

24-984



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

PROTESIS TOTAL
INMEDIATA

Tesis Profesional

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

Cirujano Dentista

PRESENTAN

LILIA TRUJEQUE AGUILAR
RAMON URBINA BRICEÑO

MEXICO, D. F.

1980

ASESOR: DR. JUAN MANUEL HERROZ ZAMORANO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

T E M A R I O :

INTRODUCCION.

CAPITULO I.- Requisitos para el estudio clínico - en prosthodontia.

- 1.- Historia Clínica.
(Examen físico general, examen - clínico bucal).
- 2.- Modelos de estudio.
Ventajas.
- 3.- Estudio Radiográfico.

CAPITULO II.- Ventajas de las prótesis Inmediatas.

- 1.- Clasificación.
- 2.- Inconvenientes.
- 3.- Tipos.
- 4.- Contraindicaciones.
- 5.- Registros Preliminares.

CAPITULO III.- Modelos Fisiológicos.

- 1.- Zonas protésicas del Max. Sup.
- 2.- Zonas protésicas de la Mandíbula.
- 3.- Referencias Anatómicas del Max.- Sup.
- 4.- Referencias Anatómicas de la Mandíbula.

CAPITULO IV.- Materiales de impresión y su Aplicación Clínica.

CAPITULO V.- Relación Intermaxilar.

CAPITULO VI.- Articulación de las Piezas.

- Anteriores superiores.
 - Factores que determinan la colocación de las piezas posteriores.
 - Colocación de las piezas superiores posteriores.
 - Articulación de las piezas posteriores y anteriores inferiores.
- PRUEBA EN LA BOCA DEL PACIENTE.
Rectificación de las bases.

CAPITULO VII.- *Proceso de elaboración en el laboratorio.*

CAPITULO VIII.- *Preparación de la Bõca.
La cirugía en relación con la prótesis.*

CAPITULO IX.- *Colocación de la dentadura en el paciente.
Indicaciones al paciente.*

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

"INTRODUCCION"

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

La prótesis inmediata hizo un adelanto espectacular, en el año 1920, como consecuencia de las extracciones masivas impuestas por la teoría de la infección focal, por un lado y del progreso de la anestesia y la radiografía por el otro y también con el progreso de la cirugía bucal.

Medio siglo de adelanto no parece haber resuelto los problemas entonces planteados: La influencia de las "ayudas quirúrgicas" a la extracción, el verdadero significado de la prótesis inmediata, el carácter con que se debe o puede practicarla.

La prótesis inmediata constituye el medio de reducir la tragedia física y psíquica del desdentamiento.

Esta forma de tratamiento inmediato se usa con una prótesis completa en uno o en los dos maxilares. Se aconseja generalmente, si se proponen prótesis inmediatas completas superior e inferior, que se les confeccione simultáneamente, para evitar que las malposiciones estéticas u oclusales de los dientes remanentes del arco dentario interfieran con la colocación dentaria de la prótesis inmediata.

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

Una prótesis completa tiene la forma general del arco dentario que debe reemplazar y de la superficie de asiento en el maxilar correspondiente.

CAPITULO I.

HISTORIA CLINICA:

La historia clínica, tanto médica como odontológica, es una recopilación de datos, aportados espontáneamente por el paciente (nombre, edad, dirección, ocupación, estado civil, origen, lugar de nacimiento, sexo, fecha) y completados por un interrogatorio para conocer el origen y evolución de la enfermedad.

Es necesario conocer su historia Odontológica, Médica y estado de salud actual. Y siendo de mucho interés los datos relacionados con su historia psicológica y su estado emocional actual.

Realizamos un examen general, observando en el paciente, su aspecto general, postura, posición de cabeza, hombros y brazos, nivel cultural, movimientos o reacciones que indiquen tensión psicológica.

Un examen clínico bucal por etapas, apreciando la salud oral en general (higiene, cálculos, halitosis, saliva, estado de encías, susceptibilidad a la caries, áreas desdentadas, aparatos protésicos, estado de conservación de la dentición y restauraciones).

Se inspeccionan y se palpan los tejidos blandos (labios, mucosa labial y bucal, paladar duro y blando, orofaringe, piso de la boca y lengua) y se buscan alteraciones de color, textura y lesiones.

Se observan los tejidos gingivales en su color, coloración y su predisposición a la hemorragia.

Se analiza la importancia de las bolsas periodontales, aumento de corona clínica, malposiciones, migraciones y movilidad.

Se observa el grado de erupción de los dientes, color, tamaño, forma, estructura, número, presencia de eroción, abrasión, fracturas, vitalidad pulpar y deben valorarse las restauraciones existentes, -- áreas hipersensibles, condiciones en los contactos -- interdentarios y susceptibilidad a la caries.

"MODELOS DE ESTUDIO"

Se obtienen de las impresiones preliminares o anatómicas, son una réplica tridimensional de las zonas sobre las que se apoyará la dentadura artificial; observamos las crestas alveolares, forma, tamaño, relieves, grado de reabsorción y la proporción entre el maxilar superior y la mandíbula; - - orientación del plano de oclusión con los registros intermaxilares fijados en un articulador.

LAS VENTAJAS QUE OFRECE ESTE ESTUDIO SON:

- 1.- Las impresiones permiten examinar mejor la sensibilidad del paciente y las condiciones de trabajo en su boca.
- 2.- Los modelos permiten conocer mejor las formas y características anatómicas del maxilar y mandíbula.
- 3.- Los registros intermaxilares permiten estudiar los problemas relacionados con la altura, la estética, el dominio muscular y además los sentimientos y espíritu de colaboración del paciente.
- 4.- El articulador permite considerar mejor el espacio protético y llegado el caso, solicitar la opinión de un colega o explicarle al paciente sus circunstancias.
- 5.- Los modelos preliminares o de estudio sirven posteriormente para construir los porta-impresiones individuales y el articulador de diagnóstico es una guía para la estimación final de las relaciones intermaxilares.

"ESTUDIO RADIOGRAFICO"

En todo examen ya sea médico o dental es muy importante realizar un estudio radiográfico.

En pacientes desdentados totalmente, revelan cualquier posible infección y otros tipos de lesiones patológicas, no visibles o inaccesibles al tacto, así como áreas infectadas o de rarefacción; restos radiculares y dientes retenidos, quistes y cuerpos extraños, densidad ósea; forma, tamaño del seno maxilar, fosas nasales, posición del canal dentario inferior, localización de los agujeros mentonianos, etc.

Con el estudio radiográfico, se observa el tamaño de la raíz y se descubre la caries incipiente, residiva de la misma en las márgenes de las obturaciones y obturaciones de conductos radiculares incorrectos.

CAPITULO II.

"VENTAJAS DE LAS PROTESIS INMEDIATAS"

CLASIFICACION:

ANATOMICAS:

- 1.- Impide la pérdida inmediata de altura, al reemplazar el tope oclusal, preservando -o restituyendo- la altura morfológica.
- 2.- Evita violencias a las articulaciones temporo-mandibulares.
- 3.- Impide el ensanchamiento lingual.
- 4.- Impide el colapso labial y el hundimiento de las mejillas.

FUNCIONALES:

- 1.- Permite a la musculatura afectada seguir funcionando en sus posiciones normales.
- 2.- Evita la mayor parte de los trastornos y reajustes fonéticos del desdentamiento.
- 3.- Facilita la masticación rápidamente, evitando o reduciendo los reajustes dietéticos y digestivos.
- 4.- Ayuda a mantener normalmente las actividades de la vida de relación.

ESTETICAS:

- 1.- Impide el colapso facial, consecuencia de las pérdidas y transformaciones anatómicas.
- 2.- Con frecuencia permite introducir mejoras, a veces considerables.

PSIQUICAS:

- 1.- Elimina la "humillación" que sufren muchos pacientes al presentarse sin dientes.
- 2.- Permite mantener el equilibrio espiritual y --
facilita la continuidad de la vida de rela- --
ción, al evitar la influencia del que dirán.
- 3.- También facilita la decisión de sacrificar los
dientes naturales, cuando es preciso.
- 4.- Reduce los trastornos del acostumbamiento a -
la prótesis.

"INCONVENIENTES"

Los inconvenientes de la prótesis inmediata -- son, exclusivamente sus exigencias.

- a).- La coordinación quirúrgico-prótesis exige precisión en la técnica, establecida en base a -- exactos diagnósticos y a ajustadas indicacio-- nes en ambos sentidos. Las intervenciones qui-- rúrgicas, al dejar de ser unitarias para exten-- derse a grupos de dientes, se hacen más traumá-- tizantes, exigiendo habilidad y dominio.
- b).- La selección de casos es una exigencia inexcu-- sable. En la edentación futura y su eventual -- reemplazo por prótesis inmediata, entran en -- juego factores de estado general, utilidad, -- ventaja y posibilidad que deben ser evaluados -- en cada paciente.
- c).- El servicio se encarece, tanto por su menor du-- ración y la necesidad de rebasados y reajustes y requerirse nueva prótesis.
- d).- Las fallas técnicas, que pueden ser clínicas o de laboratorio, sólo se evidencian después de -- la intervención quirúrgica final.

"TIPOS DE PRÓTESIS INMEDIATA"

LA PRÓTESIS PARCIAL ADITIVA:

Que puede ser transformación de la que usa el paciente, es la prótesis parcial en que se van agregando dientes después de las extracciones.

Ventajas: Evita las extracciones masivas permitiendo un desdentamiento gradual.

Facilita la extracción previa de los dientes posteriores, sirviendo como transición a la prótesis inmediata completa. Puede hacer más económico el servicio o facilitar su financiación y a veces, prestar servicios duraderos.

LA FERULA TRANSITORIA:

Los dientes posteriores son reemplazados por férulas de acrílico que se articulan directamente en boca, añadiendo acrílico autopolimerizable; los dientes anteriores se hacen rápidamente por vaciado de los dientes en la impresión con acrílico de color adecuado.

LA PRÓTESIS SIN FLANCO VESTIBULAR:

Basta excavar el alvéolo en el modelo e introducir en éste 2 ó 3 mm. del diente de reemplazo (de ahí el nombre de intraalveolar). El resultado inmediato es espectacular, muestra los dientes emergiendo de la encaja.

LA PRÓTESIS INMEDIATA CON ENCAJA COMPLETA:

Reduce el peligro de retención deficiente, que puede presentarse en las prótesis sin encaja artificial y es más fácil atender al paciente.

"CONTRAINDICACIONES"

- 1.- Cuando la intervención quirúrgica implica un riesgo.
- 2.- Cuando el paciente no se halla preparado para valorar las implicaciones de ese tipo de atención o a hacer frente a gastos y tiempo adicionales que ello involucra.
- 3.- La posibilidad de que el paciente experimente más molestias después de la colocación de la prótesis.
- 4.- Las prótesis inmediatas requieren "mayor servicio de mantenimiento" que las prótesis completas comunes. En pocos meses generalmente se requiere un forrado o rebasado de la prótesis y ocasionalmente, si esto fuera necesario, la construcción de prótesis nuevas.
- 5.- Se establecerá y se explicará de antemano la probabilidad de un nuevo gasto y la dedicación de un tiempo complementario para evitar toda posibilidad de malentendidos.

REGISTROS PRELIMINARES:

Una vez decidido el procedimiento de las prótesis inmediatas, el plan óptimo es el de extraer todos los dientes posteriores, excepto los premolares antagonistas unilaterales o preferiblemente bilaterales. Frecuentemente, en pacientes de Clase I de Angle, se dejan los caninos o incisivos antagonistas. Estos dientes antagonistas hacen las veces de topes en céntrica para evitar el cierre de la distancia intermaxilar durante el período de cicatrización. La remoción de los dientes posteriores de 4 a 6 semanas antes de la toma de impresiones asegura al odontólogo una mayor facilidad para el establecimiento de la altura y ancho de los bordes posteriores de las prótesis terminadas.

Es posible evitar el procedimiento quirúrgico en dos etapas, y tomar las impresiones con los dientes posteriores. Pero generalmente este tipo de impresiones no son exactas, esta técnica generalmente se reserva para aquellos pacientes cuya salud contraindica extracciones seriadas.

Antes de la cita protética, es indicada la realización de raspaje y curetaje. Esta fase sanitaria o higiénica reducirá el edema y facilitará las operaciones quirúrgicas y la cicatrización post-operatoria. Frecuentemente, es favorable el ajuste oclusal de los dientes remanentes.

Los mismos factores que indican la extracción (caries extensas, enfermedad periodontal, extrusión y migración dentaria) son concomitantes con discrepancias oclusales que dificultan el registro de las relaciones intermaxilares. El establecimiento de una oclusión céntrica que coincida con la relación céntrica asegurará que no será llevada a la oclusión protética las relaciones maxilomandibulares incorrectas del paciente.

Los modelos de diagnóstico o los definitivos -

de trabajo arrojarán toda la información requerida respecto a los dientes, salvo su tono y color. Se puede tomar un registro de los dientes anteriores para ver todas las características individuales que el odontólogo quiera seleccionar para incluir en el enfilado.

CAPITULO III

MODELOS FISIOLÓGICOS:

ZONAS PROTÉSICAS DEL MAXILAR SUPERIOR:

Es muy importante que se identifiquen y se aprecien en todo su valor, las áreas de inserción de los músculos y ligamentos, así como otras áreas anatómicas de referencia. Los músculos de la expresión y de la masticación, ayudan a determinar los bordes de la dentadura y se deben de mantener las escotaduras producidas por estas estructuras. Es necesario un conocimiento de las zonas que cubren las dentaduras superior e inferior, así como la apreciación de los tejidos óseos y blandos involucrados, a fin de hacer los alivios necesarios para las zonas óseas duras y aplicar la presión deseada sobre los tejidos blandos, y limitar adecuadamente el sellado posterior o postdam.

Las zonas protésicas son aquellas regiones de los procesos alveolares, tejidos subyacentes y circundantes, que quedan incluidos o en contacto con las protodoncias totales, y los dividimos para su estudio en:

- 1.- Contorno o sellado periférico.
- 2.- Zona principal de soporte.
- 3.- Zona secundaria de soporte.
- 4.- Zona de alivio.
- 5.- Sellado posterior o postdam.

El contorno o sellado periférico, está constituido por todo el fondo de saco vestibular que se extiende de una escotadura hamular a la otra, pasando por la inserción del frenillo labial superior y dividido en tres áreas por la inserción tendinosa del buccinador denominado frenillo bucal; éstas son una anterosuperior o vestibulo labial superior y dos posterolaterales o vestibulos bucales, derecha e izquierda.

La zona principal de soporte es la que está constituida por toda la cresta alveolar y ofrece el máximo de soporte y apoyo a las dentaduras completas.

La zona secundaria de soporte, es toda la región comprendida entre el contorno periférico y la zona principal de soporte.

La zona de alivio comprende a las áreas en donde se evitará ejercer presiones exageradas y están representadas por la papila incisiva, el rafe natural medio, y por los agujeros palatinos posteriores.

LA ZONA DEL SELLADO POSTERIOR O POSTDAM: Está representado por la saturación entre la unión del paladar duro y el blando, denominado línea vibrátil y se extiende de una escotadura hamular a la otra, pasando por los huecos foveolares que se localizan a cada lado de la línea media.

ZONAS PROTÉSICAS DE LA MANDÍBULA:

La mandíbula al igual que el maxilar superior, se encuentra cubierta por la mucosa bucal y ésta a su vez, a los procesos alveolares, tejidos anexos e inserciones musculares involucrados en la región que dividimos en:

- 1.- Contorno o sellado periférico.
- 2.- Zona principal de soporte.
- 3.- Zona secundaria de soporte.
- 4.- Zona retromolar.
- 5.- Sellado posterior.

EL CONTORNO O SELLADO PERIFÉRICO: En la mandíbula se divide en: Vestibular y Lingual. La primera está constituida por todo el fondo de saco vestibular, que se extiende de un espacio retromolar a la otra, pasando por la inserción del frenillo labial inferior y dividida en tres áreas por la inserción

semitendinosa del buccinador, denominado frenillo bucal; estas son una anteroinferior o vestibulo labial inferior y dos posterolaterales o vestibulos bucales, derecho e izquierdo. El segundo va de un espacio retromolar a la otra, contorneando todo el piso de la boca pasando por la inserción del frenillo lingual.

LA ZONA PRINCIPAL DE SOPORTE: Esta constituida por toda la cresta alveolar, considerando su región posterior como la más favorable para recibir las fuertes presiones de la masticación.

LA ZONA SECUNDARIA DE SOPORTE: Comprende la región incluida entre el contorno periférico y la zona principal de soporte.

LA ZONA O AREA RETROMOLAR: Está localizada en el límite posterior del reborde alveolar inferior, donde se une a la rama ascendente, tiene la forma de una almendra y su centro ocupado por la elevación de la papila piriforme.

EL SELLADO POSTERIOR: Es la que corresponde a la región del ligamento pterigomandibular o aponeurosis buccinatófaríngea.

REFERENCIAS ANATOMICAS DEL MAXILAR SUPERIOR:

En el vestibulo labial superior, marcamos en la línea media, la inserción del frenillo central o labial superior; en esta región existen inserciones del músculo incisivo del labio superior, mirtiforme canina y músculos depresores.

El vestibulo bucal de ambos lados, se inicia con la inserción del frenillo lateral o bucal del músculo buccinador que se extiende en su parte poserosuperior hasta el ligamento pterigomandibular o aponeurosis buccinato-faríngea.

A la altura del primer molar, en posición dis-

tal respecto al frenillo antes mencionado se encuentra la cresta o proceso zigomático.

Posteriormente la extensión superior está limitada por el espacio determinado por la escotadura pterigomaxilar, formada por la parte distal de la tuberosidad del maxilar superior, y la apófisis pterigoidea del esfenoides.

Las fibras más inferiores de la inserción superior del músculo pterigoideo interno toman inserción en la superficie pósterolateral de la parte horizontal del hueso palatino y en la tuberosidad del maxilar, formando así el del surco hamular o pterigomaxilar.

El límite mesial de este surco está formado por el gancho del ala interna de la apófisis pterigoideas y el tendón del músculo periestafilino externo que en él se refleja.

La tuberosidad del maxilar superior, zona de retención por excelencia, es de interés en ambos lados; su forma y tamaño, cuando son demasiado grandes se aproximan demasiado con la prótesis inferior o con el proceso inferior antes que el paciente llegue a su dimensión vertical correcta, además interfieren el espacio que debe existir entre la tuberosidad y la apófisis coronoides de la mandíbula impidiendo los movimientos laterales.

La zona que se encuentra en la línea media de la bóveda palatina, constituida por la unión de la apófisis palatina del maxilar superior, forman la sutura palatina; si existe una ligera protuberancia o prominencia, se le llama; es de forma y tamaño variable y se le considera como un espesamiento óseo sin ninguna significación patológica, según su desarrollo se librará construyendo una protodoncia superior en forma de herradura o realizando un alivio o remoción quirúrgica con el objeto de obtener soporte.

En las zonas de alivio se incluye la papila palatina que es una eminencia lisa, situada en la línea media, un poco por detrás de los incisivos centrales y con frecuencia sobre el borde de la cresta, tiene un tamaño aproximado de 2 mm. de ancho por 3 ó 4 mm. de largo; de forma redondeada y consistencia variable. Por encima de ella se encuentra el agujero palatino anterior, en donde desembocan la arteria esfenopalatino interna, rama de la esfenopalatina, que es a su vez rama terminal de la maxilar interna; y el nervio esfenopalatino interno rama eferente del ganglio esfenopalatino, según su consistencia será objeto de alivio para capacitar su irrigación y apoyo.

Detrás de esta papila y en la línea media se encuentra el repliegue correspondiente al rafe satural medio, a los lados de este repliegue mucoso existen otros en forma irregular que irradian del centro hacia afuera en número de tres, cuatro o más correspondiendo a la altura de los laterales, caninos y premolares; se les conoce con el nombre de rugas palatinas y tiene una función auxiliar en la fonnación, se les conoce como caracteres propios de la cavidad bucal.

Más atrás, en la región de los terceros molares, aproximadamente a 1 cm. por arriba y por dentro del proceso alveolar, dentro de la región hamular, encontramos la mucosa que se encuentra en esta zona como protección a los vasos y nervios que emergen de los agujeros palatinos posteriores, por esta condición las incluimos en la zona de alivio.

En la zona del sellado posterior, la aponeurosis palatina que forma la estructura del velo del paladar se inserta, por un lado, en el borde posterior del paladar duro, y por otro, da lugar a la inserción de los músculos del velo, es en este último lado donde su espesor se hace mayor, lo que permite ejercer una compresión para efectuar un sellado, esta zona cuyo espesor varía entre uno y doce mm. con

tiene las glándulas palatinas y un tejido adiposo - que forma la masa de su estructura. La superficie - es lisa, de un color rosado que nos indica su alto grado de vascularización.

REFERENCIAS ANATÓMICAS DE LA MANDIBULA:

En esta zona del contorno o sellado periférico, marcamos desde la línea media hacia atrás, la inserción del frenillo central o labial inferior, la influencia muscular que recibe esta zona está representada por la inserción del músculo borla de la -- barba, a los lados, que se inserta en el tercio anterior de la línea oblicua externa; el triangular y el cuadrado del mentón.

Localizamos a continuación entre ambos premola res, la inserción semitendinosa del frenillo late-- ral o bucal que constituye el límite distal del ves-- tículo labial inferior.

La zona de apoyo del resto del vestibulo bucal se localiza entre dicho frenillo y el borde ante-- rior de las fibras musculares del masetero. La am-- plitud de esta zona es muy variable, su extensión o profundidad se encuentra a nivel del segundo premo-- lar, del primer molar y en la parte mesial del se-- gundo molar; decreciendo luego paulatinamente hacia atrás y está influenciada por el repliegue mucoso - del músculo buccinador cuya inserción inferior se - lleva a cabo sobre el reborde alveolar de la mandí-- bula a la altura de los molares y por encima de los dos tercios posteriores de la línea oblicua externa.

En esta zona, en la región del segundo premo-- lar y del primer molar inferior, se incluye la bolsa bucal de fish que es el único sitio libre de inser-- ciones musculares, ya que queda un pequeño espacio entre la inserción inferior del haz superficial del masetero y la inserción en su parte inferior, sobre el ligamento pterigomandibular del buccinador.

La región del masetero, constituida por la parte inferior del borde anterior del haz superficial del masetero.

En la cara interna de la apófisis coronoides, - cerca de su vértice se inicia una cresta en la cual se inserta el tendón profundo del músculo temporal; se va haciendo más saliente a medida que desciende y recibe el nombre de cresta temporal de la mandíbula.

Esta cresta al llegar al cuerpo de la mandíbula, se encurva horizontalmente hacia adelante, dividiéndose en dos ramas; una externa y otra interna, que al prolongarse se confunden con las aristas externa e interna respectivamente del reborde alveolar perteneciente al tercer molar desaparecido, la rama interna de esta cresta temporal, se continúa en el desdentado total con la línea milohioidea o línea oblicua interna.

Entre estas dos ramas de la cresta temporal, - delimitan el tubérculo retromolar de forma triangular de vértice posterior y base anterior; su base - la forma el borde posterior del alveolo del tercer molar desaparecido, y sus lados están constituidos por las ramas externa e interna de la cresta temporal.

En el desdentado total, como consecuencia de los procesos de reabsorción, desaparece la rama externa de la cresta temporal, quedando el triángulo y la fosita retromolar confundidos en una sola zona - disto-vestibular denominada área retromolar y localizada en el límite posterior del reborde alveolar inferior, donde se une a la rama ascendente.

Tiene la forma de una almendra y su centro está ocupada por un elemento anatómico en forma de papila denominada papila piriforme.

La submucosa del reborde alveolar por delante

de esta papila piriforme, está compuesta por tejido graso y glandular que favorece la obtención del sellado posterior, la papila piriforme siempre está incluida dentro de la zona de soporte, cuando está bien delimitada y sin presentar movilidad cuando se hace accionar el ligamento pterigomaxilar al abrir la boca o efectuar movimientos de lateralidad.

El ángulo distovestibular está influenciado por la acción de las fibras anteriores del masetero que pasan por el lado externo del buccinador que origina una disminución sensible del espacio disponible que se extiende hasta la porción distal del tubérculo retromolar o zona piriforme.

El borde distolingual o fosa retromolar está hacia adelante por los haces más posteriores del músculo milohioideo en su inserción más alta en la línea oblicua interna; hacia atrás su límite lo determina el músculo constrictor superior de la faringe por intermedio de su fascículo lingual, conocido como milifaringeo de Santorini que se extiende desde la parte posterior de la línea milohioidea hasta el raíl fibroso de la faringe; hacia la línea media; la limitación interna de la fosa retroalveolar está dada por el músculo palatogloso que desciende del paladar formando el pilar anterior del velo, y se dirige a su inserción inferior y externa en la base de la lengua, el límite externo de la fosa está formada por la cara interna del cuerno de la mandíbula.

CAPITULO IV

MATERIALES DE IMPRESION Y SU APLICACION CLINICA:

Los materiales de impresión que el prostodon-
cista necesita en la clínica, deben tener determina-
das características:

- 1.- Que permitan la reproducción de la zona impre-
sionada.
- 2.- Que no tenga cambios dimensionales de valor --
clínico.
- 3.- Que sea elástico para poder eludir retenciones
o en su defecto, que se fracture con nitidez -
para luego ensamblar sus partes y construir --
posteriormente el modelo.
- 4.- Que sea de fácil manejo y conservación.

Los materiales de impresión más usados los po-
demos clasificar en:

A) RIGIDOS.

- 1.- Yeso soluble.
- 2.- Compuestos zínque-
nólicos.

B) ELASTICOS

- 1.- Hidrocoloides.
 - a) Reversibles.
 - b) Irreversibles.
- 2.- Mercaptanos.
- 3.- Silicones.

LOS RIGIDOS: Son aquellos que al endurecer en
la boca no tienen elasticidad para retirarlos de re-
tenciones cuando éstas existan.

LOS ELASTICOS: Son los de mayor uso, debemos -
conocer según las características de cada uno, cuan-
do debemos de usarlo y conforme a sus propiedades, -
darles una correcta manipulación.

VESO SOLUBLE:

Es un yeso llamado de paris, que responde a la fórmula $(CaSO_4) 2H_2O$ con elementos modificadores que regulan el tiempo y la expansión del fraguado. -- Por lo general están constituidos por hemihidrata-- dos B, talco, aceleradores de fraguado y antiexpansivos.

El tiempo de fraguado es regulado por la relación agua-yeso y de la cantidad de acelerador incorporado; esto mismo reducirá la expansión de fraguado.

Los yesos para impresión contienen a veces almidón cuyo objeto es hacerlos solubles dado que al colocarlos en agua caliente el almidón se dilata y se disuelve; la impresión se desintegra facilitando la remoción del modelo.

Técnica del Manejo:

Se utiliza un porta-impresión liso lubricado con vaselina, que permite retirarlo, dejando el material en la boca para buscar una fractura nítida que facilite su remoción y uniendo los fragmentos se obtiene el modelo deseado.

Para obtener esa fractura nítida basta con -- aumentar la cantidad de agua, evitando además la -- exotermia exagerada en la boca. Una vez retirado el porta-impresión queda el yeso en la boca al cual de -- berá cortársele gulas que permitan su fractura para -- lograr ya fuera de ella reconstruir el modelo, antes de vaciar el modelo con yeso piedra es necesario -- tapar los poros del yeso de impresión, si no se tiene esta precaución se tendrán retenciones que -- dificulten la separación del modelo-vaciado.

PROPIEDADES FISICAS:

Baja conductividad térmica.

Tal propiedad debe tenerse en cuenta al manipular dado que al calentar, la superficie en contacto con el calor plastifica antes que las partes externas del producto.

Es importante que la temperatura de ablandamiento se logre uniformemente en toda la masa evitando el calentamiento de la superficie para evitar:

- 1.- Que se quemé o volatilice algún componente haciendo perder su utilidad, para evitar el fenómeno de relajación.
- 2.- Escurrimiento.- Una vez que ha sido ablandado el producto y mientras es presionado contra los tejidos, es necesario que escurra o fluya constantemente hasta lograr el registro exacto de los detalles o irregularidades.

DISTORSIONES:

El fenómeno de relajación produce como resultado de las tensiones inducidas al compuesto deformaciones o distorsiones. Este fenómeno no es controlable por lo que deberá vaciarse el modelo o troquel dentro de la primera hora de haber registrado la impresión.

Si la superficie del compuesto está dura y no la parte más interna, se producirá una relajación inmediatamente después de retirar la impresión. Por lo tanto habrá de controlarse esto, enfriando con agua el mayor tiempo posible para que la condición de la temperatura sea lograda en todo su volumen.

El ablandamiento deberá hacerse por calor húmedo, se utiliza un recipiente o algún otro dispositivo. En la flama es necesario evitar que se agrume o se quemé, dado que se puede volatilizar alguno de sus

componentes y perder sus propiedades cuando ha de usarse una gran masa es conveniente calentar el compuesto con un baño de agua, teniendo cuidado que al amasarlo no se incorpore agua, que actuarla como -- plastificante y elevarla el escurrimiento al doble de lo normal.

COMPUESTOS ZINGUENOLICOS.

La composición resultante entre el óxido de -- Zinc Eugenol se llama Compuesto Zinquenólico y tiene las siguientes aplicaciones:

- 1.- Medio Cementante.
- 2.- Cemento Quirúrgico.
- 3.- Material para obturación temporaria.
- 4.- Como relleno de conductos radiculares.
- 5.- Como material de impresión fisiológica en des-- dentados.

Habremos de tratarlos en esta ocasión como materiales de impresión.

Este tipo de Zinquenólico se presenta en forma de pastas, una con óxido de zinc que es el componente activo y otra con Eugenol, su conversión a pastas se realiza agregando al óxido de zinc (polvo) -- entre otros cuerpos aceite mineral; al Eugenol (líquido) se le agrega polvo inerte.

Composición de un compuesto Zinquenólico.

Oxido de Zinc.	80%	Aceite de clavo-eugenol	56%
Resina	19%	Gomoresina	16%
Cloruro de Mg.	1%	Aceite de Oliva	16%
		Aceite de lino	6%
		Aceite Mineral	6%

En el polvo el óxido de zinc está firmemente -- pulimerizado, deberá tener una pequeña cantidad de agua que tiende a reducir su promedio de vida útil.

La resina facilita la celeridad de la reacción y mejora la homogeneidad y suavidad de la pasta. - Con resina hidrogenada el compuesto es más estable.

El Cloruro de Magnesio.- Es un acelerador del tiempo de fraguado. La misma acción la tiene el - - agua, el acetato de zinc, alcoholes primarios y ácido glacial.

En el líquido.- La esencia de clavo tiene 70 a 80% de eugenol, la esencia de clavo reduce el ardor que produce el eugenol en los tejidos blandos.

El Aceite de Oliva.- Actúa como plastificante - y disminuye la acción irritante del eugenol.

Los aceites de lino Mineral.- Son plastificantes que se agregan para conferir suavidad y fluidez al producto: con el mismo fin se usan el bálsamo de Canadá y del Perú.

Tiempo de Fraguado.- Adquiere importancia pues to que debe permitir antes de fraguar que se realice la mezcla, llevarlo al porta-impresión y a la boca para formar la impresión. Por lo tanto debemos pensar en el control del tiempo de fraguado por el operador, diremos que:

- 1.- Agregando un acelerador (agua, alcoholes primarios).
- 2.- Cuando fragua muy rápido por acción de la temperatura ambiente y la humedad, se usa para retardarlos la lozeta y espátulas frías.
- 3.- El tiempo de fraguado aumenta agregando una mezcla de aceites inertes y ceras. Por dilución disminuye la proporción del acelerador pero reduce la rigidez del material.
- 4.- Cambiando la proporción de las pastas. Deberá conocerse en la cual se encuentran los aceleradores por lo regular están en el eugenol.
- 5.- El tiempo de espatulado, entre más largo, más corto es el tiempo de fraguado.

- 6.- *Consistencia y Escurrimiento.* - Con el deseo de obtener detalles y precisión en la impresión - debemos conocer estas propiedades. Sabemos que la consistencia de un producto depende de la temperatura y la humedad por lo que resulta difícil su control, sin embargo químicamente es posible regular la fluidez.
- 7.- *Rigidez y Resistencia.* - Los compuestos zínco-nóbricos no deben deformarse ni romperse se retiran de la boca. Se combinan en tal forma que no escurren a la temperatura bucal como los productos de modelar. La resistencia a la compresión es de 70 kg/cm². después de dos horas de la mezcla.

Técnica de la Mezcla.

Deberá de prepararse en papel o lozeta.

La relación de las pastas está determinada por el diámetro de los orificios de las pastas para que sean 50% de cada una y nos den tiempo de trabajo y fraguados correctos; se utiliza espátula flexible de acero inoxidable de 2 cm. de ancho por 10 cm. de largo, se mezcla durante un minuto hasta observar un color uniforme. La mezcla se espesa sobre la impresión se lleva a la boca, manteniéndola firmemente en posición hasta su endurecimiento total y se retira de la boca.

HIDROCOLOIDES Y SU APLICACION CLINICA.

- 1.- Generalidades.
- 2.- Hidrocoloides reversibles.
- 3.- Hidrocoloides Irreversibles.

Generalidades.- Un material ideal será aquel - que se colocará en las zonas por impresionar y que adaptándose al más mínimo detalle pudiera tornarse en un material elástico y librar retenciones, fuera de la boca en la posición de la forma impresionada.

Al usar hidrocoloides sabemos que se introduce

en el medio bucal un fluido viscoso de un porta-impresión, que luego de mantenerse por un tiempo, el material gelifica en la posición adquirida y debido a la flexibilidad del gel, se retira la impresión intacta de la boca sin deformaciones aparentes apreciables.

Coloide o Sol Coloidal. - Coloide es cualquier solución en la que las unidades de soluto son suficientemente grandes como para que no dialicen a través de una membrana adecuada. Las unidades de soluto, o fase dispersa pueden estar constituidas por una agregación de moléculas o por una molécula grande. Las partículas se dispersan en el soluto o medio dispersante en virtud de que ellas se rechazan mutuamente debido a la carga eléctrica que posee cada una de ellas (las de Agar-Agar están cargadas negativamente).

Los hidrocoloides en su mayoría son emulsiones donde el medio dispersante es el agua. Algunos hidrocoloides se convierten en gel en determinadas condiciones, si la gelación se produce por enfriamiento son de carácter reversible.

Es decir, que cambiando el sol a gel y gel a sol a través de la temperatura. Los hidrocoloides irreversibles cambian de sol a gel pero no pueden pasar de gel a sol, al menos por medios simples, generalmente gelifican por acción química. Considerando que un gel es capaz de soportar una tensión tangencial sin experimentar escurrimiento, tal propiedad indica claramente la presencia de alguna red mecánica o estructural.

HIDROCOLOIDES REVERSIBLES.

Son ciertas substancias que al estado coloidal pueden pasar generalmente (en función de la temperatura) del estado de gel a sol y viceversa, que cumplen con los requisitos de elasticidad y constancia de propiedades, ej.:

Agar Agar.....	8% a 15%
Borax.....	0.2%
Sulfato de Potasio.....	2%
Agua.....	83.5%

El Agar Agar es un coloide orgánico hidrófilo- (polisacrido) que se extrae de algunos tipos de algas. Es un ester sulfúrico de polímero lineal de la galactosa.

El Agar Agar construye la fase dispersa, que da los caracteres de coloide. Su temperatura de gelación se aproxima más o menos a 70 grados C. y presenta los efectos característicos de la histeresis y se transforma en sol entre los 60° y 70°C.

El Borax se incorpora como material de relleno con el fin de aumentar la resistencia del gel, pues parece formar boratos, que aumentan la densidad de las micelas e incrementa la viscosidad de la solución.

La temperatura de gelación debe ser compatible con la de los tejidos bucales ya que la gelación se realiza en la boca y estará entre 35° y 45°C.

Los fenómenos de inhibición y sinéresis están presentes en el gel hidocoloidal por lo que conviene hacer el vaciado inmediato ya que de no hacerse, la estabilidad dimensional puede variar, según el medio donde se encuentren (húmedo-Inhibición; seco-Sinéresis).

Dado que el agar agar es un elemento muy fluido no nos permite la adaptación del material a los detalles morfológicos del proceso y tejidos que deseen impresionarse, se le agrega el material de relleno para aumentar la viscosidad del sol. Es probable que la viscosidad del sol se deba a la unión de las moléculas de Agar Agar, al principio sólo por fuerzas de atracción secundarias en puntos ampliamente separados y con el descenso de la temperatura,

seguidas de otras uniones posteriores provocadas - también por fuerzas de atracción secundarias pero - no localizadas.

ASPECTOS TECNICOS.

- 1.- Elección del porta-impresión y sus caracterís-
ticas.
- 2.- Preparación del material.
- 3.- Impresión propiamente dicha.
- 4.- Cuidados de la impresión.
- 5.- Vaciado.

HIDROCOLOIDES IRREVERSIBLES:

Son materiales que se caracterizan por el he-
cho de que el sol se puede cambiar a gel, pero este
no puede pasar a su primitivo estado, al menos por-
medios simples. Son materiales de impresión anatóni-
ca que nos sirven para obtener modelos de estudio,
para modelos ortodóncicos, para la construcción de
parciales y de prótesis totales.

El componente principal es un alginato soluble
(sal de ácido algínico que se obtiene de las algas
marinas y se le considera como un polímero lineal -
de la sal de sodio de ácido anhídrido beta manuróni-
co).

El ácido algínico no es soluble en el agua al-
gunas de sus sales lo son. El ácido se puede trans-
formar rápidamente en un ester, ya que los grupos -
carbóxicos tienen libertad de acción. La mayoría de
las sales inorgánicas son insolubles, excepto las -
de potasio, amonio y magnesio.

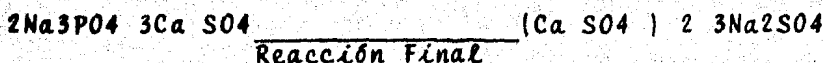
Los materiales de impresión contienen esencial-
mente, alginato de sodio o de potasio.

Por lo tanto la reacción será la siguiente:

Se mezclan sulfato de calcio, alginato de pota

sio, fosfato trisódico y agua, reacciona primero el sulfato de calcio con el sulfato trisódico, y cuando se termina el fosfato trisódico el calcio comienza a reaccionar con el alginato de potasio para producir alginato de calcio.

REACCION RETARDADORA:



ACCION DE LA TIERRA DE DIATOMEAS:

COMPOSICION

Alginato de Potasio	12%
Tierra de diatomeas	70%
Sulfato de Calcio (dihidrato)	12%
Fosfato Trisódico	2%

ASPECTOS TECNICOS:

Los Alginatos según recordamos necesitan para formar una estructura clínicamente aceptable una cantidad de agua, que el fabricante nos habrá de dar para una cantidad determinada de polvo, y agua exactas para la mezcla; una vez hecho esto en el paciente preparamos la zona a impresionar de la siguiente forma: habrá de tener un vaso con agua con una solución de detergente y astringente que deberá enjuagarse un instante antes de ser llevado el material a la boca; esta maniobra elimina la tensión superficial de la zona a impresionar evitando con ello burbujas o deficiencias en la impresión.

Para la preparación del material pondremos en una taza de hule el agua, previamente medida a una temperatura de 20°C., para que al mezclarla por espacio de un minuto con una espátula flexible de acero inoxidable, nos permita el tiempo de trabajo necesario para su correcta manipulación (colocarlo en el porta-impresión, colocación del material en la

boca); teniendo cargado el material en el porta-impresión, perforado o con retenciones alrededor del borde, el paciente se enjuaga con el detergente y astringente, una vez hecho, se coloca en la boca el porta-impresión cargado y se mantiene en posición sin movimiento por espacio de 5 minutos para evitar la inducción de tensiones que deformarían la impresión, hasta que se logre totalmente la reacción de gelificación. Para retirarla deberá hacerse en un sólo movimiento en dirección paralela a las crestas alveolares.

Una vez fuera de la boca la impresión deberá lavarse al chorro de agua y colocarla en una solución de sulfato de potasio al 2% durante 2 minutos, (este baño disminuye el tiempo del fraguado del yeso que será retardado por el borax que contiene el alginato en su fórmula), se seca la impresión y se vacía inmediatamente con un yeso que nos convenga para nuestros clínicos.

ELASTOMEROS Y SU APLICACIÓN CLÍNICA:

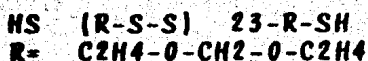
Los elastómeros son materiales a base de hule y se les clasifica también como cauchos sintéticos agrupados como geles coloidales (hidrófobos) que reaccionan provocando una polimerización por condensación.

Podemos considerar dos tipos de éstos, uno a base de polisulfuro de caucho que reacciona por lo general con peróxido de plomo y pequeñas cantidades de azufre llamado mar captano (hule o tiocol) y otro llamado silicona cuyo constituyente básico es alguno de los tipos de la organosilicona (polidimetilsiloxano).

MERCAPTANOS:

Habría de realizarse una vulcanización o cura (combinación de goma de caucho natural con azufre por medio de calor). El componente básico del poli-

mero líquido es un mercaptano funcional o polímero sulfurado:



Que por medio de un reactor se polimeriza o cura para dar el sulfuro de caucho. El reactor empleado es peróxido de plomo (Pb O₂) como agente polimerizante y el azufre que contribuye a mejorar las propiedades físicas.

Cuando se mezcla el peróxido de plomo con el polímero sulfurado se forma el polímero de caucho.

BASE:

Polímero Sulfurado	79.72%
Oxido de Zinc.	4.89%
Sulfato de Calcio	15.39%

ACELERADOR:

Peróxido de Plomo	77.65%
Azufre	3.53%
Aceite de Castor	16.84%
Otros	1.99%

Para su aplicación clínica habremos de considerar distintas propiedades como: Tiempo de Fraguado, Elasticidad, Estabilidad Dimensional, Propiedades Térmicas.

MANIPULACION.

Es conveniente que el volumen del material a utilizar sea mínimo ya que la exactitud de la impresión depende de que el material sea simplemente una capa delgada con un espesor óptimo entre 1 y 2 mm. - por lo tanto será necesario construir un porta-impresión individual rígido usando por tal efecto una resina acrílica autopolimerizable.

El material debe estar tenazmente adherido al porta-impresión, para lo cual se usa un cemento específico pintándolo antes de cargarlo y se deja secar entre 6 y 7 minutos. Además deberá colocarse en posición que mantenga al porta-impresión inmóvil y en su sitio al ser llevado con el material.

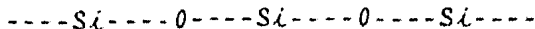
Para la preparación del material deberá contarse con una loseta, una espátula rígida pero flexible, un porta-impresión individual, adhesivo y un vaso Dappen, así como, los materiales, más viscosos que es la que se utiliza para cargar el porta-impresión.

Una vez en la boca deberá mantenerse en posición y sin mucha presión y sin movimiento evitando la absorción de tensiones que puedan dar origen a distorsiones por relajación.

Va que el tiempo de fraguado será de 10 minutos deberá retirarse la impresión pasado ese tiempo, nunca antes, pues dará como resultado deformaciones. Una vez obtenido el negativo deberá lavarse con un detergente que evite la formación de burbujas en el positivo, originada por la alta tensión superficial se lleva al chorro de agua (sin peligro de inhibición), y se coloca en una solución de sulfato de potasio al 2%. Un mínimo de 2 minutos para que se disminuya el tiempo de fraguado del yeso piedra.

SILICONES:

Los hules de silicón son polímeros sintéticos formados en una cadena de polímero, compuesto por silicio y oxígeno, cadena de siloxano.



El peso molecular es el que determina la viscosidad y la fluidez del silicón. Los polímeros de cadenas cortas, son líquidos y son denominados aceites de silicón; los polímeros de cadenas largas, -- cuanto más largas sean son más viscosos.

Como reactor se utiliza un compuesto organometálico (octolato de estaño) o un silicato alquínico (silicato de etilo) estos reactores producen en algunos casos liberación de hidrógeno, lo cual haría que el modelo se fracturara. Por lo que debemos -- agregar un aceptor de hidrógeno como el óxido de -- cromo o de aldehído.

La fabricación de los silicones se realiza de la siguiente manera: se recibe en una pasta el poli dimetil-siloxano y el polietil-silicato habiéndose -- agregado un relleno inerte que deberá tener partículas de sílice finamente dividido cuyo tamaño de -- deberá ser aproximado al de las macromoléculas del po -- límero del silicón.

El reactor que regularmente se usa líquido es -- tá compuesto por octolato de estaño y un colorante que permite observar una mejor homogenización de la mezcla.

ELASTICIDAD.

Los materiales como los silicones observan cambios dimensionales de contracción durante la polime -- rización, las contracciones son de 0.23 a 0.41% des -- pués de 24 horas, durante las siguientes 23 horas -- existe una contracción adicional de 0.2%, por lo -- que debemos correr inmediatamente la impresión.

ESTABILIDAD DIMENSIONAL:

Debido a que ambos tipos de elastómeros son re -- pelentes al agua no existen cambios dimensionales -- imputables a la sinéresis o a la inhibición, no obs --

tante durante la polimerización se producen unas --
 contracciones especialmente en los silicones debido
 a su lenta polimerización y a la volatilización de
 ciertos productos de reacciones de condensación.

SILICONES:

Para evitar estos cambios dimensionales la me-
 jor forma de proceder es hacer el modelo o positivo
 durante la primera hora de haber hecho la impresión
 en algunas ocasiones la superficie de una impresión
 obtenida con polisulfuro aparecen unas concavidades
 esféricas que en los modelos van a aparecer como --
 convexidades o nódulos, estos vacíos son producidos
 por el atrapamiento de burbujas de aire durante el
 mezclado con una buena manipulación, se evita este --
 inconveniente en los silicones.

El desprendimiento de hidrógeno produce en los
 modelos de yeso unas superficies llenas de pequeñas
 perforaciones, esto es debido a la mala combinación
 del material durante el mezclado, para evitar la --
 evolución de hidrógeno durante la cura la mejor so-
 lución es emplear un tipo específico de silicones -
 con octoalato de estaño como reactor en presencia -
 de un polisilicato de etilo de esta forma se puede
 efectuar una vulcanización de hidrógeno resumiendo.

Los hules de polisulfuro como los de silicón -
 son los mejores materiales que se conocen para la -
 toma de impresión siempre que se tenga cuidado en -
 su manipulación.

TEMPERATURA:

La temperatura actúa sobre los silicones con -
 un coeficiente de expansión de $200 \cdot 10^{-4}$ por grado -
 centígrado.

Una impresión de silicón se toma en la boca a
 37°C. y al retirarla se pasa al medio ambiente a -

una temperatura de 20°C., el material se contrae de 0.34% pero no tiene importancia la contracción clínica en la exactitud dimensional. La temperatura actúa al elevarse, en disminuir el tiempo de endurecimiento.

PROPIEDADES:

- 1.- La absorción del agua de los silicones es insignificante.
- 2.- No afectan la dureza de la superficie del yeso piedra.
- 3.- El desprendimiento de hidrógeno en los silicones produce, en los modelos, pequeñas perforaciones.
- 4.- El octoalato de estaño (reactor) es tóxico sin embargo el producto final no lo es.
- 5.- El color y el olor no son repulsivos al paciente y son limpios en su manipulación.
- 6.- La duración del material no será mayor de 11 meses después de su producción.

TECNICA DE MANEJO:

El silicón se obtiene en forma de pasta, el tubo contiene el polidimetil silixano y el líquido el octoalato de estaño (reactor). Puede usarse silicón de tipo industrial que reduce el costo notablemente.

La mezcla puede hacerse en una loseta, papel encerado, cartulina, vidrio o simplemente un azulejo.

El azulejo tiene la ventaja de tener una base de barro que permite la absorción del agua y por lo tanto bajar la temperatura de la loseta, ya que la capa porcelanizada es muy pequeña, al aumentar la temperatura bajo el tiempo de trabajo.

La mezcla se realiza de la siguiente forma:

Se coloca una de las bases en la loseta y se agrega el reactor en gotas (la relación base reactor deberá darlas el fabricante).

Se mezcla uniformemente durante 30 segundos y se coloca en el porta-impresión individual no es necesario la colocación de adhesivo ya que el polidimetil siloxano actúa como tal y el sílice hidratado proveniente del silicato de etilo forma una unión física con el porta-impresión. Entre más pequeña sea la cantidad de silicón más exacta es la impresión.

Las impresiones se pueden considerar en dos grupos:

- 1.- Las impresiones de desdentados.
- 2.- Las impresiones de prótesis individual o múltiples para pilares de puentes fijos.

En las impresiones de desdentados o para prótesis dental encontramos fácil construir primero un porta-impresión individual de resina incolora y rectificar después con el silicón de cadenas largas (el más viscoso).

QUIMICA DE SILICONES:

Los silicones están formados por un polidimetil siloxano. El acelerador para los silicones se puede suministrar en forma de pasta, pero por lo común se hace en forma líquida generalmente se usa el octoalato de estaño como reactor en los silicones para hacer el espátulado se coloca sobre la loseta o block de papel cierta cantidad de la sustancia base y se le depositan unas gotas del líquido reactor, el número de éstas dependen de las instrucciones que dé el fabricante, el color uniforme de la masa nos demuestra que los componentes se hacen mezclando homogéneamente. El procedimiento para to-

mar la impresión es igual que los poli de polisulfuro.

TIEMPO DE FRAGUADO DE LOS SILICONES:

Es aproximadamente de 3 a 5 minutos el silicón es un material que no dura más de 8 meses por que - la goma de silicona que es el producto principal de la pasta se puede endurecer en el tubo, lo mismo -- con el reactor de octoalato de estaño, no sucede lo mismo con los hules de polisulfuro que puede durar un tiempo indefinido.

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

CAPITULO V

39

RELACION INTERMAXILAR

Es la posición correcta que guardan el maxilar superior y la mandíbula cuando los cóndilos quedan alojados en la cavidad glenoidea en su parte más superior, posterior y media, con equilibrio muscular y facilidad para desarrollar movimientos laterales.

DIMENSION VERTICAL:

Dividida en:

- 1.- Dimensión vertical en descanso.
- 2.- Dimensión vertical en oclusión.

Técnicas para obtener la dimensión vertical -- Craneométricas; por fatiga muscular, de medidas de escultores y por electromiografía.

DIMENSION VERTICAL EN DESCANSO:

Empleando la técnica "por fatiga muscular", se marca un punto en la parte más alta de la nariz y otro en la parte más alta del mentón. Se indica al paciente que abra y cierre la boca varias veces hasta lograr la fatiga muscular; obtenida ésta, se le pide al paciente que cierre la boca lentamente hasta que los labios se toquen ligeramente, con una regla se mide la distancia entre los puntos marcados, se mide varias veces, hasta obtener una medida media, que será la dimensión vertical en descanso.

DIMENSION VERTICAL EN OCLUSION.

Se obtiene restando 2 mm. de la dimensión vertical en descanso. A los 2 mm. de diferencia se le

conoce como espacio interoclusal.

Determinada la posición de la dimensión vertical, procedemos a orientar los rodillos superior e inferior.

ORIENTACION DEL RODILLO SUPERIOR:

Se logra relacionándolo con las referencias -- anatómicas que son: visto al paciente por el frente, el rodillo debe quedar visible 1.5 a 2 mm. por debajo del borde libre del labio superior, con el fin -- de dar estética a los dientes. Usamos la platina de for, que es una lámina recortada con una regla anterior y dos laterales, se coloca en la boca quedando la regla anterior paralela a una línea imaginaria -- interpupilar y visto de lado la regla lateral de la platina debe quedar paralela al plano Protético -- (plano de camper) que va del tragus del pabellón -- del ángulo infero externo del ala de la nariz.

ORIENTACION DEL RODILLO INFERIOR:

Como referencias anatómicas para la orientación del rodillo inferior tenemos el borde del bermellón del labio inferior; la orientación está dada cuando toque en toda su superficie con el borde del rodillo superior, para obtener esto es necesario -- que el paciente cierre siempre con la relación anterior-posterior correcta y desgastamos el rodillo de -- cera en los sitios convenientes hasta lograr la dimensión y el contacto perfecto con el borde del rodillo superior.

Una vez logrado, lo verificamos con la dimensión de descanso que se tomó anteriormente, esta posición de contacto de los rodillos deberá estar disminuida en 2 ó 3 mm. correspondiente al espacio interoclusal.

DIMENSION HORIZONTAL O RELACION CENTRICA:

Se obtiene mediante el trazo del ARCO GOTICO - de GYSI; para lograrlo existen 3 medios:

- 1.- Intra-oral. Cuando colocamos los aditamentos - dentro de la boca del paciente.
- 2.- Extra-oral. Cuando los aditamentos van por fuera de la boca.
- 3.- Combinado. Un aditamento va por fuera de la boca y otro va por dentro.

Técnica del Dr. Honorato Villa: Colocamos un alfiler en el rodillo inferior; el rodillo superior se recorta para que sirva de trazador; colocados los aditamentos se le dice al paciente que realice los movimientos de lateralidad o de Bennet que son:

- De céntrica o lateral derecho y regreso a céntrica.
 De céntrica a lateral izquierdo y regreso a céntrica.
 De céntrica a protusión y regreso a céntrica.

PUNTO CENTRAL DE APOYO Y EQUILIBRIO DE LAPRESION:

Se logra en el rodillo inferior, tomamos un alambre grueso y lo introducimos a la altura del primer molar de un lado a otro. En el rodillo superior insertamos un gancho que al hacer contacto con el alambre inferior quede perpendicular a este.

Relaciones excéntricas.- Podemos utilizar el sistema gráfico o el de las posiciones para obtener las y corresponde a los movimientos de lateralidad o de Bennet.

DATOS ACCESORIOS:

LINEA MEDIA: Se toma como referencia el centro del tabique nasal, nos sirve para colocar las caras mesiales de los incisivos centrales superiores.

LINEA DE LOS CANINOS: Se marca incidiendo la espátula de lección en el sitio del ángulo de la comisura en ambos lados para obtener la dimensión por distal de los caninos, nos sirve para saber el ancho de los seis anteriores superiores que debe ser más de 4.5 mm.

ALTURA DE LOS DIENTES ANTERIORES: Se obtiene ya montado en el articulador, retirando la placa base y el rodillo superior, medimos con una regla flexible la distancia que existe entre el proceso superior y el plano de relación del rodillo inferior, a esta distancia le disminuimos 1 mm.

CAPITULO VI

"ARTICULACION DE LAS PIEZAS ANTERIORES SUPERIORES".

Fijamos primero los incisivos centrales superiores, tomando en cuenta la estética, la posición y forma del arco alveolar.

Los centrales deben alinearse considerándolos como una sola pieza y simétricamente a la línea media.

Retiramos un fragmento de cera del rodillo y colocamos la pieza, quedando el borde incisal al ras con la superficie recortada del plano de relación del rodillo inferior; visto de frente, el eje longitudinal del diente presenta una angulación de 88° a 87° con la línea media, visto de lado, que el cuello se incline ligeramente hacia atrás, es decir, hacia palatino con una inclinación de 87° a 80° ; visto desde arriba, que el ángulo disto-incisal siga la curvatura señalada y fijarlo reblandeciendo la cera con la espátula caliente, se procede a fijar el otro central considerando los mismos principios.

Después continuamos con el incisivo lateral y el canino de un lado.

El lateral que quede $3/4$ de mm. arriba del plano de relación visto de frente su eje longitudinal se inclina más hacia distal de 87° a 85° , visto de lado el cuello queda unos 2 mm. más hacia atrás que el central, es decir de 85° a 75° , visto de arriba, que continúe la curvatura señalada.

La alineación del canino debe hacerse con especial cuidado, ya que influye en la colocación de las piezas posteriores, su cúspide debe tocar el plano de relación; visto de frente su eje longitudinal tiene una inclinación media entre el central y

el lateral, aproximadamente de 86° a 84° ó 82° , visto de lado que el cuello quede a la altura del borde frontal del rodillo, casi perpendicular al plano, como a 84° , visto de arriba que continúe la curvatura señalada, fijados convenientemente en la cera se procede de igual forma con los del lado opuesto.

FACTORES QUE DETERMINAN LA COLOCACION DE LAS PIEZAS POSTERIORES SUPERIORES

- 1.- Dirección del plano de relación.
- 2.- Centro del proceso inferior.
- 3.- Dirección lateral de las cúspides.
- 4.- Inclinación de las vertientes de protrusión.
- 5.- Inclinación de las vertientes de trabajo.

Plano de relación.- Está dado por el contacto del rodillo superior con el inferior y se toma por primera vez cuando el rodillo se encuentra paralelo al plano de camper quedando relacionados los bordes y las cúspides de las piezas dentarias.

Centro del proceso inferior.- En la línea media se marcan dos puntos, uno a nivel de molares en ambos lados y otro a nivel de caninos uniéndose con una línea que se transporta hasta el zócalo del modelo por detrás y por delante. Se colocan los rodillos con su base marcando dos líneas convergentes de atrás hacia adelante sobre los rodillos.

Posteriormente se hace una marca del surco de la línea de desarrollo a la parte más alta de la cúspide. El rodillo inferior se recorta aproximadamente 2 mm. obteniéndose así el centro del proceso inferior. Una vez recortado se cierra el articulador y se pasa la marca al rodillo superior recortándose 2 mm. por fuera de esa marca.

Dirección lateral de las cúspides.- Estas se obtienen colocando en el rodillo inferior uno o dos alfileres a nivel de los premolares estos deben sobresalir aproximadamente 1 mm. posteriormente se cierra el articulador haciendo movimientos de lateralidad dándonos en el rodillo superior trazos en forma de "V" en el que la trayectoria de trabajo y el trazo interno es la trayectoria del balance.

Obtenidas las trayectorias de balance y traba-

jo se trazan paralelas hacia la zona palatina de la base en ambos lados.

Inclinación de las vertientes de protrusión.-- Se obtienen recortando una lámina de 8 por 10 mm., a la cual le doblamos las cuatro esquinas, dos de las puntas se insertan en el rodillo superior y las -- otras dos tocan únicamente el rodillo inferior.

Posteriormente se hace un movimiento retrusivo marcándonos dos líneas que son las trayectorias de protrusión, haciéndose esto en ambos lados.

El brazo distal del premolar debe coincidir -- con las trayectorias de protrusión y el eje inter-- tubercular debe quedar paralelo a la línea de trabajo lateral de las cúspides.

El surco de desarrollo debe caer en el centro del proceso inferior, obteniéndose así la curva de compensación.

Inclinación de las vertientes de trabajo.- Se obtiene usando una lámina de aproximadamente 4 por 10 mm. a esta se le dobla dos extremos y colocamos las dos puntas en la parte inferior del rodillo inferior, en donde el borde libre debe quedar al ras del mismo, posteriormente se hacen movimientos de lateralidad y la cúspide de lateralidad debe resbalar sobre esta lámina, de acuerdo a esto colocamos las demás piezas.

COLOCACION DE LAS PIEZAS SUPERIORES POSTERIORES

Obtenidos los cinco factores correctamente, se pasa a la colocación de las piezas posteriores superiores fijando el articulador en posición céntrica y cerrando las tuercas para evitar movimientos.

El primer premolar se coloca reblandeciendo un fragmento de cera, en donde el surco central de desarrollo debe quedar arriba y sobre el borde externo del rodillo inferior.

El segundo premolar se coloca en la misma forma siguiendo el ángulo distal del primer premolar, coincidiendo en altura en el plano oclusal.

Seguimos recortando segmentos del rodillo superior para colocar el primero y segundo molar, siguiendo las reglas establecidas y coincidiendo el nivel y altura de los ángulos distales en las posiciones sagital y oclusal.

ARTICULACION DE LAS PIEZAS POSTERIORES Y ANTERIORES INFERIORES.

Se pueden colocar primero las piezas posteriores o las anteriores, si empezamos con las piezas posteriores, colocamos el primer molar, en donde la cúspide mesiobucal del primer molar superior debe coincidir con el surco bucal del molar inferior.

Se colocan los molares de ambos lados, después el segundo molar y el segundo premolar, dejando al último la colocación del primer premolar.

OVERJET Y OVERBITE

Es cuando en posición céntrica la relación de las piezas anteriores superiores e inferiores no es tan en contacto, habiendo una separación o distancia horizontal de cuando menos 1 mm.

OVERBITE.

Es el cruzamiento o distancia vertical que existe entre los bordes incisales de las piezas anteriores superiores e inferiores.

Una combinación del overbite y overjet, nos dará la trayectoria que debe recorrer el diente inferior para ponerse en contacto con el diente superior en los distintos movimientos y la trayectoria de las vertientes de protrusión.

ANGULACION DE LAS CUSPIDES

Está dada por las leyes de Hanau y son:

- 1.- Trayectoria condilar.
- 2.- Plano de relación.
- 3.- Angulación de las cúspides.
- 4.- Curva de compensación.
- 5.- Trayectoria incisal.

Para disminuir la altura de las cúspides, disponemos de 3 recursos.

- 1.- Utilizar la curva de compensación.
- 2.- Variar la inclinación del plano de relación.
- 3.- Disminuir la inclinación de la guía incisal.

PRUEBA EN LA BOCA DEL PACIENTE:

Antes de introducir las dentaduras completas de cera en la boca del paciente, se procura endurecerla en agua fría; que estén limpias, que no presente distorsiones ni perforaciones ni otra imperfección.

Al colocarlas en la boca y comprobar la retención de las dentaduras de prueba, se colocan ambas en su lugar y se le pide al paciente que cierre con los dientes en relación céntrica y se comprueba la forma en que se reproduce en el articulador.

Las bases se rectifican con pasta zinquenólica, colocado el material se lleva a la boca del paciente y se le pide que degluta y que lleve los labios de adelante atrás, fraguado el material se retira de la boca.

CAPITULO VII

PROCESO DE ELABORACION EN EL LABORATORIO:

Después de probar las dentaduras de cera en la boca del paciente y rectificadas las relaciones - oclusales en un articulador ajustable, con los modelos montados bajo control de los registros de relaciones de posición, iniciamos los procesos de laboratorio, es decir, procedemos al encerado modelando los relieves y al recorte de los festones gingivales.

Se ajustan el vástago incisal y las trayectorias cóndileas, apretando los tornillos del articulador sin alterar las posiciones obtenidas.

Se colocan las dentaduras de cera en sus respectivos modelos perfectamente limpios y secos y se les fija virtiendo cera rosa fundida en los bordes que se aplican contra el modelo.

ENCERADO DE LA DENTADURA:

En esta etapa proveemos a la dentadura de los detalles estructurales, tejidos y márgenes gingivales.

Con una espátula caliente se funde la cera que rodea a los dientes artificiales, de manera que se introduzca en las cabezas de los pernos y retenciones de éstos; formamos los espesores gingivales - agregando por secciones pequeñas cantidades de cera rosa fundida, con espesor por encima de los cuellos de 1.5 mm. por vestibular y 1 mm. por lingual, dejando ligeras depresiones entre el borde de la dentadura y los festones.

Se alisa la superficie de la cera pasándola sobre la flama de una lámpara de alcohol o aplicándola

le la flama horizontal de una lámpara de Hanau y se le enfría sumergiéndolo en un recipiente con agua fría durante 3 ó 5 minutos o bajo la presión de la llave.

MODELADO DE LAS SUPERFICIES DE CERA:

Las superficies de cera se modelan tallándolas en frío, de modo que haga resaltar cada diente en su porción cervical y papilas interdientarias y conformando los relieves necesarios, con prominencias y depresiones.

Según el tamaño de la dentadura, serán suficientes de 3 a 5 surcos, disminuyendo en profundidad a medida que se alejan de la línea media; se alisan los bordes ásperos, se redondean los surcos y las prominencias, pasando la flama del soplete de la lámpara en forma de vaivén, rosando la superficie.

En la dentadura inferior se recortan los festones vestibulares igual que en la superior, pero por lingual no se le hace ningún cíngulo.

ESTANADO DE LA DENTADURA SUPERIOR:

Quitamos el modelo con la dentadura superior correctamente encerado y procedemos a la primera parte del enfrascado, incluyendo ésta con yeso blanco en la porción inferior de la mufla previamente envaselinado y antes de que fragile completamente se alisa su superficie con agua y se recorta con cuidado de tal manera que posteriormente resulte fácil separarlo de la contramufla.

Se mide la distancia que existe entre la tuberosidad de un lado a la del lado opuesto, se corta al largo de la medida tomada y de un ancho suficiente desde el hombro del modelo hasta sobrepasar un poco el cuello de los dientes, cubriendo toda la superficie vestibular de la dentadura.

Al estaño que cubre las superficies vestibulares de los dientes se le hacen pequeños cortes -- triangulares, descubriendo los dientes raspando con el filo de un cuchillo hacia la base y se vuelve a adaptar íntimamente alrededor del cuello, con lo -- que quedan mejor sostenidos por el yeso de la mufla.

Se termina la adaptación correcta de esta superficie bruñiendo con la punta convexa todas las arrugas del estaño y se frota con el trapo, todo el estaño que está cubriendo las superficies oclusales y los bordes incisales se eliminan con el objeto de -- que el yeso pueda correr y adaptarse a esas superficies.

Para estañar la región palatina, se corta un pedazo de lámina dándole una forma parecida a la -- del modelo, que se extienda desde la superficie posterior del yeso de la mufla, forre los dientes y cubra el paladar, se adapta con los dedos usando un -- trapo contra la superficie palatina y alrededor del cuello de cada diente; en los surcos profundos o socavados, se empuja el estaño con un rollito de algodón para que no se desgarre, después con un bruñidor más ancho alisamos los ángulos, conformándolos al tamaño y a los contornos mesio-distales de los -- dientes y conservamos el aspecto de la papila incisiva y rugosidades del paladar.

ESTANADO DE LA DENTADURA INFERIOR:

Puede hacerse una vez incluida en la mitad inferior de la mufla y se procede a hacerlo en dos mitades laterales; se corta una tira de hoja de estaño de un ancho y largo suficiente como para cubrir la superficie lingual y vestibular y como para extenderse desde la línea media hasta el extremo posterior del modelo.

RECORTE Y PULIDO DE LAS DENTADURAS:

Para conservar los relieves, festones, cingulos y rugosidades modeladas durante el encerado de la dentadura, se le recortará y pulirá con cuidado.

Para recortar los excedentes de acrílico que quedan alrededor de los cuellos de los dientes, se emplean los buriles o pinchos afilados, para limpiar y acentuar las depresiones y prominencias de los festones gingivales, se utiliza una fresa chica (ovoide) a alta velocidad; el resto de las superficies de la dentadura (vestibular, palatina y lingual) se limpian y alisan con un fresón para acrílico de forma ovoide o flama o con mandriles especiales que vienen provistos de pequeños cilindros o conos de papel de lija y con raspadores manuales grandes y chicos de Kingsley.

Alrededor de las superficies linguales se tallan con un cono invertido grande o una fresa redonda No. 3 aplanado en su extremo, estas mismas piedras y fresas se utilizan para las superficies vestibulares.

Todas las maniobras del recorte deben hacerse procurando evitar el calentamiento del material y que los bordes de la dentadura se conserven tal como se les obtuvo en las impresiones fisiológicas.

Después de terminar y limpiar las dentaduras, se les da el toque final, puliéndolas en un motor y sometiénolas a la fricción con pastas hechas a base de polvos abrasivos (de diverso grano) y agua.

Para eliminar las rayas que quedan en las superficies durante el recorte, se utilizan los cepillos y fieltros previamente mojados mientras se trabaja con la pasta de piedra pómez de grano grueso y se prosigue con uno de grano más fino.

Para obtener un pulido más brillante se usan -

las ruedas mojadas de franela o manta con una pasta preparada con tiza o blanco de españa.

Por último se repasan las dentaduras con una rueda de franela limpia y seca, se lava con abundante agua y jabón, frotando con un cepillo y se enjuaga en agua limpia.

La superficie interna que entra en contacto -- con los tejidos no se pule, de lo contrario perdería retención; únicamente se alisan con cuidado las burbujas o las asperezas.

REMONTAJE EN EL ARTICULADOR

Antes o después de pulida la dentadura, se hace el remontaje del caso terminado en el articulador.

Para colocar nuevamente la dentadura superior o inferior con sus respectivos modelos en el articulador, nos podemos guiar por las marcas o señales -- que dejan los discos de montaje o clavija o de tornillos; otro método práctico son las referencias -- que nos dan los profundos surcos que labramos en las bases de los modelos, haciendo coincidir éstos con sus respectivas aristas o contramoldes que permitan ubicarlos y fijarlos en la misma posición en que se les montó inicialmente, utilizando el arco -- facial y los registros de relación intermaxilar.

VERIFICACION DE LA ARTICULACION:

Colocada la dentadura terminada en el articulador procedemos a verificar exactamente cualquier desarmonía que se hubiera producido durante la polimerización de acrílico y a comprobar con la dentadura antagónica que aún permanece en cera y correctamente montado en el articulador, las correcciones necesarias en la oclusión, con los procedimientos descritos en el capítulo anterior y establecer en la articulación una oclusión balanceada.

ELABORACION DE LA DENTADURA ANTAGONICA

Indicamos que primero terminamos la dentadura en la cual exista el menor espacio entre los dientes artificiales y el modelo de yeso piedra artificial.

Una vez efectuada la verificación de la articulación en la dentadura terminada, procedemos a desmontar la dentadura de cera que nos sirvió de antagonista.

Elaboramos esta dentadura siguiendo los métodos descritos, hasta obtenerlos perfectamente recortado y pulido.

Nuevamente se monta en el articulador y volvemos a corroborar todos y cada uno de los objetivos y principios establecidos.

CAPITULO VIII

PREPARACION DE LA BOCA

"LA CIRUGIA EN RELACION CON LA PROTESIS:

La preparación quirúrgica de los maxilares para ser soporte o apoyo de la prótesis, puede indicarse en la cavidad bucal, en relación con la terapéutica protética, con varios fines:

- 1.- La regularización y modelado de las estructuras óseas musculares y mucosas.
- 2.- La eliminación o modificación de malformaciones o estructuras óseas o gingivales que se presentan anómalas por haber sufrido afecciones, malformaciones o ser secuelas de procesos.
- 3.- La modificación, por medios quirúrgicos o quirúrgico-protéticos de malformaciones congénitas o adquiridas defectos o anomalías de estructuras que impiden la aplicación de la prótesis.

El hueso, entidad viviente, activa y dinámica, genera reacciones y es influenciado y modificado por las estructuras artificiales que pueden soportar. Las partes blandas, sobre la cual actúa el aparato restaurador, también están influenciadas y pueden sufrir modificaciones en sus estructuras o en sus funciones.

Las prótesis dentales están condicionadas por factores locales y generales, debe considerarse la edad del paciente.

CAPITULO IX

COLOCACION DE LA DENTADURA EN EL PACIENTE:

Terminada la prótesis para la colocación en el paciente es necesario tomar en cuenta:

- 1.- Que el paciente puede examinar la prótesis.
- 2.- También puede ser examinada por algún familiar profesionalista Dental.

FORMA GENERAL:

LOS BORDES: Deben tener un grosor normal de 2 a 3 mm. a excepción de haber algún adelgazamiento o algún engrosamiento mayor. Los bordes deben estar cuidadosamente pulidos y presentar las escotaduras adecuadas a los frenillos. El borde palatino superior debe de terminar en forma redondeada y pulida, como final posterior del postdamming.

LOS DIENTES: Deben de estar alineados como corresponde, al percibir algún diente mal puesto por mala manera de tallar. Se debe tomar nota para su arreglo directamente o despegarlo definitivamente para reposicionarlo, no se debe olvidar que las superficies oclusales de los dientes que no han sido desgastadas deben ser remodeladas y pulidas.

LOS BORDES GINGIVALES: Deben de estar tallados, terminados y pulidos de acuerdo a como lo amerite el caso.

EL RESTO DE LA SUPERFICIE PULIDA: Debe de tener el modelado que corresponda y estar perfectamente pulida, siempre que el Odontólogo no haya decidido algún punteado como se hace a veces en las superficies vestibulares superiores.

LA SUPERFICIE DE ASIENTO: Requiere la más minuciosa inspección. La impresión debe de estar repro-

ducida con todo detalle, pero si tenia defectos visibles, o los tuvo el modelo estardn corregidos o - debe hacerlo.

La palpación ayuda a localizar las zonas mal - trabajadas al sentirse gránulos y asperezas que pasan inadvertidas para la vista.

PRUEBAS DE CORRECCION DE LA PRÓTESIS:

Se hace cuando el paciente está en el sillón y limpios los aparatos para probarse en la boca.

LA PRÓTESIS SUPERIOR:

Irà a su sitio sin dificultad excepto cuando - hay eminencias óseas que son más frecuentes en la - superficie vestibular de las tuberosidades, la pró- tesis puede no entrar habiendo necesidad de desgastar el borde correspondiente.

RESTOS DE LA SUPERFICIE PULIDA: Debe de estar bien modelada y pulida siempre que el Odontólogo no haya decidido algún punteado como se hace a veces - con las superficies vestibulares superiores.

SUPERFICIE DE ASIENTO: Requiere una más minu- ciosa inspección, la impresión debe de estar repro- ducida con todo detalle. La palpación ayuda a localizar las zonas mal trabajadas al sentirse gránulos y asperezas que pasan inadvertidas para la vista.

LA ADAPTACION: Es llamada prueba de soporte, - aprecia a la adaptación de las bases, consiste en - hacer presión sobre los arcos dentarios directamen- te con los dedos a uno y otro lado. Cuando es buena la adaptación sólo se mueven las bases ligeramente, siguiendo la depresibilidad de la mucosa.

Si se balancean de lado a lado, la adaptación es deficiente, o también la aparición de burbujas =

de aire o el ruido característico de su escape.

LOS PATRONES DE PRESION: En teoría pueden apreciarse los puntos de presión de las bases protéticas cubriéndolas con la pasta reveladora, estas pastas ayudan a revelar los defectos de adaptación.

LA RETENCION: Colocada en su sitio, se presiona suavemente para comprobar si ofrece retención activa, normalmente se debe presionar con firmeza, una presión discreta sobre los incisivos informará sobre la efectividad del postdamming.

LA PROTESIS INFERIOR: Una vez quitada la superior se coloca la inferior, es raro que ofrezca dificultades sino hay alguna protuberancia ósea bien definida (puede ser torus mandibular) que exige rebajar el borde protético. A veces la forma de los blancos linguales, abiertos por debajo de la línea milohioidea exige llevar la prótesis muy atrás y arriba, para que se deslice hacia abajo y adelante.

LA RETENCION: Casi siempre la prótesis inferior ofrece escasa retención activa con una amplia abertura bucal, es necesario enseñarle al paciente a mantener la prótesis en posición dejando que la lengua se apoye sobre ella la punta en contacto suave con los incisivos. Hay que mostrarle, traccionando el aparato por los incisivos que hay retención activa cuando la lengua está con buena condición, sucede en alto porcentaje de los casos si la impresión fue correctamente extendida.

EL SOPORTE: Se prueba como la superior, con presiones de un lado y otro.

Una vez que han sido probadas las prótesis, se colocan las dos y se hace cerrar la boca al paciente. Si fue correcta la técnica, intercuspardan oclusión central como en la prueba. De no ser así debe examinarse el origen de la discrepancia; a veces es porque no muerde en relación céntrica.

Las primeras instrucciones son:

Usar la prótesis todo el tiempo, leer en voz alta procurando separar las sílabas; usar la prótesis por las noches durante el período de acostumbramiento; lavarlas y enjuagarse la boca después de cada comida; hacerle una buena higienización de preferencia en la noche y volver a consulta 24 ó 48 horas después.

El paciente debe saber que no es un éxito inmediato sino imprescindible período de correcciones y habituamiento.

INDICACIONES AL PACIENTE:

- 1.- Que tenga paciencia y perseverancia, sobre todo en la primera etapa hasta adquirir mayor habilidad para usarlas.
- 2.- Que durante los primeros días no mastique cosas duras ni pegajosas, sino alimentos blandos o semilíquidos.
- 3.- Se le indica un aseo minucioso, tanto en la cavidad bucal como en su dentadura.
- 4.- Debe evitar caídas o golpes que puedan producir la fractura de los dientes y las bases acrílicas.
- 5.- Si siente alguna molestia, que no trate de corregirla, debe acudir al consultorio para que el Cirujano Dentista modifique las zonas que le causan molestia.
- 6.- Se le indica que las dentaduras no son permanentes y que debe otras en un período no mayor de 5 años.

"CONCLUSION"

La prótesis inmediata no es una alternativa - frente a la odontología conservadora; no autoriza - la extracción de dientes cuya conservación satisfac- toria es aún posible, ni garantiza contra los fenó- menos iatrogénicos que puedan sobrevenir.

La confección de prótesis inmediatas no es tan simple como creen muchos, pues aumenta el número de las visitas del paciente por la necesidad de vigi- lar, durante los primeros meses, el cambio de oclu- sión.

Es un servicio profesional que requiere más co- nocimientos, habilidad y criterio, que la prótesis regular.

BIBLIOGRAFIA:**PROTESIS PARA EL DESDENTADO TOTAL:**

Carlos O. Boucher, Judson C. Hickey, George A. Zarb.

7a. Edición.

Editorial Mundi.

S.A.I. y C. F.

PROSTODONCIA TOTAL:

José Y. Ozawua Deguchi.

2a. Edición.

México, 1975.

PROSTODONCIA TOTAL:

Pedro Saizar.

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

Paraguay 2100 junio 895.

Edición Argentina.

Buenos Aires.

CIRUGIA BUCAL:

Con Patología Clínica y Terapéutica.

Dr. Guillermo A. Ries Centeno.

7a. Edición.

OCCLUSION:

Dr. SiGurd P. Ramfjord. Dr. Major M. ASH, jr.

Editorial Interamericana.

OCCLUSION Y REHABILITACION:

Dr. Vartan Behsnilian.

2a. Edición.

PROSTODONCIA DENTAL COMPLETA:

John J. SHARRy

Ediciones Toray S.A. Barcelona.

1a. Edición.

Mayo, 1977.