

19.679



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Odontología**

**Importancia del Servicio Inmediato  
de la Prótesis Parcial Fija.**

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'V. B. G. M.', is written over the printed text of the thesis title.

**T E S I S**

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

**Rafael Monroy Bravo**

MEXICO, D. F.

15058

1971



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**" IMPORTANCIA DEL SERVICIO INMEDIATO DE LA PROTESIS  
PARCIAL FIJA "**

**I N D I C E**

- I.- Introducción**
  - II.- Estudios Radiográficos de los tejidos parodontales.**
  - III.- Exámenes Paraclínicos.**
  - IV.- Indicaciones y Contraindicaciones de la Prótesis Parcial Fija Inmediata.**
  - V.- Aislamiento del Campo Operatorio.**
  - VI.- Colocación, Ajuste y Cementado de la Prótesis.**
  - VII.- Casuística.**
  - VIII.- Conclusiones.**
- Bibliografía.**

## CAPITULO I

### INTRODUCCION

Normalmente las dentaduras parciales fijas se emplean para reponer -  
dientes cuya extracción se hizo tiempo atrás, de suerte que la apéxis alveo-  
lar está cicatrizada.

El servicio de dentaduras parciales inmediatas difiere en que la próte-  
sis parcial se construye antes de la extracción de los dientes y se coloca in-  
mediatamente después de que los dientes se han extraído, generalmente esta -  
se hace en la misma visita. Aunque es preferible que la apéxis cicatrice an-  
tes de la colocación de un puente fijo, ciertos casos indican la colocación  
inmediata.

Para muchas personas es una tragedia la pérdida de uno o más dientes,  
este sentimiento está intensificado, si el diente es de la región anterior de la  
boca. El paciente es capaz de sufrir grandes molestias para evitar este aspec-  
to desdentado, de modo que cualquier técnica o método que le permita conti-  
nuar sus actividades diarias y sociales será tolerado. Esta actitud constituye -  
una de las razones principales de porqué este servicio inmediato se utiliza --  
con frecuencia.

En este método los dientes de soporte se preparan primero para recibir  
los retenedores; después de haberse vaciado, estos retenedores se colocan en-  
posición, se toma la mordida de cera, las impresiones y el color, y se cons-



truyen los modelos de trabajo.

El diente que va a extraerse se recorta del modelo, se ajusta un pón-tico en su lugar y se une con los retenedores. Al terminarse el puente, se llama al paciente y se extrae el diente natural; entonces el puente terminado se coloca inmediatamente en posición. Este puente generalmente se coloca con un cemento temporal. Después de un período de observación si las condiciones del tejido son compatibles con el aparato, de modo que se efectúa un proceso de cicatrización normal, se quita el puente y se prepara para cementarlo permanentemente.

Además de evitar la desventaja en la actividad social, tiene otras ventajas la restauración inmediata. Se ha dicho que la colocación inmediata de dentaduras completas ayuda a conservar la apófisis alveolar y estimula la condensación del hueso. Se observó que en tales casos el proceso de cicatrización era más rápida y más satisfactorio, con menos irritación y menos probabilidades de infección.

También se notó que la colocación inmediata dominaba el sangrado excesivo y favorecía a la formación y protección de los coágulos sanguíneos después de la extracción de los dientes. Es probable que tenga las mismas ventajas en grado diferente la sustitución inmediata por dentaduras parciales fijas.

Cuando se extrae un diente, el individuo nota una impresión extraña en el espacio desdentado o inconscientemente lo busca con la lengua.

Más adelante, cuando se coloca una dentadura parcial fija, el paciente tiene cierta incomodidad porque su lengua ya se ha acostumbrado al espacio abierto. Puesto que el paciente se acostumbra pronto a la restauración, no es de mucha importancia la objeción apuntada.

Sin embargo, esta readaptación se evita con la colocación inmediata de la prótesis.

No es raro encontrar a pacientes que tienen dientes infectados en la región anterior de la boca durante muchos años, porque tienen estos dientes durante un tiempo por poco tiempo.

La restauración inmediata permite al paciente eliminar de su boca el foco de infección sin aparecer mellado ni un solo día.

En pacientes jóvenes que tienen dentición mixta, frecuentemente es necesario poner un aparato que sirva el doble propósito de mantener la función y conservar el espacio. En estos casos puede construirse previamente la prótesis y colocarla inmediatamente después de la extracción de los dientes.

Para tener éxito con la restauración inmediata han de cumplirse ciertas condiciones.

Es preciso asegurarse de que no hay peligro de infección secundaria después de la extracción de los dientes. Si no se toma esta precaución, el aparato puede fallar en un tiempo muy corto. Se debe de conocer la cantidad

y calidad del hueso alveolar, para asegurar cierto grado de permanencia y mantener la posición relativa de los tejidos y los pñnticos. El éxito final de este tipo de restauración también depende de que haya suficiente apófitis alveolar normal antes y después de la extracción del diente.

En casos en que falta la tabla labial del hueso o está destruido, la dentadura fija inmediata está contraindicada.

Naturalmente, una condición del éxito es la ejecución amurada de los procedimientos técnicos que intervienen en la construcción de la prótesis.

Como no se puede predecir el grado de reabsorción que se producirá después de la extracción, se recomienda que al colocar estos puentes el miembro del pñntico esté unido al puente con cemento temporal. En el caso de que haya reabsorción excesiva mientras el puente está en observación y podrá después aumentarse más material al pñntico sin destruir todo el puente.

Después de que el paciente ha usado el aparato por una semana debe quitarse y examinarse minuciosamente los tejidos. Si el proceso de cicatrización ha progresado normalmente, se coloca de nuevo el puente con cemento temporal y se le tiene en observación durante otras dos semanas.

El puente puede cementarse permanentemente, si después de este segundo período de observación se ven normales los tejidos blandos que rodean el extremo del pñntico de porcelana.

Sin embargo, puede haber casos en que sea aconsejable mantener este aparato colocado temporalmente bajo observación por un período hasta de seis meses.

El cambio en las condiciones quizá requiera la construcción de un puente completamente nuevo, y en este caso el primero puede usarse mientras se construye el segundo.

## CAPITULO II

### ESTUDIOS RADIOGRAFICOS DE LOS TEJIDOS PARODONTALES

Se toma una serie completa de radiografías, incluyendo placas con aleta de mordida en la primera visita, y aunque este procedimiento es un complemento para el diagnóstico, no lo debe reemplazar. La radiografía es una ayuda para reconocer estados patológicos que deben ser removidos o restaurados a un estado de salud, capaz de soportar una función normal.

Las radiografías serán buenas, tanto desde el punto de vista diagnóstico como fotográfico.

En las radiografías los dientes nunca estarán alargados o acortados y deben ser claros, bien angulados, así como bien revelados.

Las radiografías serán estudiadas y relacionadas con el paciente a quien se está examinando, pues no tendrán sentido al menos que se correlacionen con los hallazgos clínicos de la cavidad bucal. Obsérvese cuidadosamente si hay destrucción en la zona que recibe el impacto de la fuerza en los contactos prematuros, que previenen una trayectoria normal de cierre de la mandíbula.

Se revelará la información siguiente:

- 1.- Extensión de la caries
- 2.- Tipo y cantidad de hueso alveolar
- 3.- Presencia o ausencia de infección apical.

- 4.- Furcaciones comprometidas
- 5.- Reabsorciones o aposiciones radiculares
- 6.- Tamaño, forma y posición de las raíces
- 7.- Estado de las estructuras de soporte del diente
- 8.- Dientes retenidos y raíces residuales
- 9.- Quistes y granulomas
- 10.- Estado de cualquier diente tratado por endodoncia
- 11.- Relación del hueso alveolar remanente con la longitud y ancho de las raíces, capacidad del periodoncio para soportar estuques.
- 12.- Relación corona raíz
- 13.- Estado de la parte coronaria de los dientes
- 14.- Pulpa de los dientes
- 15.- Espacio del ligamento periodontal
- 16.- Cortical alveolar
- 17.- Pérdida ósea vertical.

Las radiografías con aleta de mordida dan mucha información relacionada con la caries, y su proximidad, así como la de restauraciones viejas, con la pulpa, la adaptación del margen gingival de las restauraciones y, con frecuencia, si la cresta está incluida en una inflamación periodontal.

Puesto que la base para la terapéutica es un diagnóstico estricto basado en la acumulación y valoración de toda la información pertinente.

La documentación radiográfica completa es parte esencial de esta información. Esta documentación es importante tanto en el tratamiento preoperatorio como el posoperatorio (cada año o dos), para evaluar si nuestro diagnóstico, plan de tratamiento y técnica terapéutica son adecuados para restaurar los requerimientos funcionales dentro de la actividad metabólica ósea del paciente. ¿Será este sistema estomatognático relativamente inmune a la enfermedad o habrá recidiva?



## CAPITULO III

### EXAMENES PARACLINICOS

El aspecto de los tejidos orales o la historia del paciente pueden orientar sobre la conveniencia de realizar algunas pruebas de laboratorio.

Los exámenes de laboratorio han de ser un complemento de la exploración clínica cuidadosa y de la historia, y no un atajo para establecer un diagnóstico. Un informe negativo del laboratorio raras veces permite llegar a una conclusión; un resultado positivo suele ser definitivo. Generalmente es mejor solicitar directamente los análisis al laboratorio que observarlos a través del médico de cabecera ya que éste no conoce la significación de la prueba en el campo odontológico. Sin embargo, si el paciente está en tratamiento con un médico al mismo tiempo, debe solicitarse su colaboración.

Puede estar indicado el estudio hematológico cuando el aspecto de la encía o la historia de hemorragias excesivas en caso de herida así lo aconsejen.

La posibilidad de que la diabetes sea un factor complicante de la afección periodontal constituye una indicación para la determinación de la glucemia en ayunas.

El aspecto roentgenográfico de los maxilares aconseja a veces la práctica de una determinación de los niveles de calcio y fósforo en sangre para descartar el hiperparatiroidismo. Cualquier investigación de laboratorio que -

sea preciso efectuar se llevará mejor a efecto después de hacer una historia clínica completa y de explorar cuidadosamente al paciente. Es importante un buen juicio clínico para ahorrar exámenes de laboratorio sin trascendencia - que resultan onerosos.

### ESTUDIOS BACTERIANOS.-

A veces tiene mucho valor las extensiones y cultivos bacterianos si una infección, como un absceso periodontal agudo o una osteomielitis, no responde a un antibiótico, se ha de determinar el germen infectante y el fármaco al cual es sensible. Las extensiones o los cultivos pueden también estar indicados para identificar una infección micótica.

El número de enfermedades producidas por hongos va en aumento y - pueden originar deseminaciones profundas o micosis generalizadas, así como - infecciones agudas y crónicas de la mucosa oral. La infección micótica superficial de los tejidos orales suele estar producida por *Candida albicans* (moniliasis).

La administración de penicilina y de antibióticos de amplio espectro - con frecuencia suprime la flora bacteriana normal de la boca y permite el - desarrollo sin obstáculos de otros microorganismos, especialmente hongos.

Las infecciones fúngicas intensas que pueden tener interés en el examen periodontal son las actinomycosis causados por *actinomyces bovis* y las - histoplasmosis producidas por *Histoplasma Capsulatum*.

Con instrucción competente la técnica del examen oral puede aprenderse durante los cuatro años de estudios odontológicos, pero se necesitan años de estudio y de observación atenta para alcanzar un buen juicio y capacidad diagnóstica.

La exploración oral proporciona la oportunidad de captarse la confianza del paciente.

La retracción y la manipulación de los tejidos se han de efectuar con delicadeza.

Durante el examen se pueden determinar el umbral del dolor y el grado de aprensión del paciente observando la reacción a las maniobras de sondaje y de percusión. El ambiente del consultorio debe de contribuir a ganar la confianza del paciente.

## CAPITULO IV

### INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA PROTESIS PARCIAL FIJA INMEDIATA

Hay ventajas y desventajas en esta forma de construcción. Las ventajas se pueden clasificar en alguna de las ventajas son:

- 1.- El paciente no necesita estar desdentado durante el período de cicatrización, situación especialmente desagradable para las personas de negocios cuya profesión les obliga el trato con el público.
- 2.- Hay generalmente menos dolor, porque la prótesis protege las heridas y ayuda a la cicatrización. El paciente se recupera del choque de la operación quirúrgica y, al mismo tiempo, se acostumbra al uso de la dentadura.
- 3.- El aspecto se afecta menos, porque hay menos cambios en los músculos y en las diferentes estructuras, y la dimensión vertical no varía.
- 4.- El paciente está menos expuesto a poner en peligro su salud por la retención durante un tiempo demasiado largo de los dientes afectados, porque hay menos temor de la prótesis y del período desdentado que acompaña a la construcción ordinaria de las prótesis.
- 5.- Es probable que la estabilidad sea más duradera y que sea mayor la elasticidad de los tejidos.

La boca desdentada, carente de una cubierta protectora, pierde su elasticidad, y el hueso se reabsorbe más fácilmente por falta de estímulo necesario que da la prótesis para la reconstrucción funcional.

- 6.- Hay menor dificultad en la reposición de los tejidos adyacentes. Es sabido que se produce el ensanchamiento de la lengua a causa de la falta de contacto con los dientes y el hundimiento de los carrillos, cuando los pacientes están sin dientes por largo tiempo.
- 7.- El arte más grande es saber disimular el arte, y esto es posible en la construcción de las prótesis inmediatas porque se pueden colocar los dientes en la misma posición que tenían los naturales. Por lo tanto es lo mismo tener el mismo contorno en el arco, la misma posición del arco, el mismo tamaño y forma e iguales rotaciones e inclinaciones que tenían los dientes que se han extraído.

#### INCONVENIENTES O DESVENTAJAS.

Los inconvenientes de la prótesis inmediata son, exclusivamente, sus exigencias:

- a) La coordinación quirúrgica protética exige precisión en la técnica, establecida en base a exactos diagnósticos y a ajustadas indicaciones en ambos sentidos.

Las intervenciones quirúrgicas, al dejar de ser unitarios para extenderse

a grupos de dientes, se hacen más traumatizantes, exigiendo habilidad y dominio. También el trabajo protético requiere habilidad y experiencia, puesto que el fracaso resultará intolerable.

- b) Por las mismas razones, la selección de casos es una exigencia inexcusable. Ante la edentación total parcial, si no hay contraindicación formal, el protesista no tiene otra excusa para no actuar, sino la incomprensión del paciente o su propia incapacidad frente a la dificultad del caso. Ante la edentación futura, en cambio, y su eventual reemplazo por prótesis inmediata, entran en juego factores de orden general: utilidad, ventaja y posibilidad que deben ser adecuadamente evaluados en cada paciente.
- c) Como consecuencia, el servicio se encarece, tanto de por sí cuanto - que por su menor duración probable, la necesidad de rebasados y reajustes y requerirse nuevas prótesis.
- d) Asimismo, puede transformarse en inconveniente - y serio - el hecho de que las fallas técnicas, que puedan ser clínicas o de laboratorio, solo se evidencian después de la intervención quirúrgica final. Esta situación irreversible pone en juego al máximo la responsabilidad profesional del protesista y la amplitud de sus recursos para resolver los problemas que pueden plantearse.

El paciente debe de tener clara conciencia de estas limitaciones.

Además de las indicaciones y contraindicaciones de toda prótesis, la prótesis inmediata exige:

- 1.- Que la edad y estado general del paciente permitan la o las intervenciones quirúrgicas que se requieran.
- 2.- Que el estado de la boca y dientes admitan la espera requerida para el trabajo preparatorio.
- 3.- Que el paciente desee este tipo de servicio y esté dispuesto a aceptarlo, con todo su contenido implícito.

Si el caso no llena los requisitos anteriores, la contraindicación es formal. No debe de intentarse prótesis inmediata en pacientes que no reúnan las condiciones físicas y espirituales adecuados para recibir el servicio y afrontar su responsabilidad como corresponde.



## CAPITULO V

### AISLAMIENTO DEL CAMPO OPERATORIO

#### PROCEDIMIENTOS PARA AISLAR EL CAMPO OPERATORIO.-

Previo al estudio de los procedimientos para aislar el campo operatorio conviene recordar que la mayor parte de la humedad que se encuentra constante y normalmente en la boca, proviene de las glándulas salivales que -- vierten la saliva al interior de la cavidad bucal por intermedio de sus conductos excretorios.

Tres pares de glándulas salivales principales existen en la boca además de los accesorios, cuyo número es mayor: parótido, submaxilar y sublingual.

Existen además una serie de glándulas de pequeño tamaño, distribuidas en distintas partes de la boca, y que se denominan glándulas molares, labiales y palatinas, las que por su producto de secreción merecen tenerse en -- cuenta en el aislamiento del campo operatorio.

La sequedad del campo operatorio puede lograrse por dos procedimientos:

- a) De Naturaleza Química.
- b) De Naturaleza Mecánica.

a) Entre los procedimientos de naturaleza química se encuentran los -- fármacos que aminoran durante un lapso la función secretora.

Así tenemos que la inhibición de la acción estimulante de las secreciones que por intermedio de la cuerda del tímpano posee el nervio parasimpático, puede lograrse por uso de la atropina, la cual pasa al torrente circulatorio actuando sobre las terminaciones nerviosas y dificultando la secreción de las glándulas salivales, lacrimales y de la mucosa gástrica, y dilatando los capilares e inhibiendo la secreción sudorípara. Estos medios, utilizados con éxito en medicina general, se han querido emplear en odontología, pero por su acción poderosa deben de ser eliminados.

b) Si con los productos químicos no se llega a ningún fin práctico con los métodos mecánicos se obtiene excelentes resultados.

Estos métodos proporcionan dos tipos de aislamiento: Relativo y Absoluto:

#### Aislamiento Relativo del Campo Operatorio.

a) Servilletas asépticas.- Estos elementos, en la actualidad solo tienen un valor histórico y solamente los mencionaremos como homenaje a la tenacidad de aquellos precursores de la profesión.

b) Rollos de algodón.- Pueden ser preparados por el odontólogo en la extensión y diámetro deseado, enrollando algodón en las dos ramas de las pinzas. También pueden prepararse extendiendo el algodón, previamente cortado, sobre una superficie plana y limpia y enrollándolo en el mango de un instrumento liso.

Estos rollos de algodón pueden adquirirse en envases seguros y esterilizados que facilitan su empleo, con la seguridad que significa una prolija preparación e higiene. Se expenden en distintos tamaños, adecuados a las necesidades de cada caso. Así en el maxilar superior, para trabajos de corta duración, se aloja un rollo de algodón en el surco vestibular, a nivel de los molares, ocluyendo el orificio de desembocadura del conducto de Stenon.

Para la región anterior de la boca, es aconsejable con el fin de salvar el frenillo labial, practicar un corte en V en la parte del rollo que irá dentro al repliegue mucoso, evitando así su desplazamiento.

En el maxilar inferior las dificultades son mayores. Sin embargo, pueden ser usados con cierto éxito, los rollos largos, forrados en gasa para hacerlos más blandos y aconsejables.

Se emplea un solo rollo que rodea la arcada dentaria. Para ello se comienza por alojar un extremo a la altura del espacio retromolar inferior y se lo dispone a través del vestíbulo de la boca hasta el espacio retromolar opuesto y de allí, por debajo de la lengua, hasta encontrar el otro extremo del rollo.

Para completar la exclusión de la humedad se utilizan como elementos adicionales, los aspiradores de saliva que mediante un dispositivo adaptado a la salvadera absorben por vacío la saliva acumulada. Estos aparatos se expenden en distintos tamaños y materiales en vidrio, papel encerado, plástico y -

metálicos.

Los de papel y plástico, por sus características son individuales y - solo podrán usarse una sola vez; los de vidrio y metal pueden ser esterilizados y utilizarse permanentemente.

Los rollos de algodón, con o sin el complemento de los aspiradores- constituyen elementos precarios para el aislamiento del campo operatorio.

Los movimientos involuntarios de la lengua, labios y mandíbula tienden a desplazarlos.

La misma saliva, con su característica viscosidad facilita la movilización. Para salvar estas dificultades y aprovechar mejor la acción absorbente del algodón, se ha ideado una serie de dispositivos mecánicos que describimos a continuación:

#### CLAMPS PORTARROLLOS.-

Tiene la forma exacta de un clamp común que su porción horizontal, que se adapta por su forma al cuello de los dientes donde se fija, parten - dos prolongaciones, hacia vestibular y lingual respectivamente, en forma de aletas curvas con su concavidad que mira hacia la mucosa de la boca y que están destinados a alojar dos rollos de algodón.

Una vez colocado el clamp en el diente que corresponde aislar, se alojan los rollos que quedarán sujetos por las aletas evitándose así su despla-

zamiento.

En otros clamps las prolongaciones tienen forma de alambre en vez de aletas.

En el clamp de Duppen las aletas son laterales, lo que permite que los rollos se adapten contra la enca y separen además ligeramente el carrillo.

Como variante de los clamps portarrollos podemos citar el dispositivo de Stokes; tiene la ventaja que en uno de sus ramas y a la altura adecuada, un espejo del tipo bucal permite iluminar el campo y separar el carrillo o la lengua.

Uno de los aparatos más conocidos y de aplicación relativamente eficaz es el automatón de Egglar.

Puede emplearse indistintamente para el aislamiento de los dientes anteriores—siempre de la arcada inferior como para los premolares y molares, de rechos o izquierdos, con solo mudar una de sus piezas intercambiables.

El vástago vertical tiene un resorte destinado a mantener fija y en posición la parte activa del aparato, que sostiene los rollos—colocados uno por lingual y el otro por vestibular y al mismo tiempo inmoviliza la lengua.

La pieza para los dientes anteriores está compuesta de dos platinas metálicas destinadas a mantener la lengua y separar el labio, unidos entre sí

por dos arcos que salvan la altura de los dientes.

El dispositivo de Ivory es más cómodo para los pacientes que el anterior, pues se reduce a mantener los rollos y separar los carrillos y no comprime la lengua como ocurre con el de Egger. Consta de dos brazos metálicos unidos por una tuerca, y que están destinados: uno a adaptarse a la parte inferior del mentón y el otro dividido en dos ramas, una para lingual y la otra para vestibular, con pequeños pernos en su porción inferior para que el rollo de algodón se mantenga fijo. La mayor o menor distancia entre el mentón y la zona a aspirar se regula por las dos bridas que se fijan por medio de la tuerca nombrada. Tiene este aparato la ventaja que al no presionar la lengua del paciente, permite su movilidad dentro de la boca, al mismo tiempo que asegura, dada la orientación de sus ramas, un completo aislamiento.

Por otra parte, siendo de superficie menor que el de Egger facilita el alojamiento del aspirador de saliva. Sus ramas no son intercambiables existiendo un derecho y otro izquierdo, ambos para la zona posterior de la boca exclusivamente.

Todos estos dispositivos permiten, como se ha podido apreciar a través de su descripción, un aislamiento relativamente eficaz para intervenciones de corta duración. Pero todos ellos requieren siempre el empleo del aspirador y tienen el inconveniente de que la boca puede cerrarse, en algu-

nos casos involuntariamente, y en otros, como sucede con los niños, casi sistemáticamente.

Por otra parte, el mecanismo metálico de los dispositivos como el automatón de Egger, dificulta por su tamaño la colocación de cualquier tipo de aspirador de saliva. Para salvar estos inconvenientes, el comercio presenta un dispositivo de alambre de gran utilidad en intervenciones breves y especialmente para los niños.

Este dispositivo consta de una porción inferior terminada en dos puntas, donde se sitúan los rollos de algodón.

La parte superior, en forma de marco, tiene la altura necesaria para que los dientes del maxilar descansen sobre el alambre, de manera que al mismo tiempo que obliga a mantener la boca abierta, aísla el campo operatorio, dejando libre la lengua; dada su escasa superficie, permite el empleo del aspirador de saliva sin inconvenientes. Su eficiencia es aún más evidente en los niños, ya que al ser mantenido por la presión de la mandíbula si el paciente tiende a cerrar la boca los rollos presionan con más fuerza sobre el surco vestibular y el piso de la boca, aislando aún mejor el campo de trabajo.

Con el nombre de Espéculo Bucal, el comercio presenta el aparato exclusivamente destinado para los dientes posteriores. Se ubica en la boca de modo que en el centro de la parte abierta del espéculo se aloje el dien



te que va a ser intervenido. El vértice se orienta hacia la región posterior y la base, que permite la introducción de los instrumentos, hacia la parte anterior de la boca.

Antes de ubicar el aparato, se coloca a ambos lados de la arcada sendos rollos de algodón, y luego se invita al paciente a cerrar la boca.

Los dientes de la mandíbula aplicarán el espéculo contra el maxilar contra los del maxilar, no pudiendo ser desplazados debido a las ranuras que tienen en la porción superior. La superficie pulida de los caras laterales aumenta la iluminación del campo operatorio.

El espéculo tiene, a nuestro juicio, la ventaja de que la oclusión lo mantiene firme, y el aislamiento se logra mientras la saliva acumulada es eliminada por medio del aspirador. En cambio tiene el inconveniente de que dada su altura, solo pueden usarse instrumentos de mano, pues el contraángulo y las fresas comunes resultan grandes.

La Cápsula de Denkan.- Es un ingenioso recurso para el aislamiento relativo. Podría ser considerada como un elemento de enlace entre los dispositivos descritos y el dique de goma, tanto que algunos autores lo denominan "dique de goma individual".

Consiste en una pequeña taza de goma, cuyos bordes son más gruesos que el resto de la cápsula y que viene modelada de modo que sus par-

des de contorno tienen una elevación mucho mayor que el fondo, lo que, - una vez en posición en la arcada, evita la llegada de saliva al diente en el cual se ha aplicado.

Su tamaño permite el aislamiento de hasta tres dientes anteriores y dos en la zona posterior de la boca, como máximo. Para su aplicación, -- igual que el dique de goma, hay que practicar una perforación adecuada -- para pasar por ella la pieza dentaria a aislar.

En los dientes posteriores es necesario usar el clase correspondiente, en la posición de sustenas y cementado con cementos de silicato.

## AISLAMIENTO ABSOLUTO DEL CAMPO OPERATORIO.

### DIQUE DE HULE.-

Este es el método por el cual se "separa" la porción coronaria de los dientes, de los tejidos blandos de la boca, mediante el uso de una tela de goma especialmente preparada para ese fin.

Esta lámina de goma, cuyo nombre, dique de goma, deriva de la - expresión inglesa "Rubber Dam" o "Coffer Dam" es el único y más eficaz medio para conseguir un aislamiento absoluto del campo operatorio, con la máxima sequedad y en las mejores condiciones de asepsia.

A los efectos de que sea mejor entendida la terminología que emplearemos en el transcurso de nuestra descripción, vamos a convenir a deno

minar "dique de goma" a este elemento ya colocado en la boca y en función.

### "SELECCION DE HULE"

Aunque en este capítulo interviene decisivamente el criterio del operador, vamos a analizar los tipos de material que podemos encontrar en el mercado y recomendaremos el que, a juicio del que escribe es el material de elección.

Primeramente encontramos una solución de color de hule, uno claro y el otro obscuro.

Se prefiere este último porque da mejor contraste con las piezas.

En cuanto a tamaño, se presenta en anchos de 5 y 6 pulgadas. Por lo general, el menor se usa en odontopediatría.

Respecto a su empaque, se vende en rollos de varias yardas o precortado. Se prefiere esta última, ya sea en tamaños de 5 por 5 o 6 por 6 pulgadas.

Consistencia.- Lo hay en blando, mediano, duro y extra duro. Se recomienda cualquiera de los dos últimos ya que dan un mejor sellado y se lastiman menos durante los procedimientos operatorios.

Resumiendo.- Es aconsejable el uso del dique de hule obscuro, precortado y duro o extra duro. El armamentario necesario consiste de: Grapas,

pinza portagrapas, perforadora, seda dental, arco (de young, obstby) tirante de Woodburry (para por detrás de la cabeza del paciente), mosaico indicador de perforaciones, lubricante, tijeras y servilletas para cubrir la boca del paciente.

### TECNICAS PARA LLEVAR EL DIQUE A LA BOCA.

Mencionaremos varias técnicas de las cuales se escogerá aquella en que se logre mayor dominio, siempre y cuando se logre un buen aislamiento.

#### Primera Técnica.-

- 1) Colocación de una grapa sin alas, en la pieza dentaria.
- 2) Llevar el dique de hule ya montado en el arco y hacerlo pasar sobre la grapa antes ya colocado.
- 3) Aislar las piezas necesarias.

#### Segunda Técnica.-

- 1) Montar el dique en el arco, hacer la perforación elegida y colocar la grapa.
- 2) Llevarlo ya armado a la boca del paciente.
- 3) Desmontar el dique de las alas de la grapa.

#### Tercera Técnica.-

- 1) Montar la grapa con las alas, en el dique previamente perforado.
- 2) Llevarlo a la boca.

- 3) Colocar el arco.
- 4) Desmontar el dique de las alas de la grapa.

#### Cuarta Técnica.-

- 1) Colocar el dique con la mano alrededor de la pieza que va a llevar la grapa.
- 2) Colocar la grapa en la pieza seleccionada.
- 3) Colocar el arco correspondiente.

Cuando se va a usar el tirante de Woodbury, se llevará el dique a la boca, sin el arco.

La asistente sostendrá los extremos del dique, mientras el operador lo asegura con los ganchos propios del tirante. Esta técnica se recomienda al trabajar un cuadrante, y es aconsejable aislar hasta el primer premolar del lado opuesto para tener una mejor visibilidad, mejor anclaje del dique.

En todas estas técnicas es recomendable colocar una servilleta entre la piel del paciente y el dique de hule, para dar una mayor comodidad al paciente. Estas servilletas son prefabricadas o pueden hacerse en el consultorio.

#### SELECCION DE LA GRAPA.

En el mercado nacional se encuentran grapas de todos tipos y formas; lo importante es seleccionar aquellos que más se adapten a las necesidades del operador. Mencionaremos algunos de los más comunes:

26 S.S. White universal; Salvory molares universal; 2 A, 3 A, 4 A, Ivory universal premolares y molares temporales; 211, 212 S.S. White universal anteriores 209 S.S. White universal premolares.

#### PERFORACION DEL DIQUE DE HULE.

Como todos sabemos en este caso nos valemos de la pinza perforadora, que tiene cinco diferentes tamaños de perforaciones, según la dimensión de los piezas.

#### PREPARACION DEL DIQUE DE HULE PARA SU APLICACION.

Primamente, procuraremos a seleccionar el sitio de perforación para la pieza o piezas a clisar, según el caso. Cuando se va a hacer una sola perforación, es relativamente fácil calcular el sitio por perforar a simple vista, sobre todo si ya se tiene cierta práctica. Si se van a hacer varias perforaciones que tiene dibujadas las arcadas, tanto de las piezas temporales, incluyendo los terceros molares.

La loseta indica las distancias promedio entre las piezas. Se coloca el dique de hule sobre la loseta y se pintan los lugares donde se va a hacer la perforación. A continuación se procede a perforar el hule.

Si no se cuenta con esta loseta, se pueda usar una mordida de cera de la arcada del paciente; se coloca el dique sobre ella se pinta el sitio deseado y se hace la perforación.

Como regla general para un mejor aislamiento, nos basaremos en la regla dictada por el Dr. Rex Ingraham, que dice: "La distancia entre las perforaciones en el dique de hule debe ser aproximada la misma que hay entre los ejes longitudinales de las piezas y deben seguir las curvaturas que presentan las arcadas".

Habremos de tomar en cuenta los siguientes datos:

- 1.- Tamaño de las piezas
- 2.- Contorno de las piezas
- 3.- Altura del arco intermaxilar
- 4.- Espacios por piezas ausentes, diferencias etc.
- 5.- Alineamiento de las piezas
- 6.- Piezas por preparar.

#### COLOCACION DEL DIQUE DE HULE.

Es necesario establecer una rutina entre el operador y la asistente para aislar la o las piezas en el menor tiempo posible, y con las menos molestias para el paciente.

Para ellos se sugieren los siguientes pasos:

- 1.- Se hacen las perforaciones necesarias deteniendo el dique en la mano o bien ya montado en el arco.
- 2.- Se lleva el dique a la boca por cualquiera de los medios ya mencionados, tomando en cuenta que la boca ya está preparada para recibirlo.



- 3.- Se coloca la servilleta en la cara del paciente. Estos dos pasos pueden invertirse según la técnica usada para llevar el dique a la boca.
- 4.- Mientras la asistente sostiene el dique, colocando cada perforación en su pieza correspondiente, el operador pasa seda dental en cada espacio interproximal para que el dique caiga por debajo del punto de contacto.
- 5.- Se coloca el arco, si no se ha llevado junto con el dique, o se coloca el tirante de Woodbury.
- 6.- La asistente proyecta un chorro de aire mientras el operador invierte los orillos del dique con algún instrumento fino. Esto tiene por objeto que el hule tome la forma de contorno de las cuevas de las piezas.

Para trabajar en los dientes anteriores, es necesario aislar de primer premolar a primer premolar de cada lado. Esta regla la aplicamos tanto a piezas superiores como inferiores, y tiene por objeto proporcionar al operador un mejor campo visual.

El anclaje de la grapa se recomienda que mejor sea en piezas posteriores, por dar éstas un mejor modo de detener el dique de hule.

Como ejemplo podemos citar que un canino nunca debe de usarse como anclaje dada su forma cónica. Esta regla tiene sus excepciones porque vemos que para trabajar en uno o dos centrales superiores de forma cuadrada es posible, en ocasiones, anclar el dique en los laterales, aún sin uso de una grapa.

### REMOCION DEL DIQUE DE HULE.

Una vez terminado el trabajo efectuado, seguiremos los siguientes pasos para retirar el dique de hule:

- 1.- Se corta el dique entre una pieza y otra
- 2.- Se retira la o las grapas
- 3.- Se retira el dique
- 4.- Se limpia la cara del paciente con la servilleta usada para aislar entre la piel y el hule.
- 5.- A cendra luz, manipulamos el dique para asegurarnos que no haya quedado ni un resto en la boca.
- 6.- Examinamos la boca para asegurarnos de no haber dejado trozos de dique interproximales.

### IMPRESION Y MODELO PARA UN PUENTE INMEDIATO.

Cuando se va a poner un puente inmediato debe de conservarse el contorno gingival del diente que se va a reemplazar, con el fin de formar una depresión en la raíz, en la cual entre la punta de porcelana del pónico. - Para conseguir esto hay dos métodos de Impresión; el primero sigue el mismo procedimiento antes descrito; entonces el diente que se va a reemplazar se corta de el modelo dejando solo su contorno gingival.

Valliéndose de la radiografía se marca con un lápiz la dirección de la raíz sobre la superficie labial del modelo. Con una fresa redonda se hace -

una depresión en forma de cono invertido, confinada dentro de el cono cervical del diente, y extendida en dirección del alvéolo, según indicación de la radiografía.

En el segundo método se pone un pedazo de barro de modelar que llene la parte oclusal que va a sustituirse. El barro se modela formando un cono de 2 a 3 mm. de altura en sentido de la raíz desde el contorno gingival del diente. Cuando se ha vaciado el modelo, la corona es eliminada y se forma una ligera depresión cónica en la opótesis.

Antes cuando se construye el plástico para una prótesis inmediata la aplicación inicial de porcelana o de acrílico se hace en forma cónica y se deja algún exceso para el recorte y ajuste de la porcelana al hueso alveolar en el modelo de trabajo; después de que ha hecho esto se glosea.

Se recomienda el uso del arco facial, aunque no es tan indispensable en la construcción de dentaduras parciales fijas como en la construcción de dentaduras parciales fijas como en la construcción de dentaduras completas.

En los casos que se requiere extensa reconstrucción oclusal para restablecer la relación vertical normal, son esenciales los registros del arco facial.

En algunos casos se observa que las facetas y la interdigitación de las cúspides de los dientes naturales permiten ajustar el articulador a las posiciones existentes: Central, en protusión y laterales derecha e izquierda del

maxilar inferior, siempre que el modelo del maxilar será montado en el articulador con el arco facial.

## CIRUGIA DEL MODELO.

### A.- DISEÑO DEL BORDE ÓSEO.-

La posición del borde alveolar con respecto al gingival es el primer dato importante para operar un modelo. Se determina estudiando las radiografías y explorando la profundidad de las bolsas gingivales punto por punto si es que existen. La profundidad a que llega la sonda, comparada con el examen de la radiografía, permite marcar en el yeso los puntos que señalan el borde óseo.

Cuando los paradentósticos son sanos, la unión entre los puntos vestibulares así marcados dará una línea más o menos continua ligeramente ondulada, siguiendo el borde gingival a un par de milímetros.

En los paradentósticos, especialmente cuando predominan fenómenos de atrofia vertical, la línea ósea resultará quebrada, siguiendo las irregularidades óseas, y la distancia al borde gingival variará entre 3 y 5 o más milímetros.

Es fácil pensar ahora qué forma tendrá el maxilar óseo una vez hechas las extracciones y, además, si la alveolectomía será indispensable.

## B.- PREPARACION PARA LAS EXTRACCIONES SIMPLES.

Si la prótesis será abierta, deben cortarse los dientes uno a uno y excavar unos 3 mm. o lo que indique la posición del borde óseo, formando un -- "alvéolo", dentro del cual se introducirá el cuello de cada diente artificial.

Se espera que, al colocar la prótesis en seguida de las extracciones, -- cada diente se introducirá en "su" alvéolo.

### Colocación de la Prótesis Inmediata.

La colocación de la prótesis inmediata difiere en dos circunstancias de la regular:

Se hace sobre tejidos anestesiados, recién modificados quirúrgicamente -- y que pueden modificarse aún, para adaptarlos a la prótesis y el aparato debe de ser colocado, sean cuales fueran los defectos. Estas circunstancias le confieren características especiales:

- a) Se trata de un acto quirúrgico y ninguno de las reglas de asepsia deben de infringirse (instrumental esterilizado, técnica aséptica).
- b) Hasta cierto punto se puede "adoptar el maxilar a la prótesis".
- c) Deben preverse los retoques necesarios hasta la necesidad de un pequeño rebasado.

Una vez extraídos los dientes, y preparados los púnticos puede probarse el aparato, y se verá los cuellos hundirse en los alvéolos cualquier cresta al

veolar que dificultara el colce puede eliminarse si no conviniera retocar la prótesis.

También puede hacerse el alisamiento de puntos y crestas óseas para evitar dificultades cicatrizales.

#### COLOCACION DEL APARATO SIN ALVEOLECTOMIA.

Extraídos los dientes, el aparato debe calzar exactamente. Cualquier defecto de ajuste se debe a una falla técnica. Si el aparato no rellena bien los alvéolos, se preparará de inmediato un relevo de las piezas artificiales en caso de que las piezas artificiales choquen con los crestos alveolares, se le dará un retoque a nuestro aparato.

#### COLOCACION DEL APARATO CON ALVEOLECTOMIA.

Levantado el colgajo y extraídos los dientes con la alveolectomía pre vista al preparar el modelo y alisadas las crestas óseas, extendiéndose el colgajo de manera que cubra bien los alvéolos y córtese todo el festoneado, -- tanto vestibular como palatino, de forma que los bordes mucosos lleguen a -- tocarse sin apretamiento en ninguna parte.

Entonces colocaremos nuestro aparato revisando que no quedan zonas isquémicas en la brecha, si existen hay que rebajar la prótesis en las zonas que sea necesario.

## CAPITULO VI

### CEMENTADO DE LA PROTESIS INMEDIATA

En el tipo de restauración inmediata es aconsejable colocar el puente con cemento temporal para cerciorarse de que la extensión de porcelana del pónico, colocada en el alvéolo, no impide la sana cicatrización.

Se cita al paciente en un plazo de tres a siete días, pasados los cuales se quita el puente y se examina el fondo de el alvéolo. Si no hay síntomas de infección secundaria y si la cicatrización está progresando satisfactoriamente, el puente se limpia muy bien, se lava en alcohol se seca y se prepara para su cementación.

#### REQUERIMIENTOS DE UN CEMENTADO TEMPORARIO.

- 1.- El cemento temporario debe de ser fácil de mezclar y tener un adecuado tiempo de trabajo, para el asentamiento de las restauraciones.
- 2.- No será irritante, y sí sedante para los tejidos pulpaes. Es por lo tanto ventajoso para los dientes sensibilizados, especialmente a causa del trauma de la preparación cavitaria, la toma de impresiones y la colocación de férulas temporarias de acrílico.
- 3.- Debe de estimular la formación de dentina secundaria.
- 4.- No deba tener efectos deletéreos para las resinas acrílicas.

Estos cementos temporarios consisten en palva de óxido de zinc, euge-



nal y resina líquida.

El eugenol no debe de usarse en dientes completamente secos, especialmente en restauraciones profundas, porque es irritante y puede causar trastornos pulpares.

El cementado temporario ofrece una protección pulpar excepcional porque no es irritante y es sedante para los tejidos pulpares.

Por lo tanto, no solo reduce la sensibilidad por su efecto paliativo, procurando un mínimo de molestia al paciente, sino que también estimula la formación de dentina secundaria. Su efecto sedante sobre la pulpa se debe principalmente a su capacidad para impedir el ingreso de fluidos y organismos que puedan producir un estado patológico en la pulpa, debido al hecho de que este tipo de cemento se adapta mucho mejor a las paredes de la cavidad. También su solubilidad es menos en los ácidos orgánicos que la del fosfato de zinc. Permite que la pulpa repare.

La resistencia comprensiva de estos cementos es mucho menor que la de los cementos de fosfato de zinc: 2.000 a 4.000 psi (por pulgada cuadrada) -- comparada con un mínimo de 12.000 psi.

Los cementos temporarios son inferiores a los cementos de fosfato de zinc, con respecto a la resistencia a la abrasión. La relación polvo líquida tiene un efecto insignificante sobre la resistencia y la solubilidad y su tiempo de trabajo es menos crítico que el de los cementos de fosfato de zinc.

### Ventajas del Cementado Temporal.

- 1.- Los dientes de pronóstico dudoso pueden ser retenidos provisionalmente en la férula si un diente tiene que perderse, la férula puede ser removida, el diente extraído, y la corona convertida en puente.
- 2.- Puede vigilarse el tejido gingival, y si se produce irritación, la férula se saca y se ajusta. Esto es importante, especialmente si los márgenes de los colados son apicales al margen gingival o si existe cualquier sobre extensión de los márgenes del retenedor.
- 3.- Puede vigilarse la adaptación de los puentes, y si al tejido adyacente se inflama, los puentes pueden volver a ser cementados a una relación puente tejido más favorable.
- 4.- Se puede probar la vitalidad de los dientes pilares y, cuando sea necesario, es posible el acceso para la terapéutica endodóntica, sin perforar la corona.
- 5.- Se pueden reemplazar los frentes de acrílico gastados o rotos.
- 6.- Se pueden agregar otros dientes a la férula, si la estabilización es inadecuada.
- 7.- Los cementos temporarios protegen la pulpa y alivian la lesión causada por la preparación de los pilares, toma de impresiones y construcción de férulas y coronas temporarias.
- 8.- Cuando está indicada las restauraciones pueden ser sacados intactos por medio de un martillo de acción retragada.

- 9.- El cemento temporario permite un ajuste más fácil de los dientes y la restauración, a una nueva relación fisiológica.
- 10.- Permite que los dientes preparados estén sedados varias veces, durante los procedimientos del tratamiento. Si los dientes pilares están hipersensibles, la restauración terminada debe de ser cementada temporariamente por lo menos por tres a cuatro semanas. En estas condiciones, los dientes preparados se hacen menos sensibles, y también más receptivos al cemento permanente. Los dientes preparados parecen tolerar mejor la irritación del cemento de oxifosfato de zinc, después de un cementado temporario. La necesidad de sedación es mayor que la de esterilización, pues los agentes esterilizantes son lesivos para la pulpa.

#### DESVENTAJAS DEL CEMENTADO TEMPORARIO.

- 1.- Algunos de los retenedores se aflojan invariablemente, mientras otros retienen la férula firmemente.
- 2.- La remoción de la férula puede ser difícil, y por lo general es dolorosa. En algunos casos, los dientes flojos o móviles pueden ser removidos con la férula.
- 3.- Los márgenes de los colados pueden ser dañados por la fuerza que se requiere para remover la férula.
- 4.- Algunos dientes pilares se desensibilizan gradualmente, y la corona entera de un diente pilar puede ser destruida o "convertida en gelatina" por caries, antes que los síntomas subjetivos indiquen una pérdida del-

cierre hermético.

#### SECUENCIAS PARA EL CEMENTADO TEMPORARIO O PROVISIONAL.

- 1.- Se liberan de todo los dientes pilares, limpiándolos con piedra pomez-fina húmeda y peróxido aplicado con una taza de goma, seguido por el lavado con bencina pura o tetrocloruro de carbono.
- 2.- La asistente alista la férula. Se secan las partes de resina acrílica y se lubrican con una ligera capa de grasa de silicona R.M.  
Este lubricante impide la reacción química adversa, entre la resina acrílica y el eugenol, y también facilita la remoción del cemento temporal de los bordes de acrílico.
- 3.- Se mezcla el cemento de óxido de zinc eugenol hasta una consistencia cremosa. Se pincelan las superficies internas de los retenedores con la mezcla, usando un pequeño pincel de mara cibelina. Esto romperá las burbujas evitando, por lo tanto, el atrapamiento de aire dentro de los colados.
- 4.- Si se retraen los carrillos, y labios, se ubica la férula y se asienta firmemente en su lugar.
- 5.- Se instruye al paciente para que muerda el vástago de un hisopo de algodón desplazándolo desde un diente pilar hasta el próximo con un movimiento rápido, tras lo cual se verifica el cierre céntrico, y después se le hace cerrar sobre rollos de algodón, hasta que el cemento endurezca.

- 6.- Cuando el cemento endurece, se remueve el exceso por medio de un explorador o curetas romas pequeños, especialmente, en la zona subgingival, para prevenir una reacción inflamatoria.

Los cementos de óxido de zinc-eugenol no fraguan con una dureza quebradiza, por lo cual son más difíciles de remover subgingivalmente que un cemento de fosfato de zinc.

- 7.- Se utilizan solvente orange para remover todos los vestigios de cemento remanente, en las partes de resina acrílica de la restauración.

CAPITULO VII  
CASUISTICA

CASO No. 1

Nombre: Morales Chávez Ramón

Edad: 35 años

Sexo: masculino

Ocupación: Agente de ventas

Fecha: 20 de Diciembre de 1975

Expediente: 2479

Historia Clínica: Buen estado de salud general, al tener a quedarse en el trabajo impidió un adecuado tratamiento odontológico.

Motivo principal de la consulta: Caries profundas con exposición pulpar en los incisivos central y lateral izquierdos superiores presentando un cambio de estética.

Examen Clínico: Presentaba dolor a la percusión con lo frío, con lo caliente-dulce y ácido. Aumentando el dolor por las noches, con destrucción de los puntos de contacto, presentaba también un cambio de color de los dientes.

Diagnóstico: Caries de 3a. clase en incisivos central y lateral izquierdos

Plan de Tratamiento: Prótesis inmediata con extracción de los incisivos central y lateral izquierdos.

Pronóstico Terminal: Favorable

Resultados: Después de estar observando la cicatrización durante 15 días y que se verificó que el paciente no corría peligro de una infección se le citó

a los 3 meses, nos dimos cuenta que los carillos de acrílico no se adaptaban correctamente a la mucosa gingival por lo que hubo necesidad de cambiarlos

## CASO No. 2

Nombre: Hernández Pérez Manuel

Edad: 23 años

Sexo: masculino

Ocupación: estudiante

Fecha: 5 de septiembre de 1976

Expediente: 1846

Motivo Principal de la consulta: Fractura radicular del incisivo lateral y canino a causa de un golpe con una bola de beis-ball.

Examen Clínico: Dolor a la percusión, palpación y con lo frío, ligero cambio de coloración y pequeña movilidad, labios, carillos, lengua, piso de la boca y garganta normales.

Diagnóstico: Fractura radicular del incisivo lateral y canino izquierdos a nivel del tercio apical y medio.

Plan de Tratamiento: Extracción de los dientes y de los restos radiculares y colocación de una prótesis inmediata.

Pronóstico: Como el paciente no quería quedar anodéntico por ningún momento aceptó satisfactoriamente la técnica de la prótesis inmediata.

Resultados: Después de colocar la prótesis se tuvo al paciente en observación durante 15 días, posteriormente se citó al paciente a los 3 meses y se vió -



que el puente ajustaba perfectamente.

### CASO No. 3

Nombre: López de Murillo Magdalena

Edad: 42 años

Sexo: femenino

Ocupación: hogar

Fecha: 3 de Agosto de 1974

Expediente: 5432

Motivo principal de la consulta: Con encías sangrantes con movilidad del incisivo central lateral y caninos derechos.

Examen Clínico: Da la impresión de una boca descuidada, presentando encías sangrantes y movilidad en el incisivo central, lateral y canino derechos. Labios, carrillos, lengua, piso de la boca, y garganta normales.

Diagnóstico: Periodontitis oclusal o marginal compleja.

Plan de tratamiento: Extracción de los dientes que ya se consideraban perdidos, el raspaje y curetaje subgingival y colocación de una prótesis inmediata.

Pronóstico Terminal: Se le explicó al paciente que para colocarle una prótesis inmediata primero se tenía que ver el resultado del tratamiento parodontal y que mucho dependía de que siguiera las indicaciones que el parodontista le indicara y que iba a haber necesidad de un probable cambio de toda la prótesis.

Resultados: El tratamiento parodontal se efectuó con éxito, entonces se procede

dió a la fabricación y colocación de su prótesis inmediata, se vigiló al paciente durante 15 días posteriormente se le dió una cita a los 3 meses, se vió que la prótesis no ajustaba adecuadamente en el cuello de los puentes por lo que hubo necesidad de cambiar totalmente la prótesis.

#### CASO No. 4

Nombre: García Cortes Ma. de Leonor

Edad: 17 años

Sexo: femenino

Ocupación: estudiante

Fecha: 18 de febrero de 1975

Historia Clínica: Buen estado de salud general

Motivo de la consulta: Caries profunda con exposición pulpar en los 2 incisivos centrales y cambio en la estética.

Examen Clínico: Caries de 4a. clase en los incisivos centrales, con exposición pulpar, dolor, a la percusión también con lo frío, caliente ácido y dulce. Labios, carrillos, paladar, lengua, piso de la boca y garganta normales.

Diagnóstico: Caries de 4a. clase con exposición pulpar

Plan de Tratamiento: Extracción de los 2 incisivos centrales con la colocación de una prótesis inmediata.

Pronóstico: favorable, después de describirle al paciente la técnica de la colocación de una prótesis inmediata.

Resultados: Se tuvo al paciente en observación durante 15 días posteriormente

se le citó a los 3 meses y en este caso la adaptación de la prótesis era perfecta por lo que no hubo necesidad de una modificación en la misma.

#### CASO No. 5

Nombre: Pacheco García José Francisco

Edad: 46 años

Sexo: Masculino

Ocupación: comerciante

Fecha: 15 de noviembre de 1975.

Historia Clínica: presentaba una diabetes no controlada por lo que hubo que remitirlo al médico, antes de efectuar nuestro tratamiento.

Motivo principal de la consulta: Caries en los dos incisivos centrales y lateral derecho. Con un cambio notable de la estética debido a la gran destrucción de las piezas.

Examen Clínico: Caries de 4a. clase con exposición pulpar, presentaba también un ligero absceso en el incisivo lateral por lo que hubo necesidad de eliminarlo antes del tratamiento. Presentaba dolor aumentando por las noches. Las encías se notaban un poco irritadas. Labios, carrillos lengua y piso de la boca normales.

Diagnóstico: Caries de 3a. clase en los incisivos centrales, y lateral derecho.

Pronóstico terminal: Se le explicó al paciente la técnica de la prótesis inmediata antes de efectuar el tratamiento.

Resultados: Se colocó la prótesis y se vigiló durante 15 días al paciente pos

teriormente se citó a los tres meses y se vió que la prótesis no ajustaba adecuadamente por lo que hubo necesidad de cambiar los carrillos.

#### CASO No. 6

Nombre: Gutiérrez Cuen Juana

Edad: 39 años

Sexo: Femenino

Ocupación: Normalista

Fecha: 3 de enero de 1975

Expediente: 2679

Historia Clínica: Buen estado de salud general.

Motivo Principal de la consulta: Encías sangrantes presentando movilidad en los 2 incisivos centrales superiores.

Examen Clínico: presentaba una mala higiene bucal, con sangrado de encías y movilidad de los 2 incisivos centrales, dificultad al masticar y un cambio notorio en la estética de la paciente. Labios, lengua, carrillos, piso de la boca y garganta normales.

Diagnóstico: Periodontitis marginal compleja.

Plan de Tratamiento: Tratamiento parodontal, raspaje y curetaje subgingival y extracción de los incisivos centrales y prótesis inmediata.

Pronóstico: Se le explicó al paciente que había necesidad de curar primero su problema parodontal y que mucho dependía de los cuidados que ella debería tener durante el tratamiento posteriormente se le explicó la técnica de la

prótesis inmediata y la aceptó por no querer quedar anodóntica en ningún momento.

Resultados: Después del tratamiento parodontal se procedió a efectuar las extracciones y la colocación de la prótesis inmediata se tuvo al paciente en observación durante 15 días después se citó al paciente a los 3 meses donde se notó que había necesidad de cambiar la prótesis por no ajustar correctamente.

#### CASO No. 7

Nombre: Rodríguez Gutiérrez Antonio

Edad: 21 años

Sexo: Masculino

Ocupación: Estudiante

Fecha: 12 de febrero de 1975.

Expediente: 3678

Historia Clínica: Buen estado de salud general

Motivo Principal de la consulta: presentaba fractura radicular de los cuatro incisivos anteriores superiores a causa de un golpe recibido en un accidente automovilístico, presentaba un cambio de coloración y ligera movilidad.

Examen Clínico: Dolor a la percusión y a la palpación, sumamente sensible a lo frío, presentaba un cambio de coloración y una ligera movilidad. Labios, carrillos, paladar, lengua, piso de la boca y garganta normales.

Diagnóstico: fractura radicular a nivel del tercio medio de los cuatro incisivos anteriores superiores.

**Plan de Tratamiento:** Extracción de los 4 incisivos y colocación de una prótesis inmediata.

**Pronóstico Terminal:** Se le explicó al paciente que iba a haber necesidad de cambiar los carrillos de la prótesis una vez que se haya efectuado completamente la cicatrización o cambiar toda la prótesis en caso de que fuera necesario.

**Resultados:** Se tuvo al paciente en observación durante 15 días para ver si no aparecía una probable infección posteriormente se citó a los 3 meses y hubo necesidad de cambiar los cuatro carrillos por existir una adaptación deficiente en la mucosa gingival.

#### CASO No. 8

**Nombre:** Nuffez Ortiz Esthela

**Edad:** 20 años

**Sexo:** femenino

**Ocupación:** estudiante

**Fecha:** 26 de febrero de 1975

**Expediente:** 7653

**Historia Clínica:** Su estado de salud general buena

**Motivo principal de la consulta:** Presentaba fractura radicular del incisivo central derecho superior, por golpe recibido en un accidente de moto, presentaba cambio de color con ligera movilidad.

**Examen Clínico:** dolor a la palpación, percusión y cambios térmicos, decolo-

ración y movilidad, la mucosa gingival se verá normal al igual que todos los tejidos blandos y duros de la cavidad oral.

Diagnóstico: Fractura radicular a nivel del 1/3 medio

Tratamiento: Extracción de la pieza y colocación de una prótesis inmediata.

Pronóstico Final: Se le avisa y explica al paciente, que será necesario cambiar los carrillos protéticos después de haberse completado la cicatrización o quizás por estética cambiar todo el aparato.

Resultados: Se tuvo bajo observación al paciente por 15 días no presentó en este periodo ningún problema, por lo que a los 3 meses se cambió el carrillo para obtener un ajuste más estético.

#### CASO No. 9

Nombre: Alvarez Mendoza Adelina

Edad: 45 años

Sexo: Femenino

Ocupación: hogar

Fecha: 13 de febrero de 1976

Expediente: 7814

Historia Clínica: Diabética controlada, pero para asegurarnos le pedimos una carta de su médico de cabecera, para poder efectuar con confianza nuestro tratamiento.

Motivo principal de la consulta: Caries profundas en los cuatro incisivos anteriores superiores, con cambio de coloración y en la estética de los dientes an



teriores.

**Examen Clínico:** Presentaba caries de 3a. y 4a. clase en los incisivos centrales anteriores profundos con exposición pulpar y presentaba dolor a la percusión, con lo frío, caliente, dulce y ácido. Labios, carrillos.

**Diagnóstico:** Caries de 3a. y 4a. con exposición pulpar.

**Pronóstico:** Se le explicó que probablemente iba a haber necesidad de cambiar los carrillos de la prótesis una vez se haya efectuado la reabsorción ósea o cambiar totalmente la prótesis y aceptó.

**Resultados:** Se hicieron las extracciones y se colocó la prótesis, se tuvo observación durante 15 días al paciente para ver si existía peligro de infección posteriormente se citó al paciente a los tres meses y se vio que la prótesis no ajustaba adecuadamente en la mucosa gingival por lo que hubo necesidad de cambiar los carrillos.

#### CASO No. 10

**Nombre:** Salazar Pérez Georgina

**Edad:** 27 años

**Sexo:** femenino

**Ocupación:** secretaria

**Fecha:** 4 de marzo de 1976

**Expediente:** 8956

**Historia Clínica:** buen estado general de salud, el miedo a perder sus piezas impidió un tratamiento odontológico adecuado.

Motivo principal de la consulta: caries profunda en el incisivo central izquierdo y cambio de coloración.

Examen Clínico: Caries de 3er. grado con exposición pulpar, dolor a la percusión, frío, caliente, ácido y dulce, el dolor aumentaba por la noche. Existía un cambio de coloración y por lo tanto en la estética.

Diagnóstico: Caries de 3o. grado en incisivo central izquierdo.

Plan de tratamiento: Extracción del incisivo central y colocación de una prótesis inmediata.

Pronóstico: favorable debido a que la paciente aceptó toda la técnica de la prótesis inmediata por el temor de quedar anodónica.

Resultados: una vez hecha la extracción y colocada la prótesis inmediata se tuvo en observación al paciente durante 15 días y posteriormente se citó a los tres meses, se observó que la prótesis ajustaba perfectamente por lo que no hubo necesidad de hacer ningún cambio al aparato protésico.

## CAPITULO VIII

### CONCLUSIONES

Lo tratado en este trabajo considero que no es una novedad para el odontólogo moderno, ya que la técnica de la prótesis inmediata se viene empleando desde hace muchos años.

Como dentistas nos promueve el deseo y la necesidad de aliviar bocas que se encuentran en buen o mal estado, de una forma profiláctica o de conservación de dientes sanos y en dientes malos hasta llegar a su mutación.

Debemos de entender que la ausencia de una pieza dentaria y que no se repare trae consigo perturbaciones que para el paciente pasan desapercibidas, pero que para el odontólogo son de consecuencias graves.

Consideraremos también casos en que pacientes cuidadosos de su salud dental, visitantes constantes del dentista con el fin de conservar sus piezas dentarias en buenas condiciones; por alguna u otra razón llegan a perder una pieza esto llega a provocar en muchos casos desórdenes de tipo psicológico y que el dentista debe resolver en forma satisfactoria.

Uno de los procedimientos que considero que puede resolver los problemas del paciente tanto en el aspecto emocional como mecánico, es la construcción de una prótesis inmediata temporal.

Hablo a través de este trabajo sobre los cuidados y las indicaciones de este tipo de prótesis, debemos tomar en cuenta las ventajas y las desventajas que ella representa, pero en todo caso deben ser solventados por el ope

rador.

Para un paciente anodóntico parcial el restituírle sus piezas en una forma cosmética es suficiente; pero un dentista implica la restitución de muchos factores que para nosotros son ya conocidos.

Muchas veces hacemos trabajos que no llenan estos factores para nosotros conocidos, y, que en vez de aliviar el mal que aqueja al paciente, estamos agravando su caso.

Por eso en la elaboración de cada uno de nuestros trabajos debemos poner la inteligencia y la conciencia para no cometer errores que puedan ser fatales para la salud del paciente.

Si nos valemos de modelos de estudio bien confeccionados - historia clínica: médica y odontológica, un completo estudio radiográfico buenas reparaciones de pilares, hacemos impresiones, toma de dimensión vertical correcta-transportación a un articulador ajustable y buena confección de laboratorio; entonces tendremos menos oportunidades de fracasar y la satisfacción de haber hecho un trabajo a conciencia.

La prótesis inmediata es una clase de trabajo que nos puede dar una satisfacción mediana - la opinión que del trabajo tengamos como dentistas y - la opinión del paciente y su satisfacción.

## BIBLIOGRAFIA

### PROTESIS DE CORONAS Y PUENTES

George E. M. y C. R. S.

Editorial Labor, S. A.

Edición 1975

### PROCEDIMIENTOS CLINICOS Y DE LABORATORIO

Max Kassenfeld

Editorial Mundi, S.A.I.C. y F. Tomo I y Tomo II

1972

### TECNICA DE OPERATORIA DENTAL

Nicolás Porúla

Editorial ODA

3a. Edición 1967

### PROSTODONCIA TOTAL

P. Salzar

Editorial Mundi, S.A.I.C. y F.

1972

**DENTADURAS COMPLETAS**

**M. G. Swenson**

**Editorial Hispanoamericana.**

**Segunda Edición 1965**

**ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA**

**John F. Prichard**

**Editorial Labor, S. A.**

**Segunda Edición 1971.**