacio libre debajo de la parte anterior-- de la lengua.

La lengua es un órgano compuesto de ocho pares de mús- culos y un impar, presenta una punta, dos superficies laterales, un dorso y una raíz.

La punta y los bordes laterales de la lengua estan en

contacto con las superficies linguales de los dientes. Las papi-
las gustativas se encuentran en la lengua y en el paladar blan-
do.

Frenillo lingual.- Es un pliegue mucoso que fija la--
lengua al suelo de la boca anteriormente a la mandíbula.

La superficie superior de las glándulas sublinguales-
y los conductos de las glándulas submaxilares forma los pliegues
sublinguales en la mucosa del espacio sublingual.

Los pliegues convergen en la parte anterior y termi--
nan a cada lado del frenillo lingual en una pequeña elevación--
llamada carúncula sublingual.

Los músculos principales de la masticación son cuatro;
TEMPORAL.-

Es un músculo grande en forma de abanico que ocupa la-
fosa temporal.

Su inserción superior es en la línea curva del tempo--
ral, en la fosa temporal y en el arco cigomático, de aquí sus---
fibras se dirigen hacia la apófisis coronoides y se inserta en--
su cara interna, su vértice y sus dos bordes.

Este músculo interviene principalmente para dar posi--
ción al maxilar durante el cierre de la boca y este músculo es--
el más sensible a las interferencias oclusales.

MASETERO.-

Es un músculo de forma rectangular formado por dos ---

haces musculares principales; superficial y profundo.

El superficial va del arco cigomático de su borde inferior al ángulo de la mandíbula.

El profundo va del arco cigomático a la cara externa-- de la rama ascendente.

Su función principal es la elevación de la mandíbula-- y juega un papel importante en el cierre del maxilar cuando simultáneamente éste es protruido.

PTERIGOIDEO INTERNO.-

Es un músculo de forma rectangular, cuyo origen es en la fosa pterigoidea y desde aquí se dirige hacia abajo, atrás--- y afuera hasta la cara interna del ángulo de la mandíbula.

Su función principal es la elevación y colocación en-- posición lateral del maxilar inferior.

Este músculo es muy activo durante la protrusión simple.

PTERIGOIDEO EXTERNO.-

Este músculo tiene la forma de un cono cuya base corresponde al cráneo y el vértice al condilo.

Presenta dos fascículos : el superior y el inferior.

El superior se inserta en el ala mayor del esfenoides que forma la fosa cigomática. El inferior se inserta en la cara externa de la apófisis pterigoides. Desde este punto los dos -- fascículos del músculo se dirigen hacia atrás en busca de la arti

culación temporomaxilar, se unen entre sí y se insertan juntos en el cuello del condilo y en el menisco articular.

La función principal de este músculo es impulsar el condilo hacia adelante y al mismo tiempo desplazan el menisco en la misma dirección.

C A P I T U L O . I I I .

TIPOS DE PROTESIS INMEDIATA.

Las prótesis completas inmediatas pueden ser descritas de diferentes maneras y las clasificaremos en cuatro casos, que son:

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

PROTESIS PARCIAL ADITIVA.-

Es aquella prótesis que como su nombre lo dice es la prótesis parcial en la que se van agregando dientes después de cada extracción.

Este tipo de prótesis presenta ventajas definidas, que se pueden indicar en muchos casos, entre algunos de ellos tenemos: nos evita hacer extracciones masivas, lo cual nos permite hacer un desdentamiento gradual. Por lo tanto, facilita la extracción previa de los dientes posteriores, sirviendo como transición hacia la prótesis inmediata completa. En éste tipo de prótesis puede ser más económico el servicio o facilitar su financiamiento.

FERULA TRANSITORIA.-

Aquí los dientes posteriores son reemplazados por féru

las de acrílico que se articulan directamente en boca, añadiendo acrílico de autopolimerización; los dientes anteriores se hacen rápidamente por vaciado de los dientes en la impresión, con acrílico del color adecuado.

Este método puede ser una solución en ciertos casos, por su rapidez y economía de ejecución.

PROTESIS SIN FLANCO VESTIBULAR.-

En este tipo de prótesis basta excavar el alveolo e introducir en éste 2 ó 3 milímetros del diente de reemplazo --- (por eso también se le conoce con el nombre de intraalveolar). Los resultados inmediatos de esta técnica suelen ser espectaculares, al mostrar los dientes emergiendo de la encía. Esta técnica tiene una gran ventaja de permitir la atrofia vestibular sin problemas. También ésta técnica nos presenta un inconveniente-- de requerir la encía artificial al cabo de 15 a 20 días.

PROTESIS INMEDIATA CON ENCIA COMPLETA.

Esta técnica es la más empleada por la gran mayoría-- de los dentistas, pues reduce el peligro de una retención deficiente, que puede presentarse en las prótesis sin encías artificiales.

C A P I T U L O I V .

VENTAJAS Y DESVENTAJAS.

Las ventajas de éste procedimiento son múltiples y favorecen tanto al cirujano dentista como al paciente, y podemos-- clasificarlas en cuatro factores principales que son:

- 1.- Psicológicas.
- 2.- Estéticas.
- 3.- Anatómicas.
- 4.- Fisiobiológicas.

PSIQUICAS.-

En éste aspecto la prótesis inmediata favorecen el es tado de ánimo, ya que ayuda a eliminar la "humillación" que sufren muchos pacientes al presentarse sin dientes, favoreciendo en ésta forma la continuación de sus actividades en su vida de-- relación, social, comercial, profesional ó de cualquier otra -- índole.

Facilita la decisión de sacrificar los dientes natu-- rales cuando es preciso, reduce los trastornos del acostumbra-- miento a la prótesis.

ESTETICAS.-

Permite la reproducción fiel y exacta de los razgos-- fisonómicos del individuo y las características faciales que---

dependen de la relación craneana con la posición de los dientes--
logrando si es necesario variar la distancia nasomentoniana o --
bien conservar los atributos de forma, color, tamaño y posición--
particular de cada diente.

ANATOMICAS.-

Impide la pérdida inmediata de altura, al reemplazar --
el tope oclusal preservando o restituyendo la altura morfológi--
ca.

Evita violencias a la articulación temporomandibular,.
Impide el ensanchamiento lingual, el colapso labial y el hundi---
miento de las mejillas.

FISIOBIOLOGICAS.-

Estimula la regeneración de los tejidos por la suave--
e intermitente presión que se obtiene. La cicatrización se rea--
liza en las mejores condiciones y según varios autores, el proce--
so de resorción ósea se realiza con menor rapidez favoreciendo--
el depósito de sales minerales que intervienen en la reparación del--
hueso, además éste tipo de prótesis tiene efecto de apósito, ya--
que la prótesis ofrece a las heridas de la extracción y alveolec--
tomía, por lo tanto éste apósito tiende a controlar la homorra--
gia, también ayuda en gran medida a evitar la contaminación de--
éstas y mantener a los fármacos y otros agentes terapéuticos, en
el lugar de las heridas.

DESVENTAJAS.

Las desventajas son mínimas y que son:

1.- Para realizar éste tipo de prótesis deberá emplear se una técnica de buena presición lo que es posible que no todos pueden dominar y como concecuencia de esta inhabilidad los aparatos construidos provocaran lesiones en proporción mayor de la -- debida, lo que hará que fracase la prótesis y se le reste prestigio al sistema.

2.- El factor económico se considera como otra desventaja, sobre todo en el paciente con escasos recursos económicos-- ya que el servicio que presta este tratamiento es de poca duración, debido a que después de unas semanas ésta necesitará de--- rebaces y reajustes o bien de una nueva prótesis.

3.- El descubrimiento de los errores o fallas técnicas que pueden ser de laboratorio o clínicas, nos daremos cuenta de ellas después de la intervención quirúrgica final.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.

Además de indicaciones y contraindicaciones de toda -- prótesis total, la prótesis inmediata requiere de:

1.- Que la edad y el estado general del paciente permitan la o las intervenciones quirúrgicas que se requieran.

2.- Que el paciente desee éste tipo de servicio y esté dispuesto aceptarlos con todo su contenido implícito.

3.- En los pacientes que han sufrido terapia con irradiaciones éstos están contraindicados para hacerles éste tratamiento o bien el tratamiento convencional debido a que puede -- producirse una osteorradionecrosis.

CAPITULO V.

IMPRESIONES.

Primero definiremos que es una impresión, la cual diremos que es la reproducción de la forma negativa de los tejidos de la cavidad bucal que constituye la superficie de asiento de la prótesis.

La impresión se toma para obtener un modelo que es la copia positiva de la forma y tamaño de los mismos tejidos bucales.

El procedimiento que se sigue en el tratamiento de las prótesis inmediatas son los mismos de una dentadura normal.

Decidido el procedimiento de la prótesis inmediata, debemos de obtener unos modelos de estudio antes de realizar las extracciones y guardarlos para referencias posteriores.

El plan óptimo a seguir es de extraer todos los dientes posteriores excepto los premolares antagonistas, o de preferencia bilaterales, también dejar los anteriores y dejar que se curen las heridas completamente antes de tomar las impresiones. Estos dientes remanentes que dejamos hacen las veces de topes en céntrica para evitar el cierre de la distancia intermaxilar durante el período de cicatrización.

La remoción de los dientes posteriores de cuatro a seis semanas antes de tomar las impresiones asegura al odontólogo

go una facilidad mayor para el establecimiento de la altura y -- ancho de los bordes posteriores de las prótesis terminadas.

Es posible evitar éste procedimiento que se realiza en dos etapas y realizarla en una sola, que consiste en hacerla sin la extracción de ninguna pieza, sin embargo esto va en detrimento de las probabilidades que tiene el odontólogo de tomar impresiones exactas de las potenciales superficies de asiento.

De preferencia antes de que tomemos estas impresiones se aconseja la realización de un raspaje y curetaje cuando observemos que en las piezas se encuentre mucho sarro y por lo tanto también habrá inflamación por la falta de aseo.

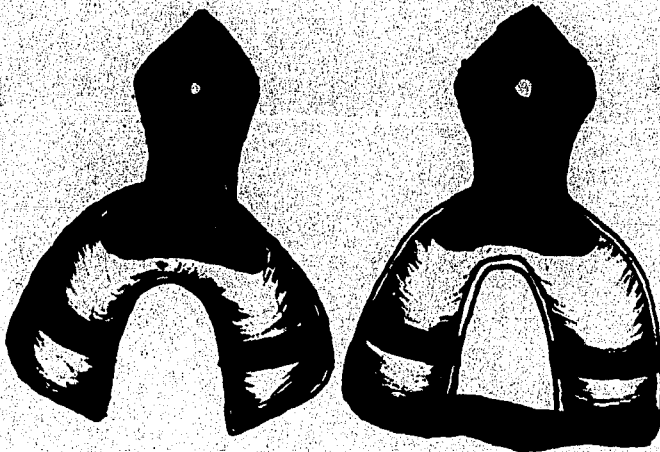
Esta fase sanitaria o higiénica nos reducirá el edema a la hora de hacer las extracciones y de gran ayuda a la cicatrización posoperatoria.

Pasos a seguir en la toma de las impresiones preliminares:

Las impresiones las vamos a tomar con cubetas comerciales metálicas perforadas o bien sin perforaciones pero que tengan retenciones internas, para evitar que el material se nos desaloje de la cubeta. Estas cubetas deberán tener la característica de que en la parte anterior debe incluir dientes. Debemos seleccionarla a la medida requerida, que sea aproximadamente medio centímetro más amplia que la superficie externa del reborde residual.

Se le pone la cera que convenga para conseguir topes que eviten que la cubeta quede asentada demasiado lejos hacia--atras, demasiado lejos hacia arriba y excesivamente lejos hacia un lado y otro.

Dos de estos topes se sitúan por encima de las áreas--molares, y se coloca una plataforma de cera en la zona del rebor--de anterior de la cubeta. (como se muestra en la figura).



Los rebordes incisivos de los dientes se verán forza--dos a introducirse dentro de esta plataforma a la profundidad -suficiente. Estas marcas actuarán como tope anterior.

Los topes posteriores deberán colocarse para obtener--un espacio similar en el área molar. La cera se debe colocar a--través del borde posterior de la cucharilla superior para confi

nar el material de impresión a la cucharilla. También se les -- puede agregar a los bordes de la cubeta una tira de cera de --- encofrado (utility) de modo que se forme un reborde que nos va a proporcionar la extensión adecuada de la impresión.

Ya que tenemos bien seleccionada y preparadas nuestras cucharillas procederemos a la toma de impresión.

En la toma de impresiones para prótesis inmediatas el material que utilizaremos debe ser elástico como es el hidrocoloide y el mercaptano. Ya que un material inelástico como es la pasta zinquenolica se fracturaría al retirarla debido a las retenciones que presentan los dientes existentes.

La mayoría de las veces se prefiere el alginato en la toma de la impresión, éste lo prepararemos en una tasa de hule con las proporciones que nos da el fabricante en relación con el agua y polvo.

Obtenida la mezcla llenamos nuestra cubeta procurando no atrapar burbujas de aire, la llevamos a la boca del paciente, la colocamos cuidadosamente, bien centrada, usando una suficiente presión para que se pongan en contacto los bordes de cera, al paciente se le hace mover el labio superior hacia abajo, abrir mucho la boca y mover la mandíbula de un lado al otro.

Cuando el alginato se ha endurecido, se extrae y se examina, ésta impresión nos debe de dar una reproducción adecuada de todos los detalles del tejido, los topes serán visibles --

justamente debajo de la superficie de la impresión. Si se encuentran pequeñas burbujas (de 2 a 3 mm.) se pueden ignorar si no son muy numerosas. Ya que en el modelo las podemos raspar con una espátula. Un proceso similar se hace en la toma de la impresión inferior.

Ya obtenidas nuestras impresiones las encajonamos con cera rosa o simplemente con una banda de cartulina y con un vibrador procedemos a correrla en yeso piedra para obtener nuestros modelos primarios.

C A P I T U L O V I

ELABORACION DE LAS CUCHARILLAS INDIVIDUALES

Obtenidos nuestros modelos en yeso piedra les adaptamos dos capas de cera rosa, de modo que todo el asiento basal y los dientes queden cubiertos por ésta cera, a continuación cortamos la cera que cubre los bordes incisivos de los dientes hasta que quede expuesto 1 mm. del borde incisal. Y a la altura de la zona de los molares hacemos lo mismo recortando una tira de 2 a 3 mm. de ancho (como se observa en la figura) para formar--topas.



Procedemos a confeccionar las cucharillas individuales con acrílico de autopolimerización. Se pueden hacer por medio de dos técnicas que son:

METODO LAMINADO:

Que consiste en preparar toda la cantidad del acrílico que calculemos que se va a utilizar, a éste le damos la forma de una tortilla la cual la adaptamos sobre nuestro modelo procurando que el acrílico penetre en los topes que hemos hecho en la -- cera. Previamente pusimos separador de acrílico en los lugares-- que queda el yeso sin cera.

Le confeccionamos un mango en la parte anterior que -- puede ser de alambre o bien del mismo acrílico.

METODO DE ESPOLVOREO O ADISION:

El cual consiste en ir preparando poco a poco el acrílico e irlo incorporando a nuestra modelo, que previamente le -- pusimos separador de acrílico, hasta cubrir toda la zona deseada con un grosor aproximado del acrílico de dos milímetros. Cuando-- el acrílico ya polimerizo la retiramos y con una lija, lima o -- piedra le quitamos todas las asperezas y la probamos en la boca-- del paciente.

Nuestras cucharillas debemos dejarlas un poco cortas o sea que no bajen a fondo de saco, a una distancia de 2 a 3 mm. -- de éste, con el fin de dejar un espacio para hacer nuestro ajuste de la curva muscular con modelina.

C A P I T U L O V I I

RECTIFICACION DE LA CURVA MUSCULAR

Después que obtuvimos nuestras cucharillas individuales la superior e inferior y que hemos visto que ajustan a las necesidades requeridas, procedemos a obtener el ajuste de la curva muscular. Esta la realizamos con material elastico llamado godiva o mejor conocida por nosotros como modelina.

La rectificación se puede empezar ya sea de atrás hacia adelante o bien de adelante hacia atrás, esto es a la elección del operador, nosotros elegimos la primera.

La técnica es: calentar la punta de una barra de modelina ya sea de color café o verde, en la flama de una lampara de alcohol, cuando esté reblandecida la vamos a ir colocando por encima del borde de la cubeta hasta colocar una buena cantidad, uniforme y gruesa en cada región, la primera va ir de la zona retromolar hasta el frenillo lateral, antes de introducirla a la boca del paciente debemos pasarla por agua -- a una temperatura de 66°C aproximadamente para templarla y -- así evitar posibles quemaduras.

Ya que se encuentra en la boca nuestra cubeta, jalamos el carrillo y por fuera hacemos presión con la yema de

los dedos la zona que estamos rectificando, lo mismo hacemos del lado contrario, se hace alternadamente.

Para la zona anterior vamos a continuar del frenillo lateral al frenillo anterior, indicándole al paciente -- que habra mucho la boca, que mueva la mandíbula hacia un lado y otro lado y jalando el labio hacia abajo, estos movimientos deben hacerse rapidamente antes de que se enfrie la modelina.

Debemos de tener mucho cuidado en la región del -- frenillo anterior para lograr la libertad completa de éste -- tejido. Esto lo podemos conseguir haciendo que el paciente -- mueva el labio de un lado mientras que uno le sujeta la boca en posición de silvar.

Para el sellado del posdamin o zona de vibración -- colocamos la modelina en el borde de la cubeta y le pedimos -- al paciente que diga "ah" varias veces para obtener este sellado, aquí la modelina que escurra hacia adentro, no la retiramos.

Rectificadas todas las zonas debemos observar una sola línea continua y todo el excedente que esté hacia adentro debemos retirarla con una espátula filosa, raspandola y no cortando ya que se puede fracturar.

Algo similar se realiza para la rectificación de --

la cubeta inferior, cuando estemos rectificando la parte lingual el paciente debe mover la lengua al lado contrario de la zona que esté rectificando y en la región que corresponde al frenillo lingual el paciente debe sacar la lengua y moverla de un lado a otro para darle la amplitud que requiere el frenillo para moverse libremente.

Importante: siempre que se saque la cubeta para ser recalentada la modelina, ésta debe secarse bien porque el compuesto mojado tiende a formar burbujas y se vuelve frágil.

C A P I T U L O V I I I

IMPRESIONES DEFINITIVAS

Obtenidas nuestras cucharillas individuales con acrílico de autopolimerización y un espaciador de cera como ya se vió, ésta cubeta se prepara para la impresión final con hidrocoloide irreversible haciendo varias perforaciones de un diámetro de 1 a 2 mm. para conseguir la retención del material.

La técnica no difiere a la normales, excepto en que para desprenderlas, debe tenerse en cuenta la dirección de los dientes y la posición de las retenciones.

La impresión con éste material suele ser muy buena-- si la cubeta fué bien centrada y no hay grandes retenciones, - ya que si se encuentran estas retenciones, el material frecuentemente se rompe a ese nivel (espacios interdentarios). Esto puede evitarse poniendo cera plástica en los espacios interdentarios.

En cuanto a las impresiones con elastómeros, tienen la ventaja de dar impresiones bien delimitadas y fieles en cubeta ajustada en la parte mucosa y elástica, en cubeta ampliada en la parte dentaria. Es probable el tipo de técnica más generalizada actualmente.

Hay otra técnica que involucra un sistema combinado:

Se confecciona cubetas de acrílico de autopolimerización adaptándolas únicamente a los segmentos desdentados. Estas cubetas están provistas de topes en las superficies linguales de los dientes existentes, en la repisa vestibular y en la zona del sellado palatino. Se hacen agarres del lado lingual de las zonas vestibulares para la retención en ese sector del alginato superpuesto en una cubeta comercial.

La cubeta la aliviamos mediante varios agujeros de escape y la terminamos con una impresión con pasta zinquenolítica.

Esta impresión seccional la probamos, en caso de que se encuentre material de exceso lo retiramos y volvemos a colocar esta impresión en la boca. Entonces elegimos una cubeta comercial perforada que acomode a los dientes remanentes y el repliegue mucoso, a ésta cubeta la llenamos con alginato y antes de colocarla se aplica alginato por vestibular de los dientes.

Una vez tomada nuestra impresión y fraguado el alginato, generalmente salen juntas las dos impresiones seccionales. De no ser así, lo único que se necesita es reorientar la cubeta de resina a la impresión de alginato.

Se procede a obtener los modelos finales en yeso --

piedra encajonando perfectamente bien a nuestras impresiones con cera rosa para evitar que el yeso se derrame. Al hacer. -- el corrido de nuestros modelos, la técnica a seguir es ir -- agregando poco a poco el yeso y agitar vigorosamente nuestra cucharilla hasta obtener un yeso sin burbujas, de preferen-- cia si se cuenta con un vibrador lo realizamos con éste ya -- que nos evita que se nos atrapen burbujas de aire en el ye-- so.

C A P I T U L O I X

RODETES DE OCLUSION

Estos rodets los utilizamos como sustitutos provisionales de las prótesis completas tal como fueran concebidas y nos sirven para establecer:

- 1.- El nivel del plano oclusal.
- 2.- Forma del arco, relacionada con la actividad de labios, mejillas y lengua.
- 3.- Registros intermaxilares (incluso el soporte facial de prueba), y una valoración de la distancia interoclusal

Desafortunadamente, ninguna de estas determinaciones pueden realizarse en forma científicamente exacta y la mayor parte del conocimiento es teórico.

No obstante, hay varios principios básicos de comprobado éxito clínico y es posible utilizarlos como ayuda para lograr los objetivos enumerados.

Para obtener el Nivel del plano oclusal muchos dentistas usan una técnica según la cual el plano oclusal se establece sobre el rodete oclusal superior.

El procedimiento implica la conformación del rodete oclusal en tal forma, que el plano oclusal en la parte anterior sea paralelo con la línea interpupilar y de una altura que sea

suficiente para la longitud de los dientes naturales, mas la cantidad de reabsorción tisular que haya tenido lugar. Si la longitud del labio superior es normal, nos es gran utilidad como guía.

En su porción posterior el plano oclusal se debe construir paralelo a la línea trago-ala de la nariz. Luego adaptamos el rodete oclusal inferior para que coincida con el superior y se reduce hasta obtener una distancia interoclusal adecuada.

La Forma del Arco la vamos a establecer en forma individual para cada paciente tanto el ancho de las superficies oclusales como la forma del arco de los rodetes de oclusión para imitar la que se quiera dar al arco de dientes artificiales.

La porción anterior del rodete de oclusión superior se modifica en forma tal que sea suavemente contactado por el labio inferior al pronunciarse la letra F.

En la técnica de prótesis inmediata el tipo de rodetes de oclusión los vamos a fabricar en los espacios dentados cuando los dientes remanentes nos sean útiles como se observa en las figuras siguientes:



C A P I T U L O X

RELACIONES INTERMAXILIARES

RELACION VERTICAL.

Se toman éstas utilizando rodetes de oclusión. Y se obtienen fácilmente antes de las extracciones si todavía quedan premolares y no hay mucha rozadura o movilidad de los dientes. Se procura que los bordes de la oclusión estén en contacto a nivel oclusal de los dientes que quedan.

Si 6 dientes anteriores en el arco maxilar ocluyen contra 6 dientes en el arco mandibular, no debemos confiar en su relación oclusal para la dimensión vertical, porque la inclinación puede ser mayor que la que existía antes de la extracción de los dientes posteriores.

Los métodos para asegurar la relación vertical correcta de las dentaduras inmediatas son similares a las que se usan en la dentaduras completas comunes. Sin embargo cuando existe un escalón o grades abrasiones que no se pueden reproducir en la dentadura, el dentista debe ignorar los dientes naturales y seguir los pasos normales que se hacen para un totalmente desdentado. A continuación citamos unos controles que ayudan a establecer la relación vertical correcta de la oclusión mediante rodetes oclusales.

1.- Soporte facial.

2.- Observación visual del espacio disponible entre los rodets con los maxilares en reposo.

3.- Pronunciación de palabras que contengan letras sibilantes como son: s, sh, ch, j, y z. que indiquen el acercamiento de los rodets sin ponerlos en contacto.

4.- Mediciones entre puntos marcados en la cara -- con la musculatura del maxilar inferior en reposo.

5.- Conseguir que la superficie del rodete inferior se halle en el mismo nivel que el labio inferior en la comisura bucal.

6.- Paralelización de los rebordes superior e inferior una vez montados en articulador los modelos.

La relación vertical se establece mediante dos factores, pero en diferentes condiciones: La musculatura mandibular y el tope oclusal dado por los dientes o los rodets - de oclusión.

Las técnicas se pueden agrupar en dos grupos.

MECANICO.- Estas involucra el uso de registros previos a las extracciones, mediciones de distintos tipos, paralelismo de rebordes etc.

FISIOLOGICO.- Comprende el uso de la posición fisiológica de reposo etc.

Técnicas mecánicas:**1.- Relación de rebordes.**

a) Distancia de la papila incisiva de los incisivos inferiores.

b) Valores estáticos.

c) Distancia de rebordes anteriores.

2.- Registros previos a las extracciones.

a) Rx de perfil.

b) Rx de la posición de los cóndilos.

c) Fotografías de perfil.

d) Modelos de dientes en oclusión.

e) Medidas faciales.

3.- Paralelismo de rebordes.**4.- Determinación vertical mediante la presión máxi**

ma.

Técnicas fisiológicas:

1.- Posición fisiológica de reposo.

2.- Fonética y estética como guía.

3.- Umbral de deglución.

RELACIONES HORIZONTALES.

Es la relación más posterior de la mandíbula respecto del maxilar superior a una relación vertical establecida.

Aunque los objetivos son los mismos, la elección de técnicas usadas para la determinación de las relaciones horizontales en tratamientos de dentaduras inmediatas es limitada. Por ejemplo, los dispositivos del trazado del arco gótico no se pueden usar solos para dentaduras superiores -- e inferiores a causa de las interferencias entre los dientes durante las excusiones. Pero es posible combinar una determinación de ejes de bisagra con los trazados del arco gótico -- tomados con ligero aumento de la oclusión para impedir el contacto de los dientes. En éste caso se puede cerrar el articulador a su dimensión vertical normal sin alterar las relaciones horizontales, ya que los modelos estan relacionados con los ejes de bisagra.

El método más corriente para obtener relaciones horizontales en el tratamiento de las prótesis inmediatas -- es el procedimiento de mordida de registro. Estas mordidas de registro pueden hacerse de cera, de pasta de óxido de zinc, o de yeso, cuando usamos éste método a los rodetes de oclusión se les recorta unas ranuras donde colocaremos el material de elección y se le indica al paciente que muerda hacia atras hasta alcanzar la relación.

Si las prótesis las confeccionamos con la oclusión céntrica en una posición excéntrica adquirida, los contactos

oclusales prematuros pueden aflojar la prótesis y destruir el hueso subyacente.

C A P I T U L O X I

SELECCION Y ARTICULACION DE DIENTES

La colocación de los dientes está muy simplificada en el tratamiento de las prótesis inmediata a causa de las guías que ofrecen los dientes naturales que quedan. El modelo de estudio puede utilizarse para seleccionar el tamaño y forma de los dientes y las guías de tono para seleccionar los colores apropiados. Se pueden añadir tintes y otras irregularidades a los dientes artificiales según lo solicite el paciente y que el dentista lo apruebe y compararlos directamente con los dientes naturales.

La colocación de los dientes anteriores se puede hacer de dos formas:

PRIMERA:

En el modelo de piedra se recortan los dientes en forma alternativa y se excava la porción radicular anterior dando poca profundidad (aproximadamente 1mm.) del lado vestibular y al ras con el margen gingival del lado lingual o palatino.

La depresión lijera recortada en la porción vestibular acomodará los cuellos de los dientes artificiales. Es obvio que en bocas con enfermedad periodontal acompañada por

retracción gingival y pérdida ósea, no se recortará o muy poco.

El escaso recorte del modelo permitirá la confección de una prótesis que proveerá una matriz adecuada para un reborde pleno, redondeado, de la zona inmediata.

Los dientes seleccionados se enfilan en sus posiciones específicas y se modifican como se requiera.

Por lo común el incisivo central derecho artificial es el primer diente que se enfila en su posición y se pega con cera. Después se reemplazan alternativamente los dientes hasta que todos estén enfilados. Los músculos de la expresión facial dependen de la reproducción del arco dentario; por eso se coloca un diente por vez con el fin asimismo de conservar esta posición. Después se recortan los incisivos laterales y se reemplazan por dientes artificiales.

SEGUNDA:

Los dientes se recortan de acuerdo con la línea única correspondiente al surco gingival. Los dientes del modelo se recortan en su posición cervical, y se redondea el reborde para imitar el procedimiento de recorte no óseo, excepto en las zonas interproximales. Se lleva a cabo este procedimiento de un lado o en una mitad de los dientes remanentes, y después del otro .

Se pueden enfilear los dientes de los segmentos, alter

nativamente, o se puede desdentar todo el arco y utilizar el modelo de diagnóstico para la colocación de los dientes.

Este segundo procedimiento ofrece la ventaja de asegurar que la preparación del modelo sea realizada por el odontólogo mismo. En el procedimiento primero el recorte definitivo del modelo se completa en el paso de la eliminación de la cera, y por razones de conveniencia frecuentemente lo hace el técnico de laboratorio. Entonces se corre el riesgo de un recorte excesivo del modelo.

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

C A P I T U L O X I I

PREPARACION DE LA TRASBASE QUIRURGICA.

Se confecciona una trasbase quirúrgica transparente como guía del modelado del reborde en el momento de la extracción dentaria y la colocación de la prótesis. Esta trasbase revelará la ubicación de sitios en el reborde donde requiere eliminar más hueso y reducirá la magnitud de la cirugía.

Una vez recortado el modelo, se toma una impresión con alginato. Se moja con agua el modelo, que está colocado en la mufia, y se coloca el material de impresión en la misma cubeta con la que se tomó la impresión original. La cubeta cargada se calza en su posición sobre el modelo en forma tal que no pueda atrapar burbujas de aire en el material de impresión, se retira la impresión, y se hace el vaciado del modelo.

Sobre el modelo se adapta un trozo de cera y se confecciona un patrón de cera para la trasbase, con espesor de -- 2 mm. aproximadamente, excepto en los bordes.

Se incluye en mufia el modelo, y se adapta un papel de estaño sobre el patrón de cera. Se termina de poner en mufia. Una vez desencerado la mufia, se adapta sobre el modelo una hoja de papel estaño.

Las trasbases confeccionadas con sustitutos de la hoja de estaño no son tan efectivas durante el curado y nos dán-

unas trasbases un tanto lechosas en vez de transparentes.

Se carga el molde con resina acrílica incolora y se cura de la misma manera que una prótesis.

La trasbase quirúrgica constituye una indicación para el procedimiento quirúrgico y es un elemento esencial cuando se requiere algún tipo de recorte óseo.

C A P I T U L O X I I I

CIRUGIA Y COLOCACION DE LA PROTESIS

El tratamiento quirúrgico conservador de los tejidos-orales permite la proporción más lenta del cambio alveolar y -- proporciona la mejor base para la dentadura.

Un principio importante de la cirugía es preservar las estructuras. No se debe nunca destruir o extirpar, sin pensarlo-- o sin motivo, ningún tejido sano.

Al hacer el tratamiento quirúrgico de la extracción lo vamos hacer como normalmente hacemos una extracción, en este caso pondremos mucho mayor cuidado en no hacer mucho traumatismo-- a los tejidos para evitar el desajuste excesivo de nuestra próte-- sis.

La trasbase quirúrgica transparente se coloca en la boca después de extraerse todos los dientes pero antes de que se-- haga el recorte quirúrgico del hueso o del tejido blando. Una -- vez colocada bien la trasbase sobre el paladar o sobre el rebor-- de alveolar inferior, por transparencia se verán zona isquémicas del campo operatorio donde son comprimidos los tejidos blandos. Se retira la trasbase, recortamos los tejidos blandos o el hueso para aliviar el sitio de la presión excesiva. Al efectuar este-- paso, la trasbase quirúrgica debe calzar perfectamente, o no re-- velará las zonas por recortar.

El no recortar suficiente tejido como para que la --
trabase vaya a su lugar, el recorte excesivo causará la posi-
ción incorrecta de la prótesis. Estos errores a su vez, serán--
causa de una oclusión inadecuada y causa necesariamente dolor-
e incomodidad al paciente.

Las prótesis deben orientarse en la boca exactamente
en la misma posición que se pretendió que ocuparan.

Se acercan los bordes de los colgajos, se sutura, y-
se coloca la prótesis, previamente esterilizada en una solu-
ción antiséptica.

Si las prótesis se colocaron correctamente después--
de la cirugía no debe haber contactos oclusales prematuros --
muy pronunciados.

C A P I T U L O X I V

INSTRUCCIONES POSOPERATORIAS

La prótesis inmediata se coloca cuando se han terminado de las intervenciones quirúrgicas. Se le indica al paciente que no debe quitar la dentadura durante las primeras 24 horas, cuando sea examinada por el dentista. Por el contrario, si las mantiene retiradas de la boca al comienzo, es posible que se produzca un edema de los tejidos y el recolocarlas será imposible o muy doloroso.

El dolor producido por el trauma de la extracción no se alivia retirando las prótesis de la boca. Dentro del período de las 24 horas se puede colocar hielo durante 15 minutos -- cada hora. Esta es una sugerencia de prevención; generalmente-- el paciente no sufre dolor intenso ni incomodidad.

Se prescribe un sedante en caso de que el paciente no pueda dormir por nerviosismo o molestias.

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

Se le aconseja al paciente que no mastique durante -- las primeras 24 horas, y se le indica una dieta líquida. La --- oclusión todavía no se ajustó definitivamente, por lo tanto, la

masticación no puede ser deficiente en ese período, se corrige la oclusión hasta que desaparezca el edema, y que generalmente se hace de 48 horas a 1 ó 2 semanas después de haberse colocado las prótesis.

Por diversas razones, es conveniente no enseñar al paciente los resultados inmediatamente después de colocar la dentadura:

- 1.- El labio superior suele estar torcido por el efecto de la anestesia y crea una impresión estética desfavorable.
- 2.- Normalmente hay un poco de sangre en la dentadura, lo cual empeora su aspecto.
- 3.- El movimiento normal del labio y la mandíbula son torcidos.

Es obvio que el paciente en la primera oportunidad que tenga se mirará al espejo pero eso puede suceder al cabo de unos 30 minutos o más tiempo, y en ese intervalo de tiempo puede ser bueno.

A los pacientes se les tiene que insistir, una y otra vez, que no deben juzgar el resultado en lo que se refiere al aspecto o función de la prótesis hasta la siguiente visita.

Pasadas las 24 horas se examina la boca, comprobar si hay compresión de bordes y sitios de presión excesiva en el lugar de las extracciones recientes.

Para detectar la zona que no se recortó lo suficiente,

este sitio se manifiesta por un aspecto típico de rojo frambuesa. Con un lápiz tinta se marca la zona con un círculo y esta--marca se trasfiere a la superficie interna de la prótesis me--diante la presión de la misma. Esta zona la aliviamos con una--piedra montada.

Después de transcurridas 48 horas se examina nuevamen--te la prótesis por posibles extensiones excesivas de los bordes. Durante este período es factible el uso de la trasbase quirúrgi--ca para detectar áreas de presión de la base protética.

Es factible corregir la oclusión después del período--de 48 horas debido que para entonces ya habrá desaparecido el--edema casi por completo, sin embargo en algunos casos es neces--rio posponer la corrección oclusal pasadas dos semanas.

Después que se han hecho los ajustes necesarios, se--atenderan estas prótesis de acuerdo con las condiciones indivi--duales, que son variables.

Es necesario citar al paciente por lo menos cada tres--meses para determinar la magnitud del cambio que se ha producido y para decidir nosotros cuando tienen que ser rebasadas, en algu--nos pacientes se pierde el hueso alveolar rápidamente, y sus den--taduras necesitan rebases a los pocos meses.

Si hay dificultad con respecto a la retención de la --prótesis durante el período incial, se puede utilizar sobre la superficie tisular de la prótesis algún acondicionador de los --tejidos.

CONCLUSIONES

Como hemos visto en este trabajo las grandes ventajas que presenta construir unas prótesis inmediatas, facilitando para determinados pacientes, la decisión de sacrificar los dientes naturales, ya que por sus relaciones sociales, comerciales, profesional o de cualquier otra índole, no puede o no quiere -- presentarse sin dientes ante sus amistades o clientes, ya sea por vanidad o necesidad.

Estos pacientes se someten a este tratamiento por que les evita estar desdentados durante el tiempo que dura el proceso de cicatrización, debido a que en nuestra vida el valor estético que juegan los dientes en un individuo, sea adolescente o adulto es de primordial importancia, dentro de la conducta de éste.

En épocas anteriores el odontólogo seguía el plan de tratamiento consistente en desdentar al paciente, y esperar el tiempo que se lleva la cicatrización de los tejidos bucales, para después confeccionar las prótesis completas.

Esta manera de encarar las cosas fué abandonada por un gran número de los pacientes en vista de las ventajas obvias que presenta ó que nos da el tratamiento con prótesis inmediata.

Estas prótesis a demás estimula la reparación de los tejidos por la suave e intermitente presión que ejercen éstas--

a los tejidos, la cicatrización se hace en las mejores condiciones; el proceso de resorción ósea se realiza con menor intensidad, sirve de férula de contención de la hemorragia; ayuda a que no se presenten grandes cambios morfológicos en la articulación-temporomandibular.

Como se dijo en un capítulo no debemos intentar en hacer una prótesis inmediata de más de 6 u 8 dientes en un arco, -- ya que esto nos incrementará una mayor posibilidad de error de -- ajuste y un gran desprestigio para el dentista, y lo más importante se produce una considerable pérdida de sangre cuando se -- extraen gran número de dientes y con la alveolectomía asociada -- puede llegar a ser necesaria una transfusión de sangre para evitar el shock.

En cada caso que se nos presente en la consulta y que necesite o que el paciente nos solicite el tratamiento, debemos de evaluar un particular cada caso, y tener en cuenta varios factores como son: Edad del paciente.

Estado de salud general en que se encuentre (con estudios de laboratorio).

Estado psíquico y emocional.

Si tomamos muy en cuenta estos factores antes de iniciar el tratamiento nos será de gran ayuda y nos evitará grandes problemas, como en el caso de un individuo que este en una edad avanzada no debemos de exponerlo a este traumatismo, como es ---

obvio a esta edad las defensas han bajado y al hacerle varias--
extracciones en una sesión es peligroso.

Así como en pacientes que su estado de salud general,--
no se encuentre en las mejores condiciones para la intervención--
no debemos de hacerle el tratamiento. Como en pacientes que ten-
gan problemas de coagulación, alguna enfermedad de tipo sistémico,
de tipo psicológico, etc.

BIBLIOGRAFIA

- I.- BOUCHER O. CARL
PROTESIS PARA EL TOTALMENTE DESDENTADO
EDIT. MUNDI
EDICION SEPTIMA.
- II.- LE PERA, FRANCISCO
EMPOQUE NOUS BIOMECANICO EN EL TRATAMIENTO DEL
TOTALMENTE DESDENTADO
EDIT. MUNDI.
- III.- RAMPJORD-ASH
OCLUSION
EDIT. INTERAMERICANA
EDICION SEGUNDA
- IV.- SHARRY J. JOHN
PROTODONCIA DENTAL COMPLETA
EDIT. TORAY
EDICION PRIMERA BARCELONA, ESPAÑA.
- V.- TESTUT-LATARJET
COMPENDIO DE ANATOMIA DESCRIPTIVA
EDIT. SALVAT
EDICION XXII ESPAÑOLA.
- VI.- ZAISAR, PEDRO
PROTODONCIA TOTAL
EDIT. MUNDI.