

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



*[Handwritten signature]*

PROTESIS INMEDIATA

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

ARMANDO VILLALOBOS GODOY

MEXICO, D. F.

15434

1979



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

# I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I.- VENTAJAS Y DESVENTAJAS.....	4
CAPITULO II.- HISTORIA CLINICA.....	12
CAPITULO III.- A) IMPRESIONES PRIMARIAS.....	39
B) CUBETAS INDIVIDUALES.	
C) RECTIFICACION DE BORDES.	
D) IMPRESIONES FISIOLÓGICAS.	
CAPITULO IV.- A) DIMENSION VERTICAL.....	47
B) ORIENTACION DE RODILLOS.	
C) RELACION CENTRICA.	
D) SELECCION DE DIENTES.	
CAPITULO V.- COLOCACION DE DIENTES (ARTICULACION).....	54
CAPITULO VI.- A) BALANCE OCLUSAL.....	58
B) PRUEBA DE LA ARTICULACION EN CERA.	
C) RECTIFICACION DE LA OCLUSION EN EL PACIENTE.	
D) RECOMENDACIONES AL PACIENTE.	
BIBLIOGRAFIA.....	65

## INTRODUCCION

La prótesis inmediata parece haberse iniciado como otros grandes progresos prostodónticos, a mediados del siglo pasado.

EL DOCTOR ATKINSON. se le enseñó a persuadir a sus pacientes que esperan seis u ocho meses antes de insertar una prótesis temporaria. Ha abandonado esta práctica sin embargo, y ahora espera solamente que la sangre deje de correr para tomar una impresión. EL DOCTOR RODRIGUEZ, inserta a veces una prótesis parcial-- del siguiente modo: Toma una impresión de boca antes de extraer los dientes, elimina los dientes del modelo y adapta la dentadura a la boca, luego extrae los dientes colocando los artificiales en los alvéolos de los que los otros habían sido removidos.

SEGUN PASSAMONTI. (1964) las prótesis inmediatas han originado más quejas en el público que ningún otro tipo de prótesis y se han convertido en causa de demandas legales. Las quejas se refieren principalmente a resultados estéticos insatisfactorios-- y a función deficiente.

A juicio del autor con una larga experiencia en la materia. La prótesis inmediata no es una alternativa frente a la odontología conservadora; no autoriza la extracción de dientes, cuya conservación satisfactoria es aún posible, ni garantiza contra los-- fenómenos istrogénicos que pueden sobrevenir. Es un servicio profesional que requiere mas conocimientos, habilidad y criterio que

la prótesis regular, con una respuesta mas desconcertante.

En consecuencia facilmente puede provocar la reacción del paciente cuando éste se entera de sus dificultades después de la pérdida de sus dientes naturales por indicación del odontólogo.

Toda prótesis colocada hasta algunos días después de las extracciones participa de las circunstancias que caracteriza a las inmediata: El sujeto no se ha acostumbrado a estar sin dientes el aparato es colocado sobre brechas quirúrgicas solo cubiertas por sus coágulos o por colgajos aún no consolidados.

La importancia de estas distinciones radica en el pronóstico puesto que la prótesis inmediata, cualesquiera que sea la técnica seguida y el momento exacto en que se coloque, asienta sobre tejidos recién operados y que muy probablemente sufrirán modificaciones importantes en poco tiempo.

El paciente debe saberlo. El servicio de reparaciones y reajustes que en prótesis regular tiene carácter más bien accidental es parte normal de todo tratamiento de prótesis inmediata, la cual, así mismo, no logra conservarse mucho en buen servicio.

Una segunda prótesis suele requerirse al cabo de un tiempo, sólo el paciente que tenga conciencia de esta situación puede afrontarla sin nuevos sufrimientos y sin exigir del odontólogo una responsabilidad que no le corresponde. La prótesis inmediata constituye el medio de reducir la tragedia física y psicológica del desdentamiento.

Cuando es necesario extraer los dientes naturales y reemplazarlos más tarde por dientes artificiales, lo mas aconsejable es hacer una restauración inmediata.

Este procedimiento lleva implícita la construcción de la dentadura superior de la inferior o de ambas a la par, antes de eliminar los dientes naturales.

Generalmente es ventajoso hacer una de ellas, sea la superior o la inferior antes de actuar sobre su antagonista.

-ALTA

LA PAG.

4

1.- CONTROL DE LA HEMORRAGIA. Una dentadura con su base ajustada, al cubrir las heridas abiertas en los tejidos, actúa-- como un vendaje y reduce la pérdida de sangre en los mismos.

2.- PROTECCION CONTRA EL TRAUMA. Los tejidos heridos son protegidos de la irritación de la lengua.

3.- PROTECCION CONTRA INFECCIONES DEL EXTERIOR. Estos te ji do s con heridas abiertas no quedan así expuestos al material-- infeccioso que entra en la boca o con los alimentos, que pueden-- facilitar el crecimiento bacteriano.

4.- RAPIDEZ EN LA CURACION. Los alvéolos dentarios se re ll ena y curan mucho más rápidamente.

5.- MEJOR SOPORTE PARA LAS DENTADURAS. Los rebordes alveolare s resultantes son más regulares que cuando se dejan sin protecci ón.

6.- MAYOR COMODIDAD. Esta protección contra la irrita--- ción, y especialmente contra el acceso de aire a los tejidos --- abiertos, disminuye el dolor del paciente.

7.- MEJORIA EN LA FONACION. La restauración inmediata de los dientes, especialmente de los anteriores, hace posible al paci ente hablar con mas claridad.

8.- MEJOR ASPECTO. Este punto es acaso uno de los que -- mas influyen en la decisión del paciente para quitarse sus pro-- pios dientes. Ciertamente el paciente esta mejor con dientes que sin ellos y a menudo los nuevos dientes parecen mejor que los na

urales.

9.- PERDIDA DE LOS DIENTES NATURALES NO APRECIABLE. Con las dentaduras inmediatas a menudo ni los mismos familiares del paciente, ni los individuos con quien diariamente se relaciona, son capaces de advertir que han sido extraído los dientes naturales, para algunos pacientes es ésta una gran ayuda psíquica.

10.- NO HAY PERDIDA DE TIEMPO EN APRENDIZAJE, NI AUSENCIA DE LOS NEGOCIOS HABITUALES, NI DEL MEDIO SOCIAL. La restauración inmediata permite al paciente acudir a su oficina o a otras actividades públicas.

11.- AYUDA PARA COMER. A pesar que la masticación se haga con cuidado en el período inicial, el paciente comerá mejor con dientes, que sin ellos.

12.- SUPRESION DEL COLAPSO. El estar un largo período sin dientes motiva que las mejillas caigan colapsadas y fofas; aún-- estar un corto período sin dientes puede causar daño a la articulación temporomandibular, con dolor o sin el.

13.- PERIODO DE APRENDIZAJE MAS CORTO. Cuando se permanece sin dientes un largo tiempo se hace mas difícil acostumbrarse a ellos de nuevo, el paciente desarrolla a veces hábitos, especialmente con la lengua, que mas tarde le causan dificultades en el uso de dentaduras nuevas

14.- MEDIO IDEAL PARA APLICAR MEDICINAS. Las bases de las dentaduras aplicadas en contacto con los tejidos mantienen los --

medicamentos que sean necesarios en contacto estrecho con los--  
mismos.

15.- INCREMENTO DEL PRESTIGIO TANTO PARA EL DENTISTA, --  
COMO PARA LA PROFESION DENTAL. La restauración inme--  
diata de los dientes es un servicio que impresiona al paciente--  
al hacerle ver el alcance y el valor que tienen la odontología.

Las ventajas de la prótesis inmediata pueden calificarse  
en anatómicas funcionales, estéticas y psíquicas.

Del punto de vista anatómico:

1.- Impide la pérdida inmediata de altura, al reemplazar  
el tope oclusal, preservando o restituyendo la altura morfológi--  
ca. por lo tanto;

2.- Evita violencias a las articulaciones temporomandi--  
bulares;

3.- Impide el ensanchamiento lingual.

4.- Impide el colapso labial y el hundimiento de las me--  
jillas.

COMO VENTAJAS FUNCIONALES:

1.- Permite a la musculatura afectada seguir funcionan--  
do en su posiciones normales.

2.- Evita la mayor parte de los trastornos y reajustes--  
fonéticos del desdentamiento.

3.- Facilita la masticación rápidamente, evitando o redu

ciendo los reajustes dietéticos y digestivos.

4.- Ayuda a mantener normalmente las actividades de la vida de relación.

Son ventajas estéticas esenciales para muchos seres humanos.

1.- Impide el colapso facial consecuencia de las pérdidas y transformaciones anatómicas;

2.- Con frecuencia permite introducir mejoras a veces -- considerables, como consecuencia, las ventajas psíquicas son --- notables.

1.- Elimina la humillación que sufren muchos pacientes-- al presentarse sin dientes.

2.- Permite mantener el equilibrio espiritual y facilita la continuidad de la vida de relación, al evitar la influencia-- del que dirán.

3.- También facilita la decisión de sacrificar los dientes naturales, cuando es preciso.

4.- Reduce los trastornos del acostumbramiento a la prótesis.

#### DESVENTAJAS.

Apesar de que hay pocas desventajas cuando todas las fases se ejecuten con cuidado, una técnica quirúrgica incorrecta o unas dentaduras inmediatas bien construídas pueden existir ciertas desventajas que debemos señalar al paciente.

1.- Un trabajo adicional tanto en la clínica como en el laboratorio se requieren mas detalles y diversos procedimientos que se añaden a los habituales de la construcción de las dentaduras ordinarias; también se necesitan más visitas para los reajustes.

2.- Costo adicional. Además de necesitarse mas tiempo en su construcción, los gastos de los materiales a utilizar también son mas cuantiosos.

3.- No hay pruebas, al tener aún sus dientes naturales en la boca. No tenemos la posibilidad de colocar las dentaduras para comprobar sus efectos en la boca antes de polimerizarlas.

4.- Menor ajuste del asiento. Las bases no se fijan a los tejidos con tanta exactitud, especialmente en las zonas donde se han quitado los dientes.

5.- Pérdida temprana de esta fijación. Debido a los cambios subsiguientes a la eliminación de los dientes, las dentaduras inmediatas por lo general necesitan rebases muy pronto, a diferencias de las dentaduras, construídas sobre impresiones de unos tejidos ya curados y estabilizados.

Veamos pues, que hay casos en los cuales nos enfrentamos con indecisiones, dudaremos al ver que las ventajas y desventajas pesan por igual, pero, en términos generales, pesan mas las ventajas, si despreciamos el ligero incremento que llenan en tiempo y dinero, no encontramos objeciones válidas para no hacer

restauraciones mediante dentaduras inmediatas, las desventajas que pueden ser atribuídas a la pérdida de la fijación son despreciables, especialmente cuando se comparan con las desventajas de estar cierto tiempo desdentado.

La coordinación quirúrgica. Protética exige precisión en la técnica, establecida en base a exáctos diagnósticos y ajustadas indicaciones en ambos sentidos. Las intervenciones quirúrgicas, al dejar de ser unitarias para extenderse a grupos de dientes, se hacen mas traumatizantes, exigiendo habilidad y dominio. También el trabajo protético requiere habilidad y experiencia, puesto que el fracaso resultará intolerable.

Por las mismas razones, la selección de casos es una exigencia inexcusable. Ante la edentación total, 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 estado general, utilidad, ventaja y posibilidad que deben ser adecuadamente evaluados en cada paciente.

Como consecuencia el servicio se encarece, tanto de por sí cuanto por su menor duración probable, la necesidad de rebasados y reajustes y requerirse nueva prótesis.

Asimismo, puede transformarse en inconveniente y serio el

hecho de que las fallas técnicas, que pueden ser clínicas o de laboratorio, solo se evidencian despues 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 resolverlos problemas que pueden plantearse.

El paciente debe tener en cuenta estas limitaciones.

CAP. II HISTORIA CLINICA.

## HISTORIA CLINICA

## INFORMACION GENERAL

Fecha \_\_\_\_\_

1. Nombre \_\_\_\_\_ 2. Edad \_\_\_\_\_ 3. Sexo \_\_\_\_\_

4. Salud General \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Ocupación y Posición Social \_\_\_\_\_

6. Historia Dental \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Historia de Dentaduras \_\_\_\_\_

A. Motivo principal de la consulta \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

B. Tiempo de haber permanecido desdentado

Maxilar \_\_\_\_\_ Mandíbula \_\_\_\_\_

C. Tiempo de haber usado dentaduras

Maxilar \_\_\_\_\_ Mandíbula \_\_\_\_\_

D. Dentaduras Anteriores

1) Clase \_\_\_\_\_

2) Número Maxilar \_\_\_\_\_ Mandíbula \_\_\_\_\_

3) Experiencia Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable \_\_\_\_\_

4) Dentaduras Actuales

	Reacción del paciente a	Observación del Dentista
a. Eficiente a la Masticación (Oclusión)	_____	_____
b. Retención	_____	_____
c. Estabilidad	_____	_____
d. Estética	_____	_____
e. Fonética	_____	_____
f. Comodidad	_____	_____
g. Dimensión Vertical	_____	_____

5) Recomendaciones de paciente y dentista para mejorar las dentaduras \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### CARACTERISTICAS FISICAS

##### 1. Habilidad Neuromuscular comprobada por:

A. Lenguaje (articulación) Buena \_\_\_\_\_ Mediana \_\_\_\_\_ Mala \_\_\_\_\_

B. Coordinación Buena \_\_\_\_\_ Mediana \_\_\_\_\_ Mala \_\_\_\_\_

##### 2. Apariencia General

A. Indice Cosmético Promedio \_\_\_\_\_ Alto \_\_\_\_\_ Bajo \_\_\_\_\_

B. Aspecto Agradable \_\_\_\_\_ Tenso \_\_\_\_\_

C. Personalidad Delicada \_\_\_\_\_ Media \_\_\_\_\_ Vigorosa \_\_\_\_\_

##### . Cara

A. Forma Ovoide \_\_\_\_\_ Cuadrada \_\_\_\_\_ Alargada \_\_\_\_\_

B. Perfil Normal \_\_\_\_\_ Prognático \_\_\_\_\_ Retrogná ---  
tico \_\_\_\_\_



## C. Tamaño de Maxilar y Mandíbula

Mandíbula y Maxilar compatible \_\_\_\_\_

Mandíbula más pequeña que el maxilar \_\_\_\_\_

Mandíbula más larga que el maxilar \_\_\_\_\_

## Altura de el Proceso residual

Maxilar: Normal \_\_\_\_\_ Pequeño \_\_\_\_\_ Plano \_\_\_\_\_

Mandíbula: Normal \_\_\_\_\_ Pequeño \_\_\_\_\_ Plano \_\_\_\_\_

## E. Forma de el Proceso residual

Maxilar: "U" \_\_\_\_\_ "V" \_\_\_\_\_ Afilado \_\_\_\_\_

Mandíbula: "U" \_\_\_\_\_ "V" \_\_\_\_\_ Afilado \_\_\_\_\_

## F. Forma de el Arco

Maxilar: Cuadrado \_\_\_\_\_ Triangular \_\_\_\_\_ Ovoide \_\_\_\_\_

Mandíbula: Cuadrado \_\_\_\_\_ Triangular \_\_\_\_\_ Ovoide \_\_\_\_\_

## G. Forma de el Paladar Duro

Plano \_\_\_\_\_ "U" \_\_\_\_\_ "V" \_\_\_\_\_

## H. Inclinación en el Paladar Blando

Suave \_\_\_\_\_ Mediana \_\_\_\_\_ Aguda \_\_\_\_\_

## Relación de los Procesos

Ortognático Normal \_\_\_\_\_ Retrognático \_\_\_\_\_ Prognático \_\_\_\_\_

## \*J. Paralelismo de los Procesos

Ambos procesos son paralelos \_\_\_\_\_

Uno de los Procesos no es paralelo \_\_\_\_\_

Ambos Procesos son divergentes \_\_\_\_\_

K. Distancia Interarco

Adecuada \_\_\_\_\_ Excesiva \_\_\_\_\_ Limitada \_\_\_\_\_

Retenciones Oseas

Maxilar: Ninguna \_\_\_\_\_ Ligera \_\_\_\_\_ Requiere Remoción \_\_\_\_\_

Mandíbula: Ninguna \_\_\_\_\_ Ligera \_\_\_\_\_ Requiere Remoción \_\_\_\_\_

M. Torus

Maxilar: Ninguno \_\_\_\_\_ Ligero \_\_\_\_\_ Requiere Remoción \_\_\_\_\_

Mandíbula: Ninguno \_\_\_\_\_ Ligero \_\_\_\_\_ Requiere Remoción \_\_\_\_\_

Tejidos Blandos que cubren el Proceso Alveolar

Espesor firme y uniforme \_\_\_\_\_

Tejido grueso \_\_\_\_\_

Tejido Hiperplásico o Resilente \_\_\_\_\_

O. Mucosa Sana \_\_\_\_\_ Irritada \_\_\_\_\_ Patológica \_\_\_\_\_

P. Inserciones Tisulares (Encia insertada)

Mínimo 12 mm. \_\_\_\_\_ 8-12 mm. \_\_\_\_\_ Menos de 8 mm. \_\_\_\_\_

Inserciones Musculares y Frenillos

Baja \_\_\_\_\_ Mediana \_\_\_\_\_ Alta \_\_\_\_\_

## R. Espacio Postmilohioideo

Mínimo 10 mm. \_\_\_\_\_ Menos de 10 mm. \_\_\_\_\_

Sin espacio para la dentadura \_\_\_\_\_

## S. Sensibilidad del Paladar (respuesta a la palpación)

Ninguna \_\_\_\_\_ Mínima \_\_\_\_\_ Hipersensibilidad \_\_\_\_\_

## T. Tamaño de la Lengua

Normal \_\_\_\_\_ Mediana \_\_\_\_\_ Grande \_\_\_\_\_

## U. Posición de la Lengua

I Normal \_\_\_\_\_ II Punta fuera de posición \_\_\_\_\_ III Retraída \_\_\_\_\_

## V. Saliva

Cantidad y Consistencia normal \_\_\_\_\_

Cantidad Excedida \_\_\_\_\_ Poca o nada de Saliva \_\_\_\_\_

## W. Actitud Mental

Filosófica \_\_\_\_\_ Exacta \_\_\_\_\_ Histórica \_\_\_\_\_ Indiferente \_\_\_\_\_

## X. Examen Radiográfico

Hueso denso \_\_\_\_\_ Hueso Canceloso \_\_\_\_\_ Hueso no denso \_\_\_\_\_

Patología Retenida (lista) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PRONOSTICO**

---

---

---

---

---

## HISTORIA CLINICA.

### INFORMACION GENERAL

SALUD GENERAL.- Es importante saber si una persona goza de una buena salud general pues nos indicará un diagnóstico y un tratamiento adecuado.

Debemos de tomar importancia a la influencia climática y--menopáusica pues nos indicaría un problema psicológico y físico--de la persona si el paciente nos indica que está recibiendo inyec--ciones endocrínicas especialmente de tiroides, estrógeno y compues--tos antrogénicos debemos de tener cuidado ya que la boca se presen--ta irritada y adolorida en un paciente desdentado y no cede des---pues de haber terminado el tratamiento.

### OCUPACION Y POSICION SOCIAL.

La ocupación es importante ya que encontramos pacientes ---que por su trabajo exigen tener su dentadura lo mas rápido posible para seguir sus negocios y actividades sociales sin el período azo--roso durante el cual no tienen dientes naturales ni artificiales.

### HISTORIA DENTAL.

Deberá incluir una lista de los tratamientos anteriores, hi--giene bucal adecuada, deberán enumerarse los hábitos bucales. ejem--plo bruxismo, masticación de chicle o fumar pipa.

## HISTORIA DE DENTADURAS.

### A).- MOTIVO PRINCIPAL DE LA CONSULTA.

Razón por la que el paciente busca el tratamiento protético, deberá interrogarse con respecto a su queja, síntomas y duración de éstas.

### B).- TIEMPO DE HABER PERMANECIDO DESDENTADO.

Es importante saber si los maxilares en áreas desdentadas no han curado adecuadamente, ya que encontraremos insuficiente tiempo de curación existiendo tejidos patológicos incompletos y que el paciente no está en estado de salud que lo conduzca a la regeneración ósea.

### C).- TIEMPO DE HABER USADO DENTADURAS (Parciales).

Se enumera el número de meses o años en que el paciente ha llevado dentaduras parciales.

### D).- DENTADURAS ANTERIORES.

1).- Clase.- Se observa si son de resinas sintéticas base de oro ó base de metal no precioso.

2).- NUMERO.- Se enumera el número de dentaduras parciales que ha llevado el paciente.

3).- EXPERIENCIA.- Se comprueba si es favorable o desfavorable los sig. datos.

A).- Eficiente a la masticación (oclusión)

B).- Retención.

- C).- Estabilidad.
- D).- Estética.
- E).- Fonética.
- F).- Comodidad.
- G).- Dimensión Vertical.

#### RECOMENDACIONES DE PACIENTE Y DENTISTA PARA MEJORAR LAS-DENTADURAS.

Deberá preguntársele al paciente sobre su experiencia en las dentaduras parciales presentes y pasadas.

#### CARACTERISTICAS FISICAS.

**HABILIDAD NEUROMUSCULAR.** Los pacientes que son articulados en su lenguaje con dientes naturales o con dentaduras, generalmente no presentan problemas para aprender a hablar con sus nuevas dentaduras. Los pacientes que presentan impedimentos de lenguaje, requieren atención especial.

Con respecto a la disposición de los dientes, fonética y diseño palatino, la actividad muscular normal puede alterarse - haciendo la construcción y período de adaptación más difíciles.

**COORDINACION.-** Obsérvese que tan bien coordinado es el paciente, esto puede ser una indicación de que tan rápido aprende a manipular las dentaduras.

**APARIENCIA GENERAL.-** Obsérvese el vestido y los cosméticos que lleva el paciente, si éstos están encima de un promedio,

el paciente será más exigente con respecto a la fase estética de la construcción de la dentadura.

PORTE.- Una persona con aspecto agradable e interesada en la vida, generalmente es mejor riesgo protético que una -- persona que se encuentra tensa, deprimida y que ha perdido la alegría de vivir.

CARA.- Observar el aspecto extrabucal de la cara como - contorno labial, cantidad de borde del Bermellón, textura o - color de la piel, lesiones en la cara, labios y arrugas que - puedan estar presentes. El contorno del labio y la cantidad - visible del borde del Bermellón frecuentemente se alteran al perderse los dientes en ciertos pacientes y pueden o no estar alterados e incluso mejorar con la pérdida de los dientes, en otros pacientes necesitamos sostener estas estructuras con la Dentadura.

El color y textura de la piel pueden ser una indica ción sobre la afección sistémica del paciente, la cara delgada o de aspecto anémico con mala textura de la piel frecuente mente indican períodos de ajuste prolongado.

Las arrugas debidas a la edad no deben o no pueden- corregirse con las dentaduras, las arrugas debido a la dimen- sión vertical ó mal sostén de los labios pueden mejorarse con las dentaduras.

EVALUACION CLINICA.

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.- Deberá hacerse un- examen digital del área de la articulación temporomandibular,

deberá observarse movimientos mandibulares ó crepitantes.

Antecedentes de dolor en esta área de la articulación.

Pueden indicar un aumento excesivo o disminución de la -  
dimensión vertical de la oclusión.

MOVIMIENTO MANDIBULAR.- Movimiento mandibular limitado ó normal, pueden requerir alteraciones ó cambio en el enfoque del problema protético.

Algunos pacientes pueden solo realizar los movimientos-- de apertura y cierre, mientras que otros pueden realizar los movimientos exéncricos.

EXAMEN CLINICO Y CLASIFICACION.- Al hacer un diagrama -- sistemático de los factores biológicos y su interpretación apropiada, pueden muchas veces determinar los procedimientos corregtos para la fase mecánica de trabajo, revelar a través del plan de tratamiento las condiciones que son favorables ó desfavora--bles para un servicio exitoso.

TONO MUSCULAR.- Clase 1.- Los téjidos normales en tono-- y función, existen suficientes dientes en la boca y estan bien-distribuidos para retener la posición mandibular normal y para-proporcionar tensión normal, tono y colocación de los músculos, no se han producido aún cambios degenerativos en los músculos - de expresión ó masticación ó en el sentido táctil de los maxilares y mucosas excepto un casos de restauración inmediata, los--pacientes desdentados no tienen musculatura de clase I. la mayoría de ellos han experimentado cambios degenerativos en diver--

sos grados.

CIASE II.- Pacientes que tienen la función normal, tono y sentido táctil, se han conservado bastantes bien llevando dentaduras artificiales. La función muscular máxima nunca podrá utilizarse una vez que se han perdido.

ALTURA Y FORMA DEL PROCESO RESIDUAL:

FORMA DE LA BOVEDA Y REBORDE RESIDUAL.- CLASE I; Cuadrado ó ligeramente residual. CLASE II en forma de "v" CLASE III: plano.

Forma DEL REBORDE MANDIBULAR: clase I: forma de "u" invertida ó con cresta amplia y paredes paralelas. clase II: forma de "u" invertida plana. clase III en forma de "u" en forma de "v" invertidas, con paredes paralelas y rebordes delgado y reborde socavado resultado de que todos los dientes se encuentran en versión lingual ó labial.

La clasificación general de las arcadas es: cuadrado, triangular y ovoide.

Deberá tenerse presente que muchas bocas presentan arcos de tipo combinado como ovoide triangular, ovoide cuadrado, cuadrado triangular y triangular invertido.

La arcada desdentada puede sufrir muchos cambios de forma siguiendo la pérdida de los dientes causada por cirugía ó resorción, por lo tanto no es raro encontrar un arco superior de una clase y el inferior de otra clase, lo que puede presentar problema es la disposición de los dientes naturales.

Tamaño físico de los maxilares: clase I; maxilares grandes que ofrecen las mejores ventajas posibles para la retención, estabilidad y eficacia. Clase II; maxilares de tamaño medio que ofrecen menos ventajas para retención, estabilidad y eficacia. Cualquier boca puede tener formación ósea de una clase superior y otra formación ósea en inferior, dos pacientes que representan la mayor dificultad son los que tienen un gran maxilar opuesto a un pequeño maxilar inferior ó viceversa.

#### RELACION DE LOS PROCESOS.

Clase I: La cresta del reborde superior se encuentra directamente sobre el reborde inferior. Clase II: prognatismo --- (clase III de angle) toda la cresta del reborde mandibular esta fuera de la cresta del reborde maxilar. El maxilar inferior es más grande que el superior.

Mordida cruzada anterior: La cresta del reborde mandibular es más larga que la cresta del reborde superior de manera-- que al proyectarse hacia delante del maxilar superior las crestas del reborde posterior se encuentran en relación normal.

Mordida cruzada posterior: La parte posterior del reborde mandibular es más ancha que del superior, la relación del reborde anterior es normal.

Mordida cruzada posterior unilateral: Un lado de la boca tiene relación normal y otro lado el reborde mandibular es más ancho que el reborde superior.

CLASE III: Retrognatismo (clase II de angle). El reborde mandibular es más estrecho y más corto que el superior, retrognatismo anterior: el reborde inferior es más corto que el reborde superior anteriormente, pero tiene aproximadamente la misma anchura en posterior.

PARALELISMO: clase I: ambos rebordes son paralelos al plano oclusal. Clase II divergencia del reborde anterior. Clase III divergencia del reborde superior (anteriormente).- ambos rebordes divergen anteriormente.

DISTANCIA INTERARCO.- Clase I: suficiente espacio entre los arcos para acomodar los dientes artificiales. Clase II: distancia interarco excesiva.

Clase III: distancia de interarco ó insuficiente para acomodar lo artificial.

TORUX: Clase I: cuando los torus están ausentes, (si están presentes no son lo suficientemente grandes para interferir a la construcción de una dentadura. clase II: los rebordes que presentan torus con leves dificultades para la adaptación eficaz de las dentaduras, (no es necesaria la intervención quirúrgica). Clase III: Rebordes que presentan grandes torus que complica la construcción ó impidan el éxito de las dentaduras artificiales.

TEJIDOS BLANDOS. Clase I: densidad uniforme del mucoperiostio de aproximadamente 1 mm. de espesor sobre el área, el mucoperiostio está firme pero no está tenso y forma un cojín para el asiento bucal.

Clase 11: El mucoperiostio es muy delgado y muy susceptible a irritaciones bajo presión, el mucoperiostio es aproximadamente dos veces el espesor normal.

Clase 111: El mucoperiostio es excesivamente gordo y flácido. La calidad del mucoperiostio puede variar a través de la cara, los tejidos pueden ser extremadamente delgados ó sobre el área donde los dientes han estado ausentes durante largo período y normales en donde los dientes han sido extraídos recientemente. Cuando el tejido es alternadamente espeso y delgado o uniformemente muy espeso se crean problemas con respecto a la equilibración para evitar llagas.

-ESTADO DE LA MUCOSA: Se clasifican según la salud: clase 1; sano, clase 11; irritado, clase 111; patológico.

Inserciones musculares y frenillos (clasificación de - Hose).

En el maxilar superior se clasifican en, clase 1: alto, clase 11: medio y clase 111: bajo.

En el maxilar inferior se clasifican en : clase 1: bajo, clase 11: medio y clase 111: alto.

Las inserciones musculares de clase 111 pueden interferir en el asiento de las dentaduras y pueden requerir corrección quirúrgica. Todos los tejidos linguales del maxilar inferior se clasifican como inserciones musculares.

ESPACIO POSTMILOHIOIDEA: Se clasifican de igual manera que las otras inserciones musculares, es decir, según su aproximación a la cresta del reborde cuando se extiende la lengua.

Clase I: bajo.

Clase II: medio.

Clase III: alto.

Sensibilidad al paladar (respuesta al paladar).

Clase I: normal.

Clase II: sensible.

Clase: III: hipersensible.

TAMÑO DE LA LENGUA. Clase I: de desarrollo normal, tamaño y función Clase II: los dientes naturales han estado ausentes durante tiempo suficiente para mantener ó permitir un cambio en la acción funcional, tamaño y forma de la lengua Clase III:-- la lengua es excesivamente grande, períodos de tiempo no han --- existido un desarrollo normal del tamaño de la lengua. Las denta duras eficaces a veces crean afección de clase III en la acción funcional y forma de la lengua.

POSICION DE LA LENGUA.

Clase I: Cuando la lengua ha sido bien y normalmente--- destringida por los dientes inferiores y laxa en el piso, con el ápice ligeramente abajo de la posición normal de los bordes incisales de los incisivos mandibulares.

Clase II: subnormal, una lengua que está aplanada y -  
 ensanchada en toda su longitud debida a la pérdida de todos los  
 dientes inferiores y por lo tanto fracaso para llevar dentadu--  
 ras. Clase III: anormal, lengua retraída por lo siguiente: re--  
 tracción por lo cual el ápice de la lengua se riza hacia abajo-  
 de los incisivos mandibulares y dorsales a la largo de los fre-  
 nillos, mientras que el resto de la lengua se eleva. El ápice--  
 parece desaparecer en la lengua y de da aspecto cuadrado. El --  
 cuerpo de la lengua siempre se deprime en el piso de la boca --  
 moviendo toda la masa dorsalmente.

SALIVA.- Clase I: de cantidad y calidad normal, las--  
 cualidades cohesivas y adhesivas son ideales para la retención.  
 Clase II: abundancia de saliva viscosa. Clase III: excesiva de-  
 cantidad y contiene mucha mucosa.

Las condiciones de salud, cambios dietéticos y reac--  
 ciones nerviosas varían la cantidad y calidad de la saliva, el-  
 uso excesivo de hidratos de carbono no tiende a variar la canti-  
 dad viscosidad de la saliva.

#### ACTITUD MENTAL.-

Clase I: paciente filosófico.  
 Clase II: paciente exacta.  
 Clase III: paciente Histérica.  
 Clase IV: paciente indiferente.

### EXAMEN RADIOGRAFICO.-

Este es el coadyuvante más valioso para examinar las estructuras óseas que van a sostener la restauración. La afección de la estructura ósea es inseparable de la comodidad futura y la duración y servicio de la restauración para que el examen radiográfico tenga cierto valor las películas deben tener su eficiente standard técnico para ser interpretadas correctamente utilizando evaluación radiográfica.

Wilson clasificó al hueso para detener la dentadura-- como: Clase 1: hueso denso, las trabéculas son compactas, los-- espacios medulares son pocos y el cuadro general es opacidad. La corteza es sólida y bien definida. Todos los otros factores están constantes, estas estructuras no pueden mostrar poca ó ninguna resorción, este hueso proporciona el fundamento óptimo para la dentadura.

Clase 11: hueso reticuloso.- El cuadro general es mucho más ligero y el aspecto de la película tiene gran constante, las trabéculas y espacios medulares están equilibradas más uniformemente, la corteza se define pero es más ligera en contraste al construir la dentadura. Si las cargas oclusales se encuentran dentro de los límites fisiológicos, el hueso reticulado dará sosten adecuado pero generalmente no soportará carga sin que se produzca deteriorización.

Calse 111: Hueso no cortical.- Este hueso es transpa--

rente y malo en sales orgánicas, no existe corteza definida, los márgenes está muy delgado y está frecuentemente espiculado, ofrece mal sostén para dentadura a menos de reducir estrictamente la carga oclusal seguirá una historia sin fin de molestias y resorción.

**PATOLOGIA RETENIDA.**- La patología retenida como: quistes, dientes no brotados, raíces etc. demostrando areas transparente generalmente deberán eliminarse antes de construir la dentadura. La decisión de si debe o no retenerse la raíz y los dientes no brotados dependerá de la cantidad de hueso que los cubre y si están rodeados por áreas transparentes.

**PRONOSTICO.**- El pronóstico es un complemento obligado e inmediato del diagnóstico. Ambos integran el concepto que se hacen el médico o el odontólogo sobre el enfermo y su estado. Pero en tanto el diagnóstico expresa la síntesis de una realidad actual, el pronóstico anticipa el futuro.

**ESTADO FISICO GENERAL.**- El estado físico general de salud desempeña un importante papel en el éxito protético y debe ser considerado con el paciente antes de iniciarse el tratamiento.

Es importante si el paciente padece alguna enfermedad sistémica, desde luego enfermedades como diabetes mellitus, dis-

crasias sanguíneas o avitaminosis que afectan la respuesta de la mucosa a las presiones de la dentadura y si son graves será conveniente posponer hasta que las faces agudas esten controladas. Tener mucho cuidado al exámen general, tomar en cuenta --- otros tipos de deficiencias orgánicas como:

**TRASTORNOS HORMONALES.**- Como la acromegalia requieran un cuidado especial, que puede necesitar ajustes frecuentes. El hipertiroidismo que reduce el flujo salival y quizá producen -- inflamación en la mucosa. La diabetes puede disminuir el flujo de saliva y aumentar la resorción alveolar y perjudicar la cura ción de las úlceras.

**MOLESTIAS NUTRICIONALES.**-La avitaminosis tiende a dis minuir las defensas de la mucosa, por lo cual las enfermedades infecciosas pueden ser virulentas y pueden causar otros trastor nos bucales como: queilosis, atrofia alveolar o úlceras en la mucosa oral.

Las enfermedades infecciosas como la artritis pueden afectar a la articulación temporomaxilar hasta el punto que las reacciones de la mandíbula puedan ser difíciles de obtener y mu chas de estas enfermedades infecciosas se manifiestan en la cara y pueden deberse a mucosa anormal, la tuberculosis, sífilis, escarlatina, difteria, sarampión y locales como estomatitis --- aftosa se deberán tomar cuidados y tratarse lo más rápido posibles antes de iniciar el tratamiento protético.

**DISCRACIAS SANGUINEAS.**- Las más frecuentes son anemias, como enfermedades hematológicas y se descubre a causa de la ulce ración frecuente de la mucosa, y lengua que pueden estar inflamadas o irritadas.

**ASPECTO FACIAL.**- Es importante el aspecto facial pues puede proporcionar disminuciones ó un aumento de la dimensión -- vertical y de estas observaciones se puede uno dar cuenta de las dificultades del tratamiento y la probabilidad de éxito de la -- dentadura.

**EXAMEN RADIOGRAFICO.**- Será incompleto si el diagnóstico no presenta estudios radiográficos puesto que en los procesos se pueden encontrar restos radiculares retenidos, quistes, zonas residuales etc. El estudio deberá recorrer todo el proceso tanto superior como inferior, puesto que el soporte óseo es lo más importante en el tratamiento de una prótesis. Las radiografías se deben tener a la mano en cualquier momento del exámen oral.

**EXAMEN ORAL.**- El método de exámen deberá ser visual y -- digital, la fase inicial debe incluir una completa revisión de -- todas las membranas mucosas de la cavidad oral y faringe que se -- pueden ver. Hay que tomar en cuenta una revisión minuciosa, el -- suelo de la boca y base de la lengua pues son zonas más difi -- les de observar.

Debemos tener en cuenta y tener más cuidado en zonas- que servirán de retención a la futura dentadura como: rebordes- bajos, relación del arco forma de la bóveda, tuberosidades maxi- lares y distancia entre bordes. Los rebordes bajos pueden causar problemas en el asiento de la base con la retención de la denta- dura, se deberá tomar en cuenta el tamaño, número, forma, densi- dad de la mucosa y estabilidad y así evaluar ya sea con cirugía- o una prótesis menos pesada.

LA RELACION DEL ARCO.- En esta fase puede que haya una protusión mandibular o una protusión maxilar.

En la protusión maxilar, a menudo se encuentran rela- ciones de mordida cruzada, el area oclusal de contacto esta dis- minuida e impide movimientos para funcionales complicados.

La protusión mandibular incita a la lesion del tejido- del reborde anterior del maxilar, la retención de la dentadura- puede constituir un problema de adaptación del paciente y llevar a una adecuada oclusión.

LA FORMA DE LA BOVEDA.- En otra de las afecciones de la retención de la dentadura, existen tres tipos de bóveda: La pri- mera una bóveda plana que resiste al desplazamiento vertical y -- utiliza mejor las fuerzas de adhesión pero proporciona poca resis- tencia al desplazamiento lateral. El segundo, una bóveda arqueada

soporta relación más vertical, resiste bien las fuerzas laterales y por lo tanto desajustan fácilmente la dentadura. La que tiene el pronóstico favorable es la bóveda redondeada o en forma de U ya que soporta el desplazamiento lateral y vertical hasta su grado más elevado.

**LAS TUBEROSIDADES MAXILARES.**- Se debe de tener una -- inspección cuidadosa ya que pueden provocar problemas como: frenillos bajos grandes o contrarios, superficies de soporte inestable y sólo se logra el éxito con la extirpación cuidadosa de los tejidos.

En ocasiones las tuberosidades están formadas por tejido fibroso que debe tratarse quirúrgicamente antes de colocar una prótesis.

La distancia entre borde superior o inferior debe ser examinado para comprobar si hay suficiente espacio entre las mismas y cuando no lo haya se tratará quirúrgicamente para obtenerlos.

Se debe tener en cuenta la forma de los rebordes que pueden tener problemas causado por su antigua prótesis o por otro tipo de enfermedad general. En casos de tejido fibroso o espículas óseas afiladas en el reborde se debe de palpar y valorar para no provocar daños al tejido y crear incomodidad al paciente. Si la mucosa está inflamada debe de terminarse la causa y tratarla antes de tomar una impresión, casi siempre se debe--

a la prótesis anterior y si es así, se le instruirá al paciente no llevar la prótesis durante 5 a 7 días o más si el caso lo requiere.

LA LENGUA.- Se deberá examinar su tamaño, forma, función, posición que al no hacerlo puede provocar problemas al impresionar los tejidos y pueden disminuir la estabilidad de la dentadura.

Muchas enfermedades sistémicas y locales afectan a la lengua y cuando el índice de salud general del paciente es reducido el grado de éxito del tratamiento de dentadura completa estará también disminuída.

EL SUELO DE LA BOCA.- El suelo de la boca presenta variaciones de forma, elasticidad y posición relativa a la cresta del reborde si el suelo de la boca está cerca de la cresta del reborde, la retención y la estabilidad de la dentadura empeorarán, cuando en estos casos se produce una fuerza muy potente es probable que la dentadura se desplace. Los cambios de considerable fuerza y desplazamiento ofrecen un pronóstico sumamente pobre, sin embargo el diagnóstico puede ser mejorado con la educación del paciente y beneficioso durante el tratamiento quirúrgico.

ANALISIS CLINICO.- Se deben de pedir cada vez que lo exija la necesidad de aclarar dudas con respecto al estado gene-

ral del paciente.

Los análisis de orina o sangre son una ayuda para sospechar de algunas enfermedades con diabetes, leucemia, infección bucal, deficiencias de coagulación, etc.

a) .- IMPRESIONES PRIMARIAS.

Se selecciona un Porta Impresión Perforado. Se pone la cera que convenga para conseguir Topes que eviten que la cubeta quede asetada demasiado lejos hacia los diferentes lados.

Dos de los topes se ponen encima de las áreas de los Molares y en la parte anterior de la Cubeta se coloca una plataforma de cera, de esta forma los bordes incisivos de los - - dientes se van a introducir dentro de esta plataforma a la profundidad suficiente, estas marcas actuarán como de tope anterior.

Los topes posteriores deberán colocarse en el área - Molar para obtener un espacio similar, la cera se debe colocar a través del borde posterior de la bandeja superior, para confinar el material de impresión, posteriormente la cucharilla de arriba se carga con Alginato y se asienta firmemente en la boca al paciente se le hace mover el Labio Superior hacia abajo y mover la mandíbula de lado a lado.

Cuando el material se ha endurecido se extrae y se - examina, deberá presentar una reproducción adecuada de todos - los detalles del Tejido.

Un procedimiento similar se lleva a cabo en el Arco Inferior añadiendo los movimientos de la Lengua para asegurar el modelado periférico correcto.

diseños más fáciles de elaborar un Porta Impresión.

ACRILICO AUTO POLIMERIZABLE ( Técnica laminado o tortilla )

1.- Primero. Se debe de eliminar los Socavados retentivos para evitar que el Acrilico entre en ellos. Se procede a colocar se parador al modelo.

2.- Segundo. Para facilitar la impresión fisiologica- se colocará una capa de cera que cubrirá los dientes residuales de 3 a 4 milímetros antes del Fondo de Saco, se hará dos marcas o ventanas a la cera a nivel de los Caninos y Segundo Premolar, esto es con el fin de darle estabilidad, retención y que lle--- que al mismo sitio el material.

3.- Se prepara el Acrilico Autopolimerizable poniendo en un recipiente unos 6 centímetros cubicos de monómero y añ--- diendo de 20 a 25 centímetros cubicos de polvo, dejar reposar - y esperar a que la mezcla este con una consistencia no pegajo-- sa.

4.- Se coloca la maza de Acrílico en una loseta con - 4 monedas a sus bordes y con otra loseta se presiona para obtener una tortilla de espesor uniforme ( aproximadamente 2 mm. )

5.- Se procede a la adaptación, si es superior se - - adapta primero la sup. palatina y despues la vestibular, si es inferior se corta la tortilla por en medio en dos tercios de su diámetro para poder adaptarla en ambos lados con el sobrante se puede confeccionar un mango que servirá para registro y retiro-

del Porta Impresión una vez llevado a la boca.

6.- Se espera a que polimerise de unos 10 a 30 minutos segun la clase de Acrílico.

7.- Se procede a separar la Cubeta y recortarla con Piedra para Acrílico ( grano grueso ) siguiendo el diseño del Lápiz Tinta que se mencionó anteriormente.

c).- RECTIFICACION DE BORDES POR ZONAS.

Una vez obtenidas las cucharillas individuales procedemos a la rectificación de bordes:

MATERIAL:

MODELINA DE BAJA FUSION

MECHERO.

TECNICA PARA EL PROCESO SUPERIOR.

Se habla de la modelina en la flama del mechero para colocarlo por partes en el porta impresión y después llevarlo a la boca del paciente. Se obtendra primero el borde posterior en su flanco vestibular de la cubeta, se le cubre con lápiz de modelina calentandolo a la flama, se lleva a su sitio a la boca y mientras el operador mantiene en posición la cubeta con unamano estira con la otra el carrillo hacia abajo y -- adelante para que los tejidos movibles que enfrentan a la modelina la rechacen modelandolo con su presión, proseguimos con el frenillo bucales, se le pide al paciente que pronuncie la -

letra (e) y que proyecte sus labios hacia delante, con esto -- tambien logramos la marcación del vestibulo labial y frenillos labiales. Continuamos con el sellado posterior debemos tomar importancia a este espacio pues se logrará un sellado periferico, deseado. Marcamos los movimientos del paladar blando para señalar la terminación del paladar duro con el blando y asi saber el limite de la impresión fisiologica también podemos lo--  
 garar esto diciendole al paciente que pronuncie la letra ( A )

#### TECNICA PARA EL PROCESO INFERIOR.

Primero marcamos el borde posteior bucal. Se lleva la cubeta a la boca y con una mano se hacen movimientos hacia los lados los carrillos para que marque perfectamente la modelina en su parte bucal posterior marcamos el vestibulo bucal anterior. Se ordena al paciente que baje la modelina con la punta de la lengua y que realice movimientos laterales y protu sivos para obtener el frenillo bucal vestibulo labial y freni llo labial, se llevara varias veces al labio inferior, hacia -  
 atras, dirigiendose a la boca para marcar también el frenillo-  
 bucal.

Luego se obtiene el borde lingual y piso de boca, se le pide al paciente que haga movimientos de deglucion que es -  
 influenciada por el musculo milohioideo.

Para obtener el borde lingual anterior y frenillos -

linguales se le pide al paciente que haga movimientos de la --  
lengua laterales sobre el labio inferior tocandose la comisura  
de los labios y que la lengua se dirija a la punta de la nariz.

d).- IMPRESIONES FISIOLÓGICAS.

Preparadas y delimitadas las cubetas, las impresio--  
nes finales no difieren en nada debe tenerse muy en cuenta la--  
dirección de los dientes y la posición de las retenciones.

La impresion con alginato tomada en estas condicio--  
nes suele ser muy buena si la cubeta fue bien centrada y no --  
hay grandes retenciones. Si hay grandes retenciones, el mate--  
rial frecuentemente se rompe a nivel de los agujeros de reten--  
ción entre los dientes. Esto ultimo puede evitarse poniendo --  
cera plastica en los espacios interdentarios, su delimitación--  
es siempre un tanto imprecisa.

En cuanto a impresiones con elastómeros, como estos--  
materiales permiten cubeta ajustada en la parte mucosa, la de--  
limitación puede hacerse similar a la de una impresión funcio--  
nal; la única zona, de delimitación imprecisa será la que co--  
rresponde a la cubeta holgada.

La cubeta ajustada tiene la ventaja de dar impresio--  
nes bien delimitadas y fieles en la parte mucosa, y elásticas--  
en cubeta amplia, en la parte dentaria. Es probablemente el --  
tipo de técnica mas generalizada actualmente.

MODELOS. En las impresiones compuestas ( dos cube--  
tas ) es de rigor un zócalo de yeso que las asegure, en las --  
impresiones elásticas se debe eliminar con cuidado toda parte-  
fluctuante. Una variante sobre la que no se ha insistido mu--  
cho, pero muy valiosa frente algunos problemas de prótesis in-  
mediata.

CAP. IV.- a) DIMENSION VERTICAL.

b) ORIENTACION DE RODILLOS.

c) RELACION CENTRICA.

d) SELECCION DE DIENTES.

## a).- DIMENSION VERTICAL.

Se puede definir según BOUCHER: En relación de reposo es la separación vertical de las mandíbulas cuando existe una contracción tónica de la musculatura maxilo-facial y puede variar en estado de salud, con la frecuencia respiratoria y con la postura del cuerpo.

Se puede explicar que la dimensión vertical no es constante a lo largo de toda la vida, no es una dimensión estática sino que refleja en las diferentes edades de la persona los periodos de crecimiento, desarrollo y vejez. Niswoger (1934) sugirió un método para determinar la dimensión vertical que hoy en día se usa corrientemente.

El paciente se coloca sentado de modo que la línea ala-tragus este paralela al suelo. Se procede hacer dos marcar en la piel, una en el labio superior y otra en la barbilla. Se ordena al paciente que abra y cierre la boca varias veces, con tranquilidad psíquica y respiración normal, finalmente que toque ligeramente los bordes de los labios con la lengua para humedecerlos, que degluya saliva y que cierre la boca o sea que quede en posición de descanso, con una regla medimos la que existe del punto fijo al móvil antes marcados y esta será la dimensión vertical de descanso.

Para determinar la posición de oclusión, indicamos -

al paciente que hable y efectue varias veces el movimiento de deglución después se marca, pero notaremos que existe una disminución de las medidas antes marcadas, se vuelve a marcar y donde coincida la mayor parte de las veces nos indicará que ahí -- se encuentra la dimensión vertical de oclusión. Entre ambas medidas existirá una diferencia que oscila entre los dos y los -- tres milímetros y es lo que se llama espacio interoclusal.

#### b) ORIENTACION DE RODILLOS

Se obtiene la altura en la parte anterior de acuerdo a la estética. Se acepta que el borde del rodillo quede a un milímetro o milímetro y medio abajo del borde libre del labio superior en descanso la superficie del Rodillo es paralela a la línea interpupila. La dirección anteroposterior del rodillo -- se guía sobre la línea ala de la nariz a tragus de la oreja -- siendo paralela.

La dimensión vertical quedará completada por la altura del hemirrodillo inferior. La altura que deberá darse a -- esté será dada por un método fisiológico funcional.

Se procede a trabajar el rodillo inferior, no debe de tener una altura exagerada pues estorbaría los movimientos de la lengua. Con la placa base superior firmemente asentada en la boca del paciente, reblandecemos el rodete de cera blanda de la placa inferior, lo colocamos a la boca lo asentamos bien y --

decimos al paciente que haga varios movimientos de deglución. El acto de deglución automáticamente lleva al maxilar inferior a la altura necesaria para que los músculos que intervengan en el acto puedan ejecutar debidamente en función. Una vez logrando esto lo verificamos con la posición de descanso que se tomo anteriormente, esta posición de contacto deberá estar dis-minuida de dos o tres milímetros correspondientes al espacio inter-oclusal ó diferencia de posición de descanso y de oclusión.

#### RELACION CENTRICA.

Primero se buscará la distancia de la mandíbula en posición de reposo, se marca esta distancia y se observa sobre la cara del paciente, mientras se prepara el registro de relación céntrica en cera.

Se toma una tira de cera ancha que cubra todas las superficies oclusales cuya longitud comprenda todo el espacio entre los dientes y procesos alveolares opuestos, la cera deberá ser blanda y cubrir todas las superficies oclusales desde las últimas piezas hasta el borde incisal de los dientes inferiores. Se enseña al paciente a hacer movimientos de protrusión y retrusión que lleve la mandíbula adelante y atrás cuando pueda y de manera rápida; una vez repetido esto varias veces estaremos seguros de que lo hará después correctamente; entonces se introduce la cera y se le pide que repita la posición más posterior mordiendo ligeramente.

Cuando los dientes han penetrado en la cera, se le pide que cierre los labios y coloque todas sus facciones en reposo; se mide el grado de cierre. La mandíbula debe de cerrar hasta el grado de cierre marcado en la cara que señala la posición de reposo y alcanzar hasta 3 cm. más allá. Después se le pide al paciente que trague repetidas veces cada uno de los movimientos deglutorios, profundizará las huellas de la cera si esta es lo bastante blanda si fuera necesario se retira, se calienta ligeramente de nuevo y se acienta otra vez, hasta estar seguros de que la mandíbula ha alcanzado su retrusión a la par que el paciente deglute.

Una vez que se ha alcanzado el grado deseado de cierre, se pide al paciente que se quede quieto permitiendo que se endurezca la cera y de este modo se saca sin deformarla. Se retira la cera y se recortan los excesos de cera sobre las caras labiales linguales de los dientes, se asienta otra vez para comprobar que no hay deformación, y por último se le pide al paciente que cierre otra vez con cuidado y la sujete un momento mientras se señalan las adecuadas correcciones futuras en la disposición de los dientes.

#### c).- SELECCION DE DIENTES.

Los dientes naturales sirven como guía para la selección de color, tamaño y forma de los dientes.

La selección para el mejor diente posible para cada paciente tiene mucho que ver con el suceso eventual ó pérdida de un total servicio de la dentadura. Dientes anteriores que no están en armonía con los demás dientes del paciente respecto a color, forma y medida pueden causar problemas en la construcción de una dentadura.

La selección de dientes no es un ejercicio mecánico y las fórmulas son de poco valor excepto como un punto de partida.

De esta forma, valores y medidas erróneas no pueden ser de un buen juicio artístico. La observación cuidadosa de las caras y dientes de gentes con dientes naturales desarrollarán un sentido de armonía dentofacial que es el objetivo de la selección de dientes y la estética.

Ahi debe estar la armonía de color, forma, medida y colocación de los dientes.

La gente de tez blanca generalmente tiene dientes con menos color y los colores son menos saturados, entonces los dientes son más luminosos para estar en armonía con los colores de la cara.

La gente de tez oscura generalmente tiene dientes oscuros que están en armonía con el color de la cara. Así como la luminosidad o la oscuridad del contorno de los dientes.

Dientes luminosos en la boca de un paciente de tez

muy clara pueden parecer oscuros, de otra forma, dientes oscuros en la boca de un paciente de tez muy oscura pueden parecer mas luminosos de lo que son.

El matiz de los dientes debe estar en armonía con -- los colores de la cara del paciente.

Las observaciones para la guía de sombra de los dientes son de tres formas.

- 1.- Afuera de la boca a lo largo del lado de la nariz.
- 2.- Bajo los labios solamente con los incisivos expuestos
- 3.- Solamente con los cervicales cubiertos y la boca abierta.-

El primer paso establecerá el matiz, brillantez y saturación básicos .

El segundo revelará el efecto del color del diente cuando la boca del paciente esta relajada.

El tercero simulará la exposición del diente como una sonrisa.

El color de la cara va a ser la guía básica para el color de los dientes.

**CAP. V.- COLOCACION DE DIENTES ( ARTICULACION )**

## COLOCACION DE DIENTES. (ARTICULACION)

Los dientes anteriores se pueden colocar de dos maneras.

1).- En el modelo se recortan los dientes en forma alternativa y se escava la porción radicular anterior dándosele poca profundidad ( aprox. 1mm.) del lado vestibular y al ras con el margen gingival del lado lingual o palatino. La depresión ligera recortada en la porción vestibular acomodará los cuellos de los dientes artificiales. por supuesto que es obvio, que en bocas con enfermedad periodontal acompañada por retracción y pérdida ósea no se recortará el yeso o si se recorta se hará muy poco .

El escaso recorte del modelo permitirá la confección de una prótesis que proveerá una matriz adecuada para un reborde pleno redondeado de la zona inmediata. Se obtienen los mejores resultados si no se recorta hueso alguno en el momento de colocarse las prótesis inmediatas. Los dientes seleccionados se enfilan en sus posiciones específicas y se modifican como se requiera. Por lo común, el incisivo central derecho artificial es el primer diente que se enfila en su posición y se pega con cera, después se reemplazan alternativamente los dientes hasta que todos están enfilados. Al quitar solamente un diente por vez, permite que se reproduzcan las pequeñas irregularidades --

que puedan haber.

Los músculos de la expresión facial dependen de la -- reproducción del arco dentario; por eso se coloca un diente por vez con el fin asimismo de conservar esta posición, despues se recortan los incisivos laterales y se les reemplaza por dientes artificiales.

Los dientes superiores permanentes ( incisivo central izquierdo y los caninos derecho e izquierdo) se ubican en el -- lugar de los que están en el modelo de yeso piedra con un calibrador de boley se mide la distancia entre las superficies vestibulares de los caninos en el modelo de yeso piedra de modo que sus reemplazantes tendrán una distancia idéntica entre sus caras vestibulares.

Mediante el procedimiento que se acaba de describir, -- es mas facil la reproducción exacta del aspecto, posicion de -- los dientes individuales y posición del arco dentario.

En el segundo sistema los dientes se recortan de -- acuerdo con la linea única correspondiente al zurco gingival.

Los dientes se separan rompiéndolos del modelo en su porción cervical, y se redondea el reborde para imitar el proce dimiento de recorte no óseo, excepto en las zonas interproximales, se lleva a cabo este procedimiento de un lado o en una mitad de los dientes remanentes, y después del otro.

Se pueden enfilear los dientes de los segmentos, alter

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

El segundo procedimiento ofrece la ventaja de asegurar que la preparación del modelo sea realizada por el odontólogo mismo, en vez de llevarlo al técnico de laboratorio.

En el primer procedimiento el recorte definitivo del modelo se completa en el paso de la eliminación de la cera, y por razones de conveniencia frecuentemente lo hace el técnico del laboratorio. Entonces se corre el riesgo de un recorte -- excesivo de modelo.

**CAPITULO VI**

a).- **BALANCE OCLUSAL.**

b).- **PRUEBA DE LA ARTICULACION EN CERA.**

c).- **RECTIFICACION DE LA OCLUSION EN EL PACIENTE.**

d).- **RECOMENDACIONES AL PACIENTE.**

## a) BALANCE OCLUSAL.

La finalidad del balance oclusal es verificar que haya contacto simultaneo de las partes de oclusión en ambos lados de la arcada dental antagonista.

El balance oclusal se puede seguir de la siguiente manera:

Ponemos la dentadura en el articulador en relación -- centrica de contactos cúspides-fosas. Las cúspides palatinas -- de las piezas posteriores deberá caer en las fosas de las piezas posteriores inferiores.

Primero. Se llevará en posición de lateralidad iz --- quierda. La cúspide palatina de la pieza posterior izquierda -- hara contacto con la cúspide lingual inferior. La cúspide palatina de la pieza superior derecha tocará la cúspide vestibular-derecha inferior.

Segundo. Colocamos el articulador en posición dere -- cha. La cúspide palatina superior derecha hace contacto con la -- cúspide lingual de la pieza inferior; La cúspide palatina superior izquierda debe caer con la cúspide vestibular de la pieza -- inferior.

Todos estos contactos se logran con movimientos de -- piezas posteriores superiores.

Las cúspides vestibulares superiores no entran en con

tacto con los dientes inferiores en ningún momento, debido a la inclinación, que se dió a estas piezas con el fin de que cuando existan movimientos las piezas se distribuyan y no recaigan directamente sobre el hueso alveolar y de esta manera evitar la reabsorción ósea.

#### b) PRUEBA DE LA ARTICULACION EN CERA

La prueba de la dentadura en cera es de gran importancia ya que se logra apreciar y corregir cualquier defecto en lo que se refiere a fonética, estética, dimensión vertical y relación centríca y articulación dentaria.

Antes de introducir las dentaduras en cera en la boca del paciente, se procura endurecerla en agua fría, y que estén limpias, que no tengan fragmentos de cera ni otra imperfección, tanto en su superficie interna, como en los bordes, la cera no debe presentar distorciones ni perforaciones.

Posteriormente ponemos las dentaduras en la boca del paciente, la colocamos en relación centríca; verificamos los requisitos de estética analizando la forma de la cara, vista de frente y de perfil, se verificará la colocación y articulación de los dientes artificiales, su tipo forma, tamaño y color.

La dentadura colocada en la boca del paciente puede cambiar, alterar o modificar los sonidos fonéticos; por lo cual se deberá tener en observación permitiendo el libre movimiento-

de palabras pronunciado por el paciente.

Las bases de la dentadura deberán tener un espesor mínimo suficiente para su resistencia, deberá tener una extensión adecuada y recortar los bordes de tal manera que no interfiera en el libre movimiento. Opriman o lastimen las inserciones musculares, frenillos y tejidos adyacentes. Verificar simultáneamente con la estética, articulación de las piezas artificiales y pensando en el efecto con que repercutirá sobre el lenguaje y fisonomía. Realizadas las modificaciones necesarias se le brinda al paciente la oportunidad de opinar y contemplarse en conjunto.

#### c) RECTIFICACION DE LA OCLUSION EN EL PACIENTE

Las correcciones necesarias deben efectuarse desde el momento en que se coloca la prótesis.

1).- Localizar zonas de alivio, aplicando una delgada capa de compuesto zinquenolico en toda la superficie interna -- hasta los bordes de la dentadura tanto superior como inferior.

Le indicamos al paciente que se enjuague la boca con agua y una solución estringente, preparamos el compuesto zinquenolico con un poco de vacelina sólida para obtener una mezcla -- mas viscosa, secamos perfectamente la superficie interna de la dentadura superior con una gasa, le aplicamos una pequeña capa de material y lo llevamos a la boca junto con la inferior y le-

ordenamos que cierren céntrica con una presión moderada, fraguado el material se retiran las dentaduras y se observa cuidadosamente las superficies del material, en las porciones de la base en donde el compuesto zinquenólico se ha adelgazado en extremo, se retoca rebajando a nivel de esas zonas con una piedra montada.

Para localizar y aliviar las zonas del proceso inferior se procede del mismo modo.

En los bordes de las placas no debe existir angulos terminados en punta sino que éstos deberán ser redondeados. Deberán existir escotaduras amplias en las regiones de los frenillos.

Se checa la relación céntrica en el paciente para observar si a la hora del terminado no se movió esta relación.

Como último paso procedemos a eliminar contactos prematuros unicamente en posición céntrica y obtener el mayor número de contactos cúspide fosa. PROCEDIMIENTO.- Colocamos en las piezas posteriores una hoja de cera verde que esté bien adherida a estas piezas, introducimos las placas en la boca del paciente y ordenamos que cierre, la cera tal vez se perfore en algunos puntos, indicandonos los puntos prematuros de contacto.

Se retiran las placas y con un lapiz se marcan las perforaciones hechas en la cera, se retira la cera colocada en-

los dientes inferiores posteriores y quedan las marcas del lápiz, estas se eliminan con una piedra montada. Se vuelve a colocar --- otra hoja de cera y se repite el mismo procedimiento, hasta lo -- grar eliminar todos los contactos prematuros de las relaciones -- cúspide fosa.

#### d) RECOMENDACIONES AL PACIENTE

Debemos indicarle al paciente que tenga un poco de pa-- ciencia sobre todo en un principio hasta adquirir la mayor habi-- lidad para usarlas comodamente.

Durante los primeros días se le recomienda al paciente-- no comer cosas duras ni pegajosas sino mas bien blandas o semi -- liquidas.

Al principio los tejidos de soporte donde apoyan las -- bases de las dentaduras sufren irritaciones o lesiones, se procu-- ra evitar presiones excesivas con las dentaduras hasta que gra -- dualmente los tejidos lo puedan resistir. Se le indicará al pa -- ciente que procure mantener la lengua en posición de descanso app -- yandose sobre la superficie oclusal de la dentadura inferior y -- que no retraiga ni encoja la lengua estas indicaciones serán para evitar que el paciente desaloje la dentadura inferior.

## RECOMENDACIONES DE ASEO

Se recomienda un aseo meticuloso, tanto de la cavidad bucal como de las dentaduras. Aplicación de masaje sobre las -- encías con un cepillo blando enjuagarse con una solución ligeramente astringente, evitar caídas o golpes, que pudieran produ-- cir la fractura de los dientes ó de las bases acrílicas. Se le indicará al paciente que en la noche deje las dentaduras en un vaso de agua. Se deberá citar al paciente periódicamente donde se inspeccionará cuidadosamente y se escuchará las experiencias del uso de las dentaduras y si es que ha seguido nuestras ins - trucciones. Se deberá citar al paciente a inspecciones posteriores cada 6 meses.

## BIBLIOGRAFIA

SHARRY J. JOHN.

PROSTODONCIA DENTAL  
COMPLETA  
Ediciones Toray S.A.  
Barcelona 1977.

BOUCHER O. CARL.  
HICKEY C. JUDSON.  
ZARB A. GEORGE.

PROTESIS PARA EL DES  
DENTADO TOTAL  
Editorial Mundi S.A.  
L.C. y F.  
Séptima Edición  
Buenos Aires Argentii  
na.

SAIZAR PEDRO.

PROSTODONCIA TOTAL  
Editorial Mundi  
Buenos Aires Argen -  
tina.

RAYMOND J. NAGLE  
SEARS H. VICTOR

PROTESIS DENTAL.  
Editorial Toray S.A.  
Barcelona 1965.