

24 687



Universidad Nacional  
Autónoma de México



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

D.G.B. - UNAM  
TESIS DONADA POR

Prostodoncia Total Inmediata.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

María del Rosario Núñez Amador

MEXICO, D. F.

1980



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

Páginas

## Capítulo I.

Historia Clínica; Examen General del Paciente;  
Examen Local. Pronóstico y Plan de Tratamiento. 1 - 25

## Capítulo II.

Definición; Ventajas; Desventajas; Indicaciones. 26 - 29

## Capítulo III.

Registros Preextracción en Prostodoncia Inmediata. 30 - 32

## Capítulo IV.

Técnica de Construcción de la Prostodoncia Total  
Inmediata.

A) Impresiones Primarias. 33 - 37

B) Impresiones Fisiológicas. 37 - 40

C) Adaptación de Placas Bases y Rodillos. 40 - 44

D) Registros Intermaxilares; Registro del Plano  
Oclusal; Dimensión Vertical y Relación - - -  
Centrica. 44 - 53

E) Selección y Colocación de los Dientes. 53 - 55

F) Terminado y Pulido de la Dentadura. 55 - 57

G) Construcción de la Guía Transparente. 57 - 58

## Capítulo V.

Cirugía para la Inserción del Aparato. 59

A) Extensión de la Operación. 60

B) Anestesia. 60

C) Incisión y Colgajo. 60 - 63

D) Osteotomía y Ostectomía. 63 - 65

E) Sutura. 65 - 66

## Capítulo VI.

Inserción del Aparato y Tratamiento Postoperatorio. 67 - 69

## Capítulo VII.

Citas Posteriores; Reajustes. 70 - 73

## Capítulo VIII.

Conclusiones. 74 - 75

Bibliografía.

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

Hemos decidido realizar el presente trabajo sobre prostodoncia inmediata; pensando en los pacientes con problemas bucales por la falta de algunos de sus organos dentarios. Y, al temor lógico de perder la totalidad de ellas al verse desdentados durante un período de tiempo como sucede en una prostodoncia normalmente.

Ayuda al paciente estética, moral y psicológicamente; ya que la colocación de prostodoncia inmediata, proporciona a los pacientes grandes ventajas. Logrando el desarrollo normal de sus actividades sociales con seguridad en su presencia física. Al reemplazar una dentadura inconveniente por una que cumpliera ampliamente con las necesidades básicas de alimentación y buena presencia.

En consecuencia la inserción inmediata se usa en prostodoncia fija, como en prostodoncia parcial y en la construcción de dentaduras completas de uno o ambos maxilares.

Este tipo de prostodoncia exige una planeación cuidadosa de cada caso a fin de lograr mejores resultados.

Para lograr un mejor desarrollo en este trabajo; debemos recurrir a la cirugía menor, y con el conocimiento de ella dejar en mejor estado los tejidos que van a soportar la prostodoncia y evitar así, la absorción de tejidos óseos y el colapso de los tejidos blandos que tan rápidamente siguen a las extracciones. Cuando la prostodoncia no se coloca enseguida.

Puede decirse en general que es conveniente la prostodoncia inmediata en pacientes cuyo examen bucal indique la necesidad de extraer los organos dentales enfermos. Buscando siempre darles un mejor servicio considerando sus intereses de bienestar físico y moral.

## Capítulo I

Historia Clínica; Examen general del paciente; examen local del -  
paciente; Pronóstico y Plan de Tratamiento.

Historia Clínica. Examen General del Paciente.

En virtud de que para la aplicación de una prostodoncia inmediata es necesario recurrir a procedimientos quirúrgicos para la preparación de los procesos alveolares. Tendremos que realizar el cuidadoso estudio del paciente.

Con este fin procederemos a hacer la historia clínica - del mismo de acuerdo con las bases que la propedeútica nos indica. Y, determinando el diagnóstico deduciremos si esta clase de prostodoncia es la apropiada o no.

Para ello se emplearan normas exploratorias que dividiremos en dos grupos:

I.- Las que proporcionarán datos subjetivos y de información (anamnesis).

II.- Las que nos dan datos objetivos.

El primer grupo comprende el interrogatorio y el segundo la inspección, la palpación, la percusión, la auscultación, - la olfacción, la punción exploratoria, estudio radiográfico y - exámenes de laboratorio.

A) Interrogatorio:

Se llama así el procedimiento de exploración por medio del lenguaje, éste puede llevarse a cabo de dos formas: directa e indirectamente. El directo va a ser con el enfermo, y el indirecto en el cual el explorador se dirigirá a la persona que acompaña al paciente.

El interrogatorio debe llevarse a cabo de acuerdo con - las siguientes reglas:

I.- Usar un lenguaje adecuado a la persona que estamos explorando sin palabras técnicas que no comprenda y si el explorador las utiliza debiera cerciorarse de que su significado es correcto.

II.- Todas las preguntas que haga el explorador deberán tener objeto para el diagnóstico por lo tanto, que reporten pro-

vecho a la investigación.

III.- Saber la evolución de la enfermedad desde su inicio hasta el momento del examen.

IV.- Saber las características que presenta actualmente la enfermedad y si ha sufrido alguna modificación en sus funciones fisiológicas.

El interrogatorio debe orientarse siempre hacia una intención diagnóstica omitiendo detalles sin importancia.

Los datos obtenidos en la anamnesis serán escritos con claridad; la redacción precisa, será siempre la característica de la historia clínica.

Una vez obtenidos todos los datos y procedimientos con criterio clínico elaboramos un diagnóstico.

A continuación expondremos un esquema para el interrogatorio y exploración física:

I.- Ficha de identificación. (Aquí se anotarán los datos personales del paciente). Nombre, sexo, edad, ocupación, lugar de nacimiento y teléfono.

II.- Antecedentes personales patológicos.

- Enfermedades de la infancia por orden cronológico, como: sarampeón, rubeola, varicela, escarlatina, etc.
- Alguna operación y a que edad.
- Si presenta alergia a algunos alimentos, medicamentos o a otros elementos.
- En mujeres, se interroga el número de gestaciones y abortos.

III.- Antecedentes personales no patológicos.

- Hábitos. Alcohol, uso y cantidad; tabaco; sedantes; otros medicamentos y hábitos de sueño.
- Antecedentes Sociales. Se describen las condiciones de vida incluyendo: habitación, iluminación, ventilación, educación y puesto que ocupa en la sociedad; ingresos y problemas económicos.

- **Ocupación y medio.** Trabajo actual y pasado, exposición o peligros de trabajo, satisfacción emocional y económica, lugares en los que ha vivido y ha visitado. Ciertas enfermedades tienen su origen en la ocupación del individuo.
- **Antecedentes familiares.** Se le pregunta al paciente la edad y estado de salud al morir, o causa de la muerte de: padre, madre, hermanos y hermanas. - Estas enfermedades son: diabetes, hipertensión, enfermedades nerviosas y mentales, cancer, cardiopatías, asma y alergia.
- **Trastorno principal.** Descripción breve de preferencia con las propias palabras del paciente. Duración y aparición del mismo.
- **Enfermedad actual.** En orden cronológico se hace la descripción de cada síntoma, relacionado con la enfermedad actual. Cada síntoma debe describirse en cuanto a tiempo y modo de comienzo, duración e intensidad.

Se interroga cuidadosamente la relación que guardan en los síntomas con los alimentos, trabajo, excitación, ingestión de medicamentos u otros factores.

Se debe investigar tratamientos seguidos por el paciente; incluyendo medicamentos, médico y hospital.

- **Revisión por sistemas:**

- a) **Cabeza:** (cefalgias) (Dolor, duración e intensidad, carácter y sitio) Se debe observar el tamaño y su forma.
- b) **Ojos:** Vista; (diplopia) imagen visual doble de un objeto único observado; enfermedades inflamatorias, intolerancia a la luz (fotofobia); visión borrosa, dolor, pérdida de la agudeza visual.
- c) **Oídos:** Audición; dolor en el oído (otalgia); salida de secreciones serosas, seropurulentas o purulentas, mezcladas con sangre y de olor fetido.



do (otorrea); infecciones.

d) Nariz, garganta y boca: Amigdalitis, secreción nasal crónica, obstrucción nasal crónica, (epiglotitis), sentido del olfato alterado, hemorragia gingival, sentido del gusto, úlceras, faringoamigdalitis, ronquera, problemas con los senos paranasales.

e) Alteraciones hemorrágicas.

-Si algunos de sus familiares inmediatos han tenido episodios hemorrágicos serios.

-Si la operación de anginas o extracciones dentarias se llevaron a cabo sin secuelas graves.

-Si ha tomado mediamente como: (salicilatos), esteroides, butazolidina u otros que llegarán a interferir con la coagulación.

-Ha padecido de alguna enfermedad del hígado o de tipo biliar.

-(Escorbuto).- Sensación intensa de cansancio, de presión neuro-psíquica, somnolencia, dejadez, in diferencia por lo que ocurre a su alrededor; dolores por todo el cuerpo, pero sobre todo en los brazos y en las piernas de naturaleza muscular, articular y neurológica, adelgazamiento, fenómenos hemorrágicos de la piel, mucosas, músculos, piel con manchas hemorrágicas de color rojo violáceo, las encías violáceas, tumefactas, dolorosas y sanguinolentas.

-(Anemia perniciosa).- Se cansa con facilidad, -- sensación de ardor y dolor en la lengua que se presenta enrojecida y a menudo ulcerosa, falta de apetito, vómito, diarrea, malhumor, palidez siempre evidente en la piel que tiene una tonalidad amarilla pajiza, debilidad y adelgazamiento progresivo.

- (Purpura).- Aparición sobre la superficie - cutánea o mucosa de erupciones hemorrágicas - espontáneas en forma de manchas puntiformes o más extensas e irregulares, hemorragias nasales, vomitos sanguíneos acompañados de fuertes dolores de estomago, descargas diarreicas mezcladas con sangre, dolor en las articulaciones sobre todo en las rodillas que luego - se hinchan.
- (Leucemia).- Aumento progresivo del bazo y -- del higado, dolores en el esternon y en los - huesos largos, aumento modico de los ganglios linfáticos, cansancio, falta de apetito, do-- lor de cabeza, trastornos digestivos, fiebre irregular, sensación de vertigo, reducción -- de la percepción auditiva, hemorragias repetidas y espontáneas de las encías, nariz, etc. la sangre se presenta más pálida y decolorada de lo normal.
- (Hemofilia).- Retrazo notable del fenómeno de la coagulación de la sangre, extrema facilidad y la gran abundancia de hemorragias, de forma que incluso las pequeñas lesiones de los va-- sos sanguíneos (provocadas por traumas externos insignificantes, como un ligero empujón, - un corte pequeño y superficial, etc.), originan una hemorragia abundante y a veces incoer-- cible localizada por doquier, hemorragias externas superficiales, nasales, gingivales, -- viscerales (estómago, intestino, vesícula, -- riñones, etc.)
- (Glomerulonefritis).- Hinchazón especial de-- la piel que invade el rostro principalmente - (especialmente en los párpados, carrillos, --

y en los labios), aumento de la presión sanguínea, alteraciones urinarias, tales como - la emisión disminuida de la orina, o incluso completamente anulada, aumento de la emisión de orina por la noche, presencia de glóbulos rojos de la sangre.

Palidez de la piel, fiebre, debilidad general, trastornos cardíacos, trastornos nerviosos, trastornos visuales, falta de apetito, náuseas, vómitos, etc.

- (Hipertensión o Hipertonía Arterial).-Diarrea, insomnio, cefalea matutina, congestión del rostro, palpitaciones cardíacas, vertigios, hormigueos, trastornos digestivos, nerviosos, auditivos, vesicales, hemorragias nasales, etc.

- Sistema Cardiovascular.

Del sistema cardiovascular obtendremos datos interesantes como son:

- a) Dificultades respiratorias cuando se practican ejercicios moderados.
- b) Episodios de dificultad para respirar por las noches, cuando se permanece en la cama.
- c) Tensión en el pecho.
- d) (Ortopnea).- Dificultad respiratoria que obliga a adoptar una posición semisentada en la cama, mediante la colocación en la espalda de varios cojines.
- e) Dolor irradiado hacia el brazo o brazos.
- f) (Cianosis).- Coloración azulada de la piel y de la mucosa sobre todo de los labios, pómulos, nariz, orejas, dedos de las manos y pies a consecuencia de la escasez de oxígeno en la sangre.
- g) Dolor en las piernas al caminar.

- h) Palpitaciones de inicio o final brusco (Taqui-  
cardias).
- i) Cansancio.
- j) Calambres en el cuerpo.
- k) Palidez de las encías.
- l) Adormecimiento.
- m) Dolor de cabeza (Cefalea)
- n) Inflamación de párpados (Edema palpebral)
- ñ) Zumbido de oídos.

- Aparato Digestivo.

De manera especial se interrogará al paciente - -  
acerca de alteraciones digestivas que muchas ve-  
ces fomentan procesos gingivales y del periodon-  
to.

Se le preguntará si:

- a) Tiene apetito.
- b) Distingue los sabores en la comida.
- c) Dolor al deglutir.
- d) Dolor de estómago, hacia donde se irradia y có  
mo desaparece o con qué.
- e) Distensión.
- f) Diarrea con frecuencia.
- g) (Pirois).- Sensación de quemazón en el estóma  
go, acompañada en algunas ocasiones de una sen-  
sación de constricción (calambre); suele pre-  
sentarse después de las comidas..
- h) Vómitos a que hora, olor, cantidad, moco, pus.
- i) Frecuencia de ir al baño.
- j) Constipación con qué frecuencia.
- k) Pujo.
- l) (Dispepsia).- Digestión pesada, trabajosa y a -  
veces dolorosa.
- m) (Gastritis).- Falta de apetito; sensación mole-  
sta de pastocidad en la lengua que esta seca y -

recubierta por una capa blanquecina; sabor amargo de boca; aliento nauseabundo, sequedad de los labios y de las fauces; sed intensa y continua; bostezos; eructos e hipo frecuentes; sensación de náuseas al ver los alimentos u olerlos; vómitos; vientre hinchado por acumulación de gases - en el estómago e intestinos.

- Aparato respiratorio.

Respecto del aparato respiratorio, podremos obtener del paciente los datos siguientes:

- a) Dificultad al respirar.
- b) Son frecuentes los resfriados.
- c) Desviación del tabique nasal.
- d) Tos, cantidad de expectoración, sangre, olor y color.
- e) Dolores torácicos.
- f) Dolores en los senos de la cara.
- g) Tuberculosis.
- h) (Disnea).- Respiración difícil, forzada, jadeante a veces acelerada y otras veces lentificada.
- i) Hipertrofia amigdalina.
- j) (Asma).- Ataques más o menos frecuentes de intensa disnea.
- k) Estados catarrales.
- l) (Bronquitis).- Síntomas de un enfriamiento corriente: estornudos frecuentes y abundante mucosal nasal; tos, expectoración mucopurulenta, dolor en el centro del pecho, el enfermo se siente débil sin apetito y con dolores reumatoideos difusos.

- Sistema nervioso.

Son dignos de tomarse en cuenta los datos que nos proporciona el enfermo, así como los que aporte su familia.

- a) Pérdida del conocimiento.
- b) (Convulsiones).- Serie de contracciones bruscas

e involuntarias de los músculos.

- c) (Parálisis).- Abolición o pérdida total de movimientos de los músculos voluntarios, es decir, de aquellos que movemos a placer.
- d) (Parestesias).- Sensaciones espontáneas o provocadas de hormigueo, quemazón, entorpecimiento, picazón, prurito, etc.
- e) (Tics).- Contracción muscular de brevísima duración, rápida e involuntaria, localizada en ciertos músculos o grupos musculares, sobre todo en la cara.
- f) Temblores.
- g) (Insomnio).- Falta de sueño.
- h) Mareos.
- i) (Amnesia).- Pérdida de la memoria.
- j) (Afasia).- Trastorno de la palabra.
- k) Reflejos Osteotendinosos.
- l) Duerme bien...cuantas horas?
- m) Carácter irritable o aprensivo.

- Sistema Genitourinario.

Los síntomas a que debe prestarse mayor atención son:

- a) (Edema).- Hinchazón o engrosamiento de los tejidos.
- b) (Oligurias).- Disminución en la cantidad de orina emitida en las 24 horas.
- c) (Nicturia).- Aumento en la emisión de orina durante las horas nocturnas con la consiguiente disminución paralela durante el día.
- d) (Hematuria).- Emisión de sangre por la orina.
- e) (Disuria).- Emisión dificultosa de la orina.
- f) Dolor al orinar.
- g) Sensación de ardor o quemazón.
- h) Presenta sangre al inicio o al término.
- i) Color y olor.

B) Inspección.

a) Método de exploración por medio de la vista. Esta puede ser directa o instrumental. La directa es la que se emplea-

comumente en la clínica; cuando el explorador utiliza nada más el sentido de la vista, la instrumental se ayuda con algun aparato.

Con la inspección se van a obtener nociones - del sitio, forma, color, volúmen, números, superficie, movimiento y además las separaciones de regiones simétricas.

a) Signos vitales.

- **Peso.** Es la conformación del estado de nutrición el peso normal para cada individuo; guarda relación con la edad, sexo, talla, desarrollo esquelético y raza. El peso normal puede variar entre el diez y quince por ciento, por encima o por debajo de una cifra dada. La desviación con respecto al término medio en una persona normal, depende del consumo de alimentos, del gasto energético de la magnitud de la estructura esquelética, del temperamento y de diferencias en la actividad de las glándulas endocrinas.
- **Temperatura.** Es el método de exploración que tiene por objeto el estudio comparativo del calor del cuerpo humano, en el curso de las enfermedades, especialmente de carácter febril. Se considera normal una temperatura bucal comprendida entre 36.1 y 37.2 grados centígrados.
- **Pulso.** La palpación del pulso puede practicarse sobre cualquier arteria que sea superficial y que descanse sobre un plano relativamente duro. La frecuencia del pulso en adultos normales es de: sesenta a ochenta pulsaciones por minuto, en niños, de noventa a ciento treinta, en personas viejas de setenta a ochenta.

- **Respiración.** La respiración normal consiste en la sucesión rítmica y fluida de los movimientos de expansión y retracción.

Atenderemos a sus características especialmente a lo que se refiere a su frecuencia, ritmo, amplitud y simetría.

- **Presión Arterial.** Con este nombre se designa la presión que la sangre ejerce sobre las paredes de las arterias. La presión sanguínea es muy sensible a las emociones; los valores normales de la presión arterial son difíciles de señalar, sus límites son bastante amplios y guarda relación con la edad, raza, constitución, factores hereditarios, hábitos de vida, etc.

Se considera una presión sanguínea normal de setenta sobre ciento veinte milímetros de mercurio.

b) **Inspección General:**

- Estatura, postura, estado de nutrición.
- Piel. Textura, humedad, turgencia, pigmentación, lesiones.
- Cabeza. Forma, tamaño y distribución del pelo.
- Ojos. Conjuntivas y escleróticas, tamaño y forma de las pupilas, reacción pupilar a la luz y a la acomodación, examen oftalmoscópico de la retina, exudados, vasos y papilas ópticas, visión.
- Oídos: examen externo en busca de inflamación en la membrana timpánica, exudados, agudeza auditiva.
- Nariz. Forma, desviación, perforación del tabique, cornetes, secreción, pólipos.
- Boca y garganta. Labios, simetría, cianosis, gingivitis, herpes, hiperqueratosis e úlceras,



pigmentación.

- Mucosas y encías, Palidez, úlceras, pigmentación.
- Dientes. Caries, cuello de las piezas, presencia de tartaro, piezas faltantes, restauraciones y protodoncias dentales, alteraciones pulpares, restos radiculares, movilidad de las piezas por traumatismo o resorción ósea; se clasifica en: movilidad de primer grado, segundo y hasta quinto grado; tipo de oclusión abierta, cruzada, cerrada, prognatismo.
- Lengua. Color, atrofia de las papilas, úlceras, desviación, palpación.
- Faringe y amígdalas.
- Cuello. Ganglios linfáticos, tiroides, ingurgitación venosa, pulsaciones anormales, masas, traquea en la línea media.
- Torax. Contorno, simetría, igualdad de expansión, ganglios linfáticos axilares.
- Pulmones. Ruidos respiratorios, frecuencia respiratoria, vibraciones vocales, sibilancias, frotos.
- Mamas. Tamaño, bultos, secreciones, pigmentación, sensibilidad.
- Corazón. Choque de la punta, frecuencia, ruidos cardíacos, ritmo.
- Abdomen. Contorno, cicatrices, dilataciones venosas, rigidez, sensibilidad, hígado, bazo, riñones, vejiga, líquido, ganglios linfáticos inguinales.
- Genitales masculinos. Secreciones, lesiones testiculares, hernia inguinal.
- Genitales femeninos. Inspección del perineo, cuello uterino, palpación bimanual del útero y anexos, extendido de papanicolaou.

- Recto. Hemorroides, bultos, prostata.
- Extremidades. Color de las palmas, hipocratismo digital, cianosis, tumefacciones o deformaciones articulares, pulso.
- Espalda. Curvatura y movilidad.
- Sistema nervioso. Reflejos tendinosos profundos, reflejos patológicos, pares craneales, - examen del sensorio.

### C) Palpación.

Es el método de exploración que se efectúa por medio del sentido del tacto. Esta puede llevarse a cabo manual o instrumentalmente y es casi exclusiva del dominio quirúrgico.

La palpación toma el nombre de bimanual cuando se ejecuta con las dos manos. Llamamos tacto a la palpación que se efectúa introduciendo uno o dos dedos en las cavidades naturales del organismo, dando ese calificativo según la calidad en que se haga y así se denominará: tacto vaginal, rectal, bucal, etc.

D) Percusión. Es el procedimiento de exploración que consiste en dar de golpes con el objeto de producir ruidos; despertar dolor o provocar movimientos. Nos permitira percatarnos de la macidez, solidez, adolorimiento, etc. de la parte enferma y muchas veces con los datos que esta maniobra proporciona, podremos por ejemplo, establecer certeramente un diagnóstico diferencial entre una pulpitis y una periodontitis.

E) Auscultación. Es la exploración que se efectúa por medio del oído. Nos proporciona datos acerca del aparato cardiovascular y sus alteraciones.

F) Olfación. Es la exploración que nos ayudará muy eficazmente en el diagnóstico y en el curso evolutivo de los procesos infecciosos, así como en el reconocimiento del carácter de las secreciones. En estados infecciosos de los conductos radiculares; evolución de las estomatitis, alveolitis, etc. e incluso en el diagnóstico de presunción de ciertas enfermedades generales (diabetes, gastropatías).

G) La punción exploratoria. Esta proporciona datos -- sobre derrames, colecciones purulentas y formaciones quísticas.

H) Exámenes de laboratorio. Constituyen un medio decisivo de diagnóstico y a cuyo estudio e interpretación debe dedicarse mayor atención, para establecer las enfermedades bucales.

De acuerdo con la práctica establecida en toda -- operación quirúrgica, ordenaremos las pruebas y exámenes de laboratorio necesarios, como son: tiempo de coagulación, tiempo de sangrado, tiempo de protrombina, biometría hemática completa, índice de glucemia, determinación de urea en sangre y colesterol.

I) Examen radiográfico. El estudio radiográfico es de gran importancia en nuestra profesión y en el caso de la prostodoncia inmediata utilizaremos radiografías periapicales y oclusales.

La prostodoncia inmediata esta contraindicada en los siguientes casos: en la caquexia, el parkinsonismo grave, la -- senilidad avanzada; significando un riesgo en idiotas, dementes, epilépticos. Puede agravar el estado del paciente en el caso del cancer, sífilis, tuberculosis bucal u otros procesos graves en -- evolución, como es también riesgo en pacientes con maxilares -- irradiados y las probabilidades del éxito son negativas, cuando el estado mental o espiritual del paciente impide su comprensión, tolerancia o confianza suficiente.

#### Examen local del paciente.

Antes de empezar un tratamiento para la elaboración -- de una prostodoncia inmediata, es necesario obtener del paciente la mayor cantidad de datos acerca de sus dientes naturales. Hay que saber cuánto tiempo estuvo parcial o totalmente desdentado; -- cuál ha sido su experiencia con prostodancias anteriores y como contempla la perspectiva de usar una prostodoncia inmediata.

Hay que obtener todos los datos que puedan tener relación directa o indirectamente con el estado físico del paciente--

y con su actitud mental, sobre todo en lo que se relaciona con - las características anatómicas de la boca que permitan reconocer factores probables de dificultad o utilidad o simplemente, - características personales que deben tenerse en cuenta.

Los datos más importantes que obtenemos son: Topografía de los procesos y paladar, elevaciones y depreciones, grado de reabsorción del proceso alveolar, formaciones anormales de -- los rebordes alveolares, tales como: protuberancias, crestas, -- hendiduras altura, grosor, volúmen, bordes agudos o romos, existencia de restos radiculares, inserciones musculares, fracturas, estudio de la articulación temporomandibular con todos sus movimientos.

Encontramos también por medio de nuestro estudio ciegas deformaciones y procesos infecciosos que fácilmente pueden - existir en la cavidad bucal, tales como:

- Labio leporino, fisura labio alveolar.
- Quistes paradentarios.
- Tumores (fibroma, sarcoma, carcinoma, lipoma, etc.)
- Paradentosis.
- Gingivitis (medicamentosa, traumática, etc.)
- Abscesos agudos.
- Estomatitis (medicamentosa, úlcera, gangrenosa, - etc.)
- Parálisis facial.

Iniciamos la obtención de datos de la siguiente manera:

- a) Actitud mental. El examen psicológico debe tomar en cuenta: fobias, motivaciones y complejos. Los pacientes desde este punto de vista se clasifican en: Receptoras, indiferentes, histéricos, pasivos y pesimistas. La actitud mental que puede presentar un paciente es:

- Esperanza.
  - a) exagerada.
  - b) normal.

- c) pesimista.
- Indiferencia.
- Supercrítica.
- Nerviosismo.
- Adaptabilidad.
  - a) torpe.
  - b) mediana.
  - c) capaz.
- Influencia de familiares y amigos.
- b) Tiempo que faltan los dientes.
  - Reposición inmediata.
  - Menos de tres semanas.
  - Más de tres meses.
  - Más de un año.
  - Portador de dentadura vieja.
    - a) Tipo de dentadura usada.
    - b) Dentadura vieja satisfactoria.
    - c) No satisfactoria y porqué.
- c) Oportunidad estética.
  - Favorable.
  - Desfavorable.
- d) Tamaño de los maxilares. Pueden ser grandes, medianos, o pequeños. En términos generales, cuando mayores más favorables para la prótesis.
- e) Forma general de los maxilares. No suele concedersele importancia protética. Pueden clasificarse como las caras en: cuadrados, triangulares u ovoides, -- aunque no es de gran importancia práctica.
- f) Tamaño y forma de los rebordes residuales. La forma y el tamaño de cada reborde residual, deben considerarse en toda su extensión, pues puede ser voluminoso de un lado y muy atrofiado en el otro; asimismo, ser redondeado en la parte delantera y afilado hacia atrás.

Por su tamaño los rebordes residuales pueden clasificarse en prominente, mediano y atrofiado. En contra de la creencia general no suelen ser los más ventajosos los prominentes sino los normales.

- g) Inserción de los tejidos móviles. Es fácil determinar la línea de inserción tomando los labios o los carrillos con los dedos y moviéndolos suavemente o bien haciendo mover la lengua. La inserción puede ser baja, mediana o alta. En el maxilar superior - la inserción alta es la más favorable y la inserción baja de los frenillos, central y lateral, pueden requerir corrección quirúrgica, con gran ventaja para la prótesis. En el maxilar inferior, las inserciones bajas son las más favorables.

Puntos en que debe estudiarse detenidamente esta inserción uno de ellos es la parte posterior de las tuberosidades y otro, la parte lingual del maxilar inferior.

En cuanto a las inserciones en la cara lingual del maxilar inferior se las observa; adelante, haciendo tocar la boveda palatina con la punta de la lengua y hacia los lados haciendo sacar la lengua y separándola al mismo tiempo con el espejo.

- h) Zona del "postdamming". Conviene examinarla con detenimiento. A veces mucho, otras poco marcada; puede ser ancha, mediana o muy delgada; asimismo, puede ser poco, medianamente o muy depreciable. La exploración del "postdamming" sirve también para explorar la sensibilidad de la mucosa.
- i) Boveda palatina. Generalmente más dura en su parte central que en el resto, puede ser muy prominente a lo largo de la línea media, constituyendo el - - torus palatinus. Son más ventajosos los paladares-

que no sean ni muy duros, ni muy blandos y no --  
constituye inconveniente, ni ventaja una boveda pa  
latina profunda. Una boveda muy plana, es desde --  
luego la menos retentiva.

- j) Mucosa. Cuando esta sana es interesante, sobre to-  
do desde el punto de vista de su resiliencia. Puen-  
den encontrarse mucosas tensas, resilientes y --  
blandas. Para la prótesis, las segundas son las --  
mejores.

En los portadores de prótesis deben examinarse los  
signos de patología paraprotética (estomatitis ---  
protética, atrofia ósea con hiperplasia fibrosa, -  
hipotrofias marginales, etc.)

- k) Fosa retroalveolar. Deve observarse con la punta -  
de la lengua algunos milímetros por delante de la  
línea roja del labio. Se coloca el índice con su -  
punta haciendo ligero contacto contra la pared con-  
cava de la mucosa, detrás de la línea oblicua in-  
terna y con la uña hacia la lengua. Se enseña al -  
paciente a protruir la lengua como para mojar los -  
labios, seis u ocho milímetros por delante de la -  
línea rosada. El borde de la dentadura debe funcio-  
nar aquí, si deseamos obtener un sellado periféri-  
co con el mayor grado de comodidad y eficiencia --  
posibles.
- l) Sensibilidad bucal. Las pruebas que antecedente so-  
bre todo la palpación de la resiliencia de la mucosa,  
la exploración digital de la fosa retroalveo-  
lar y el estiramiento un poco forzado de las inser-  
ciones, nos dan útiles indicaciones respecto a la-  
sensibilidad del paciente a las nauseas, al dolor-  
y aún al trabajo intrabucal.
- m) Relación labioalveolar. El labio puede ser corto,-  
mediano o largo y también el borde alveolar, puede

ser corto, mediano o alto. Si a un labio largo corresponde un reborde corto, se puede hacer saber - desde el principio que, para mostrar los incisivos el aparato tendrá que ser alto. Con un labio corto y un reborde largo, se requerirán dientes cortos y para evitar la visibilidad del plástico, su adaptación será directa a la encía. Cosa que no deja de ser de tener inconvenientes mecánicos.

- n) Lengua. Es un órgano que interviene en forma predominante en el éxito o el fracaso de la prótesis -- completa. Observase particularmente su volumen y movilidad. Puede ser grande, mediana o pequeña; mucho, regular o poco movable. En términos generales una lengua alargada y movable es mucha más favorable que una ancha y poco móvil.
- ñ) Saliva. Una gran mayoría de los profesionistas en esta área, le dan importancia a la saliva en cuanto a cantidad y calidad para la mejor retención de la prótesis. La película de saliva que se establece entre la placa y la mucosa, perfecciona la adaptación, ayuda en la adhesión. La saliva se clasifica en: espesa, viscosa, líquida y normal.
- o) La ATM, debe ser examinada cuidadosamente, la disminución del movimiento puede ser reconocido observando el movimiento del reborde anterior de abajo. Cuando hay una notable limitación del movimiento - se puede esperar dificultades al registrar la relación centrada.

Colocando los dedos en el meato auditivo externo y presionando con suavidad hacia adelante, el odontólogo puede notar las crepitaciones.

Las luxaciones del condilo pueden ser deducidas de la H. C., y estos enfermos deben tratarse con cuidado especial a la hora de tomar la impresión y D.V.



La artritis de la ATM puede limitar seriamente --- las técnicas de impresión.

p) **Dominio muscular.** El dominio voluntario del paciente sobre sus músculos intrabucales es un detalle que influye poderosamente en el resultado final de una prótesis. Obsérvese la facilidad con --- que el enfermo saca la lengua, hágasele tocar con ella el carrillo derecho y el izquierdo, hágasele ejecutar diversos movimientos con los labios y la mandíbula. El dominio muscular se puede clasificar en bueno, regular o malo. Las personas de escaso dominio de sus movimientos, sea cual fuere la causa, parálisis, semiparálisis, falta de sensibilidad, de sentido muscular, probablemente tendrán --- dificultades para aprender a usar prótesis y se --- adaptarán menos a sus defectos.

q) **Facies.** El examen fisionómico revelara mucho; en --- especial a quien desarrolla la necesaria capacidad de observación. En relación con la prótesis, el --- colapso facial. Especialmente en personas relativamente jóvenes; la pérdida de altura facial, la excesiva movilidad mandibular, la prominencia del --- mentón, el hundimiento del labio superior. Constituyen signos de probable atrofia avanzada; próte--- sis desajustadas, patología paraprotética, asociadas a menudo con perturbaciones del estado general y psíquica.

El paciente puede o no tener conciencia de estos --- trastornos. Inclusive, puede tener conciencia de --- ellos y negarlos; lo que puede ser un síntoma neurótico.

Como norma general conviene ser muy parco en prome--- sas de restauración estética en pacientes que, al usar prótesis, muestran trastornos faciales impor---

tantes.

r) Forma de la cara. Hay tres tipos de perfil en el -  
adulto:

- Recto.
- Convexo.
- Concavo.

Aprendiendo a conocerlos el odontólogo puede ayu--  
darse a encontrar más fácilmente la línea de arm--  
nía en la restauración estética del desdentado, ya  
que los dientes y el mentón son factores de influen--  
cia.

Suele designarse forma facial a la representada por  
los contornos fisionómicos, los que dependen de la--  
forma del esqueleto y pueden clasificarse en cuatro  
fundamentales:

- Triangular.
- Cuadrado.
- Ovoide.
- Mixto.

La manera más sencilla para determinar la forma fu--  
cial; consiste en contemplar al paciente de frente.  
En caso de duda se pueden colocar dos reglas a am--  
bos lados de la cara, por fuera y a lo largo de --  
los bordes posteriores de las ramas ascendentes.

Toda esta información más aquélla que se pueda ob--  
tener despues si esta debidamente anotada; constituyen la histo--  
ria clínica que no sólo ayudará a solucionar problemas de toda -  
índole que puedan presentarse en la construcción de una dentadu--  
ra bien adaptada y útil. Sino que servirá como referencia para -  
el futuro cada vez que el paciente vuelva a necesitar nuestros -  
servicios profesionales.

#### Pronóstico y Plan de Tratamiento.

Pronóstico. Es un complemento obligado e inmediato--  
del diagnóstico. Ambos integran el concepto del médico y el odon--

tologo, sobre el enfermo y su estado.

Frente a la edentación total, el pronóstico es sencillo en principio, limitado a preanunciar las conocidas secuelas del desdentamiento o su prevención, desaparición o compensación con la ayuda del tratamiento protético.

El pronóstico referido al tratamiento protético -- comprende dos partes:

El pronóstico inmediato y el mediato. Ambos de --- considerable importancia práctica.

Pronóstico inmediato. Este pronóstico inmediato en el tratamiento de la edentación es satisfactorio, especialmente en persona jóvenes en buen estado general, maxilares sanos y carentes de trastornos psicomotores a condición de que las prótesis llenen las cualidades técnicas que le den retención, soporte y estabilidad con estética, confort y salud.

Pronóstico mediato. Es sabido desde hace bastante tiempo que la estabilidad de las dentaduras protéticas, cuando están bien realizadas con materiales nobles; depende fundamentalmente de la estabilidad orgánica y normalmente las prostodoncias van perdiendo cualidades de adaptación, retención y eficacia, frecuentemente sin conciencia de los pacientes.

El paciente debe saber que debido a las condiciones cambiantes de su organismo y al desgaste o modificación del material, las prótesis completas tienen poca probabilidad de -- durar no más de tres años, sin reajustes o sin que se imponga -- la necesidad de cambiarlas.

Pronóstico en función de la historia Prostodoncia  
Este pronóstico se divide en:

- a) Prostodoncias correctas sobre maxilares sanos.-  
Buen pronóstico especialmente si la prostodoncia ha sido bien admitida durante varios años.  
Y durara todo este tiempo si la salud se conserva.

- b) **Prostodoncia inmediata o sobrecirugía reciente.** - El pronóstico señalará la probable necesidad de pronto rebasado y, quizá, la prótesis nueva al cabo de un año, aún cuando esto no es seguro, a veces no se requieren prótesis nuevas por varios años.
- c) **Prostodoncias rehuchas a causa de manifestaciones paraprotéticas.** El pronóstico inmediato suele ser bueno, pero debe advertirse al paciente sobre la necesidad de vigilancia porque la condición puede repetirse.
- d) **Reparaciones.** Señalar al paciente la posible deformación o desajuste y la probabilidad de repetición del accidente.
- e) **Rebasados.** Prostodoncias nuevas; el pronóstico es igual que en los incisivos "a" y "b"; dentaduras antiguas, pronóstico dudoso.
- f) **Casos difíciles o intolerancia a prostodoncia.** - Pronóstico reservado. Estudio minucioso y a fondo para considerar las probabilidades de mejorar la situación actual.

#### Plan de Tratamiento.

El plan de tratamiento debe cubrir todo el período de transición entre el estado actual y la normalización del paciente con la dentadura.

Siendo los casos tan diferentes, cada uno debe ser pensado en sus distintos aspectos. Entre otros puntos se debe resolver para una dentadura monomaxilar. Si se conservara la altura morfológica actual, o alterada si se conservará el aspecto dentario o no; si se articulara con oclusión o en relación central; si corresponden intervenciones quirúrgicas sucesivas o sólo una, si conviene la dentadura previa o posterior a las extracciones finales con flanco vestibular o nó, con alveolectomía

prevista o nó. duplicada o nó.

El estado general es elemento de tal importancia -- que como se señaló puede contraindicar esta experiencia o aconsejar las formas transicionales menos violentas como prostodoncia-parcial o férulas quirúrgicas.

La posibilidad de ejecución no puede pasarse por -- alto. En prostodoncia inmediata la dificultad de trabajo no es -- escepcional por dos motivos: la presencia de dientes largos y la necesidad de portaimpresiones suficientemente grandes.

El estado del hueso es un factor importante para la indicación del tratamiento y para el pronóstico. Algunos autores creen ventajoso desdentar temprano a los pacientes con problemas parodontales para evitar la excesiva atrofia alveolar.

El número de extracciones es otro factor de impor-- tancia ya que la exigencia técnica para el ejecutante y la orgá-- nica para el intervenido, se acrecientan con él. Si se trata de la reposición de un solo diente o dos, el problema es sencillo -- y el pronóstico inmediato, tan claro que suele bastar añadir el -- o los dientes a la dentadura en uso. En el otro extremo es cier-- to que se puede hacer prostodoncia inmediata de todos los dien-- tes, pero el pronóstico de duración en servicio, así como el de -- utilidad no es el mismo. Los prostodoncistas piensan que es me-- jor proceder primero a las extracciones posteriores para asentar la prostodoncia inmediata sobre hueso con más estabilidad.

Como norma general, es mejor no indicar aquéllo que no importe mejora y que no se este seguro de poder cumplir.

Cuanto más complejo sea un plan de tratamiento, más importante es su formulación escrita para poder consultarla con un experto.

Una técnica consiste en:

- a) Determinar si habrá cambios de altura y en las -- posiciones, tamaños, formas y colores de los dien-- tos.

- b) Estudiar si las extracciones pueden hacerse por etapas y cuál puede ser la situación en que estará el paciente durante cada etapa.
- c) Establecer el tipo de cirugía adecuada para cada intervención. Consultando con el cirujano si fuera necesario.
- d) Calcular los presupuestos y sus variaciones de acuerdo con el plan que se adopte; considerando esencial el acuerdo explícito del paciente o sus familiares responsables.

Estimar también los cuidados posoperatorios y la atención protodontica adecuada para mantener al paciente convenientemente asistido durante un período no menor de seis meses.

El paciente debe saber también de la probabilidad de requerir nuevas dentaduras después de seis meses o un año, para restaurar pérdidas de altura, consecuentemente a la atrofia de los maxilares que la protodoncia inmediata no puede compensar.

## Capítulo II

**Definición; Ventajas; Desventajas; Indicaciones.**

### Definición.

Prostodoncias inmediatas son aquellas que se confeccionan antes de la extracción de los dientes y se colocan inmediatamente después de la remoción de los dientes remanentes.

Así podemos decir que el método nos sirve para reemplazar dentaduras de maxilares superiores o inferiores.

Desde el punto de vista estético es natural que los pacientes prefieran el tratamiento de dentaduras inmediatas; pues, piensan principalmente en su buen aspecto físico, y con ello adquirir la seguridad necesaria para desarrollar sus negocios y actividades sociales.

Las dentaduras inmediatas son construídas para usarse después de las extracciones de dientes naturales, y su elaboración debe ser hecha con todo cuidado aunque dentro del tratamiento tengamos que hacer un rebase o ajuste después de seis meses mínimo.

Es posible hacer un duplicado exacto de las características naturales de los dientes del paciente mediante una fotografía que le tomaremos antes de empezar el tratamiento.

### Ventajas.

1.- Se mantiene la dimensión vertical debido a la presencia de dientes posteriores y esta se encontrará disminuída si se trata de dientes anteriores.

2.- Los dientes naturales nos servirán de guía para la selección de los artificiales en cuanto a color, forma y tamaño.

3.- La dentadura artificial sirve como apósito por la presión que ejerce sobre los tejidos alveolares y tiende a controlar la hemorragia; protegiendo la herida provocada por las extracciones de las bacterias y microorganismos que puedan desencadenar una infección.

4.- Este tratamiento nos ayuda para que las bases de las dentaduras queden en contacto estrecho con los medicamentos y tejidos.



5.- Hay menor reabsorción del hueso alveolar.

6.- Rápidez en la curación. Los alveolos dentarios se regeneran más rápidamente bajo este procedimiento.

7.- Protección contra el trauma. Los tejidos afectados por la herida son protegidos de agentes externos que puedan provocar irritaciones y especialmente la causada por la lengua, así como cambios térmicos por entrada de aire a la boca.

8.- Mejor soporte para las dentaduras. Los rebordes alveolares resultantes de la prostodoncia inmediata, son más grandes y regulares logrando mejores resultados que cuando emplemos un tratamiento normal.

9.- Mejoría en la fonación. La restauración inmediata de los dientes, especialmente de los anteriores. Hace posible que el paciente hable con claridad.

10.- Mejor aspecto. Este punto es el que más influye en la decisión del paciente para quitarse sus propios dientes. - Ciertamente el paciente esta mejor con dientes que sin ellos y a menudo los nuevos dientes parecieran mejor que los naturales influyendo psíquicamente en el paciente.

11.- La prostodoncia inmediata permite al paciente acudir a su oficina u otras actividades públicas.

12.- Suposición del colapso. El estar un largo período sin dientes, motiva que las mejillas caigan colapsadas, así mismo, los labios. Aún cuando se trate de poco tiempo puede causar daño a la articulación temporomandibular y el crecimiento de la lengua por los dientes extraídos tendiendo este órgano a ocupar ese lugar. Y con las dentaduras inmediatas evitamos esta clase de problemas anatómicos.

13.- Período de aprendizaje más corto.- Cuando se permanece sin dientes durante un largo período se hace difícil acostumbrarse a las dentaduras nuevas. El paciente desarrolla malos hábitos especialmente con la lengua y la mandíbula.

14.- El paciente esta menos expuesto a poner en peligro su salud al no retener dientes afectados que pueden desencar-

denar enfermedades como: fiebre reumática, afecciones del corazón y en forma definitiva gástricas.

### Desventajas.

A pesar de que hay pocas desventajas cuando todas las fases se ejecutan con cuidado. Una técnica quirúrgica incorrecta o unas dentaduras inmediatas mal construídas pueden conducir a dificultades. Aún con las dentaduras inmediatas bien construídas pueden existir ciertas desventajas que debemos señalar al paciente como sigue:

- Un trabajo adicional. En la clínica la coordinación de la cirugía, suprime tejidos con alteraciones patológicas tales como: restos radiculares, zonas de osteitis, quistes y foliculos dentarios infectados; exigiendo habilidad y dominio de las técnicas a seguir.

En el laboratorio se requieren más detalles y diversos procedimientos que se añaden a los habituales en la construcción de las dentaduras ordinarias tales como: reajustes y rebases.

- Costo adicional. Además de necesitarse mayor tiempo en su construcción; los gastos de los materiales a utilizar en la clínica y en el laboratorio son más cuantiosos.

- No hay pruebas. Cuando el paciente aún cuenta con sus dientes naturales no tenemos la posibilidad de colocar las dentaduras para comprobar sus efectos en la boca antes de acrílizarlas.

- Menor ajuste del asiento.- Las bases no se fijan a los tejidos con exactitud; especialmente en las zonas donde se han practicado las extracciones.

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

El número de visitas del paciente aumenta por la necesidad de vigilar durante los primeros meses el cambio en la oclusión a causa del asiento desigual de las bases.

- Se tendrá que hacer una plantilla quirúrgica, antes de las extracciones. Con esta plantilla de acrílico transparente notamos donde hay presión y zonas isquémicas para eliminarlas y así logramos que la dentadura no sea productora de ulceraciones.

- Es mayor el cuidado postoperatorio.

#### Conclusiones sobre las ventajas y desventajas.

Hay casos en los cuales nos enfrentamos con indecisiones a causa de la condición física y económica del paciente.- Para ello evaluaremos las ventajas o desventajas que existan, -- ocurriendo por lo general buenas condiciones para practicar la -- prostodoncia inmediata.

#### Indicaciones.

La prótesis inmediata esta indicada en los siguientes casos:

- Cuando el estado general del paciente nos permita hacer las extracciones necesarias.
- Cuando la irregularidad del proceso no requiera un trabajo quirúrgico muy extenso.
- Cuando más o menos se tenga la certeza de que no habrá infecciones posteriores a la inserción del aparato.
- En pacientes jóvenes para mantener el espacio que dejan los dientes perdidos y restablecer prontamente su fisiología.
- Cuando existan bicúspides antagónicas las cuales servirán de guía para no perder la relación normal oclusal.
- En pacientes que no desean estar desdentados por causarles trastornos en su vida social o profesional.
- Cuando la relación intermaxilar sea favorable.

Capítulo III

Registros preextracción en Prostedoncia inmediata.

### Registros Preextracción en Prótesis Inmediata.

Antes de hacer la dentadura se deben tomar registros preoperatorios que tienen por objeto conservar la posibilidad de reproducir exactamente el tamaño, la posición, forma y el color de los dientes; su articulación, la forma de las encías, la altura facial y eventualmente la forma de la cara. Se han descrito diversos procedimientos más o menos minuciosos para estos registros. Con criterio práctico pueden considerarse los más importantes: la altura facial morfológica, el registro del aspecto de los dientes remanentes, la impresión frontal, las fotografías, los modelos de estudio y el perfil.

Altura facial morfológica.

Medidas a anotar: Mídase y tómesese notas de las siguientes distancias.

- A boca cerrada, la distancia entre base de nariz y base de mentón.

- La del borde incisivo superior a base de nariz.

- La de borde incisivo inferior a base de mentón.

El registrador de Willis o algo similar, resulta muy comodo para estas medidas. Si se confecciona un perfil, es necesario anotar estas medidas y bastará marcar en él las posiciones de los bordes incisivos.

Registro del aspecto de los dientes remanentes.

Se debe obtener un registro de la colocación de los dientes anteriores antes de hacer su extracción: color de las manchas, líneas y coloraciones de los dientes, fisuras y restauraciones. Esto ayuda a duplicar los dientes del paciente con mayor exactitud.

Impresión frontal.

Los modelos frontales son fáciles de obtener y útiles cuando por cualquier circunstancia no se pueden conservar los modelos de estudio.

Aunque las impresiones pueden tomarse con modelina;

lo más sencillo es la impresión frontal con alginato. En este caso, el portaimpresión puede hacerse con cera o una lámina metálica del tamaño de una película radiográfica. Se redondean las cuatro puntas y se hacen escotaduras en los bordes superior e inferior para los frenillos. Se hacen perforaciones para retención del alginato y un pequeño mango de alambre.

**Fotografías.** Con el fin de tener datos más completos, tomaremos fotografías de frente y de perfil a boca cerrada y mostrando los dientes. Sirven para conservar el registro del aspecto de los pacientes antes de las intervenciones quirúrgicas y compararlas con los resultados que pueden fotografiarse también. Con el tiempo se puede formar así un valioso archivo.

**Modelos de estudio.**

En estos modelos se deben incluir todos los dientes presentes en ese momento.

Si no hay abrasiones apreciables y los dientes que quedan son firmes, se puede registrar la dimensión vertical de la oclusión midiendo la distancia desde el borde incisivo de un central superior hasta el borde más bajo de la cresta gingival del central inferior correspondiente. Este registro se puede usar para establecer la altura vertical durante el tratamiento.

**Construcción de la silueta.**

La silueta de perfil nos proporciona un valioso auxilio como registro de la cara o silueta facial, tanto si el paciente posee dientes aún como si ya utiliza dentadura.

La silueta es posible hacerla por los siguientes métodos:

- Con un alambre de cobre fino destemplado se dobla con los dedos y se sigue fácilmente el perfil del paciente desde la frente hasta el cuello. Se comienza por la frente y se va doblando con los dedos, salvo en la región de los labios en donde es necesario auxiliarnos de una pinza para hacer los dobleces --

más finos.

- Depositar una cartulina sobre una superficie plana; colocar una hoja de papel carbón encima de ella y el alambre conque hemos seguido el perfil. Se coloca un libro grande sobre todo ello y se comprime, pues se trata de marcar el perfil construido con el alambre en la cartulina. Valiéndonos del papel -- carbón.

- Con tijeras se recorta la cartulina, siguiendo -- las marcas. La silueta sí recortada se sobrepone en la cara del paciente y se hacen las correcciones necesarias para su perfecto ajuste.

- Con estas siluetas siguiendo el perfil del paciente se trata de marcar una línea horizontal sobre la cartulina a la altura del borde incisal de los dientes superiores, cuando -- los haya y su relación con el labio.

#### Capítulo IV

Técnica de Construcción de la Prostodoncia Total Inmediata.



### A) Impresiones Primarias.

Una impresión en prostodoncia es una representación en negativo de las formas bucales y de sus tejidos. Con sus relieves invertidos; recogida en el momento de la solidificación del material de impresión.

Los objetivos fundamentales de la toma de impresiones son los mismos para la elaboración de prostodoncia inmediata y dentaduras normales.

La prostodoncia total inmediata necesita ciertas alteraciones en cuanto a diseño del portaimpresiones y la elección del material de impresión.

#### Selección, adaptación y reformatión del portaimpresiones.

Debemos considerar los siguientes puntos:

- Mediante escotaduras en los bordes del portaimpresiones libraremos las inserciones musculares.

- Los flancos del portaimpresión no deben alterar la posición de los tejidos limitantes, tanto en extensión vertical como horizontal.

- Cuando sea necesario se harán prolongaciones en los flancos y en la región posterior para confinar el material de impresión.

- El portaimpresiones Standard debe dejar un espacio no menor de tres a cinco milímetros entre el y la mucosa de los procesos.

- El tamaño de éstos puede dividirse en grande, mediano y pequeño. La forma además de superior e inferior, puede ser de paladar más o menos profundo o de prolongaciones posteriores y linguales.

#### Selección de material de impresión.

Este material debe ser de tal naturaleza que ---

pueda retirarse de los dientes sin sufrir fracturas y de escasa adhesividad a fin de separarlo sin violencia, ni deformación. De consistencia adecuada para llevarlo a la boca y distribuirlo en las zonas a impresionar.

Estabilidad dimensional y cohesión y así no deformarlo durante el vaciado.

Sabor y olor agradables.

Sin efectos tóxicos o irritantes que hagan difícil su manipulación en la cavidad bucal.

Una de las técnicas de impresiones primarias, es en la siguiente forma:

Un momento antes de introducir el material en la boca se seca el vestíbulo y se lleva el portaimpresión con el material previamente escogido, a la cavidad bucal.

Introduciendo primero la mitad por un lado y con el dedo índice tiramos de la comisura de los labios del lado contrario con el fin de dar paso al portaimpresión y lo centramos sobre la región, oprimiendo suavemente. Procurando que el material penetre a todos los rincones.

Se separan los carrillos y aplicamos masaje sobre ellos.

En el proceso inferior además de lo expuesto anteriormente se le pide al paciente que saque la lengua y la mueva hacia los lados y así poder delimitar el piso bucal.

Para el proceso superior se le indica que succione y nos pueda facilitar la impresión del sellado posterior.

#### Retirado de la impresión.

En la impresión inferior se traccionan los carrillos para romper el sellado obtenido en los bordes de la impresión.

Se toma el mango de la cubeta o portaimpresión firmemente y se aplica una fuerza hacia arriba y atrás.

En la superior se levantan los carrillos para romper el sellado posterior y se hace presión hacia abajo. Sobre el flanco de la impresión a la altura del primer molar.

Puede ser necesario aplicar sobre el mango de la cubeta una fuerza hacia abajo y adelante.

#### Obtención del modelo.

Deben seguirse las indicaciones de cada fabricante en relación al tratamiento de las impresiones una vez obtenidas.

Se llena el espacio correspondiente a la lengua en el modelo inferior con cera blanda o papel humedecido.

#### Vaciado de los modelos.

Se bate una mezcla utilizando yeso para modelos, el que preparamos bastante espeso.

Se sujeta una impresión sobre la meseta del vibrador y se vacía una pequeña cantidad en la superficie alta del interior, dejando que escurra, evitando que atrape porciones de aire o agua que más tarde formarían poros. Se añade yeso hasta cubrir totalmente la superficie y se retira del vibrador.

Con la otra impresión se sigue el mismo procedimiento; agregando yeso de tal manera que los modelos tengan la altura conveniente. Cuando se consideren los modelos suficientemente endurecidos, se sacan de la impresión. Separándolos de modo que no se estropeen.

Estos modelos en yeso con detalles poco definidos nos servirán para la construcción del portaimpresión individual.

#### Preparación de los modelos.

Se examina el modelo superior rollenando con cera todos los socavados o ángulos muertos que pueda presentar; especialmente en el lado bucal de las tuberosidades. Procederemos en análoga forma con el inferior a fin de que no haya retención que dificulte la salida o retirada del portaimpresión individual.

### Construcción de Porta-Impresiones.

**Porta-Impresión Individual.** Son aparatos fabricados sobre los modelos de estudio y pueden ser fabricados con material rígido, ya sea autopolimerizable o termopolimerizable. Su objetivo es obtener fielmente una impresión fisiológica donde se construya la base de la dentadura definitiva.

Se pueden clasificar las cubetas individuales en: metálicas y plásticas; dentro de las metálicas tenemos: estampadas (Aluminio, Bronce) y bruñidas (Aluminio), caladas (Aluminio, Estaño, Bismuto). Los termoplásticos (Base-Plate, Godiva y Disco Fonográfico). En los plásticos tenemos, acrílico termocurable y autocurable.

Primeramente se hará un diseño individual con la piz tinta para tratar de delimitar hasta donde llegara la cubeta individual. En superior se marcará el fondo del surco en la zona de tuberosidad, marcar líneas delimitantes entre tejido duro y blando, diseño de zona anterior. Escotadura del frenillo anterior, límites posteriores del surco anular de un lado y surco anular del otro, sellado posterior. En inferior se delimitara la línea oblicua externa e interna sin extenderse a zonas de tejido suave, frenillos bucales, región retromolar.

Explicaremos a continuación algunos de los diseños más fáciles de elaborar una Porta-Impresión.

**Acrílico Auto-Polimerizable (Técnica laminado o tortilla).**

Se debe de eliminar los socavados retentivos para evitar que el acrílico entre en ellos, se procede a colocar separador al modelo.

Se coloca una capa de cera que cubrira todo el proceso 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 siempre llegue al mismo sitio el material.

Se prepara el acrílico autopolimerizable poniendo en un recipiente unos 6 centímetros cúbicos de monómero y añadiendo de 20 a 25 Cm.<sup>3</sup> de polvo, dejar reposar y esperar a que la mezcla este con una consistencia no pegajosa.

Se coloca la masa 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.)

Se procede a la adaptación, si es superior se adapta primero la superficie palatina y después la vestibular, si es inferior se corta la tortilla por enmedio en dos tercios de su diámetro para poder abrirla y adaptarla en ambos lados; con el sobrante se puede confeccionar un mango que servirá para el registro y retiro del Porta-Impresión una vez llevado a la boca.

Se espera a que polimerice de unos 10 a 30 minutos según la clase del acrílico.

Se procede a separar la cubeta y recortarla con -- piedra para acrílico (grano grueso) siguiendo el diseño de lá-- piz tinta que se mencionó anteriormente.

#### B) Impresión Fisiológica.

Antes de tomar esta impresión debemos rectificar en la cavidad bucal con el portaimpresión individual para corroborar su correcta extensión y que los músculos en acción no lo desalojen.

La delimitación de las impresiones fisiológicas se establece mediante las presiones de los tejidos periféricos en movimiento sobre los bordes y se denomina sellado periférico o recorte muscular.

Los portaimpresiones se delimitan con modelina de baja fusión la que se va colocando en los bordes de las zonas a delimitar. Se calienta bajo flama suave y se pasa por agua tibia para templarla y así poder introducirla a la boca del paciente, indicando que haga el movimiento o movimientos buco faciales convenientes para realizar el sellado.

Efectuamos el sellado periférico en varias zonas, considerando primeramente las del maxilar superior y que son: zona del orbicular, sonreír para delimitar los niveles del bucinador, proyectar los labios y bostezar; sellado posterior, succionar y deglutir para marcar el límite de las fibras del palatogloso. Del maxilar inferior zona del orbicular, sonreír y marcar -- los frenillos; zona del bucinador, besar o proyectar los labios; zona del macetero, masticar; zona del temporal, abrir y cerrar -- la boca; zona de la lengua, sacar la lengua para delimitar el -- límite inferior lingual de la base; zona del fondo de saco lingual, humedecer el labio superior con la punta de la lengua para determinar el sellado general, delimitar y marcar el freni---llo lingual.

Después rebajamos un mm. todo alrededor de la -- modelina y retiramos la cera.

Toma de impresión fisiológica con pasta zinquenónica.

Técnica de la toma de impresión inferior.

- Se seca el portaimpresiones.

- Se aplica vaselina o crema sobre los labios -- del paciente, así como en los dedos del operador para prevenir la adhesión de la pasta zinquenónica a la piel.

- Se mezcla la pasta zinquenónica ocho centímetros de pasta blanda con once centímetros de pasta roja, dispersandola a lo largo del bloque de papel para la mezcla. Se espátula hasta obtener una mezcla de color homogéneo.

- Se cubre la superficie interna del porta-impr---sion con una capa uniforme de la mezcla.

- Se indica al paciente que se enjuague la boca-- para eliminar la mucosidad de la saliva.

- Se introduce y se asienta el porta-impresio---nes. La lengua debe elevarse mientras se realiza la operación -- para que no quede atrapada del lado lingual. Se separan los la--bios y carrillos con los dedos de modo que no queden atrapadas --

burbujas de aire alrededor del borde. Se sostiene el porta-impresiones firmemente, colocando los dedos índice y medio de la mano derecha sobre los mangos posteriores.

- Después de treinta segundos se comienzan a conformar los bordes instruyendo al paciente para que abra la boca ampliamente, saque la lengua hacia afuera. Esto determinará la profundidad y la forma del surco lingual.

- Se esperan tres minutos más para el fraguado de la pasta.

- Para el retiro es necesario separar el labio y facilitar la entrada del aire y traccionar firmemente, pues la pasta zinquenólica se adhiere a los tejidos.

Técnica de la impresión superior.

- Se mezcla la pasta zinquenólica, tal como se describió para la inferior.

- Se asienta con firmeza el porta-impresiones ordenando al paciente haga movimientos para desalojarlo como si var, succionar y deglutir. Se le pide al paciente que abra la boca con amplitud.

Obteneción de los modelos.

Las impresiones se secan cuidadosamente y se aplican extensiones de cera blanda sobre la zona correspondiente a la lengua del modelo inferior. La cual se ha secado bien para que peque la cera. Debemos tener cuidado en no estropear los flancos de la impresión y la cera se coloca hacia la parte oclusal de modo que deje libre el borde.

Se coloca un rodete de cera a lo largo de la parte externa de los bordes de la impresión con el objeto de asegurar su reproducción total en el modelo.

Reblandecer el rodete a la llama y adaptarlo a lo largo del borde, siguiendo sus sinuosidades por fuera y, pegándolo con la espátula caliente.

A lo largo de los bordes posteriores; sea el superior o los interiores se ensanchará el rodete con el objeto -

# TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

40

de lograr una prolongación posterior del modelo que permita -- conservar con toda nitidez su bordeado muscular.

- Enconfrado. El enconfrado de las impresiones -- para hacer el vaciado con yeso piedra es una excelente medida -- puesto que permite:

- a) Vibrar mejor el material dentro de la impresión.
- b) Utilizar una mezcla más espesa.
- c) Utilizar la cantidad necesaria.
- d) Obtener bordes de protección de espesor --- previsto.
- e) Terminar el modelo con ligeros retoques.

Para rodear la impresión por fuera del rodete de protección se reblandece una lámina de cera rosa a la llama y adaptándola al rodete de protección, pasando una espátula caliente a lo largo de la línea de unión con este para obtener cierre hermético y solidez. Se completa con otra media hoja o cosa así.

Es importante cuidar que la impresión quede -- bien orientada para que el modelo adquiera forma.

- Vacado. Se hace en la misma forma que el vacado de los modelos primarios variando únicamente en el material que en este caso es yeso piedra o coecal; tendremos mayor cuidado ya que será el positivo con el cual se construye la dentadura.

## C) Adaptación de Placas, Bangs y Rodillos.

Las placas de registro se construyen para ambos modelos y se hacen de acrílico autopolimerizable. Cubriendo los rebordes residuales y paladar con igual criterio que en Prostoncia convencional. Deben cuidarse al hacerlas, las relaciones con los dientes para no dañarlos; y no deben penetrar los socavados retentivos que suelen presentarse hacia gingival y rebordes residuales. Para mejor exactitud conviene estabilizarlas, rebasándolas con cera o pasta zinquenólica.



La placa base de prueba se utiliza en muchos estudios o fases durante la construcción de la protodoncia dental, sin embargo, desempeña un papel más destacado en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, tanto desde el aspecto clínico del tratamiento como en las técnicas de laboratorio.

Desde el punto de vista clínico las propiedades del material para uso en la construcción de la placa base, son que posea la plasticidad suficiente para su fácil manejo y que a la par sea capaz de reproducir los contornos y superficies del modelo y mantenga a la vez la suficiente rigidez para conservar con fidelidad la forma conseguida suficientemente fuerte para resistir las posteriores manipulaciones y resistente a los cambios de temperatura y a la acción de la presión agradable para el paciente, tanto en contacto, sabor y olor.

En la construcción de la placa base cuidaremos que el material sea adaptado fielmente a la superficie del modelo y llene tanto en extensión como en profundidad, todos los flancos, y que estos bordes tengan una textura lisa. En resumen debe reproducir en lo posible la forma y contornos que ha de tener más tarde la dentadura terminada.

Los objetivos de la placa base de prueba dentro de la secuencia de procedimiento son los siguientes: comprobación de las impresiones, determinación de la dimensión vertical, registros de relación centrada y prueba de la colocación de los dientes.

Su valor diagnóstico nos permite anticipar los efectos de la dentadura completa y de este modo, conocer las dificultades que encuentra el paciente en su ansiedad y capacidad en acomodarse a la dentadura.

El uso de la placa base y los rodillos de cera deberán ser procedimientos cuya ejecución sea precisa y cuidadosa pues se trata de lograr que la dentadura una vez terminada se relacione con las estructuras orales de tal manera que exista --

perfecta armonía entre las mismas. Cumpliendo ambas sin dificultad sus funciones de masticación, deglución, fonación y respiración.

#### Preparación de los Modelos.

Un buen modelo de trabajo de yeso piedra, bien terminado, sólo necesita adaptarsele una base de registro provisional de resina acrílica; eliminar los socavados retentivos y pintarlos con una o dos capas de aislador de acrílico.

Para quitar las retenciones se rellenan, ya sea con cera o con pasta zinquenolica o yeso.

Los puntos que más frecuentemente presentan socavados retentivos son:

Las fosas retroalveolares por detrás y abajo de las líneas miloioideas; las partes vestibulares altas de las tuberosidades prominentes, las partes altas de los rebordes residuales superiores prominentes; las partes bajas de los rebordes residuales inferiores prominentes; los divertículos y socavados cicatrizales que cualquiera de los dos maxilares puedan presentar.

Técnica de adaptación de placa base con acrílico autopolimerizable.

- Preparar el monomero en un frasco gotero y el acrílico autopolimerizable en un frasco plástico de tapa en embudo que permita un chorro fino de polvo.

- Cubrir con cera los espacios retentivos de los modelos y pintarlos con separador.

- Ir goteando monómeros sobre el modelo y encima polvo de acrílico hasta que capa por capa se haya dado un espesor de un par de milímetros a la base.

- Dejar fraguar treinta minutos o acelerar el -- fraguado en agua a cincuenta grados centígrados aproximadamente.

- Autocar los defectos.

### Rodillos.

Una vez que se ha conseguido una placa base adecuada. El paso siguiente más importante en la construcción de -- las dentaduras es preparar los rodillos de cera para la oclu-- sión.

Los rodillos estarán orientados en las tres di-- recciones del espacio y por consiguiente deben tener las adecua-- das dimensiones de altura, anchura y longitud. Los rodillos de -- cera deben estar relacionados clínicamente con la base de la den-- tadura, con los procesos óseos, las estructuras anatómicas blan-- das vecinas y los planos antropológicos de referencia.

Esta orientación de los rodillos de cera se des-- cribe en los siguientes términos clínicos.

- Forma de arcada. Contorno de las superficies -- labiales, bucales y linguales de estos rodillos de cera.

- Posición del arco. Posición de los rodillos de cera según las estructuras óseas subyacentes. (Los rodillos pue-- den estar desplazados hacia adelante, es decir, hacia los labios o por el contrario hacia la lengua en relación con la forma del -- proceso).

- Plano oclusal. Altura de la cera desde el re-- borde óseo y su orientación paralela con el plano nasoauditivo.-- Este plano se utiliza esencialmente para determinar el plano an-- terior de oclusión y para la conveniencia de transferir los re-- gistros del articulador, proporciona también las bases para el -- plano oclusal posterior provisional.

Los rodillos de cera no sólo representan el anti-- cipo del plano oclusal y de su contorno sino que además, refle-- jan el proceso de crecimiento y desarrollo del paciente. Cuando -- este tiene historia de maloclusión con mucho resalte de los inci-- sivos. Este fenómeno debe quedar reflejado en el contorno del ro-- dillo de cera. Los rodillos de cera son aumentados o disminuidos -- en su altura de tal manera que pueda registrarse la dimensión --

44

vertical tanto en reposo como en oclusión. El paciente debe llevar esta placa base con sus rodillos debidamente contorneados durante treinta o sesenta minutos seguidos. Se le invita a que haga funcionar estas placas efectuando movimientos deglutorios bebiendo, cambiando de posición, estando sentado y pensando. También se le hace que fume y que sonría así como que hable con rapidez, emoción y animación.

El clínico debe observar los contornos faciales, la facilidad de movimientos de los labios, el grado de comodidad para respirar y en general los resultados estéticos logrados con la placa base de prueba. Si el paciente se haya comodo y su apariencia física es satisfactoria, es lógico pensar que todas las fases de la construcción de la prótesis hasta este momento han sido buenas y, por consiguiente podemos pasar a la siguiente.

D) Registros Intermaxilares, Registro del Plano --- Oclusal, Dimensión Vertical y Relación Centrca.

El estudio de las relaciones intermaxilares tienen los siguientes objetivos que deben satisfacerse para lograr una dentadura correcta.

- Establecer un plano de orientación y la forma del labio.
- Estudiar el claro interoclusal y las posibilidades fonéticas.
- Considerar el relleno de los labios y mejillas con criterio estético y funcional.
- Determinar una altura morfológica correcta en relación central.
- Establecer la mejor estética computible con la posición anterior.
- Fijar dicha posición mediante las placas de registro para transferirla a los modelos y al articulador.
- Lograr buenas indicaciones para la posición de los dientes artificiales. En lo que se refiere a función, estéti

ca y fonética.

- Registrar la relación central y remontar el modelo inferior.
- Obtener las referencias adecuadas para transferir los modelos al articulador.
- Registrar los movimientos y posiciones mandibulares excéntricas requeridos para ajustar el articulador, cuando éste es adaptable.

No se debe confundir el estudio de las posiciones y movimientos mandibulares con su registro. Los fundamentos de las técnicas de registro; están asentados sobre bases anatómicas, fisiológicas y patológicas.

El instrumental y material que necesitamos para efectuarlos registros son los siguientes: cuchillo afilado, lamina de alcohol, espátula de cera, azulejo, regla plana, platina de Fox, compas, calibrador de espesores, lapiz tinta, cera rosa o modelina, cera plástica y papel de lija de grano grueso.

Los procedimientos para ajustar el plano oclusal del rodete superior y su forma labial, no se relaciona en realidad con el registro de las relaciones intermaxilares pero constituyen una ventaja pues en una etapa posterior los dientes pueden enfilarse en una posición aproximadamente correcta. El borde inferior del rodillo oclusal representa la posición que ocuparán los bordes incisales de los incisivos superiores.

El objetivo del tratamiento no es restaurar el plano de oclusión perdido, sino lograr una restauración estética y funcional con ayuda del plano de orientación que es su sustituto.

El plano de orientación del modelo superior es importante por sus relaciones con el labio superior y el maxilar; lo que se traducirá en un éxito estético y mecánico. Debido a que la altura del rodillo se determina en relación con el labio en reposo, es necesario observar su posición y corregir y modelar los defectos que presenta. Una línea horizontal que ----

sobrepase uno o dos milímetros por debajo del labio en reposo -- determina junto con la línea de la sonrisa correspondiente a la línea de los cuellos dentarios, incisivos de longitud correcta.- Si aparecen excesivamente largos o cortos se estudian nuevas líneas, más altas o más bajas según el volumen y movilidad del labio.

Hecha la marca incisal que se estime más conveniente, se la toma como punto de referencia anterior para establecer el plano de orientación con la siguiente técnica:

- Colocar la placa de registro superior en la boca, apoyar la plátina de Fox o una regla transversal sobre su superficie oclusal y aplicar otra regla, según la línea bipupilar para apreciar el grado de horizontabilidad de la superficie oclusal. (El operador debe mirar al paciente totalmente de frente).

- Manteniendo la plátina de Fox en posición, colocar la segunda regla en posición desde la base del ala nasal a la parte inferior del tragus para apreciar la inclinación antero posterior de la superficie oclusal del rodillo de ese lado.

- Repetir este examen del lado opuesto.

- Recortar los sobrantes del rodillo procurando quede todavía largo pero aproximando su superficie al paralelismo con la línea bipupilar y con el plano protético (que va del ala nasal a la parte inferior del tragus).

- Colocar la placa de registro en el modelo; calentar la superficie oclusal del rodete insistiendo más en los lugares donde se quiere hacer una reducción mayor. Aplicar la superficie oclusal calentada sobre un azulejo o vidrio envasellado, haciendo presión donde se requiere más reducción.

- Recortados los excesos laterales de cera, repetir los pasos indicados en el inciso anterior, hasta lograr poco a poco que la superficie oclusal del rodillo sea un plano que, pasando por el punto de referencia incisivo sea paralelo a

la línea bipupilar y al plano protético.

Observar también si el rodillo es simétrico si modela adecuadamente el labio. Modélese la superficie vestibular posterior de manera que sea más o menos perpendicular al plano oclusal, sin sobresalir por fuera del borde periférico, sino que dando más bien por dentro de este ya que procurara que los dientes artificiales enfrenten al reborde residual.

Registro de altura o dimensión vertical.

El término dimensión vertical no tiene por sí mismo un significado clínico; de ahí la distinción entre dimensión vertical en reposo y dimensión vertical de oclusión que es en la que se efectúan los registros de la relación centrada.

Dimensión Vertical. De la posición de reposo o relación de reposo.

Es la separación vertical de los maxilares cuando existe una contracción tónica de la musculatura maxilofacial. Es por lo tanto una posición postural que varía con el estado de salud, con la frecuencia respiratoria, con el tono muscular y con la postura del cuerpo. La dimensión vertical en reposo no es transferida al articulador, sino que se cierra debido a que el registro de la relación maxilomandibular se hace con los rodillos de cera en ligero contacto.

Dimensión vertical de oclusión o relación de oclusión.

Es la separación vertical de los maxilares cuando los dientes se hayan en contacto oclusal. Esto es la dimensión vertical que se transfiere al articulador. La dimensión vertical oclusal será siempre menor que la dimensión vertical en reposo y en una medida mayor que el espacio libre porque los puntos de referencia faciales están más alejados de los centros de apertura. La dimensión vertical oclusal debe hacerse menor que la dimensión vertical en reposo como promedio cuatro milímetros en los pacientes portadores de prótesis completas. Esto garantiza

za la existencia de por lo menos dos milímetros de espacio libre en la región premolar. Lo cual es absolutamente necesario para que el paciente pueda usar la prótesis con comodidad.

Medida de la dimensión vertical en reposo.

Debido a que la posición de reposo esta influenciada por la postura y el tono muscular al efectuar las mediciones es importante colocar únicamente la base superior con el rodillo de oclusión.

El paciente debe estar sentado, bien erguido, sin apoyar la espalda sobre el respaldo del sillón y relajado. En esta posición el plano de Frankfor que pasa a través del punto más bajo del margen orbital y del punto más alto del margen del conducto auditivo externo, debe estar horizontal. La mandíbula se lleva a su posición de reposo; inmediatamente después de tragar y haber pronunciado ciertos sonidos o sílabas. Para ayudar al paciente se pueden emplear los siguientes:

- Se pide al paciente que trague y se relaje.
- Se pide que pronuncie la letra "m" y se relaje.
- Se le pide que humedezca sus labios con la

punta de la lengua y se relaje.

Para medir instrabucalmente la separación de los maxilares es necesario tomarse como referencia puntos fijos sobre la cara y la mandíbula. Dos métodos se emplean comunmente: con el primero se utiliza un calibrador de espesores que mide la separación entre el borde inferior del septum nasal y el borde inferior del mentón y con el segundo se marcan puntos sobre la piel y se mide la distancia entre ellos.

Primer método. Al emplear el calibrador de Willis para medir la separación de los maxilares el mango se sostiene de tal modo que el mentón sea tomado firmemente entre la corredera y la escala de medición extendiéndose ésta hasta que el extremo del ángulo recto toque la base del septum nasal. La presión ejercida al asentar el calibrador modificará obviamente la medi-



da registrada; lecturas múltiples darán siempre el mismo valor. - La angulación del instrumento a la base de la nariz y del mentón también puede afectar la medida por lo cual es preciso adoptar un procedimiento para cada caso individual y anotar la medida -- obtenida con la mandíbula en posición de reposo.

La separación entre los maxilares influye en la dimensión vertical de la cara y, puesto que es más útil realizar medidas sobre la cara que en la boca se seleccionan dos puntos -- arbitrarios convenientemente localizados; uno sobre la boca y -- otro bajo ella generalmente en la línea media, y las mediciones -- se realizan entre estos. La separación entre estos dos puntos -- cuando los dientes no ocluyen se conoce como dimensión vertical -- en reposo.

#### Segundo Método.

Se coloca una marca en la punta de la nariz y -- otra sobre el mentón con lapiz tinta. Cuando se considera que la mandíbula esta en reposo se registra la medida entre las marcas -- anteriores, mediante un compas o una tarjeta colocada sobre la -- nariz y el mentón transfiriendo las marcas sobre ella.

#### Determinación de la dimensión vertical oclusal.

- Se coloca la base inferior con su rodillo. Se anota la dimensión vertical oclusal utilizando los mismos puntos de referencia empleados para medir la dimensión vertical en repo so. Se reduce el rodillo inferior hasta que la separación entre -- las marcas sea la misma que la de la posición de reposo. Se desgasta el material del rodillo inferior hasta que la dimensión -- vertical de oclusión sea cuatro milímetros menor que la dimensión vertical en reposo.

- Se controla que la oclusión de ambos rodillos -- sea uniforme al cerrar la boca. Debe prestarse especial aten -- ción a la relación entre las bases en la región de las tuberosi -- dades y las zonas retromolares. En algunas ocusiones no hay espa

cio suficiente para acomodar el doble espesor de las placas bases en esta región y es preciso reducirlas para garantizar la libertad de movimiento de la mandíbula. Esto debe hacerse sin comprometer la retención.

En la prostodoncia total inmediata las dimensiones verticales se obtienen fácilmente antes de la extracción si todavía quedan premolares y no hay mucha rosadura o movilidad de los dientes. Se procura que los bordes de la oclusión estén en contacto a nivel oclusal de los dientes que quedan.

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

Los métodos para asegurar que la dimensión vertical es correcta en las dentaduras inmediatas son similares a las que se usan en las dentaduras completas corrientes. Sin embargo cuando existe un escalón que no se puede reproducir en la dentadura; el dentista debe ignorar los dientes naturales y considerar sólo el espacio interincisivo, cuando la dimensión vertical es correcta. Esto es igualmente cierto si existen grandes abrazones. Generalmente los bordes de la oclusión son el único índice seguro de la distancia del interincisivo en la dentadura inmediata. Sin embargo si la colocación de los dientes anteriores y la distancia interoclusal tiene que ser duplicada exactamente; ambas tienen que ser consideradas como una parte de la dimensión vertical verdadera.

Registros de referencia estética.

Entre estos tenemos:

- Línea media. Es un registro fundamental para ubicar el punto de encuentro entre los incisivos superiores. Las

derivaciones suelen constituir defectos estéticos.

a) Manteniéndose de frente al paciente se coloca un instrumento recto (lápiz o espátula) apoyando en el centro de la superficie anterior del rodillo superior con el mango -- hacia abajo. Debe seguir la línea media general de la fisonomía.

b) Se hace una pequeña marca en el rodillo.

c) Se observa si la marca ocupa correctamente la línea media. Se profundiza dicha marca con un cuchillo.

- Línea de la sonrisa.

a) Se verifica nuevamente la línea trazada al estudiar el plano de orientación.

b) Entre ella y el borde del rodillo queda indicada la longitud de los incisivos.

- Línea de los caninos.

a) Se hace que el paciente ocluya con los labios en contacto y sin contracción de los músculos de la cara.

b) Se coloca el lápiz o la espátula en posición tal, que su posición vertical divida en dos partes iguales el ángulo que forma el ala de la nariz con el surco nasogeniano.

c) Se desliza el instrumento hacia abajo siguiendo la línea marcando en el rodillo superior el sitio con el que toma contacto.

d) Se repite la operación del otro lado.

e) Verificar las correcciones de estos registros repitiéndolos. Las marcas hechas sobre los rodillos corresponden normalmente a las cúspides de los caninos. La distancia entre ellas será una indicación para el ancho de los dientes anteriores.

Registro de relación centrada.

Los rodillos son recortados en frío hasta que se alisen especialmente en sus superficies oclusales; el superior se marca con unos surcos o ranuras bien delimitadas pero cuya --

Capítulo V.

Cirugía para la inserción del aparato.

profundidad no debe ser mayor de un milímetro.

El inferior se calienta para ablandarle unos milímetros de profundidad y se le pide al paciente que cierre la boca a la par se coloca el dedo índice de ambas manos sobre los flancos de la placa base en la región de las bicúspides, y con los pulgares se sujeta el borde inferior de la mandíbula. Esta colocación de los dedos estimula al paciente a cerrar la boca en su posición más posterior. La colocación del dedo sobre la barbilla provoca movimiento de cierre anterior al estimular un reflejo mandibular de protusión. Una vez logrado el contacto de los rodillos en el cierre se examinan las superficies en contacto, y las proyecciones de la cera de más de un milímetro de altura son recortadas con un cuchillo afilado. La superficie anterior se flamea de nuevo para ablandarla a una profundidad de un milímetro tan sólo y se cierra con presión mínima.

Retiramos las placas base de la boca y hacemos los contactos oclusales a mano. Las superficies de ambas placas en sus prolongaciones posteriores no establecen contactos que dificulten el cierre que las ceras sean estables y con sus superficies marcadas por las irregularidades correspondientes a los surcos y crestas en cada caso; haciendo un contacto uniforme en toda su extensión. Las placas base se vuelven a la boca se asientan en su sitio firmemente y se pide al paciente que haga movimientos de cierre con delicadeza; en principio mientras los dedos del profesional colocados en la posición dicha anteriormente. Las irregularidades de las superficies deben coincidir. Se le pide al paciente que cierre con más fuerza apreciando de nuevo si las marcas coinciden o no.

Se repiten estos movimientos de cierre y si los puntos iniciales del cierre sin presión coinciden con los puntos finales del mismo cuando se hace presión intensa; podemos decir que el registro es correcto. Los modelos pueden ser montados en

el articulador.

#### Montaje en articulador.

Puede utilizarse cualquiera de los métodos de -- montaje con auxilio del arco facial o no. Los expertos prefieren el arco facial y articulador adaptable.

Igual que en prostodoncia parcial el arco facial se utiliza cubriendo la pieza en herradura por sus dos caras con tres o cuatro hojas de cera rosa plastificada sobre la que el pa- ciente mordera con las placas de registro envaselinadas en la bo- ca para estabilizar la pieza en herradura en tanto se ajusta el arco facial.

#### E) Selección y acomodación de los dientes.

La colocación de los dientes esta simplificada - en el tratamiento de dentadura inmediata a causa de la guía que ofrecen los dientes naturales que quedan. El modelo de estudio - también puede utilizarse para seleccionar el tamaño y la forma - de los dientes y las guías de tono. Se pueden añadir tintes y -- otras irregularidades a los dientes artificiales y compararlos - directamente con los dientes naturales.

- Recorte de los dientes en el modelo. Aceptada- la selección de los dientes y la posición que les corresponde -- así como la corrección de los dientes y la del articulador. Todo lo que se hace en adelante no tiene control de corrección hasta la colocación en la boca.

Sea cual fuere el lugar de la boca donde se -- aplicará la dentadura con carácter de inmediato. Tres son los ca- sos típicos que pueden plantearse y que requerirán distinta pre- paración: las extracciones simples, las con ligera alveolectomía y por último las de gran alveolectomía.

a) Diseño del borde óseo. La posición del bor- de alveolar con respecto al gingival es el primer dato importan-

te para operar un modelo. Se determina estudiando la radiografía y explorando la profundidad de la bolsa gingival, punto por punto.

b) Preparación para extracciones simples. Deben cortarse los dientes uno a uno y excavar unos tres milímetros o lo que indique la posición del borde óseo, formando un alveolo dentro del cual se introduce el cuello de cada diente artificial se completa luego con acrílico de base.

c) Extracciones con ligera regularización del borde alveolar. Al parecer la alveolectomía, así sea ligera, se hace más clara la ventaja de la protodoncia con encía artificial, porque la alveolectomía requiere un colgajo lo que resulta poco prudente dejar en contacto con una protodoncia movable sin suturarla.

d) Extracciones con alveolectomía modeladora. La topografía del caso, el estudio radiográfico para las relaciones con los senos maxilares y el conducto palatino anterior, las relaciones con los antagonistas y a veces la línea de los labios. Son los indicadores que guían al protodontista para estimar la alveolectomía mínima indispensable.

Cambio de dientes.

Ofrece tres variantes principales:

- a) Imitar lo existente.
- b) Imitar lo existente con orificaciones en algún sentido.
- c) Los dientes remanentes no pueden servir de guía por requerirse modificación total.

Se debe pegar cuidadosamente al modelo la placa de prueba por sus bordes. Elegir, tallar y preparar un incisivo central imitando el correspondiente del modelo.

Con una sierra de joyero o con un disco de carburo se separa de sus vecinos el incisivo central imitado y se cog

ta suavemente por el cuello. Se rebaja el yeso de modo que por palatinos llegue justo a nivel de la encía y por vestibular lo que se haya calculado de alveolectomía necesaria; se pega con cera el diente artificial en su sitio de modo que el cuello y el borde del incisivo queden exactamente igual que el anterior. Se repite la maniobra con los demás dientes.

Quizá lo más corriente en prostodoncia inmediata es que la reproducción de los dientes no debe ser absolutamente fiel y, que sea necesario imitar sólo las características esenciales corrigiendo los defectos mayores.

En muchas ocasiones especialmente cuando hay un levantamiento de mordida y otras correcciones de alguna importancia la substitución no se hará ya diente por diente, sino que, según el grado de modificación que se quiere introducir se cortarán todos los dientes de un lado, se arreglará la encía del modelo y se articularán los dientes de ese lado primero, conservando el otro lado para control o bien se cortarán todos los anteriores. Se arreglará el modelo y se colocarán los reemplazantes del modo que se juzgue mas conveniente.

No conviene colocar una prostodoncia inmediata completa en el maxilar superior sin que existan los dientes posteriores inferiores.

#### F) Terminado y Pulido de la Dentadura.

Terminando el enfilado y completada la articulación se asientan tiras de cera en los flancos para dar el grosor necesario a las placas, tanto para construir la eminencia canina, como para rellenar las bolsas bucales cuando esta indicado. Para ello se corta una tira de cera rosa cuya anchura será suficiente para cubrir desde los dientes a los flancos. Esta tira de cera ablandada se pega contra el modelo y la cera en que estan asentados los dientes; de modo que forme un conjunto firme,-



mientras esta todavía blanda se recorta el exceso sobre los -- dientes, se modela para lograr los contornos gingivales y mientras se va enfriando se comprime para que entre bien en los espacios proximales. Cuando esto se ha logrado rápidamente y bien, - el grosor y los contornos son correctos. No se deben exponer los dientes acrílicos a la flama, cuando se necesita calentar la cera debe hacerse con una espátula caliente.

Para cubrir el paladar se selecciona una hoja de cera del adecuado grosor y extensión, se calienta bien y se presiona contra el modelo y contra los dientes, especialmente sobre la zona posterior de los incisivos y sobre la zona de las rugue para que dejen marcadas sus irregularidades. Se recorta el - exceso y se completan sus contornos, mientras la cera esta todavía blanda.

Comprobación ante el paciente. Se muestran al -- paciente los modelos duplicados sostenidos en oclusión y la restauración montada en el articulador.

Conviene señalar cualquier detalle que pudiera - ser discutido más tarde. Cuando se coloca la dentadura, comparar la apariencia de la restauración con los dientes naturales que - aún mantiene el paciente.

Se harán indicaciones al paciente en relación -- con los requerimientos de la dieta así como con la medicación -- necesaria.

Después de esta comprobación es conveniente añadir más cera sobre el flanco labial en la región alta de los incisivos centrales para dar mayor fortaleza a la dentadura para - esto hay que retirar las de los modelos y más tarde cuando estan ya polimerizadas se recorta de ella en la misma proporción.

Elaboración de la dentadura. Los modelos se le-- vantán de sus bases montadas en el articulador y se conserva este para revisar más tarde la oclusión sobre la dentadura ya ter-

minada.

Colocarla en la mufla, empaquetar el acrílico -- y polimerizar de la manera habitual.

Retirar todo el material con que se fijo la dentadura en la mufla, limpiar el modelo con la dentadura sobre el mismo y fijarle sobre su base de montaje en el articulador para comprobar la oclusión con papel de articular interpuesto. Se --- hacen movimientos de oclusión con las dentaduras. Se repasarán - todas las superficies oclusales que hagan interferencias; sean - obstáculos de deslizamiento o contactos prematuros.

Se levanta el modelo de la dentadura con todo -- cuidado con ligeros golpes o mediante cortes con discos. Se sepa ra el modelo en pequeñas porciones para no romper la dentadura.

Ya que tenemos la dentadura libre de yeso, proce demos al terminado o acabado de ella. Quitando los excedentes de acrílico con piedras montadas; enseguida se hace el festoneado - de los dientes y a la superficie de la dentadura se le da el --- grueso que se desee, luego se pule principiando con lija delga-- da. Después con piedra pomez y cepillo de cerda aplicando agua - abundante para evitar el calentamiento.

Utilizamos después un disco de fieltro para apli car piedra pomez, más fina o tripoli. Con esto queda la dentadu-- ra perfectamente tersa y, para terminar, usamos disco de manta - para dar brillo.

#### G) Construcción de la Guía Transparente.

Una vez que se ha terminado la dentadura tenemos el problema de asiento después de quitar los dientes. Para con trolar la futura forma del proceso y su relación con la base se-- construyo una placa o matriz transparente de la misma forma de - la base de la dentadura sobre el modelo de trabajo y, colocada - en posición sobre el reborde alveolar. Nos descubre por isque--- mia las prominencias óseas que obstaculizan el asentamiento.

Naturalmente cuando sólo se quitan los dientes-- y no se toca el hueso del proceso. No hay problemas en este aspecto, no hay que tocar sobre el modelo; sin embargo, cuando se hacen modificaciones sobre el modelo, debe hacerse también una modificación similar en la boca; la matriz transparente nos sirve como una adecuada guía para evitarnos reducciones de hueso -- más allá de lo necesario.

Después de haber enfrasado y desenfrasado las dentaduras se procede a tomar una impresión a los modelos para obtener otros modelos que nos servirán para la construcción de la guía transparente. Este último modelo debe hacerse en yeso, obteniendo el modelo en yeso se adapta una hoja de cera rosa para que el grosor sea uniforme. Se cortan los excedentes y se enfrasca después de haber desencerado. Se cubre con papel de estaño, todo el yeso para que la guía no salga opaca.

La preparación y prensado del acrílico se verifica en la misma forma que hacemos las dentaduras totales en el laboratorio. Obtenida la guía transparente se pulen todos los bordes quedando en condiciones para ser utilizadas.

### Cirugía para la inserción del Aparato.

No se necesitan determinados requerimientos previos o precauciones para preparar la boca; excepto cuando se trata de suprimir tejidos con alteraciones patológicas. Tales como restos radiculares, zonas de osteitis, quistes y folículos dentarios -- infectados. Debe recordarse sin embargo que cualquier tejido infectado y abierto es menos peligroso para la salud del paciente que cuando esta cubierto pero cuando se han eliminado todas las porciones enfermas, no hay razón para no cubrir estos tejidos y facilitar así su curación. En todo caso siempre es necesaria una exploración radiográfica; tanto antes de comenzar el tratamiento como después de hacerlo.

Desde el punto de vista del shock quirúrgico es raramente aconsejable extraer de una vez un crecido número de piezas o una gran porción del proceso alveolar.

La intervención quirúrgica sobre zonas de tejidos infectados permite que algunos de los productos de la infección entren en la corriente sanguínea por consiguiente el dentista -- debe calibrar la capacidad del paciente para tolerar esta sobrecarga tóxica y por ello las intervenciones en el proceso alveolar deben efectuarse en varios estadios. Esta preparación paso a paso decrece el shock, haciendo menos cuantiosas las operaciones en cada momento y por otra parte una entrada paulatina de las -- toxinas en la corriente sanguínea tiende a crear una inmunidad. La cima de esta inmunidad tiene lugar a los cinco u ocho días; -- pasados los cuales declina gradualmente por consiguiente el paciente es capaz de tolerar mejor las extracciones seriadas si -- estas se hacen con el intervalo de una semana.

A pesar del principio de que es necesario eliminar todas las zonas infectadas por completo. Nuestro propósito deber ser el de conservar tanto hueso sano como sea posible, en raras ocasiones los imperativos mecánicos nos harán eliminar parte del

proceso alveolar.

A) Extensión de la operación. Se procede a la preparación quirúrgica y axodoncia del canino de cada lado hacia -- atrás, conservando el segmento de canino a canino para realizar la prostodoncia inmediata en esta región. Algunos autores recomiendan conservar los primeros premolares de cada lado para mantener la dimensión vertical de tal manera que quedan ocho dientes en el segmento anterior. Con respecto al maxilar inferior la técnica es igual que la indicada para el superior.

B) Anestesia. Este tratamiento puede realizarse bajo anestesia local, regional o general. La anestesia se debe --- practicar lejos de la zona a operar con el objeto de no edematizar la región que luego va a soportar la prótesis. La zona edematizada desde luego esta aumentada de volumen y la dentadura no - se adapta comodamente sobre esta zona, por otra parte la presión que la dentadura ejerce sobre la zona edematizada resulta dolorosa; una vez que ha desaparecido la anestesia. Cuando se opera bajo anestesia general se realiza una anestesia local en la región bucal de los dientes a intervenir con fines hemostáticos y para que no resulte dolorosa la primera sensación de la dentadura colocada.

C) Incisión y colgajo. La incisión es una maniobra mediante la cual se abren los tejidos para llegar a planos más - profundos y realizar así el objeto de la intervención.

Incisión en cirugía bucal tiene el mismo fin ya que consiste en abrir el tejido gingival por cualquier medio --- aunque el más usual es el mecánico el que se efectúa con bisturí.

Para realizar cualquier tipo de incisión es recomendable mantener fija la mucosa que va a ser incidida para lo cual se recomienda sostenerla con los dedos de la mano izquierda; los que a su vez apartan los labios o se apoyan sobre los separadores.

Existen varios tipos de incisiones pero se han clasificado en tres que son los más importantes y usados en cirugía, como son la de Parstsch, Wassmund y Newman.

Nos referiremos unicamente a la técnica de Newman.

**Técnica de Newman.** Se trazan dos incisiones desde el surco vestibular hasta la lengüeta distal de cada canino. Se seccionan las lengüetas anteriores y se desprende el tejido gingival del cuello de los dientes. Por palatino se desprende la fibromucosa y se traza una incisión pequeña en distal de cada canino para preparar así un colgajo mínimo.

Tanto la incisión como el colgajo que se desprende de esta, deben cumplir una serie de condiciones que permitan al colgajo el reincorporarse a los tejidos cuando este sea colocado nuevamente en su sitio y estas condiciones son:

- Al trazar la incisión y un colgajo es necesario que el último tenga una base lo suficientemente firme y ancha como para prever el aporte sanguíneo y los nutrientes necesarios, evitando así los trastornos nutritivos y la neurosis del colgajo. Al trazarse una incisión debe tenerse en cuenta el recorrido que siguen los vasos sanguíneos importantes evitando así su lesión y riegos innecesarios.

- Buena visualización la incisión debe ser trazada de tal manera que permita una perfecta visión del objeto a operar la incisión no debe oponerse a las maniobras operatorias.

- La incisión debe ser lo suficientemente extensa para que permita un colgajo que descubra amplia y suficientemente el campo operatorio evitando desgarramientos y torturas del tejido gingival que siempre se traduce en necrosis.

En la cavidad bucal no deben realizarse incisiones económicas ya que solo significan dificultades y trastor-

nos durante el proceso operatorio. Algunos milímetros más no significan nada para el proceso de cicatrización. Mientras que incisiones extremadamente pequeñas implican riesgos que puede evitarse con esto no se quiere decir que se exagera inútilmente en la incisión, ya que también acarrea riesgos inútiles. La incisión debe prever la contingencia de un trazado insuficiente y debe realizarse de tal forma que se puede alargar sin traumatismos cuando las condiciones lo requieran. Sólo se encontrará un término medio a criterio del operador y con la ayuda tanto del estudio radiográfico como de la anatomía de la región.

- La incisión debe ser hecha de un trazo, sin líneas secundarias; ya que en un trazo correcto de la incisión podemos obtener buena adaptación de los tejidos y por lo tanto la cicatrización se realizará sin secuelas graves.

Las dificultades que presenta el desprendimiento de los colgajos se deben a los ángulos de incisión y éstas contingencias desencadenan la necrosis del colgajo.

- La incisión debe trazarse de tal modo que al volver a adaptar el colgajo a su sitio primitivo la línea de incisión repose sobre un plano óseo, de otra manera, los puntos se desprenden, la incisión se abre nuevamente y el colgajo se sumerge en la cavidad ósea con los correspondientes trastornos de cicatrización.

Métodos para desprendimiento de colgajos.

Una incisión se realiza para obtener un colgajo que refiriéndose a la mucosa bucal es el trozo de mucoepitelio limitado por dos incisiones o por la superficie de una incisión arqueada.

Una vez realizada la incisión se coloca entre los labios de la herida o entre la fibromucosa y la arcada dentaria una legra espátula o preiostomo. Cualquiera de las cuales se toma en la misma forma que el bisturí, ya descrita.

Se apoya fuertemente contra el hueso y por medio de pequeños movimientos de lateralidad con los cuales gira el ins--

trumento a expensas de su eje mayor. Se desprende el colgajo de su inserción en el hueso elevando por lo tanto la mucosa y el periosteo.

Levantamos el colgajo vestibular hasta llegar a la cara distal del canino opuesto; empezando en el punto donde se inició la incisión hasta llegar a la altura del tercio apical de los dientes anteriores. Por palatino se desprende la fibromucosa en la distensión mencionada anteriormente.

En la separación del colgajo nos podemos ayudar con las pinzas de disección con puntas de diente de ratón o con pinzas de mosquito con las cuales se levantara el colgajo en el momento que el instrumento que haya sido elegido lo desinserte del hueso.

El desprendimiento del colgajo debe realizarse en toda la extensión que requiera la operación para evitar problemas con el colgajo o tener que prolongar la incisión durante el proceso operatorio.

#### D) Osteotomía y Ostectomía.

La osteotomía es la parte de la operación que consiste en abrir el hueso. La ostectomía es la extracción del hueso que cubre el objeto de la operación y pueden ser realizadas con escoplos, pinzas guías, fresas o la combinación de ambos instrumentos.

Osteotomía con pinzas guías. Se usan para agrandar orificios previamente preparados para eliminar el hueso que ha quedado con bordes filosos u otras irregularidades. Estas pinzas tienen un mecanismo que les permite abrirse espontáneamente después de haber retirado la presión para su cierre.

Para retirar hueso con las pinzas se introduce una de sus ramas activas en la cavidad y se coloca sobre la superficie a retirar, cerrando la pinza y se desprende el hueso.

Osteotomía con fresas. Es el método más usado en la cirugía bucal ya que presenta múltiples ventajas, como son: la -



rápidez, la eliminación del shock que produce el martillo por el golpe.

La fresa actúa eliminando el hueso en su totalidad o realiza perforaciones vecinas entre sí sobre la tabla ósea. El hueso limitado por las perforaciones es levantado con escoplo. - En el hueco dejado por esta osteotomía se introducen las ramas de la alviolotomo, eliminando con ellas todo el hueso que sea -- necesario.

La fresa para reseca el hueso será de baja velocidad y de carburo. Debiendo ser operada con chorros de agua bidetilada o suero fisiológico para evitar el calentamiento del hueso que puede desencadenar lesiones y secuestros. El agua puede ser proyectada con jeringa en el caso de que la pieza de mano no presente el aditamento necesario.

En los casos normales que no presenten protusión y no necesiten alveolectomía la estectomía se reducirá a la exodoncia. Utilizando la técnica que corresponde a cada diente evitando la fractura de la tabla externa y, a la eliminación de las -- crestas interdientarias.

La eliminación de las irregularidades del proceso se lleva a cabo con alviolotomo que resecan los bordes filosos y las crestas prominentes para después limarlas.

Con el dedo se investigan crestas y bordes donde la sensación táctil denuncie irregularidades, allí se debe insistir.

Deben ser reseca los eventuales granulomas parodontóxicos y cohibidas las hemorragias de los vasos óseos para prevenir hematomas.

Una vez eliminados todos los bordes cortantes se la vará nuevamente con suero fisiológico eliminando todas las posibles esquirlas óseas que se encuentren aún en la cavidad. Se secará la cavidad con gasas estériles y si es necesario se lavara nuevamente. Una vez que este perfectamente limpia se desciende el colgajo y se adapta sobre el maxilar del paciente la base ---

transparente de acrílico que tiene la exacta forma de la dentadura. En aquéllos sitios que se vea palidecer la encía o se note exceso de presión se hará necesario realizar una mayor ostectomía.

Se retira la base transparente, se levanta de nuevo el colgajo y con alveolotomo o lima para hueso, se reseca el hueso excedente. Se vuelve a probar la base transparente; no necesitando nueva ostectomía y en condiciones de adaptar la dentadura se corta el excedente de encía, se afrontan planos y se realiza la sutura.

#### E) Sutura.

La sutura es la maniobra que tiene por objeto reunir los tejidos separados durante la maniobra quirúrgica y se realiza en este caso una vez tratada la cavidad ósea. En el caso de la mucosa bucal se utilizará la seda o nylon de tres ceros.

La sutura la efectuaremos con el portaagujas en el que se colocará la aguja con el hilo que en la mayoría de los casos esta incluido en la misma y se hace pasar por uno de los bordes de la incisión e inmediatamente después por el siguiente. Tratando de que pasen a la misma altura por ambos lados y que los tejidos queden lo mas aproximado posible al lugar en que se encontraban antes de la cirugía. Por el espacio es necesario ayudarnos con unas pinzas de disección para llevar los bordes al sitio de origen.

Una vez realizadas estas maniobras se procede a anudar los extremos de la seda o nylon para lo cual nos valemos del portaagujas sobre el cual se darán dos vueltas completas al extremo que se encuentra unido a la aguja. Posteriormente se tomará con la parte activa de éste al otro extremo y se deslizaran las vueltas que contiene hacia el hilo del otro extremo; formando con esto la primera parte del nudo. Para dar por terminado el nudo se realizará la misma operación unicamente que en sentido -

inverso y se ajustará el nudo a la herida.

Los colgajos no deben quedar tirantes no deben ser--  
modificadas las inserciones musculares, ni el contorno para la--  
adaptación de la dentadura.

Terminada la operación se lava la superficie gingi--  
val con el atomizador con suero fisiológico o agua bidestilada y  
se procede a colocar la prostodoncia directamente o previo afia--  
dido a la placa de cemento quirúrgico. Se despide al paciente --  
dándole las indicaciones necesarias y advirtiéndole que no se --  
quite la dentadura por sí mismo.

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

- El labio superior suele encontrarse torcido por--  
efecto de la anestesia y crea una impresión estética desfavora--  
ble.

- Normalmente hay un poco de sangre en la dentadura  
lo cual empeora su aspecto.

- El movimiento normal del labio y la mandíbula son  
torcidos.

A los pacientes se les tiene que insistir, una y --  
otra vez, que no deben juzgar el resultado en lo que se refiere--  
al aspecto o función de la dentadura hasta la siguiente cita. Se  
le debe explicar los efectos de la anestesia en el contorno del--  
labio y el movimiento, advertirle que presentarán mal aspecto --  
durante veinticuatro horas.

Capítulo VI

Inserción de la dentadura y Tratamiento Posoperatorio.

### Inserción del Aparato.

El tratamiento postoperatorio es una de las partes - mucho muy importantes para el éxito de la cirugía. Requiriendo - la colaboración del paciente. Conformándose de todas las medidas que se llevarán a cabo para el restablecimiento total del propio paciente.

Estas medidas son:

- Debe de llevarse a cabo el lavado de toda la cavidad bucal, una vez terminada la operación; para eliminar cualquier agente patógeno que pudiera acarrear problemas y que incrementará la flora bacteriana. Esta operación será efectuada por el cirujano y deberá realizarse con suero fisiológico o agua bi-distilada. Aplicada a presión, utilizando una jeringa hipodérmica esterilizada o bien un atomizador.

- Después se esterilizará la dentadura empleando -- benzal o cualquier otro compuesto químico que nos asegure la --- asepsia de la misma.

A continuación colocamos la dentadura en su sitio y hacemos la inspección para ver si la oclusión es correcta.

### Tratamiento Postoperatorio.

Debemos recomendar al paciente que no se quite la - dentadura por si mismo en el término de 24 horas; pues puede pro- vocarse una hemorragia o una inflamación de las mucosas que han- sido intervenidas.

Se le prescribe también que se aplique compresas -- de hielo sobre la región maxilar y mandibular. No dentro de la - boca para ayudar al relajamiento muscular y eliminar el dolor.

La terapia anterior debe ayudarse con medio farma- cológicos a fin de eliminar el dolor e infecciones; utilizando - farmacos como analgésicos, antiinflamatorios, relajantes muscu- lares y antibióticos.

Las proscripciones farmacológicas quedan a criterio

del cirujano. Presentándose posibles dudas por:

- El tiempo que dura la intervención.
- La lesión que sufrió la encía por la incisión.
- El trabajo realizado por los músculos en el proce-

so quirúrgico.

- La higiene del paciente para evitar infecciones.
- La presencia de inflamación postoperatoria.
- La presencia de dolor al término del efecto anes-

tésico.

Se debe recomendar al paciente que guarde reposo -- por lo menos durante las 24 horas siguientes a la operación. No siendo necesario que sea hospitalizado, ni que el reposo sea --- absoluto.

Durante esas horas se indica al paciente que tome - una dieta líquida; preferiblemente con ausencia de azúcar para - evitar las bacterias por acumulación de hidratos de carbono. Pasado este tiempo y hasta las 72 horas se le indica una dieta --- blanda con objeto de que sus maxilares reposen y que la herida - no se lastime con la mecánica de la masticación.

Técnica para retirar los puntos de sutura.

Es necesario retirar los puntos de sutura a las --- setenta y dos horas siguientes de la intervención. Ya que el hilo que se utiliza puede ser rechazado por el organismo o provocar infecciones dada su ubicación.

La forma correcta de hacerlo es esterilizando previamente el hilo con una solución alcohólica o con merthiolate.- Posteriormente con unas pinzas de disección se toma una parte de la sutura y se hace sobre ella tracción, tratando de dar cabida a unas tijeras para eliminar el punto, se corta con las mismas,- cuidando de no lesionar la cicatriz y buscando que el corte sea lo más próximo a la salida del tejido para que el hilo que pase-

por dentro de la herida, al momento de retirarlo, sea el mínimo posible. Posteriormente se hará tracción con las pinzas, teniendo cuidado de que la herida no se abra y el punto quede retirado. Se procederá igualmente con los demás puntos.

Después de eliminar las suturas, haremos una atomización bucal con una solución antiséptica y que nos sirve para eliminar los coágulos que pudieran haberse formado. Se cepillan las dentaduras para limpiarlas de impurezas y se procede nuevamente a colocarlas. En caso de que el paciente se queje de alguna irritación se practicará un desgaste con fresas donde hubiera compresiones molestas.

Y si no existen problemas de ninguna índole. La dentadura deberá revisarse nuevamente dos o tres semanas después de retirar las suturas.

Los analgésicos antiinflamatorios y relajantes musculares deberán retirarse cuando desaparezca el dolor. La medicación antibiótica se podrá prolongar por espacio de ocho días en caso necesario.

Capítulo VII.

Citas Posteriores; Reajustes.



Capítulo VII.

Citas Posteriores; Reajustes.

### Citas Posteriores: Reajustes.

A veces los contornos del tejido cambian tan rápidamente que la construcción de dentaduras nuevas representará un aumento de gastos prohibitivos para el paciente. Esos cambios -- tienen lugar pronto, después de la inserción de la dentadura inmediata y puede producirse durante una rápida pérdida de peso.

En estos casos el dentista debe escoger la práctica de rebase o de reconstrucción. El término rebase generalmente se refiere al proceso de añadir material de base a la superficie de la dentadura que contacta con el tejido en cantidad suficiente para llenar el espacio que existe entre el contorno de la dentadura original y el contorno del tejido alterado.

La reconstrucción consiste en volver a colocar toda la base de la dentadura con material nuevo. Sólo permanecen los dientes originales y su posición.

El problema de los procedimientos de reconstruir y rebasar está en la posibilidad de alterar las relaciones intermaxilares correctas. Por lo tanto las impresiones para estos procedimientos deben satisfacer las metas de cualquier otra impresión y, además, mantener la dimensión vertical correcta y la relación centrada.

No se deben reconstruir las dentaduras que tienen mala estética, relaciones intermaxilares muy inadecuadas, o colocación oclusal incorrecta porque la reconstrucción no puede corregir estas deficiencias. Además si ha tenido mucha resorción es casi imposible colocar la dentadura correctamente en el reborde y por eso las impresiones de reconstrucción pueden resultar en una relación horizontal y/o colocación oclusal incorrectas.

#### Impresiones.

Antes de hacer las impresiones la mucosa tiene que estar libre de irritación por todas partes. La forma más efectiva de eliminar la irritación por el trauma de la dentadura, es -

quitar la anterior durante cinco o siete días. En el caso que -- el paciente, no pueda estar sin dentadura durante este tiempo; - el dentista tiene el recurso de alternar los régimenes de tratamiento. Lytle sugiere que se quiten las dentaduras de cuarenta - y ocho a setenta y dos horas antes de hacer la impresión final.

Cuando se prepara la dentadura para el material de impresión se tienen que quitar todas las áreas con zonas retentivas, de modo que la dentadura se pueda retirar del modelo sin -- fracturar este. Además en lugares como el frenillo y la periferia pueden necesitar que se rebajen.

La dentadura superior se debe preparar para la impresión perforando tres agujeros pequenos en el paladar. Uno de ellos colocado cerca de las papilas incisivas y los otros dos -- cerca del reborde en el área molar. Estos sirven de salidas de escape para el exceso del material de impresión.

La dentadura se carga con pasta de óxido met lico-- y se coloca en la boca. Se presiona un poco hasta que disminuya el flujo de material. En ese momento se reduce la presión y se -- realiza el ajuste del músculo o el modelado del borde. Se deja endurecer la impresión, se quita y se examina para comprobar la exactitud. Si es satisfactoria se vierte con un modelo y se deja endurecer. La dentadura inferior se maneja como un portaimpre-- si n y no necesita salidas.

Relación de la mucosa a las superficies oclusales.

El modelo no se separa ahora, más bien el modelo -- y la dentadura se montan en la parte de arriba del duplicador -- Hooper, a continuación se coloca una capa de yeso en forma de -- plataforma en los miembros de abajo del duplicador, y el miembro de arriba con su dentadura se cierra en una plataforma de yeso mojada. Los dientes tienen que penetrar dentro de la superficie del yeso a una profundidad de dos milímetros aproximadamen--

te. Cuando el yeso se endurece se forma una llave dentro de la cual se pueden poner los dientes repetidamente para mantener una distancia fija y la relación entre el modelo y las superficies oclusales.

Cuando la llave se ha endurecido se separan los miembros de arriba y de abajo del duplicador. Entonces se retira la dentadura del modelo.

En este punto se puede elegir entre reconstruir o rebasar la dentadura. Se se hace el rebase la dentadura queda completamente limpia de todos los materiales de impresión y se coloca en la llave, de modo que los dientes ajusten completamente en sus posiciones respectivas. En esta posición la dentadura se encera al modelo a lo largo de toda la periferia y en los tres agujeros a través del paladar.

El modelo y la dentadura se retiran del montaje, se procesan y se terminan.

En opinión del autor es preferible la reconstrucción. Por eso el modelo y la dentadura se montan en el duplicador de Hooper. A continuación la dentadura se separa del modelo, se quita todo el material de base de dentadura de los dientes y se deja un pequeño puente de conexión de acrílico.

Entonces se colocan los dientes en la llave, la parte de arriba se pone nuevamente en el instrumento y se vuelve a encerar el cazo. Se procesa la dentadura y se termina de la forma usual.

Cuando el paciente ha llevado la dentadura superior comodamente durante varios días, se puede iniciar el procedimiento de reconstrucción de la inferior. Durante todos los pasos siguientes la dentadura inferior se tiene que ocluir con la superior terminada.

La dimensión vertical de la oclusión se puede esta-

blecer midiendo puntos colocados en la cara del paciente. La periferia se moldea con sumo cuidado con godiva de baja presión y se prueba la retención.

Al paciente se le enseña a retruir la mandíbula y a cerrarla. Si la acción de retruir se hace bien, las formas de -- los dientes anatómicos deben interdigitar razonablemente bien. - Suponiendo que la relación centríca original fuese buena.

Se carga el material de impresión y se coloca la - dentadura en la boca. Se le dice al paciente que cierre los - - dientes juntos y que mantenga esa posición hasta que el mate--- rial se endurezca. Este procedimiento registra bien la oclusión de ambas dentaduras e igualmente la relación de los dientes inferiores con el asiento de la mucosa.

La dentadura inferior se coloca en el duplicador-- de Hooper y se maneja de la misma forma que la superior.

Los procedimientos de reconstrucción y de rebase - no se deben considerar nunca como un substitutivo adecuado para dentaduras nuevas. Los pacientes cuyas dentaduras estan reconstruidas a menudo tienen que ser llamados para examinar el estado de la mucosa y de las relaciones intermaxilares.

Capítulo VIII

Conclusión.

La principal motivación para la mayoría de los pacientes que buscan un tratamiento de prostodoncia inmediata es evitar cualquier cambio en su apariencia, ocasionado por el desdentamiento, que por un período de tiempo les impediría seguir con sus negocios y actividades sociales.

El desarrollo de la prostodoncia ha alcanzado tan alto grado de perfección que es posible lograr una fiel reproducción de los rasgos fisionómicos, así como del duplicado exacto de los dientes naturales del paciente.

También se obtiene una gran ventaja al conservarse las relaciones intermaxilares pues las lesiones que ésta pérdida origina. Son de considerable trascendencia para el enfermo. Los músculos van perdiendo tonicidad, originando trastornos faciales importantes, asociados con perturbaciones del estado general y psíquico del paciente. La lengua órgano móvil se atrofia ocasionando un aumento de volumen que más tarde dificultará la adaptación de las dentaduras. La quielitis angular (boqueras) es otra patología ocasionada por la pérdida de altura.

Puede asegurarse que se obtiene una mejor cicatrización de los maxilares, ya que el proceso de osteoclastosis estará inhibida por la protección de los aparatos dentoprotéticos que vienen desempeñando el papel de férulas, controlando la hemorragia, evitando en gran medida la contaminación de las heridas del exterior, y manteniendo los fármacos y otros agentes terapéuticos en el lugar de las heridas.

No es necesario un período más largo de cambio de dieta; esta se limita a comidas blandas sólo durante unos días, y no durante algunas semanas o meses, como sucedería con un tratamiento de prostodoncia normal.

Las ventajas que acompañan este tratamiento son -- tan buenas que el costo adicional, las citas extras necesarias, --

el rebase eventual y otros pequeños inconvenientes, no tienen importancia para el paciente normal.

Por lo tanto, tomando en consideración las condiciones en que se encuentra la cavidad bucal del paciente, así como, el estado general del mismo. Preferimos la construcción de este aparato siguiendo todos los pasos que la técnica de construcción aconseja, ya que en la mayoría de los casos se tiene un éxito -- halagador.



CITAS BIBLIOGRAFICAS.

Manual de Técnica Médica  
Propedeutica

Dr. Francisco Cuevas  
Segunda Edición, México 1969

Prevención de Emergencias  
en Odontología

Lawrence W. Richardson.

Prostodoncia Total

Saizar Pedro,  
Primera Edición, Buenos Aires 1972  
Editorial Mundi.

Dentaduras Completas

Sears H. Victor, D.D.S. y Nagle --  
J. Raymond D.M.D.  
Segunda Edición, Barcelona 1965.

Prostodoncia Dental Completa

John J. Sharry B.S. D.M.D. Dean  
Editorial Toray, S.A. Barcelona

Cirugía Bucal  
Con Patología Clínica y - --  
Terapeutica.

Guillermo A. Ries Centeno  
Septima Edición  
Librería "El Ateneo" Editorial.



**Impresiones Lupita**

MEDICINA No. 28  
FRACC. COPILCO UNIVERSIDAD  
CIUDAD UNIVERSITARIA, D. F.  
TEL. 548-49-79