

1ej. 880



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

PROTESIS TOTAL INMEDIATA

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

ENRIQUE RODRIGUEZ JIMENEZ



México, D. F.

1978

15269



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.

*** INDICE ***

INTRODUCCION

- I DEFINICIONES
 - II VENTAJAS Y DESVENTAJAS
 - III HISTORIA CLINICA
 - IV INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES
 - V DIAGNOSTICO, PRONOSTICO, INDICACION Y PLAN DE TRATAMIENTO
 - VI TIPOS DE PROTESIS INMEDIATA
 - VII IMPRESIONES Y MODELOS
 - VIII RELACIONES INTERMAXILARES
 - IX SELECCION Y COLOCACION DE DIENTES
 - X REABILITACION OCLUSAL
 - XI METODOS QUIRURGICOS
 - XII INSTALACION DE LA PROTESIS INMEDIATA
 - XIII INSTRUCCIONES AL PACIENTE
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFIA

*** INTRODUCCION ***

POR MEDIO DE ESTE TRABAJO QUIERO RECALCAR LA -
IMPORTANCIA QUE TIENE LA PROTESIS TOTAL INME- -
DIATA DENTRO DE LA ODONTOLOGIA, PUESTO QUE -
ES LA FORMA MAS RAPIDA DE SOLUCIONAR LAS NE- -
CESIDADES DEL PACIENTE, QUE POR UN MOTIVO U -
OTRO SERA SOMETIDO A LA EXTRACCION DE SUS DIEN -
TES.

EL RESULTADO EXITOSO DE ESTE TRATAMIENTO ES - -
BENEFICO PARA EL ESTADO DE SALUD GENERAL DEL -
PACIENTE, DONDE JUEGA UN PAPEL MUY IMPORTANTE -
LA RESPUESTA PSICOLOGICA FAVORABLE POR PARTE DEL
MISMO. SIRVA PUES ESTE TRABAJO COMO HOMENAJE -
AL CENTRO DE MI FORMACION PROFESIONAL, LA FACUL -
TAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL -
AUTONOMA DE MEXICO.

ENRIQUE RODRIGUEZ JIMENEZ

MEXICO, D.F. **1979.

CAPITULO * I *
DEFINICIONES

Definiciones:

La Prostodoncia es la rama de la Odontología que se encarga de reemplazar, mediante sustitutos artificiales a todos los dientes y estructuras asociadas, ausentes imprimiendo en ellos anatomía, fisiología y estética correspondientes.

La palabra Prostodoncia, se deriva del griego PROTHE SIS delante o en lugar de ODONTOS - dientes y agregada la terminación CIA - relativo a.

La Prostodoncia Total Inmediata, consiste en colocar aparatos protésicos, cuya elaboración en el laboratorio es - previa a las extracciones dentales remanentes. Y serán colocados inmediatamente después de la intervención quirúrgica, los cuales reúnen funciones inmediatas ferulizantes para una aceptable cicatrización y una reducción de las alteraciones fisiológicas y psicológicas inherentes a un paciente edéntulo.

CAPITULO * II *
VENTAJAS Y DESVENTAJAS

Ventajas:

1. Control de la hemorragia. La prótesis con su base ajustada cubre las heridas abiertas en los tejidos, actuando como vendaje y reduciendo la pérdida de sangre en los mismos.
2. Rapidez en la curación. Los alveolos se rellenan y cicatrizan más rápidamente.
3. Protección contra infecciones del exterior. Ya que con este tipo de prótesis las heridas abiertas no quedan expuestas al material infeccioso que entra en la boca y con los alimentos, que pudieran facilitar el crecimiento bacteriano.
4. Protección contra el trauma. De esta manera los tejidos heridos se protegen de cualquier irritación, y especialmente de la lengua.
5. Mayor comodidad. Esta protección contra la irritación y especialmente contra el acceso de aire a los tejidos abiertos, disminuye el dolor al paciente.
6. Mayor soporte para la prótesis. Ya que los rebordes alveolares resultantes son mas grandes y regulares que cuando se les deja sin protección.

7. Mejor fonación. Al sustituir de inmediato las piezas dentarias, especialmente las anteriores, hace posible que el paciente hable con mas claridad.
8. Mejor aspecto. Probablemente este es el punto que mas influye en el ánimo del paciente para quitarse sus propios dientes, ya que el se siente mejor si no tiene que andar sin diente y a menudo los nuevos dientes tienen mejor aspecto que los naturales.
9. Pérdida no apreciable de los diente naturales. Por lo regular ni los mismos familiares del paciente, ni personas con quien se relaciona diariamente se percatan de que se han quitado los diente naturales; siendo para la mayoría de los pacientes una ayuda psicológica muy grande.
10. Desarrollo normal de sus actividades. Debido a que no hay pérdida de tiempo en el aprendizaje, ni ausencia de los negocios u ocupaciones habituales, ni del medio social.
11. De gran ayuda en su alimentación. A pesar de que en el periodo inicial el paciente debe tener cuidado con la masticación, ya que comera mejor con dientes que en ausencia de los mismos.
12. Su presión del relajamiento muscular. El estar un largo periodo sin dientes, ocasiona que las mejillas caigan colapsadas y fofas. Por el mismo motivo, aún en periodo corto, puede resentir cierto daño la articulación temporomandibular, -

con la presencia de dolor o sin el.

13. Período más corto de aprendizaje. Ya que se evita al paciente que permanezca por un período largo de tiempo - sin sus dientes, disminuyendo el riesgo de que el paciente desarrolle hábitos, especialmente con la lengua que podrían causar dificultades posteriores en el uso de dentaduras nuevas.
14. Prestigio tanto para el cirujano dentista como para la profesión dental. La prótesis inmediata causa muy buena impresión al paciente al hacerle ver el alcance y valor de la Odontología.

Desventajas:

En realidad son muy pocas las desventajas que puede presentar la prótesis si se siguen correctamente todas las fases de su elaboración, así como una técnica quirúrgica correcta, pero aún con una prótesis construídas pueden existir desventajas.

1. Trabajo adicional. Que se efectúa en el laboratorio y en la clínica debido a que se requieren más detalles que se añaden a los habituales en la construcción de prótesis ordinarias; además de que es necesario un mayor número de citas para los ajustes necesarios.
2. Un costo adicional. Debido al mayor tiempo en su elaboración.

3. No se pueden efectuar pruebas en la boca. Esto es por la presencia de dientes naturales en ella.
4. Menor ajuste de la placa. Ocasionada por la falta de fijación en las bases en las zonas en que se practicaron las extracciones, sufren desajustes muy pronto contrariamente a las dentaduras construidas sobre impresiones en tejidos ya estabilizados.

Aunque haciendo un balance entre las ventajas y desventajas, en las que muchas veces las segundas se antepone a las primeras, por ejemplo: la pérdida de la estabilidad de las prótesis es mínima, en comparación al tiempo que el paciente tendría que permanecer desdentado.

CAPITULO * III *
HISTORIA * CLINICA

Al efectuar una historia clínica, nuestro objetivo es establecer el diagnóstico y el pronóstico para determinar el tratamiento a seguir, evitando así estados patológicos a nuestros pacientes.

Signos y Síntomas. Estos pueden ser:

- a) Objetivos.- Cuando nosotros los observamos.
- b) Subjetivos.- Lo que el paciente nos da en su interrogatorio.

La historia clínica es una recopilación de datos necesarios auxiliadas por procedimientos exploratorios, que a continuación se mencionan:

- a) Datos generales del paciente.
 - 1. Nombre
 - 2. Edad
 - 3. Sexo
 - 4. Ocupación
 - 5. Domicilio
 - 6. Teléfono
 - 7. Lugar de nacimiento
- b) Interrogatorio
- c) Inspección
- d) Palpación

- e) Medición
- f) Percusión
- g) Auscultación
- h) Punción exploradora
- i) Procedimiento de laboratorio

Procedimientos de Exploración.

Interrogatorio. Es una serie ordenada de preguntas dirigidas al enfermo y a sus familiares para obtener mayor número de datos del paciente.

Estos datos son relativos a los antecedentes hereditario y personales, costumbres y género de vida, principio y evolución del padecimiento actual, hasta el momento en que se examine al paciente, síntomas subjetivos, medios empleados para combatir el padecimiento anterior y el resultado obtenido.

Cuando el interrogatorio se dirige al paciente es directo, y si el paciente es niño o adulto que no puede responder (débil mental) entonces se llama interrogatorio indirecto.

Las preguntas deben ser concretas sin sugerir respuestas, y teniendo en cuenta la capacidad intelectual del paciente y su forma de expresión.

Inspección:

Exploración que se efectúa por medio de la vista, puede ser:

1. Directo. Cuando se utiliza a la vista simplemente.
2. Indirecto. Cuando es auxiliada por instrumentos, se

le conoce también como inspección armada.

Para llevarse a cabo es necesaria una iluminación uniforme y repetida, si esto es desigual puede dar datos erróneos.

La inspección debe hacerse con el paciente en posición cómoda, en esta forma se observará la región, siempre comparando la región homóloga, examinando primero en conjunto u después con detalles.

Datos que se obtienen con la inspección:

- a) Sitio
- b) Posición
- c) Forma
- d) Volúmen
- e) Superficie
- f) Movimientos

Palpación.

Esta exploración se realiza utilizando el sentido del tacto, y puede ser:

1. Directa o inmediata. Se realiza sin ayuda de instrumentos.
2. Indirecta o instrumental. Ayudándose de instrumental.
3. Manual. Cuando se emplea una o ambas manos.
4. Digital. Cuando se utilizan los dedos.

Datos que se obtienen:

- a) Sitio
- b) Posición
- c) Forma
- d) Volúmen
- e) Superficie
- f) Movimientos
- g) Consistencia
- h) Dolor
- i) Temperatura

Percusión.

Procedimiento de exploración que consiste en dar golpes, para escuchar ruidos, provocar movimientos y localizar dolores.

Datos que se obtienen:

- 1. Ruidos
- 2. Movimientos

Características del sonido para calificar el tipo de - -
ruido de que se trate.

- a) Timbre
- b) Intensidad
- c) Altura

Auscultación.

Exploración efectuada por medio del oído, puede ser:

- 1) Directa. Cuando sólo se coloca la oreja sobre la región a examinar.
- 2) Indirecta. Cuando se hace por medio de un instrumento como el estetoscopio.

Datos que se obtienen:

Son variables de acuerdo con la región que se explora.

Percusión Auscultatoria.

Procedimiento mixto que consiste en escuchar como se transmiten a través de los órganos los ruidos producidos por la percusión.

Medición.

Medir. Es comparar una magnitud con una unidad ya establecida.

Punción exploradora.

Exploración que consiste en picar con una aguja montada con jeringa, para cerciorarse de la existencia de un líquido en una cavidad o independientemente a cada órgano.

Exámenes de Laboratorio.

Conjunto de pruebas que del paciente y sus productos de hacen en gabinetes equipados especialmente para ese fin.

CAPITULO * III *

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Indicaciones.

Las indicaciones que exige una prótesis son:

1. Que la edad y el estado general del paciente permitan las intervenciones quirúrgicas que se requieran.
2. Que el estado bucal y el de los dientes remanentes permitan que la espera necesaria para el tratamiento operatorio.
3. Que el paciente este dispuesto a aceptar este tratamiento con todas sus complicaciones; también en pacientes jóvenes para mantener el espacio que dejan los dientes perdidos y establecer positivamente la fisonomía; así como cuando presumimos de no provocar infecciones posteriores a la inserción de la dentadura.

Contraindicaciones:

La contraindicación es natural cuando no reúne los requisitos anteriores:

1. No debe intentarse la prótesis inmediata y las intervenciones quirúrgicas necesarias, en pacientes que no reúnen las condiciones físicas y psíquicas adecuadas para someterse al tratamiento y aceptar su responsabilidad como corres

ponde cuando se trata de pacientes con absesos y otras lesiones patológicas dentales, se tiene que hacer un tratamiento previo.

2. También está contraindicado con pacientes con diabetes y tuberculosis; así como en los casos de invalidez crónica.
3. Tampoco está indicada en aquellas personas en las cuales las extracciones múltiples o una intervención quirúrgica algo mayor en una sesión pueda provocar un shock intolerable.

CAPITULO * V *

<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>PRONOSTICO</u>	<u>INDICACION Y PLAN DE TRATAMIENTO</u>
a) Clínico	a) Medisto	a) Registro a conservar.
b) Quirurgico	b) Inmediato	
c) Protetico		

Diagnostico:

El diagnóstico es la interpretación y valoración de los síntomas, los cuales son distintos de una enfermedad a otra.

El Síntoma es un punto indicativo que puede interpretarse como el estado del paciente.

a) Clínico.

El diagnóstico clínico trata de ver el estado general del paciente por medio de la palpación de los tejidos, datos generales, el estado psíquico, los estudios radiográficos, los análisis de laboratorio para diagnosticar la intervención o contraíndicarla, la historia clínica nos indica o nos encamina a un Diagnóstico satisfactorio para la realización exitosa de poder confeccionar una prótesis inmediata.

b) Quirúrgico.

El diagnóstico quirúrgico es interpretar junto en el examen clínico del paciente, el estado de la boca con referencia a la mucosa y al estado óseo de los maxilares además de las inserciones

musculares para valorar si se puede intervenir quirúrgicamente, con un buen estudio radiográfico, exámen de laboratorio, la palpación de los tejidos, exploración visual para diagnosticar las posibles intervenciones.

Las intervenciones posibles se enúmeran a continuación:

- 1.- Extracciones simples
- 2.- Extracciones con Alveoletomía
- 3.- Frenlectomía
- 4.- Torus
- 5.- Quistes
- 6.- Focos remanentes
- 7.- Restos radicalares

c) Protético.

El diagnóstico protético es la síntesis que se obtiene del estudio de las características del caso con ayuda de los mismos elementos que fortalecen el diagnóstico bucal, pero considerando los de la conveniencia de la prótesis las cualidades que deberá satisfacer y las probabilidades de realizar con éxito.

Pronóstico

Es un complemento obligado ó inmediato del diagnóstico ambos integran el concepto que se hace el Odontólogo sobre el paciente y su estado.

El Pronóstico referido al tratamiento protético comprende dos partes:

El Pronóstico Inmediato y El Pronóstico Mediato.

a) Pronóstico Inmediato.

El Pronóstico de éxito inmediato en el tratamiento de la edentación es satisfactorio en personas jóvenes, con buen estado general, maxilares sanos y carente de trastornos psicológicos, a condición de que las Prótesis llenen las cualidades técnicas que les den retención, soporte y estabilidad estética, confort y salud.

b) Pronóstico Mediato.

Se sabe que la estabilidad de las dentaduras protéticas, cuando están bien realizadas con materiales nobles, depende fundamentalmente de la estabilidad orgánica y que normalmente la Prótesis va perdiendo cualidades de adaptación, retención y eficacia, frecuentemente sin conciencia de los pacientes.

Aunque se ven Prótesis con 10 ó 15 años de servicios el pronóstico mediato no tiene derecho de ser tan optimista, el paciente debe saber que debido a las condiciones cambiantes de su organismo, y en parte también, a veces el desgaste, las Prótesis Completas tienen pocas probabilidades de durar más de 3 a 5 años sin reajustes o con necesidad de cambiarla.

Indicación del Tratamiento y Plan de Tratamiento.

Sabiendo ya las ventajas y los inconvenientes de las Prótesis Inmediato y de la diferida, el mejor medio consiste en señalarle al paciente las dos posibilidades, indicarle las desventajas

y las ventajas y que elija, de acuerdo con sus propias circunstancias o, mejor aún orientarlo de acuerdo con esas circunstancias, se considera mejor para él.

PLAN DE TRATAMIENTO

El Plan de Tratamiento debe de abarcar todo el período de transición entre el estado actual y la normalización del paciente con la Prótesis.

Como una regla general lo mejor es no indicar aquello de lo que no se esté seguro de poder cumplir y como en este terreno la experiencia es irremplazable, hará bien el principiante también el Odontólogo que no domine estos problemas, en estudiar su plan una vez que halla tomado formas para consultarlo con un experto.

CAPITULO * VI *

TIPOS DE PROTESIS INMEDIATO

Existen cuatro tipos de Prótesis diferentes:

a) Prótesis Inmediata con Enclía Completa .

Esta es la más exigente en las Técnicas de la construcción y la preferencia de la mayoría, pues reduce el peligro de retención deficiente, que puede presentarse en la Prótesis sin enclía artificial y es más fácil atender al paciente.

b) Prótesis Parcial Aditiva

Esta puede ser una transformación de la que usa el paciente, es la Prótesis Parcial en la que se va agregando dientes después de las extracciones. Tiene ventajas que la indican en muchos casos:

Evita las extracciones masivas. Permite desdentar poco a poco. Por lo mismo facilita la extracción previa de los dientes posteriores, sirviendo como transición a la Prótesis total inmediato.

c) Prótesis sin flanco vestibular.

Este tipo simplifica la construcción de la Prótesis. Basta escabar el alveolo en el modelo e introducir en éste dos ó tres mm. , del diente de reemplazo de ahí el nombre de intraalveolar, el resultado inmediato puede ser impresionante, al mostrar los dientes emergiendo de la enclía, tiene la ventaja de permitir

la Antofa vestibular sin perturbación .

d) Clasificación de los desdentados.

Esta la podemos dividir en :

BIMAXILARES,- Con buena función y buena estética .

MONOMAXILARES,- Con buena función y mala estética .

BIMAXILARES,- Con mala función y mala estética

MONOMAXILARES,- Con buena articulación y buena estética .

BIMAXILARES,- Con buena articulación y mala estética .

MONOMAXILARES,- Con mala articulación .

CAPITULO * VII *

IMPRESIONES Y MODELOS

- a) IMPRESIONES PRELIMILARES
- b) MODELOS DE ESTUDIO
- c) IMPRESIONES FISIOLÓGICAS
- d) MODELOS DE TRABAJO

a) Impresiones Preliminares .

En este tipo de impresiones, los materiales elásticos son fundamentales, pueden ser de alginato, cera ó hules de polisulfuro, pero lo que se usa generalmente es el alginato, que debe de cubrir toda la superficie protética .

Las impresiones correctas de trabajo para el paciente de prótesis inmediata para el odontólogo pueden ser difíciles y es posible que las soluciones mediocres constituyan un origen de inconvenientes con este tipo de Prótesis .

Se trata de tomar, en bocas dentadas, impresiones que tengan el ajuste, la exactitud y la de limitación que exigen las impresiones de maxilares desdentados .

Los requisitos para una buena impresión son muy importantes para la elaboración de este tipo de Prótesis :

- 1.- Que la impresión cubra la totalidad del maxilar hasta el límite Protético .
- 2.- Que los dientes socavados retentivos estén fielmente reproducidos.

Las impresiones preliminares deben de tomarse con alginato adecuado , la cucharilla cuanto sea necesario, a la boca del paciente, para lograr una buena impresión y para esto nos podemos orientar de los siguientes pasos:

1.- PREBUCAL

Sentar correctamente al paciente

Seleccionar la cucharilla

Seleccionar el material

Espatulado del material

Colocación del material en la cucharilla

2.- BUCAL

Llevar la cucharilla a la boca

Introducir la cucharilla en forma correcta

Presionar la parte superior de la cucharilla

Retirar la cucharilla

3.- POST-BUCAL

Revisar detalles anatómicos

Lavado de la impresión

Secar la impresión

4. - Tiempo de Laboratorio

Limitar con cero la cucharilla

Seleccionar el yeso

Espatulado del yeso

Correr la impresión con el yeso y formar el zócalo.

b) Modelos de Estudio

Los modelos de estudio deben ser de yeso piedra con re fuerzas metálicos para los dientes muy largos.

c) Impresiones fisiológicas para obtener este tipo de im presión definitiva para elaborar un modelo de trabajo, se - usan diferentes materiales para impresión que a continuación vamos a nombrar:

Las pastas zinquenólicas que están hechas a base de óxido de zinc y eugenol.

Se utiliza un material a base de mercaptanos que es un polisul furo de caucho y el acelerador que es el Peróxido de Plomo, el silicón que contiene en su base polidimetil siloxano y el líquido compuesto orgánico de estaño.

En este caso vamos a nombrar la impresión con hule:

Para el porta impresión superior colocaremos 7 cm. en partes iguales de ambos tubos de el hule y el acelerador, y - para el inferior 5 cm. en partes iguales de ambos tubos.

Se debe espátular sobre el block de papel encerado durante 1 min. aproximadamente.

Colocación uniforme del material en la superficie a impresionar, repitiendo con naturalidad todos y cada uno de los movimientos ordenados anteriormente, tanto para el porta impresión superior como para el inferior.

d) Modelos de Trabajo.

Para obtener unos modelos correctos en las impresiones se debe de tener un modelo con núcleo de yeso plano que las asegure. En las impresiones elásticas se debe eliminar con cuidado toda parte fluctuante para que no estorbe en la elaboración de la placa y no modifique las partes que se impresionaron.

Para la obtención del Modelo de Trabajo hay que encajonarlo para la obtención de un buen núcleo.

CAPITULO * VIII *
RELACIONES INTERMAXILARES

I. Dimensión vertical. - La dimensión vertical en posición de reposo, es la separación vertical de la mándibula, cuando existe una contracción tónica de musculatura maxilofacial.

Es por tanto una posición que varía con el estado de salud, con las frecuencias respiratorias y con la postura del cuerpo.

Dimensión vertical de oclusión. - Es la separación vertical de la mándibula cuando los dientes se hallan en estado oclusal.

Con estas dos definiciones podemos establecer dos ecuaciones:

- a) La dimensión vertical, es la relación fisiológica de reposo es igual a la dimensión vertical de la oclusión, mas el espacio libre interoclusal.
- b) La dimensión interalveolar es la relación fisiológica de reposo, es el total de la distancia interalveolar y el espacio inoclusal libre.

Método para determinar la dimensión vertical. Con el propósito de examinar estos métodos para determinar la dimensión vertical, puede clasificarse arbitrariamente en procedimientos basados en:

1. Límites anatómicos.
2. Técnicas radiográficas.
3. Fenómenos fisiológicos.
4. Actividad funcional.

1) Límites anatómicos. Hay diversos procedimientos para determinar la altura teniendo como punto de referencia determinados límites anatómicos, recomendados como tales por diversas clínicas en todo el mundo. Estos procedimientos comprenden el uso de registros preextación, tales como fotografía, impresiones de perfil, perfiles contorneados de alambre, mascarar faciales y medidas faciales.

2) Técnicas radiográficas. Estas técnicas están basadas sobre el concepto de que la centralización del condilo en la fosa glenoidea es un factor en la altura facial. Estas técnicas radiográficas no están suficientemente desarrolladas para la determinación satisfactoria de la dimensión vertical pues estas producen composiciones o impresiones en las medidas sobre radiografías, creando tremendamente errores, por lo cual no se considera este procedimiento como valorable.

3) Fenómenos fisiológicos. La aplicación de los fenómenos fisiológicos para determinar la dimensión, es la determinación del máximo poder masticatorio, asociado con la óptima relación

oclusal en la retención, comprobada midiendo las fuerzas de cierre en la posición mandibular retrusiva. Este procedimiento ha sido presentado como guía para determinar la dimensión vertical óptima.

Sin embargo, no es un método clínico satisfactorio.

4) Actividad funcional. Este sistema para determinar la dimensión vertical, es acaso el que más prevalece en la actualidad. El primer paso es la determinación en la posición respiratoria de reposo; se considera que el paciente - está relajado emocionalmente, preparado psicológicamente, para participar en esta técnica de registro.

El segundo paso es la observación de la manera de hablar del paciente.

Los sonidos silbantes: "s", "sh", los sonidos labiodentales: "f", "v", se observan con el fin de apreciar el aspecto de los dientes y la claridad de la formación para determinar la adecuada dimensión vertical.

II.- La Relación Centrística. - Se dice que la mandíbula está en relación céntrica cuando ambas cabezas condilares descansan en las cavidades posteriores de las fosas glenoideas, sea cual fuera el grado de separación de la mandíbula.

Es el segundo registro importante que se necesita para la construcción de la prótesis dental completa.

La finalidad de este registro de la relación céntrica es el traslado de la relación maxilo-mandibular a un articulador, para su prótesis que más tarde en la boca del paciente, pueda funcionar de modo satisfactorio, sin que produzca molestias o alteraciones para el mismo.

Son varios los factores que se deben considerar para las relaciones máxilo-mandibular:

- 1.- Las estructuras temporo-mandibulares
- 2.- Los músculos del aparato masticatorio
- 3.- Las estructuras histicas de soporte de la placa
- 4.- Los dientes en cuanto se establezcan los límites de estas relaciones.

Registro de la relación céntrica mandibular.- La relación céntrica es la posición mas retruida de la misma, desde la cual puede efectuarse movimientos de lateralidad.

Este registro, se utiliza para fijar los modelos en la relación céntrica sobre cualquier tipo de articulador dental. Este registro puede ser realizado desde el articulador a la boca y vuelta de nuevo al articulador; aunque algunos atriculadores difieren en su capacidad para reproducir los deseados movimientos de

lateralidad y protusión.

Oclusión Céntrica .- Ha sido definida como el máximo contacto oclusal logrado, cuando los dientes opuestos se cierran entre sí.

La oclusión céntrica no debe confundirse con relación céntrica.

La relación céntrica mandibular, existe con la presencia de dientes o sin ellos; la oclusión céntrica de los dientes, puede ser dentro o fuera de la boca.

Pero cuando son fijados los modelos al articulador en la relación céntrica, los dientes se montan de acuerdo con esta posición.

En la oclusión céntrica, depende por lo siguiente, del registro de estos y su transferencia al articulador.

Plano de Oclusión.- Es imaginario, ya que ha sido generalmente aceptado porque presta gran utilidad al mostrarse los dientes artificiales .

Este plano es casi siempre paralelo a una línea en la mejilla, - desde el margen superior del meato auditivo externo, del tragus hasta el ala de la nariz.

Si en la boca desdentada, la superficie oclusar de los rodillos se hace paralela a él, en su nivel ligeramente debajo del labio superior en estado de reposo, se tendría la posición más favorable para colocar los dientes.

Las cúspides o tubérculos de los dientes conforme se verá, se colocan sobre este plano para establecer fácil y rápidamente, las curvas de compensación y laterales, aproximadamente correctas.

El plano de oclusión visto de frente, será paralelo a una línea que pase a través de la pupila de los ojos.

Después de haber establecido el paralelismo aproximadamente de a la superficie oclusal, se coloca una regla sobre la parte anterior comprobando el paralelismo con la línea de los ojos.

En casos completamente desdentados, se establece el nivel anterior-posterior del plano oclusal, trazando con ayuda de la regla una línea en la cara, desde el margen superior del meato auditivo externo, a la parte mas baja del ala de la nariz .

CAPITULO * IX *

SELECCION Y COLOCACION DE DIENTES

Antes de entrar en la temática de como podrán colocarse los dientes artificiales, se trata de la selección de los dientes, que es de suma importancia, tanto para la eficiencia como la apariencia de las dentaduras artificiales.

Al escoger los dientes artificiales, los dos puntos principales que deben tenerse en consideración son; la apariencia, - que incluye la forma, preparación, color y mecánica.

Todos los dientes deberán corresponder ó armonizar, por su forma y contorno, con la forma de la cara que le sirve de marco, de manera que formen parte de la individualidad de la persona que les lleva y los resultados serán agradables.

El Dr. Williams, descubrió que hay tres formas de tipo de cara: la cuadrada, la triangular y la ovoide y que estas formas generalmente están mas o menos modificadas por una mezcla de elementos característicos de dos o mas de estas formas de tipos y que en todos los casos en que armonizan, el resultado excelente, a medida que la forma de los dientes se diferencia en la forma de la cara, habfa falta de armonía y el resultado será desagradable. Marca de la línea media, es de suma importancia para los efectos estéticos, para indicar correctamente la línea media de los rodillos, esto puede hacerse usando como punto de referencia, uno en medio de la distancia entre las -

pupilas de los ojos, sobre el punto de la nariz y el otro en el centro de la barba haciendo caso omiso de la nariz.

Se extiende la línea media sobre el ancho del rodillo superior, marcando una ranura entrante, se usa en la punta del registro gufa del incisivo.

Como se determinan los lados de los caninos, colocándose el Cirujano Dentista a un lado del paciente con los rodillos en contacto hace que el paciente eleve los labios lo más posible en la línea media, se marca en el rodillo superior; - una línea paralela al plano oclusal, en seguida a una distancia de 5 mm., frente al ángulo de la comisura labial de cada lado, se traza una línea perpendicular al plano oclusal y estas líneas determinan con satisfacción, la posición de las caras distales de los caninos superiores, exceptuando las bocas muy grandes, se hará a 8 mm. frente a los ángulos, y si es muy pequeña - exactamente en los ángulos.

Con una cinta métrica flexible se mide el espacio entre las líneas marcadas paralelamente y esa medida dará exactamente el ancho de los seis dientes anteriores.

Con referencia a los inferiores no hay necesidad de medir puesto que los juegos de dientes vienen perfectamente combinados en sus tamaños.

La relación de los dientes podrá limitarse a la forma y tamaño de los incisivos centrales, porque los dientes correctamente formados, expresan mejor el carácter del juego al que se conforman los incisivos y caninos.

Selección y color. - Es sumamente importante determinar el color apropiado de acuerdo a ciertas características, para poder dar así un aspecto más estético y natural.

Entre ellos se toman en cuenta:

1. Tomar el color con la luz del día a las horas de mejor luminosidad.
2. Que no reciba el sol directamente y tampoco el operador proyecte su propia sombra.
3. Es preferible una habitación pintada con colores claros.
4. Mantener húmedos los dientes que se prueben.

Además de los mencionados, también debemos tomar en cuenta la edad del paciente, el color de la piel, color de los ojos y el color del cabello, para obtener la estética buscada.

Elegidos los dientes, debe confirmarse la relación probando los dientes escogidos en la boca, para apreciar la armonía y la forma, tamaño y color.

Colocación de los dientes. - Teniendo los rodillos en el articulador y retirando el rodillo inferior se coloca una platina la cual servirá de base para la colocación de los dientes supe-

riores. El articulador deberá estar abierto, se coloca el diente central superior con su eje longitudinal vertical, cuando se mire de lado. El lado borde incisal deberá estar en contacto con el plano oclusal. Para el incisivo lateral superior se corta un pedazo de cera del rodillo superior y colocando de tal manera que el borde incisal este como a 1 ó 2 mm., por encima del nivel del plano oclusal y el eje longitudinal inclinado en sentido distal.

El canino superior se coloca de tal manera que su tubérculo apenas toque el plano oclusal y su eje longitudinal estará inclinado sobre su cara distal, en tanto que el borde del diente se dirige a la curva del rodillo.

Montando el incisivo central, el lateral y el canino de un lado, se colocan de igual forma los incisivos laterales y canino de lado opuesto una vez montados los dientes anteriores procedemos a la colocación de las piezas posteriores; el primer premolar se coloca distantes del canino medio milímetro de distancia de la cara distal del canino para evitar mas tarde los dientes inferiores vayan a quedar aplañados y tengan que hacer cortes en las caras distales de los caninos inferiores. La cúspide del primer premolar superior toca la superficie oclusal, pero la cúspide palatina queda levantada del plano oclusal.

El segundo premolar superior, ambas cúspides se colocan

en contacto con el plano oclusal.

El primer molar superior su cúspide mesiopalatina, toca el plano oclusal, pero las otras tres cúspides no lo tocan .
Iniciandose la curva de compensación que comienza con las cúspides bucales de los premolares.

La segunda molar se inclina en su eje longitudinal en sentido mesial y ninguna de sus cúspides toca el plano oclusal, quedando sus cuatro cúspides levantadas continuando la curva de compensación.

Para la colocación de los dientes inferiores, retiramos la platina y procedemos a instalar el rodillo inferior del articulador. Los dientes se irán colocando de acuerdo a la articulación de los dientes, y así colocaremos los dientes anteriores de ambos lados.

Para la articulación de los dientes posteriores inferiores, colocamos primero el primer molar haciendo contacto la cúspide mesiobucal en la fosa distal del segundo premolar superior, la cúspide mesobucal con la fosa mesial de la primera molar superior, en seguida colocaremos el segundo premolar inferior, colocando el borde en la forma descrita en el primer molar, haciendo contacto con el primer molar superior; en seguida colocaremos el segundo molar superior; se colocara entrando el contacto con su cara oclusal., con el segundo molar superior. Se colocaran los dientes opuestos de la misma manera.

CAPITULO * X *

REHABILITACION OCLUSAL

La oclusión es el contacto entre los diente superiores e inferiores en todas las posiciones y movimientos mandibulares.

Es el resultado del control neuromuscular de los componentes del sistema masticatorio. Los componentes de este sistema son los dientes, estructuras parodontales, el maxilar superior y el inferior, la articulación temporomandibular y sus musculos y ligamientos asociados.

La rehabilitación actual tiene como objetivo, restaurar - la dentadura a su función fisiológica con abstención simultánea de una estética deseable y una fonética aceptable.

Los objetivos mas importantes de está fase del tratamiento dental, son la función, la estetica y la comodidad.

Las restauraciones deben construirse de tal manera que la dirección de las fuerzas masticatorias y los contactos dentarios durante la deglución esten lo mas paralelamente posible a los ejes mayores de los dientes. Las fuerzas deben estar equitativamente distribuidas mediante la correcta acomodación de los diseños oclusales de las prótesis dentales.

Es beneficioso y a la vez imperativo que los dientes res-

taurados de los maxilares, hagan contacto sin interferencia y que la oclusión no invada el espacio libre interoclusal.

Mas aún los movimiento de deslizamientos deben tener lugar sin que existan interferencias y deben también ser compatible con cualquier hábito de bruxismo persistente que produce el correspondiente desgaste.

Si el cirujano dentista esta adiestrado en el empleo del arco facial determinado y de un articulador que lo ayude a obtener estos objetivos, debe emplearlos desde esta fase del tratamiento.

Deberá conocer el hecho de que el instrumento que emplea constituye solo un medio para llegar al fin.

El articulador no tiene nervios ni músculos, más todavía los dientes y la boca no pueden hacer lo que hace el articulador y de la misma manera, éste no puede realizar lo que el mecanismo masticatorio puede hacer.

Reconstrucción protésica.

Se le define como el medio de rehabilitación oclusal, donde se restaura la función normal del sistema masticatorio por medio de la prótesis. Puede o no tener como objetivo la corrección de la relación intermaxilar en la dimensión vertical u horizontal.

Muchos protesistas valoran el estado funcional de la dentadura por la transferencia a un articulador según la premisas de que siempre debe haber un juego armónico entre la cúspidización dental y los controles cinemáticos que dictan el movimiento del articulador sin considerar otros factores, si faltara la sincronización clasifican a la dentadura, como un mal funcionamiento y necesaria de tratamiento de odontología restaurador.

Este método establece un diagnóstico instrumental como una función mecánica ideal como objetivo según las que sostienen los mismo a menos que la dentadura sea profilacticamente restaurada a la situación mecánica ideal.

En otras dentaduras y quizás en otras circunstancias - físicas y mentales los tejidos pueden atrofiarse, aquí comienza la difícil tarea del diagnóstico.

En la planificación de la reconstrucción protésica no es suficiente tener presente la situación parodontal, sino que el odontólogo tiene que intervenir previniendo como cambiará en el futuro.

Los cambios fisiológicos tiene lugar, pero también pueden producirse condiciones patológicas y es deber del profesista tratar de evitarlas si se sospecha de un deterioro parodontal deberían incluirse en el trabajo protésico, mecanismos de seguridad que se usarán si su pronóstico desfavorable se llega a confirmar.

Las prótesis cumplen un papel profiláctico previniendo la inclinación dentaria. Pero es vital que se establezca la posición de los dientes anteriores, por lo que es necesario construir el cingulo palatino de los incisivos superiores, de modo que se produzcan fuerzas auxiliares, tanto como en los incisivos inferiores como en los superiores.

Hay que destacar que la rehabilitación oclusal no involucrará reconstrucciones complicadas en todos los casos, aunque algunos los hay ya que requieren restauraciones extensas, en otros la función se restaura por medios relativamente simples, en general. Podría establecerse que, cuando más temprano se diagnostica una desarmonía oclusal, menores serán las medidas necesarias para la rehabilitación del sistema masticatorio.

Un método ampliamente usado para establecer la posición intercúspida en las reconstrucciones, que comprenden los dientes

posteriores de ambos lados, es tomar la posición retrusiva del eje posterior como posición intercuspídea al procurar, que las cúspides no sean demasiado inclinadas, se le permitira a la mandíbula funcionar un poco.

Ajuste en las posiciones intercuspídes y retrusivas, se debe examinar cuidadosamente el sistema masticatorio para observar cualquier interferencia que exista durante el cierre habitual y si se descubre; hay necesidad de corregirla.

En la posición de contacto retrusiva del eje posterior - algunas veces solo contactan pocos dientes, si se descubriera una interferencia de alrededor de 1 mm., entre la posición retrusiva y la intercuspídea, pero solo en posición sagital puede graduar su ajuste a deslizamientos menores entre estas dos posiciones, es decir, el deslizamiento puede ser alterado al dirigir la mandíbula ligeramente abajo y atrás desde la posición intercuspídea pero horizontalmente y aún hacia arriba.

Está translación es mala si no toma una dirección puramente sagital, si se produce lateralmente un desgaste correcto, debe asegurar el deslizamiento dirigido en sentido sagital.

Al mismo tiempo se creará una distribución uniforme de contactos en la posición intercuspídea y en todo el trayecto hasta la posición retrusiva.

Un método para cambiar el deslizamiento entre las dos posiciones mencionadas en la dirección horizontal, es crear facetas de retrucción planas, distribuyendo las fuerzas, sobre varios dientes de ambos lados. Esto por lo general significa que la dirección del desplazamiento retrusivo es ahora menos inclinado que anteriormente.

Valoración del método protésico.

Cada uno de estos enfoques aprecia mecánicamente la dentadura.

El Montado Maxilomandibular de los modelos se basa en la suposición céntrica y la oclusión dentaria deben ser siempre sincronizadas. En este método se considera que la posición más retruida de la mandíbula es básica para la determinación de la posición céntrica.

Las relaciones dentarias intercuspídea se juzgan desde el cierre en posición céntrica, a los movimientos laterales, y en el caso de la transografía, en la amplitud del eje intercondilares usando la guía del ángulo de la masticación.

Todos los factores pertinentes en la oclusión y la articulación de los dientes, como la curva biconcava de la dentadura, la superposición vertical y horizontal, la forma de la arcada, la forma y posición de los dientes, la altura de las cúspides y su ubicación, se aprecia según los dictados de determinado articulador, sus movimientos y la posición de los dientes que ocupan entre sí durante esos movimientos

Enfoque funcional.

El método protésico ha sido criticado porque utiliza con

troles mecánicos que dependen de la mandíbula, se ha sugerido que en su lugar se emplee la utilidad muscular con utilización de los controles neuromuscular o propioceptores para valorar las posiciones y el estado de la dentadura.

Se emplean varios métodos funcionales; la posición fisiológica de descanso, el acto de la deglución de la saliva o en la masticación. Las posiciones obtenidas por cualquiera de éstos métodos, se consideran que son fisiológicos, se piensa que si varios registros coinciden la posición es aceptable. Se emplea un articulador para montar los modelos; el cual está guiado sin embargo por su eje intercondilar y en la inteligencia de que éste difiere del mandibular, el cierre no puede ser idéntico al que produce la boca.

CAPITULO * XI *
METODOS QUIRURGICOS

Fundamentalmente hay dos métodos para la confección de dentaduras inmediatas:

- 1.- Extracción de todos los dientes posteriores antes de la construcción.
- 2.- Confección de la dentadura antes de extraer un solo diente.

Técnica en dos fases.

Esta técnica se basa en la extracción en un primer período de todos los molares, pues en cuanto quedaban las bases posteriores libres y bien regularizadas, es posible obtener una mejor impresión y por tanto, una mejor construcción de la prótesis. Las relaciones oclusales son mas seguras de obtener en esta forma. Los resultados que se logran extrayendo los molares en primer lugar son excelentes. Con este método se necesitan dos intervenciones quirúrgicas separadas y un intervalo de tiempo considerable entre el planteamiento del caso y el resultado final.

Técnica en una fase.

La confección de la dentadura en una fase comprende la extracción total y la colocación de la prótesis en una sola sesión. Con ello se puede conseguir en todo semejantes a los obtenidos

en la técnica de dos faces.

Interviniendo quirúrgicamente en la región de los premolares y molares, se precede a la aplicación del anestésico local en el paciente, siempre tratando que esta sea aplicada en puntos distantes y aislados a las zonas por intervenir.

Anestesia en maxilar superior o inferior.

En maxilar superior; se aplicara en los agujeros palatinos posteriores, localizados a nivel de los terceros molares para lograr la anestesia del gran nervio palatino. Además se bloqueará el nervio nasopalatino localizado en la papila incisal, donde se encuentra localizado el agujero palatino anterior.

Para bloquear la mucosa vestibular se aplicará el anestésico a nivel del agujero infraorbitario, donde sale el nervio del mismo nombre con sus ramas palpebrales.

En la mandíbula.

Se aplicará el bloqueo general a nivel de la espina de SP1X, obteniéndose la anestésis del nervio dentario inferior, más superficialmente el nervio lingual y por último el bloqueo de la mucosa vestibular.

EXODONCIA.

Se practican las extracciones dentarias según la técnica correspondiente a cada diente, es muy importante evitar las

fracturas de la tabla externa .

Alveolotomía correctora .

La ostectomía debe ser la adecuada al caso clínico . Ya que el criterio de la alveolotomía con fines protésicos varía de un tiempo a esta parte en cuanto a las indicaciones y a la cantidad de hueso a resecar .

El criterio quirúrgico debe ser conservador , como plena la mayoría de protesistas y cirujanos en la actualidad , nuetra alveolotomía estabilizadora se limitara a la eliminación de las aristas y crestas óseas más agresivas ; no se puede precisar teóricamente los límites exactos de la ostectomía , en los cuales se detenga la resorción ó sea post-protética . Una osteotomía excesiva además de inútil solo acarrea la formación hipertrófica de tejido blando debajo de la prótesis .

Técnica de la alveolotomía con fines protésicos.

Puede hacerse en toda la extensión de la arcada; o de otra manera, dividir la operación en dos o tres zonas. Estos procedimientos están en relación con el número de dientes a extraerse y el estado del paciente.

En general es preferible dividir la arcada en tres segmentos:

1. Un segmento posterior derecho: que se extienda desde el espacio interdentario del canino y primer premolar hacia la tuberosidad o las papilas periformes según la zona de referencia.
2. Un segmento posterior izquierdo; que tiene los mismos límites que el anterior.
3. Un segmento anterior que va de canino a canino sobre el cual si no se oponen razones especiales se realiza el tratamiento de la prótesis inmediata.

INCISION.

Se traza una incisión a lo largo del reborde alveolar desde la tuberosidad, en el caso del maxilar superior, o desde las papilas periformes en el caso de la mandíbula. Esta incisión se dirigirá desde los caninos para tener amplitud y evitar un posible desgarre de la mucosa por ser justo el colgajo.

Con lo que respecta a la región de las piezas dentarias

anteriores se hacen incisiones desde el borde del proceso dentado en la parte distal de la última pieza existente siguiendo una posición oblicua hacia el surco vestibular en ambos lados, uniendo estas dos incisiones con otra que deberá seguir exactamente el margen gingival de los dientes en la región labial.

Levantamiento del colgajo.

Se separa con una legra de selding, o una espátula para cera del número 7, el colgajo mucoperforístico de la pared alveolar vestibular hasta una extensión que sea suficiente para descubrir las prominencias óseas.

No debe desprenderse totalmente la fibra mucosa gingival, sino dejarla adherida al hueso a lo largo de su unión con la mucosa floja a lo largo del surco, ya que se evitará el peligro de destruir los tejidos móviles del surco, en el momento de suturar, el cual tendría el inconveniente de descender las inserciones musculares y reducir las zonas de soporte.

Hay que evitar los edemas y hematomas post-operatorios que son a consecuencia de intervenciones de larga duración y manipulación exagerada de los colgajos principalmente del surco vestibular.

Las mismas precauciones deberán seguirse para el colgajo palatino o lingual. La separación de este colgajo deberá ser menos alta o profunda que la vestibular.

Ostectomía o alveolotomía correctora.

El criterio de la alveolotomía con fines protésicos a variado de un tiempo a esta parte, en cuanto a las indicaciones y a la cantidad de hueso a resecar; la alveolotomía estabilizadora se limitara a la eliminación de las aristas y crestas óseas más agresivas como no hay reglas fijas que condicionen el trabajo - de reabsorción postprotética, los prótesisistas aconsejan conservar toda la arcada alveolar posible para que sirva de apoyo a la futura prótesis; solo se eliminaran las aristas óseas, los bordes filosos y cortantes, los tabiques interdentarios e interradiculares hasta una altura prudente; esto se lleva a cabo por medio de unas pinzas gubías hacia el lado vestibular y se alizan despues con una línea quirúrgica o fresas quirúrgicas hasta que se halla obtenido una superficie completamente regular.

Para comprobar que no hay zonas cortantes que más tarde vayan a resultar molestas, vuelve el colgajo hasta su sitio y se verifica con el pulpejo del dedo la regularidad de la arcada alveolar. El modelo del reborde óseo solo puede realizarse de una forma específica, es decir en vista a la resección de la dentadura.

Los modelos obtenidos del paciente se pueden recortar,

conformar en la forma más apropiada que sea posteriormente reproducible en la boca del enfermo.

El modelo ya preparado se procede a duplicarse, ya que este servirá de guía en el momento de la intervención; además de que elabora una placa de resina transparente que es un dupli cado de la base de la dentadura.

Esto lleva como objeto que se obtengan en el momento intervención los mismos rebordes conformados en el modelo, en la boca del paciente.

Corte del tejido excedente del colgajo y su sutura.

Perfectamente regularizada el área del alveolo, se confrontan los colgajos, unidos estos se lleva a la boca la gufa - construida en acrílico, transparente, que previamente ha estado sumergido en una solución desinfectante, se observa si hay punto de presión, lo que se podrá apreciar por la izquemia producida, se retira la gufa y se recorta el hueso en los puntos indicados, probándose cuantas veces sea necesario hasta obtener una adaptación óptima.

Ambos colgajos se fijan con puntos aislados de sutura o de sutura continua. Se colocará cemento quirúrgico o algún - adhesivo a la prótesis y se llevara a la boca del paciente.

En esta misma sesión pueden hacerse las correcciones que se juzgen convenientes con objeto de que la prótesis no traumatice en lo posible, ninguna porción del tejido, se suprime, si existe la interferencia de los caninos; logrando esto se procede a colocar el aparato protésico como se mencionó anteriormente. Aplicando un adhesivo si es conveniente para evitar el desalojamiento del mismo.

Existen en general dos ideas erróneas en cuanto a la protesis inmediata, que deben ser convatidas;

1. Que las dentaduras inmediatas no pueden construirse sin antes extraer las piezas posteriores.
2. Que las prótesis inmediatas son dentaduras temporales.

Todo esto es falso. Si en el planteamiento de cada caso se tienen en cuenta todos los requerimientos precisos, la prótesis inmediata puede ser tan permanente como cualquier dentadura convencional. Es evidente que tarde o temprano todas las prótesis necesitan un rebase.

La respuesta del hueso al uso de las dentaduras es bastante individual, de modo que en algunos casos ocurren cambios considerables pero en otros no. Hay personas en las que se presentan reacciones óseas tremendas independientemente del ajuste que pueda presentar la prótesis.

Estos individuos que presentan tendencia a los cambios y modificaciones óseas necesitan una estrecha supervisión y deben ser revisados frecuentemente con el objeto de rebasar su prótesis

Corte del tejido excedente del colgajo y su sutura.

Perfectamente regularizada la afección del alveolo, se confrontan los colgajos, unidos estos se lleva a la boca la gafa construida en acrílico, transparente, que previamente ha estado sumergido en una solución desinfectante, se observa si hay punto de presión, lo que se podrá apreciar por la izquemia producida, se retira la gafa y se recorta el hueso en los puntos indicados. probándose cuantas

veces sea necesario hasta obtener una adaptación óptima.

Ambos colgajos se fijan con puntos aislados de sutura o de sutura continua. Se colocará cemento quirúrgico o algún adhesivo a la prótesis y se llevara a la boca del paciente.

En esta misma sesión pueden hacerse las correcciones que se juzguen convenientes con objeto de que la prótesis no traumatice en lo posible, ninguna porción del tejido, se suprime, si existe la interferencia de los caninos; logrando esto se procede a colocar el aparato protésico como se mencionó anteriormente. Aplicando un adhesivo si es conveniente para evitar el desalojamiento del mismo.

Existen en general dos ideas erróneas en cuanto a la prótesis inmediata, que deben ser convatidas;

- 1.- Que las dentaduras inmediatas no pueden construirse sin antes extraer las piezas posteriores.
- 2.- Que las prótesis inmediatas son dentaduras temporales.

Todo esto es falso. Si en el planteamiento de cada caso se tienen en cuenta todos los requerimientos precisos, la prótesis inmediata puede ser tan permanente como cualquier dentadura convencional. Es evidente que tarde o temprano todas las Prótesis necesitan un rebase.

La respuesta del hueso al uso de las dentaduras es bastante individual, de modo que en algunos casos ocurren cambios conside

reacciones óseas tremendas independientemente del ajuste que pueda presentar la prótesis.

Estos individuos que presentan tendencia a los cambios y modificaciones óseas necesitan una estrecha supervisión y - deben ser revisados frecuentemente con el objeto de rebasar su prótesis tan pronto como aparezcan signos de movilidad y falta de ajuste que pueden causar una irritación crónica. Tan to las dentaduras inmediatas como las definitivas deben ser - rebasadas con igual finalidad.

Resumiendo diremos que una prótesis inmediata apropiadamente construída no ha de ser considerada en ningún aspecto como una dentadura provisional.

Prótesis Quirúrgica.

Un avance reciente en la construcción de la Prótesis inmediata la construye la llamada dentadura quirúrgica. Consiste en una prótesis de transición que se emplea para ir cubriendo los procesos alveolares en espera de la construcción de la prótesis permanente. Esta prótesis es fácil de construir y no demasiado cara. En el momento de realizar las extracciones se rebasa con material blando, para evitar en lo posible las pérdidas óseas y obtener la máxima retención durante el período de cicatrización.

Tres o cuatro semanas más tarde se comienza la confección de la Prótesis definitiva y una vez finalizada está, se desecha la prótesis quirúrgica, ya no es aprovechable en la Prótesis permanente.

CAPITULO * XII *
INSTALACION DE LA PROTESIS
INMEDIATA

El maxilar se puede adaptar a la Prótesis en cierta forma por lo que a continuación se menciona:

a) Sin Enclia Anterior

Una vez extraídos los dientes puede probarse la placa y se hundirán los cuellos en los alveolos. También se puede hacer el alisamiento de puntas y crestas óseas para evitar dificultades en la cicatrización.

b) Con Enclia Anterior, con Alveolectomía

Se levanta el colgajo y ya extraídos los dientes, se extiende el colgajo de manera que cubra los alveolos y se corta todo el festoneado, tanto vestibular como palatino, para que los bordes mucosos se llegen a tocar sin amontonamiento en ninguna parte.

CAPITULO * XIII *

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

Estas empiezan desde en momento que el paciente acude a la primera consulta y continuarlas en cada sesión y darle las últimas indicaciones al momento de colocarle su dentadura terminada.

Aún después de haber platicado y haberle dado al paciente las indicaciones de uso y conservación de su dentadura, conviene resumírselas al final y de preferencia dárselas por escrito.

Ante todo habrá que decirle que deberá tener paciencia y perseverancia algunos aprenden pronto, otros más lentamente y algunas personas tendrán dificultades mucho mayores que las demás para adaptarse al uso de sus dentaduras.

Estas diferencias pueden obedecer a la variedad del tonus muscular y la formación ósea de la mandíbula, o ser cuestión de edad o del estado de salud general de cada persona.

Los pacientes que durante años se han visto obligados a masticar alimentos con una mala dentadura mayores dificultades tendrán para acostumbrarse al uso de sus prótesis, que aquellos que empiezan a usarlas al poco tiempo de haber perdido sus propios dientes. Esta es una de las mayores ventajas de la prótesis inmediata.

Una dentadura bien construida no debe causar molestias para hablar, sin embargo aunque se emplee un mínimo de material para fabricar la placa, este volumen alterará el volumen de la cavidad bucal propiamente dicha y por tal motivo la voz puede estar algo cambiada al principio, esto podrá vencerse practicando la lectura en voz alta.

Pero la mayor dificultad con que va a tropezar el paciente será la de aprender a usar su dentadura artificial para tomar sus alimentos.

Durante los primeros días no deberá tomar alimentos que halla que masticar, ya que en estos días deberá tomar cosas blandas y semifluidas.

Los tejidos donde se apoyan las dentaduras pueden irritarse o lastimarse por la nueva presión que han de tolerar.

Al principio deberán tener mucho cuidado de no masticar con fuerza. A medida que los tejidos se van adaptando a la nueva dentadura y que el paciente adquiere más práctica en su manejo y en acomodar el bolo en la boca los tejidos podrán resistir gradualmente el exceso de presión.

Habrà que prevenirle que puede alterarse la relación de la dentaduras y reabsorberse un poco el reborde, también la oclusión se modificara ligeramente. Esta puede dar lugar a le

ves maloclusiones que a su vez pueden ocasionar úlceras en los rebordes.

Por esta razón se indica al paciente se mantenga en contacto con el Odontólogo cada 24 horas; o una vez por semana - para someterse al tratamiento adecuado, durante un período de uno o dos meses a partir del primer día de uso de su prótesis.

Generalmente el primer día es el peor para el paciente, así que siempre que sea posible habrá que citarlo para el día siguiente. Hay que recomendarle de que no debe tratar de corregir la placa porque será mayor el daño que el arreglo que el podrá hacerle.

Si bien en algunos casos se puede confiar en que las dentaduras, prestarán servicio satisfactorio durante un período de cinco años, este será como máximo y sólo será posible si se somete la prótesis a exámenes y ajustes periódicos. Estas - readaptaciones son necesarias para restablecer y conservar el equilibrio oclusal con lo cual se mejora la retención, que se le deberá hacer cada seis meses a partir del reajuste inicial.

Muchos pacientes no se dan cuenta de las alteraciones - destructivas que se van operando en su boca, aprenden a tolerar las dentaduras y parecen sentirse cómodos con ellas. Pero esto hecho por sí mismo no puede aceptarse como indicación de

que no es necesario hacer ninguna adaptación, al contrario si se deja pasar o se descuida, se originarán trastornos más graves entre los cuales tenemos la pérdida progresiva de la estabilidad y la retención, la aceleración de la reabsorción de los rebordes óseos y traumatización de los tejidos blandos con la consiguiente inflamación y flacidez.

LIMPIEZA Y CUIDADOS DE LAS DENTADURAS COMPLETAS

Como los dientes de porcelana y las placas de resinas acrílicas pueden romperse al caer, habrá que indicarle al paciente que debe traerlos con mayor cuidado posible principalmente al cepillarlos.

Después de cada comida hay que retirarlos de la boca y enjuagarlos con agua. Por lo menos cepillarlos una vez al día con agua y jabón y algún polvo de limpieza suave como el borax y el bicarbonato de sodio. Conviene hacerlo sobre el lavabo semilleno de agua, ya que si se escapan de las manos el agua atienda su caída. Hay que cepillar todas sus caras y superficies, también conviene dar masajes a las encías con cepillo blando enjuagar la boca con una solución astringente. Para eliminar los depósitos de sarro conviene que esta operación la ejecute el odontólogo. Cada vez que vuelva el paciente para corregir su adaptación, se pullán muy bien las dentaduras.

En lo que toca a Prótesis inmediata se darán las mismas indicaciones que para dentaduras comunes.

Ademas se recomendará al paciente que no retire su prótesis inmediata de la boca durante las primeras veinticuatro o cuarenta ocho horas salvo para limpiarlos. También habrá que prevenirle que para enjuagarse no lo haga con fuerza para no -

desalojar los coágulos.

Siempre que sea posible deberá regresar al consultorio veinticuatro horas después de examinarlo.

En esa oportunidad se le hará una atonización bucal con un antiséptico suave o una solución fisiológica. Se sellará muy bien y se practicarán desgastes donde hubiera compresión molesta.

En los casos en que se hubiera hecho una reducción quirúrgica y se hubiera forrado la dentadura con una mezcla para impresiones habrá que insecionar este rebase previsorio y corregir donde fuera.

Después que los alveolos han cerrado por completo y los tejidos han vuelto a un estado más normal, conviene tomar nuevos registros bucales de relación céntrica y de propulsión y controlarlos en el articulador, si se descubriera algún cambio en las relaciones de presión habrá que montar de nuevo en el articulador el modelo con la dentadura inferior y modificar y la inclinación condílea.

Se seguirá la técnica habitual para corregir y restablecer el buen equilibrio oclusal.

CONCLUSIONES

Stendo evidentes las desventajas que ofrece la elaboración de la Prótesis total inmediata y las muchas satisfacciones que para uno como Cirujano Dentista y al otro como Paciente nos ofrece, se debe considerar como de óptima aceptación.

Se debe tener un mínimo de errores para alcanzar el éxito, el cual también se puede lograr con la ayuda del Paciente, estando él plenamente conciente de lo que se le va a hacer.

El proveer al Paciente de Dentadura Artificial debe ser hecho por aquellos que tienen habilidad, conocimiento y entendimiento semejante a aquellos que se dedican a otras ramas de la Medicina.

Si la lectura de esta monografía tuviera la dicha de despertar interes y el deseo de investigar más y acudir a fuentes de información adicional, la finalidad se habría cumplido y el esfuerzo habrá rendido sus frutos pese a todas mis limitaciones.

BIBLIOGRAFIA

CAPUSSELI HUGO.- IMPRESIONES PARA DESDENTADOS TOTALES
SUPERIORES.
EDITORIAL MUNDI.
1a. EDICION. 1973.

C.P.

CARL O. BOUCHER.- PROTESIS PARA DESDENTADO TOTAL.
JUDSON C. HICKEY 7a. EDICION. 1977.
EDITORIAL MUNDI.

C.P.

JOHN J. SHARRY.- PROSTODONCIA DENTAL COMPLETA.
1a. EDICION. MAYO 1977.
EDICIONES TORAY, S.A. BARCELONA

C.P.

PEDRO ZDIZAR.- PROSTODONCIA TOTAL.
1a. EDICION. 1972.
EDITORIAL MUNDI.
BUENOS AIRES.

C.P.

TUTLE SHOTELINS.- FISILOGIA.
16ava. EDICION. 1969.
EDITORIAL INTERAMERICANA.

C.P.