

Ag. 10/16



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

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

PROSTODONCIA TOTAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

Armida A. Vega Rodríguez



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

Prólogo

CAPITULO I.- CLINICA DE PROSTODONCIA.

- Tema 1.- Historia Clínica.
- Tema 2.- Modelos.
- Tema 3.- Cucharillas Individuales.
- Tema 4.- Rectificación de Bordes.
- Tema 5.- Impresiones Fisiológicas.
- Tema 6.- Placas de Registro Intermaxilar (placas base)
- Tema 7.- Rodetes de Oclusión.
- Tema 8.- Bases Estabilizadas.
- Tema 9.- Espacio Intermaxilar.
- Tema 10.- Selección de los dientes artificiales y su -
Articulación.
- Tema 11.- Encerado de la Placa.
- Tema 12.- Corrección Oclusal.
- Tema 12.- Inserción de la Dentadura en la Boca del Pa-
ciente, Recomendaciones y Cuidados de la mis-
ma para obtener un mejor funcionamiento.

P R O L O G O .

Una de las labores más importantes del Cirujano Dentista, es la de restablecer la estética, fonética y la función de la cavidad bucal. Siendo la Prosthodontia Total, la rama de la Odontología encargada del estudio y restablecimiento de las funciones citadas anteriormente.

El Cirujano Dentista debe de crear conciencia a sus pacientes de la importancia que debemos darle al cuidado de nuestra dentadura. Porque, en la mayoría de los casos de desdentación o pérdida parcial o total de las piezas dentarias es ocasionada por la falta de higiene o cuidado. También es provocada esta pérdida por traumatismos, o ausencia de información con respecto al cuidado de nuestros dientes.

Por lo tanto la desdentación conduce a problemas de tipo Psicológico, Estético y Funcional, siendo en estos casos la Prosthodontia Total la encargada a resolver estos problemas.

Teniendo por objeto el de reemplazar por medio de substitutos artificiales un órgano que ha sido perdido parcial o totalmente, como también el de restaurar la apariencia facial.

HISTORIA CLINICA.**A).- Concepto.**

Es el procedimiento que consiste en una serie de datos a través de los cuales nos percatamos del estado real del paciente, tanto en el aspecto bucal como en el de su organismo en general; todo esto lo obtenemos por varios métodos de exploración, entre los cuales y por su importancia, tenemos los siguientes:

- a).- Exámen visual
- b).- Palpación
- c).- Percusión
- d).- Interrogatorio
- e).- Exámen radiográfico.

La Historia Clínica, es un relato fiel que realiza el Cirujano Dentista respecto a la evolución técnica del paciente y ella comprende los siguientes aspectos esenciales:

- a).- Datos personales (ficha de identificación).
- b).- Antecedentes hereditarios del paciente.
- c).- Antecedentes de sus familiares.
- d).- Antecedentes referentes a su medio ambiente.

Aparte de los datos que nos sean proporcionados en el interrogatorio, la palpación y el examen visual, nuestra historia clínica, la deberemos complementar con algunos otros exámenes científicos como son:

- a).- Series radiográficas
- b).- Análisis de laboratorio
- c).- Cualquier otro tipo de informes que consideremos de importancia para nuestro tratamiento.

En relación con la Prostodoncia Total es de suma importancia tener nota de todos los puntos o aspectos que se observen como por ejemplo, aquellas características que son particulares de nuestro paciente y que nos plantean algunos problemas para el fin específico que nos proponemos y que por lo tanto habrán de requerir de algún tratamiento previo al aparato protético ya sea que dicho tratamiento pertenezca al orden médico, al quirúrgico o protético mismo.

Para que nuestra historia clínica esté completa, debemos añadir algunos otros puntos como son:

- a).- Datos del examen
- b).- Los del diagnóstico

c).- El pronóstico

d).- Iniciación del tratamiento, además de los resultados conforme a las distintas partes del tratamiento se vaya complementando.

B).- Finalidad.

La formación de la historia clínica, tiene por objeto, no solo descartarle al Odontólogo la necesidad de memorizar los diferentes datos de cada paciente con todas las posibles equivocaciones que esto implica, sino además el tener un archivo para futuras referencias del mismo caso y la posibilidad de una presentación en caso de litigio o pericia legal.

Con la formación de este archivo, podremos tener los diversos resultados a distancia de cada tratamiento y además los resultados obtenidos de cada uno de ellos.

C).- Datos Importantes.

En la elaboración de la historia clínica, deberemos tomar en cuenta algunos puntos como son:

a).- Datos personales

b).- Fecha del examen

c).- Nombre del paciente

- d).- Domicilio
- e).- Edad
- f).- Sexo
- g).- Nacionalidad
- h).- Raza

Además narraremos posteriormente, los datos suministrados durante el interrogatorio al paciente sobre su padecimiento-actual, igualmente deberemos anotar los datos obtenidos durante el exámen visual como:

- a).- Número de piezas. b).- Las causas por las que se perdieron las ausentes, c).- El tratamiento correspondiente a cada uno de los dientes presentes en caso de que lo requiera, d).- El estudio de la Articulación Temporo-Mandibular.

Es necesario que la Articulación Temporo-Mandibular se encuentre en buen estado. Clínicamente es normal cuando dentro de la amplitud del movimiento funcional que se necesita para masticar y hablar, la articulación es silenciosa, sin dolor, libre de limitaciones y alteraciones funcionales. Radiográficamente, debe presentar superficies articulares óseas bien definidas y contornos lisos, estas superficies deben estar sepa

-radas por un espacio de suficiente amplitud para que se acomode el disco interarticular funcional, el ancho del cual, no disminuye bajo el esfuerzo de la masticación. Según Cooperman pueden existir alteraciones anatómicas y fisiológicas cuando encontramos alteraciones o situaciones como estas que a continuación mencionamos.

D).- Alteraciones.

1.- Cuando el paciente no se ha podido adaptar a las prótesis anteriores.

2.- Si la cara se encuentra asimétrica.

3.- El movimiento del paladar blando no es rítmico durante la deglución.

4.- Hay respiración bucal.

5.- El tono de los músculos del cuello y cara es anormal.

6.- Cuando existen hábitos de lengua y boca así como; tronidos y crepitación durante la abertura y cierre de la mandíbula.

7.- En casos que la palpación de los músculos elevadores le produzcan dolor.

8.- Si la mandíbula se desvía durante la abertura.

Estos factores los debemos tomar en cuenta para distinguir una articulación temporo-mandibular normal y así poder efectuar una historia clínica correcta.

E).- Datos Odontológicos.

Del maxilar superior tomaremos algunos datos tales como; forma y tamaño, rebordes, tuberosidades, existencia o no de torus, localización del Post-Dam, sus inserciones musculares, consistencia de la mucosa, fondo de saco vestibular, ausencia o presencia de frenillos, etc.

Del maxilar inferior: forma y tamaño, rebordes, fosas retroalveolares, inserciones musculares tanto vestibulares como linguales, piso de la boca, reabsorción aparente, tamaño de la lengua, relación labio-alveolar, tamaño de los labios, viscosidad de la saliva, etc.

Existen algunos otros datos, los cuales nos serán de gran utilidad como el estudio de aparatos y sistemas (aparato respiratorio, cardiovascular, digestivo, sistema nervioso, etc.) Si padece o ha padecido enfermedades sistémicas, en la cual

la prótesis le vaya a provocar o implique riesgo alguno o no le aporte ningún beneficio a nuestro paciente, deberemos tomar en cuenta los siguientes datos:

En caso de caqueccia el parquinsonismo grave o en la senilidad avanzada no le aporta ningún beneficio. En dementes, - epilepticos y en algunos casos de cáncer oral, sífilis, tuberculosis bucal y algunos otros procesos graves en evolución, - significan un riesgo para el paciente. Puede tener una acción negativa cuando el estado mental o espiritual del paciente in pide su comprensión, tolerancia o confianza suficientes.

Indudablemente deberemos tomar una serie radiográfica la - cual nos proporcionará algunos datos como la ausencia o presencia de piezas retenidas; restos radiculares, posición de zonas anatómicas importantes; agujero mentoniano, seno maxilar, cantidad de hueso, grado de absorción, espesor de hueso, tipo del mismo, infecciones, quistes, fracturas, etc.

Deberemos anotar ciertos datos los cuales son conocidos - con el nombre de "datos protésicos", los cuales son; a).- la medida de la base del mentón a la base de la nariz (en posición de descanso). Posteriormente se anota la medida que se -

obtenga con la prótesis colocada o en su defecto con los dientes naturales en oclusión, que es la medida adoptada para la prótesis por construir, la medida del espacio intermaxilar, - tamaño de la zona de soporte, forma de la bóveda palatina, -- forma del velo del paladar, etc. Igualmente otros conocidos con el nombre de; " datos accesorios" , como son : color de la piel, ojos y cabello, tamaño de los dientes anteriores, color de los mismos, forma de la cara, etc.

Con todos estos datos tendremos una historia clínica completa con todo lo necesario para poder hacer una evaluación correcta del caso de nuestro paciente y de este modo efectuar el tratamiento adecuado.

TEMA 2

MODELOS

MODELOS.

A).- Definición.

MODELOS.- Se le llama modelos, a la réplica tridimensional exacta de la boca de nuestro paciente, lo cual obtenemos por medio de las impresiones, éstas son de gran utilidad en nuestra práctica diaria, puesto que nos permite observar directamente el estado bucal del paciente, permitiéndonos valorar las diversas características de la cavidad oral como son; forma y tamaño, relieve de las crestas alveolares, grado de absorción y sobre todo la relación en tamaño del maxilar superior y mandibular.

En Prostodoncia Total, utilizamos dos tipos de modelos:

- a).- Modelos preliminares o de estudio
- b).- Modelos de trabajo, fisiológicos o definitivos.

B).- MODELOS PRELIMINARES O DE ESTUDIO.

Son aquellos que obtenemos de las impresiones primarias o anatómicas, como su nombre lo indica, son modelos de los cuales nos valemos para el estudio de la cavidad oral de nuestro paciente, además sobre ellos fabricaremos posteriormente la cucharilla individual.

Los pasos para la elaboración de los modelos de estudio, -
son los siguientes:

1.- La selección adecuada del porta-impresión comercial.

2.- Adaptación del mismo a la boca de nuestro paciente, -
esto lo efectuaremos doblando o recortando sus bordes con tijeras, pinzas o piedras montadas.

Una vez que se tiene perfectamente adaptado el porta-impresión a los procesos y tejidos de la cavidad oral, procedemos a colocar cera negra en los bordes del porta-impresión, -
con el objeto de proteger la mucosa en caso de que existiese algún borde cortante, el siguiente paso es el que consiste en la toma de la impresión.

3).- La impresión la podemos tomar con cualquier material de impresión, generalmente usamos alginato por la nitidez que obtenemos con éste y por ser más barato y de fácil manipulación. Para que una impresión sea considerada de utilidad, deberá de presentar ciertas cualidades tales como: fidelidad y extensión general en detalles de la superficie mucosa, abarcar íntegramente la zona de soporte de los rebordes alveolares dentados y sobre extendida en la región posterior; además que-

sigue sobre pase hacia atras los surcos hamulares, el límite del paladar duro y blando, las foveolas palatinas, al igual -- que los surcos vestibulares, incluyendo el frenillo labial superior, los frenillos bucales y los accesorios (si los hay), - los procesos sigomáticos (cuando son bajos) y las tuberosidades del maxilar.

En el caso inferior es indispensable extenderla hasta la zona retromolar incluyendo papila piriforme.

Una vez nos aseguremos de la fidelidad de nuestra impresión preferiremos a correr en yeso blanco (paris) o en yeso defegto con yeso piedra.

C).- MODELOS DE TRABAJO FISIOLÓGICOS O DEFINITIVOS

Se le llama así a aquellos modelos que se obtienen por medio de la impresión fisiológica. Este tipo de modelos los utilizamos para lo que llamamos " la base de nuestra prostodoncia" Estos modelos los debemos de correr en yeso piedra, ya que posteriormente se ennuflaran cuando llegue la fase del laboratorio, para la construcción de la prostodoncia, pues en esta fase, el acrílico junto con el yeso se somete a la acción del --

calor para su completa polimerización y otro tipo de yeso no resistiría dicha temperatura.

TEMA 3

CUCARILLAS INDIVIDUALES

CUCHARILLAS INDIVIDUALES

A).- Finalidad.

La fabricación de las cucharillas individuales en prostodoncia total, se realiza con el objeto de tomar con ellas ciertas impresiones, las cuales para su diferenciación son denominadas; fisiológicas, dinámicas o funcionales, por impresionar los tejidos blandos bajo la acción de los músculos masticadores; estos tejidos posteriormente se reproducirán en los modelos definitivos, sobre los cuales construiremos las prostodoncias. Para la construcción de las cucharillas individuales, debemos contar -- primero con los modelos de estudio o primarios, ya que nos servirán de guía para limitar y diseñar nuestras cucharillas, librando así las inserciones musculares que encontremos en la mucosa y tejidos adyacentes en donde irá asentado nuestro aparato protésico.

Existen varios materiales para construir las cucharillas, -- así mismo, diversos métodos para su elaboración.

Entre los más comunmente usados tenemos los acrílicos, además de otro denominado: " Placa base de Graff ". Los métodos para su elaboración dependerán del material por utilizar.

B).- Características.

Para que una cucharilla individual sea de utilidad deberá--- de reunir ciertas características como son:

1.- Perfecta adaptación entre su superficie de asiento y la del modelo de estudio (o con los tejidos bucales una vez que - se coloque en la cavidad bucal).

2.- Tener la rigidez suficiente para eliminar toda posibilidad de deformación elástica.

3.- Formas inalterables frente a cambios de temperatura que originen las condiciones de trabajo.

4.- Resistencia suficiente a las fracturas.

5.- Que sean de fácil manipulación.

El material que reúne estas características, es el acrílico- en sus dos variedades. " La placa base de Graff " no se reco--- mienda para la fabricación de las cucharillas individuales, por ser demasiado frágil y deformable a las temperaturas de trabajo en cambio es frecuentemente utilizada para la confección de las

bases de la prostodoncia donde irán colocados los rodillos, ---
previamente reforzados con alambres.

La técnica para la elaboración de las cucharillas individuales con acrílico termopolimerizable es aquella en la cual utilizamos mufla, en cambio con el autopolimerizable podemos emplear

a).- mufla o b).- La técnica de acrílico laminado

C).- Tipo de Cucharillas.

Existen dos tipos de porta-impresión individual:

a).- Holgado y b).- Ajustado

En el bolgudo, colocamos un espaciador (como lo es el papel de asbesto humedecido o bien la cera rosa), sobre toda la superficie de los procesos y lo efectuamos cuando se nos presentan procesos muy retentivos, en cambio, cuando tengamos un proceso con poca retención o una retención mínima, entonces deberemos colocar yeso o cera en las áreas retentivas y procediendo a la fabricación del porta-impresión individual.

A continuación vamos a mencionar su elaboración con acrílico autopolimerizable, utilizando la técnica de laminado.

D).- Elaboración de las cucharillas individuales con acrílico - autopolimerizable.

a).- Diseño de los modelos de estudio.- Primeramente delimitaremos el contorno periférico siguiendo el fondo de saco, la escotadura hamular, continuandose con la línea vibrátil del paladar, en el proceso superior; en el inferior, fondo de saco, - área retromolar y piso de boca.

b).- Colocación del espaciador.- Colocamos sobre los modelos ya diseñados, el espaciador (papel asbesto humedecido o cera - rosa), lo adaptamos a la zona delimitado uno o dos milímetros por arriba del contorno periférico. El espacio obtenido por medio del espaciador es con el objeto de darle lugar al material de impresión.

c).- Preparación del Acrílico Autopolimerizable.- La preparación del acrílico así como sus proporciones adecuadas, tanto de monómero como de polímero, se mencionará posteriormente en el capítulo correspondiente a las resinas autopolimerizable. Una vez que la mezcla se encuentra en el período plástico, lo amasamos con las manos previamente humedecidas o envaselinadas y por último le damos forma de pelota.

d) Prensado de la masa.- Colocamos la pelota de acrílico entre dos lozetas humedecidas o envaselinadas, se prensa hasta -- obtener una lámina uniforme con un espesor de dos milímetros --

aproximadamente, esto, asegura la regularidad y resistencia del porta-impresión. Para lograr el espesor deseado y uniforme podemos colocar en los extremos del cristal que sirve de base, pedacitos de cera rosa que van a actuar como tope al espesor del acrílico.

e).- Adaptación de la lámina de acrílico.- La lámina plástica se separa de los cristales y procedemos a adaptarla manualmente sobre el modelo (con el espaciador) sin reducir el espesor de la lámina al presionarla.

f).- Recorte de excesos.- Los excesos debemos cortarlos de inmediato con algún instrumento cortante, pasando por los límites periféricos diseñados en el modelo con cortes pequeños y alternados, los cuales se unen con un trazo completo.

g).- Confección y colocación del asa.- El asa lo confeccionamos con los excedentes, dándole la forma y tamaño adecuados, aproximadamente de tres milímetros de grosor doce milímetros de ancho y catorce de longitud. Aplicaremos monómero en las superficies que estarán en contacto; es decir en la línea media y sobre la parte anterior de los rebordes alveolares en posición vertical, con una ligera inclinación labial.

h).- Terminación.- Esperamos que polimerice presionando con los dedos para que no se desadapte. Polimerizado completamente, retiramos el porta-impresión del modelo y retocamos los bordes, eliminando con un fresón o cuchillo los excedentes de acrílico y pulimos perfectamente la superficie externa.

D).- Prueba del porta-impresión en la boca.

Primeramente probamos la cucharilla superior: verificamos el ajuste correcto de los bordes vestibular y bucal sobre los procesos alveolares. Teniendo la precaución de que este no interfiera en el libre movimiento de las frenillas labial y bucal. - también marcamos la posición móvil del borde posterior del paladar, pidiéndole al paciente que pronuncie la letra " A " .

Rectificación de la cucharilla inferior.- Con los mismos cuidados para los frenillos, marcamos la profundidad del piso de la boca y la inserción del frenillo lingual, para esto, el paciente debe mover varias veces la punta de la lengua tocándose de comisura a comisura y la cucharilla no debe molestarle ni ser desalojada. Posteriormente procedemos a rectificar las áreas periféricas.

En el presente estudio se ha considerado la posibilidad de que se
pueda realizar de una manera satisfactoria la explotación de los
recursos de la zona de estudio y se han estudiado los aspectos
económicos, sociales y culturales de la zona de estudio.

La explotación de los recursos de la zona de estudio debe ser
realizada de una manera que permita el desarrollo de la zona
de estudio y que permita el bienestar de la población de la zona.
La explotación de los recursos de la zona de estudio debe ser
realizada de una manera que permita el desarrollo de la zona
de estudio y que permita el bienestar de la población de la zona.

TEMA 4

El presente estudio se ha realizado en el marco de un convenio
firmado entre el gobierno de la zona de estudio y el gobierno
central.

El presente estudio se ha realizado en el marco de un convenio
firmado entre el gobierno de la zona de estudio y el gobierno
central.

El presente estudio se ha realizado en el marco de un convenio
firmado entre el gobierno de la zona de estudio y el gobierno
central.

-bios lateralmente hacia adelante, en forma circular, al mismo tiempo marcamos la inserción del frenillo, si ésta no es muy prominente, bastará con los movimientos que efectúe el paciente, en caso contrario se le ayudará manualmente llevando el labio hacia abajo y lateralmente.

Para obtener el borde posterior del paladar, marcamos los movimientos del paladar bñndo para señalar la línea de vibración que nos servirá como límite posterior de la dentadura.

Maxilar inferior: Primero se obtiene el borde del vestibulo-bucal, indicándole al paciente que baje la modelina con la punta de la lengua, después hacemos que abra ampliamente la boca, logrando que suba la mucosa del carrillo y marque la profundidad de fondo de saco.

Para rectificar la inserción del frenillo bucal, vestibulo-labial y frenillo labial, que lleve el labio hacia atras, dirigiéndose hacia adentro de la boca, al mismo tiempo marcamos la inserción del frenillo labial inferior, si ésta no es muy prominente, bastará con los movimientos que efectúe el paciente en caso contrario, se le ayudará llevando el labio hacia arriba y con movimientos laterales.

Para obtener el borde lingual posterior, se repite varias veces el movimiento de la deglución, con lo cual, se logrará la elevación del piso de la boca por la contracción del músculo milohioideo.

La obtención del borde lingual anterior, se logra repitiendo varias veces el movimiento lateral de la lengua sobre el labio inferior, tocándose la comisura de los labios.

TEMA 1

IMPRESIONES FISIOLÓGICAS .

IMPRESIONES FISIOLÓGICAS.

Estas impresiones registran las modificaciones de forma de los tejidos blandos, provocadas por la función; que posteriormente han de ser reproducidas en los modelos definitivos.

Son las impresiones capaces de hacer funcional a la dentadura artificial. Obtener una buena impresión fisiológica equivale a conseguir la reproducción del terreno bucal.

Para que la impresión y la dentadura sean estables y cómodas, debe extenderse hasta el área de soporte del maxilar y mandibular alcanzar el contorno firme y uniforme con los tejidos de soporte y estructuras subyacentes para evitar molestias, lesiones o desplazamientos en los movimientos mandibulares durante los actos de masticación, fonación, deglución, mímica facial, etc.

Pasos que se siguen en la toma de una impresión fisiológica en una Prostodoncia Total:

- 1.- Ajustar convenientemente el sillón y la mesa del instrumental para comodidad del paciente y del operador, de tal manera que la boca del paciente quede a una altura entre el hombro y el codo del operador, en posición casi vertical.

- 2.- Escoger y adaptar el porta-impresión comercial a los procesos y preparar el material de impresión.
- 3.- Tomar la impresión anatómica con compuesto de modelina o alginato.
- 4.- Obtener el modelo preliminar o de estudio en yeso blanco y de taller.
- 5.- Diseñar y construir el porta-impresión individual.
- 6.- Probar el porta-impresión individual en la boca.
- 7.- Rectificar los bordes o áreas periféricas, por zonas, con modelina de baja fusión.
- 8.- Tomar la impresión dinámica o fisiológica, con pasta zincuénolica, hule o silicón.
- 9.- Obtener el modelo definitivo o de trabajo en yeso piedra.

TEMA 6

PLACAS DE REGISTRO INTERMAXILAR.

(PLACAS BASE)

PLACAS DE REGISTRO INTERMAXILAR. (PLACAS BASE).

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

Selección del material para la placa base.

Desde el punto de vista clínico, las propiedades requeridas de cualquier material para su uso en la construcción de placas base son; que posea la plasticidad suficiente para su fácil manejo y que sea capaz de reproducir los contornos y superficies del modelo, que sea lo suficiente fuerte para resistir las posteriores manipulaciones y que sea resistente a los cambios de temperatura y a la acción de la presión, no debe ser desagradable para el paciente, tanto en el contacto como en el sabor y olor.

TEMA 7

RODILES DE OCLUSION .

RODETES DE OCLUSION.

Los rodetes de oclusión, son parte esencial en cualquier técnica o método en el cual se empleen registros orales; éstos que tendrán una altura arbitraria, se orientarán correctamente con la altura individual que registre la boca de cada paciente, al determinar la dimensión vertical en sus posiciones:

a).- De descanso fisiológico. y b).- De oclusión.

Se le llama rodetes de oclusión (rodillos), a la parte que - suplementa a la placa de registro, es decir, la parte del aparato protésico que vendrá a substituirlo por los dientes artificiales, cuando se ha finalizado el proceso de laboratoria. Los rodetes o rodillos de articulación, deberán cumplir ciertas características para que nos sean de utilidad, por ejemplo:

1.- Poder cortarse, tallarse, desgastarse y plastificarse fácilmente para adaptarlos a la forma y tamaño de los procesos, según las necesidades del caso específicos de que se trate.

2.- Ser susceptible de agregarles material, por la razón antes mencionada.

3.- Ser resistente para conservar la forma adquirida y para, eventualmente, sostener los instrumentos de registro (arcos faciales, registradores gráficos, etc.).

Los materiales que más se utilizan por cumplir las características antes mencionadas, son los siguientes; a).- La godiva y b).- La cera rosa. La cera rosa es de más fácil manipulación, pero en cambio la godiva es más resistente y segura.

Los rodetes de oclusión se pueden hacer con la ayuda de un conformador de rodillos.

TEMA 8

BASES ESTABILIZADAS.

BASES ESTABILIZADAS.

Se llama base estabilizada, a aquella en la cual se coloca algún material de impresión como lo es; a).- Una pasta zinquenónica, b).- Un mercaptano, o c).- Una silicona, tomando de nuevo la impresión para mejorar su adaptación y estabilidad.

La palabra estabilizada se presta a confusiones; pero a continuación lo explicaremos:

Al mencionar la palabra estabilidad, nos referimos a la estabilidad que debe guardar la base con respecto al modelo, sobre el cual quedará una sola posición gracias al ajuste contra la superficie de asiento. La estabilidad en la boca solo será equivalente a la de la impresión que dió origen al modelo.

El principio técnico de la estabilización o reajuste de las bases consiste simplemente en utilizar una placa base temporal, la cual puede ser la resina acrílica, o bien de placa base, como cubierta para tomar así una impresión del modelo con algún material de alto corrimiento que se una a la base.

Estabilización de la placa base.- Una vez reforzadas las placas base, estañamos los modelos de trabajo hasta el margen del contorno periférico. Medimos y mezclamos el material por utili -

-zar, que como se mencionó anteriormente, puede ser; pasta zinquenólica, mercaptano o silicona. Distribuimos la mezcla uniformemente sobre el interior o mejor dicho sobre la parte interna de la placa base, oprimiendo suavemente los modelos, empezando por la parte anterior y a continuación la posterior. Esto se efectúa con el fin de permitir la salida del aire por el extremo posterior; el sobrante se puede alisar y modelar alrededor, es decir, que se desaloje sobre la placa base hacia afuera. Esperamos que el material utilizado frague y retiramos las placas base estabilizadas de los modelos. Liberando primero el borde posterior y haciendo palanca cuidadosamente con la hoja de un cuchillo. De esta manera obtenemos una placa de ajuste perfecta y exacta, pudiendo proceder a la toma de la relación intermaxilar.

El material que más se ha utilizado por su facilidad de manipularse, así como por su fidelidad, es la pasta zinquenólica. En seguida mencionaremos aparte de las pastas zinquenólicas, otros materiales que con frecuencia son utilizados por el Cirujano Dentista, como son los elastómeros.

Estabilización con pasta zinquenólica.-

1.- Ya eliminados los socabados retentivos, envaselinamos el modelo cuidadosamente para que el material no se adhiera al modelo.

2.- Se prepara la mezcla del material por utilizar (pasta zinquenólica).

3.- Una vez que se tiene preparada la mezcla, la distribuimos por toda la placa uniformemente.

4.- Colocamos el modelo en posición, centrándolo y procurando que los excesos sean desalojados por los bordes de la placa base y además, nos aseguramos que la placa base llegue perfectamente a fondo de saco.

5.- Dejamos que endurezca perfectamente el material, que en este caso es la pasta zinquenólica, la separamos del modelo y recortamos los excesos.

La adaptación es más o menos perfecta y no se arriesga el modelo. La pasta zinquenólica tiene un inconveniente; Su excesiva adherencia. Durante el trabajo clínico, se le adhieren partículas de godiva o yeso difíciles de despegar y una manera de evitarlo es recubrir la superficie de asiento del modelo con papel estaño o de aluminio, antes de la impresión con la pasta zinquenólica y por lo tanto, lo que saldrá adherido a la pasta zinquenólica, será el material metálico utilizado.

Estabilización con elastómeros.-Se les conoce con el nombre de elastómeros a los materiales de impresión utilizados en Odontología, los cuales están hechos; unos a base de un compuesto polisulfurado (mercaptanos) y otros llamados siliconas, por estar fabricados a base de un material del mismo nombre.

Como ya se dijo antes, estos tipos de materiales de impresión también pueden ser utilizados como material estabilizador. Si la capa de este material es suficientemente delgada, su elasticidad carece de influencia sobre la exactitud de los registros y tiene la ventaja de ocupar, sin inconvenientes los socabados retentivos no muy pronunciados.

La estabilización con elastómeros, se realiza en forma muy similar a la técnica utilizada con las pastas zinquenólicas.

Terminado.- Una vez finalizada la fase correspondiente a la estabilización, procedemos a la prueba en la boca del paciente, para lo cual es necesario darle a la placa una buena presentación, con lo cual además, el paciente se llevará una buena impresión de nosotros.

Prueba clínica de las placas de registro en la boca del paciente.- Estas se prueban por separado, que calcen en su sitio -

sin dificultad; presionándolas sobre las superficies oculsales - de los rodetes y estas no deben moverse de su sitio excepto si - en el maxilar superior existe alguna dureza en la parte media la cual no haya sido aliviada.

Cuando observamos que el rodete tiene una posición defectuosa ya sea por su marcada asimetría o por que su disposición antero-posterior requiera una corrección de más de 5 o 6 cm. es recomendable hacerlo nuevamente.

Post-daming en el modelo.- Se le llama post-daming, al cierre palatino posterior, el cual nos ayuda a la retención y estabilidad de las prótesis superiores (por esto se dice que no debe de faltar en ninguna), éste actúa cerrándole el aire sin violencia.

La línea del "A" y la zona del post-daming, es fácil de reconocerla, se encuentra exactamente en la unión del paladar duro con el blando; también es conocido con el nombre de línea de vibración.

TEMA 9

ESPACIO INTERMAXILAR.

ESPACIO INTERMAXILAR.

Conocemos con el nombre de espacio intermaxilar, a aquel espacio que se encuentra ocupado por las piezas dentarias, tejidos de soporte vecinos y lengua. Está limitado lateralmente por la superficie de las mejillas; hacia arriba por la bóveda palatina y tejidos palatinos; por debajo encontramos el piso de la boca y posteriormente por la línea de unión aproximadamente entre los tejidos del paladar blando y las fauces anteriores.

Generalidades:

Este espacio es considerado en tres dimensiones, las cuales varían conforme al individuo va pasando por las distintas etapas del desarrollo. Una vez que el individuo llega al estado adulto, en el cual todas sus estructuras han alcanzado su máximo desarrollo; este crecimiento se produce como resultado de la función normal; por lo tanto se dice que esas estructuras anatómicas están en función perfecta en el período adulto de desarrollo.

Una vez alcanzado el desarrollo adulto, el espacio intermaxilar no sufre cambio alguno ni por pérdida parcial, total o desgaste de las superficies oclusales de las piezas dentarias, excepto si se deformase a causa de algún traumatismo o alguna perturbación patológica en sus superficies.

Se podría decir que en el paciente edéntulo, solo se ha perdido el volumen ocupado por las piezas dentarias y parte del tejido de soporte, pero como se explicó anteriormente el espacio intermaxilar no se altera.

Para compensar o restaurar esta pérdida de volumen, se provee al paciente con dentaduras artificiales tanto en el proceso superior como en el inferior, con sus respectivos arcos dentarios, así como sus estructuras adyacentes, con lo que le devolvemos - las distintas funciones, la estética inclusive en forma continua y normal, en que toma parte la mandíbula.

Se ha comprobado que las superficies masticatorias, ya sean éstas las piezas dentarias verdaderas o artificiales, solo entran en verdadera oclusión intermitentemente y por breves intervalos durante el acto de deglución y una vez en cada ciclo masticatorio. La mayor parte del tiempo, ambas superficies articulares se encuentran separadas, es decir fuera de contacto y oclusión, los músculos se encuentran en equilibrio (en descanso); esta separación de la mandíbula con respecto al maxilar es conocido con el nombre de espacio intermaxilar y no cambia mucho de una persona a otra, más bien se ha calculado que se encuentra -- entre los dos y los cuatro mm.

Antes de proceder a calcular el espacio intermaxilar por medio de cualquier método que empleemos, nos debemos asegurar que los siguientes puntos se encuentren correctamente:

- a).- Placas base adaptadas, reforzadas y estabilizadas.
- b).- Rodillos de oclusión contorneados sobre el centro de los rebordes alveolares.
- c).- Que la articulación Temporo-Mandibular se encuentre en perfectas condiciones, para así obtener resultados satisfactorios despues de construir nuestras prostodoncias totales.

Datos para la obtención de la relación intermaxilar.- La relación intermaxilar encierra varios puntos o datos los cuales obtendremos para tener así una relación inter-maxilar correcta y completa: estos datos son:

- 1).- Dimensión Vertical
- 2).- Dimensión Horizontal (relación céntrica).
- 3).- Datos Accesorios.

Dimensión Vertical.- La dimensión vertical encierra tres entidades diferentes asociadas que debemos tomar en cuenta y son:

- 1).- Dimensión Vertical en Descanso.
- 2).- Dimensión Vertical en Oclusión.
- 3).- Espacio Inter-Maxilar.

Dimensión Vertical en Descanso.- También se le conoce con el nombre de "posición fisiológica de descanso"; con este nombre conocemos a la posición mandibular asumida cuando la cabeza está en posición recta con los músculos elevadores (temporal, masetero pterigoideo interno) y depresores (milohioideo, geniohioideo y digástrico) en equilibrio, es decir, sin tensión ninguna. Los cóndilos de la articulación Temporo-mandibular, se encuentran en una posición neutra, no forzada, produciendo un aspecto interoclusal aceptable.

También se podría definir como la posición mandibular a partir de la cual principian todos los movimientos y a partir de ésta efectuamos las medidas y pruebas de comparación, además de ser una relación maxilo-mandibular constante e inmutable en todos los pacientes, que es la diferencia de la dimensión vertical en oclusión, que puede alterarse al intervenir diferentes factores.

Dimensión Vertical en Oclusión.- Por medio de este nombre conocemos en el dentado, el momento en que encontramos la máxima intercuspidad. En cambio en el edéntulo nos referimos a la posición que guarda el cóndilo en la cavidad glenoidea de la articulación Temporo-Mandibular, cuando los rodillos de relación se

-ponen en contacto; o bien, a la medida vertical de la cara cuando los rodillos se ponen en contacto.

Espacio Intermaxilar.- Se le llama espacio intermaxilar, a la diferencia que existe entre la dimensión vertical en descanso y la dimensión vertical en oclusión.

Es necesario efectuar minuciosamente todos los pasos y estar seguros de haberlos realizado perfectamente, puesto que en caso de fallar cualquiera de éstos, nos ocasionará problemas, por ejemplo:

Si a los dientes anteriores no se les dá la inclinación adecuada, observaremos anomalías dependiendo de la inclinación que le hayamos dado, es decir, si la inclinación que le dimos a las piezas anteriores es insuficiente, encontraremos una depresión de los labios y, como consecuencia, la aparición de las arrugas características de los mismos al pasar el tiempo; en el caso contrario, si los dientes están hacia adelante, éstos se observarán abultados; si los dientes anteriores están excedidos de tamaño (muy largos), el paciente tendrá problemas de fonación; los dientes no deberán chocar borde a borde pues provocaríamos un traumatismo en la articulación Temporo-Mandibular o en su defecto, do-

lores como son las mialgias y neuralgias. Si la dimensión vertical en descanso se encuentra disminuida, las dimensiones de la cara varían, el paciente dará la impresión de no tener dientes, la comisura de los labios se encontrará caída y si este defecto es exagerado, se deformarán los labios, además de la aparición de arrugas alrededor de los mismos, las comisuras labiales descienden, la masticación será considerada como "cansada", la lengua estará oprimida provocándole al paciente problemas en el oído al oprimir ésta, la trompa de Eustaquio en su retracción -- hacia arriba.

Métodos de registro de la relación inter-maxilar. -- Existen muchos métodos para este registro; pero ninguno por sí solo cumple con los requisitos ideales para determinar la exacta posición maxilo-mandibular, sino que la mayoría lo hace por aproximación, por lo cual es recomendable utilizar la combinación de dos o más, con el objeto de obtener un registro más exacto.

Por medio de estos procedimientos, obtenemos por separado la dimensión vertical y la relación céntrica, de ésta hablaremos más adelante.

Los métodos más comunes para la obtención de la dimensión ver

tical en el edéntulo son los siguientes;

- 1).- Mecánicos.
- 2).- Por fatiga muscular
- 3).- Craneométricos
- 4).- Mioeléctricos
- 5).- Electromiográficos
- 6).- Fisonómicos
- 7).- Estéticos
- 8).- Funcionales (fonéticos y deglutorios, considerados de importancia, teniendo en cuenta que las dentaduras completas reducen el espacio destinado a la lengua.

Al utilizar los métodos anteriormente mencionados, podemos auxiliarnos por medio de: a).- Fotografías clínicas b).- De perfil, c).- Cefalometrías, d).- Mascarillas de acrílico, etc.

Métodos para el registro de la dimensión vertical.- Como se dijo anteriormente existen numerosos métodos para el registro de la dimensión vertical, por ejemplo;

Podemos utilizar un compás y puntos de referencia; este procedimiento no es del todo efectivo por el hecho de que el paciente no está del todo inmóvil, además de no poder observar el desplazamiento que realiza la mandíbula. Es por esto que se

utiliza con menor frecuencia que algunos otros.

Dimensión Vertical en Oclusión.- Para determinarla utilizamos los métodos funcionales (fonéticos y deglutorios).

Le indicamos al paciente que hable y efectúe varias veces el movimiento de deglución (que pase agua o saliva), al pasarla la mandíbula tiende a subir y notaremos que la marca anterior cambia, ordenamos al paciente que efectúe varias veces el mismo movimiento y al igual que en el anterior donde coincida mayor número de veces, lo transportamos a la lámina de latón y de esta manera habremos obtenido la dimensión vertical en oclusión. Entre las dos relaciones obtenidas deberá de existir una diferencia de dos o tres mm. que nos indicará el espacio interoclusal.

Una vez determinadas las dos posiciones de la dimensión vertical, procedemos a la orientación del rodillo superior.

Técnica por fatiga muscular.- Marcamos un punto en algún lugar fijo del cráneo y otro móvil en la parte más prominente del mentón, el paciente deberá abrir y cerrar la boca varias veces - sin apoyar la cabeza en el cabezal y en posición recta con tranquilidad psíquica y la respiración normal, aproximadamente de -

diez a quince veces, con el objeto de provocar la fatiga de los músculos elevadores y depresores de la mandíbula, a continuación le indicamos que abra y que al cerrar lo haga lentamente hasta que se toque ligeramente los labios; esto lo efectuamos varias veces, al mismo tiempo que medimos la distancia que hay entre los dos puntos que hemos marcado con anterioridad, apuntamos las medidas que vayamos obteniendo y sacamos un promedio de las mismas para tener una mayor seguridad. Lo que habremos obtenido será la dimensión vertical en descanso.

Para la obtención de la dimensión vertical en oclusión, le restamos dos mm. a la medida que obtenemos anteriormente, que sería la correspondiente al espacio inter-oclusal.

Dimensión de los rodillos y orientación del plano de relación.- Una vez colocados los rodillos sobre las bases establecidas, procedemos a la dimensión y orientación de los rodillos de relación, que son generalmente más grandes en la altura que la dimensión que queremos darle, se recortan o en su defecto, si le falta altura se le agrega cera y se le prueba al paciente verificando su orientación con la platina de Fox, para observar rectificar y corregir cuantas veces sea necesario. Comenzamos con el caso superior.

Rodillo Superior.- Llevamos la placa base estabilizada a la boca del paciente, visto de frente y de acuerdo a la estética, el rodillo superior debe sobresalir d uno y medio a dos mm. por debajo del borde libre del labio superior estando el paciente relajado y con la boca semiabierta, esto se debe a que normalmente sobresalen los dientes naturales, la distancia antes mencionada y que se observen lo más natural posible.

Como ya se dijo, para orientar el rodillo superior, utilizamos la platina de Fox, en la cual adosaremos la horquilla central, a la cara oclusal del rodillo superior; la regla anterior debe quedar paralela al eje bipupilar (línea que trazamos imaginariamente, la cual pasa a través de las pupilas).

Vista lateralmente, deberemos observar que exista un paralelismo entre la regla lateral y el plano protético o de Camper, tambien conocido con el nombre de "Aurículo-Nasal", este lo hemos trazado previamente en la cara del paciente, auxiliándonos con un lápiz dermatográfico, para comparar con este la dirección que guarda el rodillo superior en su parte posterior y limitarlo o darle el tamaño y la inclinación adecuada. Con ésto, le hemos dado al rodillo superior una dirección aproximada a la del plano

de relación más o menos paralela y podremos decir que tenemos el plano de relación superior, con una dimensión y orientación correcta.

Nota: El plano de Camper o Aurículo-Nasal, es aquel que va del tragus de la oreja al ángulo infero-externo del ala de la nariz, es una línea antropológica que se traza sobre hueso, la cual transportada a la piel de la cara, es conocida con el nombre de plano protético.

Rodillo inferior.- Para la orientación del rodillo inferior, tomamos como punto de referencia, el borde del bermellón del labio inferior (conociéndose como bermellón del labio inferior, al momento en que el mismo se hace curvo hacia adentro. La orientación está dada, en el momento en que el rodillo superior ya desgastado toque en toda su superficie dicho bermellón. Para esto es necesario que el paciente cierre siempre con la relación antero-posterior correcta, partiendo de la posición postural de la mandíbula, guiándonos por la altura de los movimientos de deglución que nos dá el paciente desgastando el rodillo de cera en los lugares convenientes, hasta lograr la dimensión y el contacto perfecto, con el borde del rodillo superior.

Una vez logrado lo anterior, verificamos la dimensión vertical en descanso obtenida con los rodillos y bases colocadas en su sitio y con la medida obtenida anteriormente; la diferencia entre las dos medidas deberá ser de dos a tres mm. que correspondería al espacio inter-oclusal.

Deberemos procurar que el plano de relación sea paralelo al proceso, si es necesario se hacen modificaciones al plano de relación. Lo ideal sería que éste fuera paralelo a los procesos, porque si el plano de oclusión forma un ángulo con los procesos, las placas tenderán a desalojarse de su lugar debido al principio físico del plano inclinado que dice: "Cuando se aplica sobre un plano una fuerza en ángulo oblicuo a él, hay la formación de un plano inclinado, cuyo efecto es cambiar la dirección de esta fuerza, produciendo el desalojamiento del cuerpo sobre el cual se aplica; que en este caso será la placa.

Dimensión horizontal o relación céntrica.- Esta dimensión la obtenemos por medio del trazo del arco gótico de Gysi; existiendo tres formas diferentes de obtenerlo:

a).- Intra-oral. b).- Extra-oral. y c).- Combinada.

Las dos primeras funcionan a base de una platina inferior --

colocada al ras del rodillo (inferior) y una punta marcadora colocada al ras del rodillo superior.

Podemos utilizar las dos técnicas por separado, pero lo ideal es que usemos la combinación de las dos; es decir; utilizar - placas y puntas marcadoras intraorales y extraorales a la vez.

A las puntas marcadoras no se le debe de dar una inclinación arbitraria, sino que el arco gótico deberá de colocarse en posición vertical con respecto de una línea que vá desde la región - del cóndilo a la punta del trazador.

El método extraoral nos permite ver gráficamente y con exactitud la inscripción del trazo en todas sus fases. El intraoral nos proporciona un punto central de apoyo, el cual nos permite - una mejor estabilización de las placas base y por consiguiente, una distribución uniforme de las fuerzas de oclusión, lográndose con ésto, una relación balanceada con menor presión y mayor facilidad en los diversos movimientos que debe de realizar el paciente.

Una vez que hemos obtenido correctamente la dimensión vertical, retiramos las placas base con sus rodillos de la boca del paciente, colocamos en el rodillo superior las dos puntas marca-

doras (intraoral y extraoral) y en el rodillo inferior las dos placas registradoras, tanto intraoral como extraoral, le colocamos a estas últimas una ligera capa de tinta negra o de cera azul y la llevamos nuevamente a la boca del paciente, cerciorándonos de que la relación anteroposterior sea la correcta, le indicamos al paciente que efectúe los siguientes movimientos sin que éstos sean demasiado amplos.

- 1.- Deslizamiento a protrusión y regreso a céntrica.
- 2.- Deslizamiento lateral derecho y que regrese a la posición céntrica.
- 3.- Deslizamiento lateral izquierdo y regreso a céntrica.

Con los movimientos que ha efectuado el paciente, nos deberá haber marcado en la placa de registro inferior tres líneas y a la intersección de éstas nos dan un trazo en forma de punta de flecha y el punto de cruce de ellas será la relación céntrica correcta.

Existen otras técnicas pero algunas de ellas son demasiado complicadas, costosas y requieren de más tiempo para su realización, además tienden con frecuencia a ocupar demasiado espacio en el interior de la boca y por lo tanto, obligan a la lengua a retraerse.

Datos Accesorios.- Una vez determinada la dimensión horizontal o relación céntrica, procedemos a la localización de los datos accesorios; éstos nos sirven para la obtención de datos, los cuales nos servirán a su vez para la colocación de las piezas artificiales anteriores; de estas dependerá el éxito de nuestra proyección a nivel estético.

Los datos accesorios, como se dijo antes, solo nos sirven para un fin meramente estético, estos datos son:

1.- Localización de la línea media.

2.- Línea de los caninos

3.- Línea de la mandíbula.

Localización de la línea media.- Para determinar la línea media, el método más confiable y seguro consiste en bajar una línea perpendicular al plano de oclusión y prolongarla hasta el rodillo, tomando como referencia el centro del tabique nasal. En este punto, la marcamos sobre el rodillo para no perderla o extravíarla y nos cause problemas a la hora de montar los centrales superiores.

Recomendamos esta forma, porque existe otra técnica, la cual está basada la localización de la línea media, por medio del

frenillo labial anterior y superior; esta técnica no es muy recomendable por el hecho de que en ocasiones el frenillo se encuentra desviado hacia un lado o hacia el otro, o también puede sufrir alguna deformación que nos daría una localización equívoca de la línea media. Esto último por supuesto queda a criterio del Cirujano Dentista.

Línea de los Caninos.- Esta línea nos sirve para saber la distancia existente entre canino y canino, es decir, la medida de los seis anteriores, de la cara distal del canino superior izquierdo a la cara distal del canino del lado contrario.

Para la localización del ancho de los anteriores superiores, existen varias formas; una de ellas y que algunos utilizan, es marcando con la espátula de lecrón, un punto sobre el rodillo superior, en el ángulo de la comisura labial de ambos lados obteniendo de esta manera la distancia de la cara distal del canino derecho a la cara distal del otro canino. Esta relación es muy variable, tomando en cuenta que la dimensión comisural cambia según el tamaño de los labios y no siempre está en relación con el ancho de las seis piezas anteriores; el método más exacto y aconsejable es: trazar una línea vertical que descienda desde el implante inferoexterno del ala de la nariz (una de cada lado)

al plano de relación de los rodillos de cera, incluyendo el rodillo inferior. Este trazo nos indica la localización de las cúspides de los caninos; para obtener la dimensión correcta de las piezas anteriores, aumentamos a la distancia obtenida cuatro o cinco mm. (2 o 2.5 mm. por cada lado), para incluir las caras distales de los caninos.

Línea de la Sonrisa.- Esta línea la utilizamos para saber el largo de las piezas anteriores. Solo se le pide al paciente que sonría naturalmente y en el lugar hasta donde suba el labio superior se le marca con la espátula de lecrón.

Nota: Algunos Odontólogos prefieren no utilizar esta técnica por la razón de que se afirma, que el edéntulo, por pura razón psicológica al sonreír tratan de ocultar su condición y no realiza libremente este movimiento.

Otra forma de conocer el tamaño correcto de los dientes anteriores y a la vez la más exacta, es aquella que consiste en hacerlo una vez los rodillos esten montados en el articulador; a continuación la expondremos:

Retiramos la placa base y el rodillo superior y medimos con una regla flexible la distancia que existe entre el proceso supe-

rior y el plano de relación del rodillo inferior, a esta distancia le disminuimos 1 mm. que es el espesor aproximado de la base acrílica de la dentadura, la distancia exacta o aproximada de los dientes anteriores superiores será la diferencia de las dos cantidades.

TEMA 10

**SELECCION DE LOS DIENTES ARTIFICIALES
Y SU ARTICULACION .**

Selección de los Dientes Artificiales y su Articulación.-

Dientes estéticos y funcionales.- Aunque los dientes tanto naturales como artificiales, contribuyen a la vez a la estética y a la función, ayuda a encontrar soluciones la antigua norma clínica de considerar a los dientes del sector anterior como esencialmente estéticos y a los posteriores como esencialmente funcionales.

Esto permite concentrar el esfuerzo clínico en uno y otro sector, de acuerdo con el estado de las estructuras remanentes. Cuando las circunstancias no son favorables, se deben eliminar las funciones de presión, desgarramiento y corte que corresponden a los incisivos y a los caninos, señalando al paciente las razones de tal limitación. El paciente, casi siempre lo acepta sin inconveniente al comprender que ello permite mejor resultado estético.

Dientes de Acrílico contra dientes de Porcelana.- Los dientes de acrílico tuvieron muchos defensores pese a que las investigaciones experimentales demostraron su falta de dureza y su menor eficacia masticatoria.

Los dientes de porcelana, de alta estética, excepcional dureza

za y absoluta inercia química, tienen como primer defecto práctico su fragilidad, especialmente los transfúcidos. Su rotura es accidente frecuente, que en algunos pacientes se repite hasta convertirse en verdadero mal crónico. Además, la dificultad que presentan los dientes de porcelana al unirse a las bases, exige complicados sistemas de retrusión que las debilita y suelen impedir la buena reconstrucción anatómica.

Los dientes de acrílico, estéticamente tan perfectos como los de porcelana, son prácticamente irrompibles, se unen fácilmente al material de base. La restauración anatómica puede ser perfecta, además, no hacen al masticar, el desagradable ruido de choque característico en algunos portadores de prótesis con dientes de porcelana. Sin embargo, la estabilidad del color no es tan grande como en los dientes de porcelana y en ciertas bocas, el cambio de color es evidente al cabo de algun tiempo --exigiendo su reemplazo.

En otras palabras y resumiendo una experiencia clínica de casi treinta años: los dientes de acrílico no son rivales de los de porcelana, sino un eficaz complemento; los reemplazan con ventajas en aquellos casos donde los cerámicos plantean --problemas.

Al escoger los dientes debemos tener en cuenta; raza, sexo, edad, profesión, forma de la cara, movimiento, forma y tamaño de los labios, color de piel y de la mucosa bucal.

La selección del tipo de dientes, la elección de las anteriores y posteriores, entre los de porcelana y los de resina sintética, deben ser sujetos a un minucioso acertado diagnóstico en cada caso.

Selección de los dientes anteriores.- La primera decisión de calidad respecto a los dientes artificiales, está entre los cerámicos y los plásticos, cuyas características se han señalado más arriba. Porque la falta de resistencia de los dientes plásticos a la abrasión no ha sido superada, predomina el empleo de los dientes cerámicos, especialmente entre los buenos protesistas. El criterio más aceptado, es utilizar dientes cerámicos siempre que no exista indicación para los plásticos. En términos generales, los dientes plásticos están indicados:

- 1.- Para trabajos de gran urgencia, por su menor existencia tecnológica.
- 2.- Cuando los antagonistas son dientes naturales o de acrí-

lico, o puentes metálicos, para eliminar la capacidad abrasiva de los dientes cerámicos.

- 3.- En los maxilares débiles o sensibles, cuando se busca mayor confort.
- 4.- Cuando las condiciones del paciente no permiten exactos registros intermaxilares.
- 5.- Exiguidad del espacio protésico, impide lograr con los dientes de porcelana, prótesis de estructura sólida.
- 6.- En sujetos que rompen los dientes de porcelana.

El tamaño de los dientes anteriores inferiores, surge del de los superiores. Puede determinarse a simple vista eligiendo los tamaños en mm., según los catálogos de las fábricas.

Estas medidas son relativas y el clínico debe desarrollar el criterio acertado, examinando los dientes directamente en su aplicación en la boca, su efecto y sus relaciones con los antagonistas.

Cuando el espacio para la colocación de la prótesis superior

o inferior es escaso, los dientes grandes suelen crear problemas, en tales casos, pueden ser necesarios los dientes de resina acrílica.

Cuando se desea proceder a una minuciosa caracterización de los dientes artificiales, es preferible elegirlos algo grandes, para tallarlos al tamaño y forma requerido.

Selección de las formas: En la forma de los dientes artificiales, deben distinguirse dos aspectos esencialmente distintos. El estético y el funcional. Los bordes incisivos y los bordes vestibulo-oclusales de los posteriores, forman parte a la vez de las superficies estéticas y de las funcionales.

En la selección del color puede aceptarse la existencia de factores internos que determinan las variantes de color de la piel, ojos, cabellos y dientes.

En las pruebas de belleza de los dientes se procurará hacer comprender al paciente que el diente artificial carece de vida y que, por esto, no hay mejor que hacerlos discretos, perfectamente discreto por su color, su tamaño, forma, alineamiento; que

no llame la atención por grande o pequeño, parejo o disparejo, claro ni obscuro. El arte prostodóntico, la máxima es " esforzarse mucho por lograr algo que no llame la atención ".

Selección de los Dientes Posteriores.- La selección de los dientes posteriores, se refiere especialmente a las caras oclusales de actividad esencialmente funcional. En consecuencia, -- aunque también se hable de forma y tamaño, estas son ahora de las caras oclusales. Las caras vestibulares, cuya misión estética es incuestionable se determinan según los criterios ya vistos para los dientes anteriores, en la calidad por otra parte, si en los dientes anteriores la selección quedó limitada a los dientes de porcelana o de plástico, en los posteriores existen posibilidades para los metales, por su gran resistencia y su poco volumen, capaces de acrecentar la eficacia y la resistencia.

Los dientes artificiales posteriores se seleccionan en cuanto a tamaño, según su superficie oclusal y la cara vestibular.

Los tamaños respectivos, se aprecian mejor en el articulador con los modelos montados en la altura morfológica y relación central.

1.- Amplitud oclusal.- El tamaño de la superficie se aconseja

más reducido que el de los dientes naturales y debe estar en proporción con el volúmen de los maxilares: cuando estos son grandes y sanos, que proveen amplias y sólidas bases de sustentación pueden utilizarse dientes relativamente mayores, cuya plataforma masticadora provee más eficacia cuando todos los demás factores son iguales.

2.- Altura vestibular.- En lo que se refiere a la altura de los dientes posteriores, el espacio disponible dicta la elección. Es importante procurar al elegirlos, que las caras gingivales de los dientes puedan quedar separadas de la superficie del modelo entre uno y dos mm., para mantener un espesor deacrílico suficientemente resistente.

Los dientes posteriores largos, cuando caben, son los que permiten variantes en la estética y, mejor anclaje en la resina acrílica.

En otras palabras, elegirlos posteriores más altos que sea posible, sin comprometer la solidez de la futura base.

3.- Calidad de los dientes artificiales posteriores.- Después de lo dicho, es fácil comprender que el principal punto

débil de los dientes se pone de manifiesto, esencialmente en los dientes posteriores. Es por ello su mayor contraindicación esté precisamente, en los premolares y molares.

TEMA 11

ENCERADO DE LA PLACA.

ENCERADO DE LA PLACA.

Una vez terminada la articulación de las piezas dentarias artificiales (independientemente del tipo de dientes artificiales utilizados, así como su diferente angulación), procederemos a la realización de lo que llamaremos "el encerado"- esto es el festoneado del aparato protésico; el cual consiste en darle por medio de cera rosa los rasgos de la anatomía correspondiente a la de la cavidad bucal original, como lo son; las rugosidades palatinas, las formas características de la encía por la parte vestibular a nivel de las raíces dentarias, etc.

Técnica.- El procedimiento a seguir es el siguiente: Una vez que articulamos ambas placas y éstas armonicen con las estructuras faciales, así como en el color de la piel de nuestro paciente, enceramos las placas en la región correspondiente a lo que serían las encías y las modelamos de tal manera que simule las salientes que se encuentran a nivel de las raíces de los dientes naturales; de forma tal, que dé la impresión de poseer proyecciones tridimensionales, como lo son los dientes naturales, dándole una mejor presentación

y facilitando de esta manera el pulido de las mismas. Lo anterior, es a grandes rasgos lo que se pretende obtener; la manera de hacerse la describiremos a continuación:

1.- En primer lugar, quitaremos los excedentes de cera que encontremos, principalmente de las caras oclusales de los dientes y las caras proximales de los mismos; calentaremos una tira de cera rosa de 1 cm. de ancho, habremos de doblarla a la mitad con el objeto de que quede un poco más gruesa y ya no tener la necesidad, posteriormente de agregarle más cera en caso de que sea necesario. Calentaremos la cera y la oleremos sobre el margen gingival del diente y la papila inter-dentaria; labramos o festoneamos la parte vestibular de la encía y una vez terminado lo anterior, labramos de cera la zona comprendida entre el punto de contacto y la papila interdientaria, con lo cual facilitaremos la salida de los diferentes líquidos.

2.- La encía artificial que rodea el cuello de las piezas deberá formar un pequeño espesamiento el cual biselaremos en su borde inferior que le permitirá la proyección de una ligera sombra en los bordes gingivales de los dientes, dándoles la sensación de estar separados. Podemos darle a la pla-

ca un acabado del cual hablaremos posteriormente, que consisten algunas técnicas de coloreado; del mismo modo, con el objeto de darles una apariencia más natural, podemos reproducir en la zona del paladar, las depresiones y abultamientos que existen a nivel de los premolares y molares, las rugosidades palatinas superiores; teniendo en cuenta la forma, extensión y ubicación de la papila incisiva dentro de la arcada y evitar las aristas excesivas en el paladar, para conservar dentro de lo posible las cualidades de resonancia de la voz.

Que tenga una extensión adecuada y recortadas las bordes de tal manera que no interfiera con el libre movimiento, opriman o lastimen las inserciones musculares, frenillos o tejidos adyacentes.

3.- De la misma manera debemos asegurarnos que las piezas artificiales no se hayan movido de su posición al momento de colocar la cera alrededor de los dientes, ésto es, pensando en la función estética y en el efecto que produciría en la fonación. Es de suma importancia el que nos fijemos que los dientes artificiales no tengan fragmentos de cera, tanto en

su superficie interna, caras oclusales y bordes, que no tengan distorsiones ni perforaciones, pues éstas se reproducirían en la prostodoncia una vez terminada.

Una vez que hayamos revisado lo anterior, lo que nos faltará es el terminado. Por lo que, utilizando una media de seda, pulimos toda la superficie externa de la prostodoncia con el objeto de darle mejor presentación, hecho que influirá positivamente en el paciente.

4.- Una vez pulida la prostodoncia de prueba, procedamos a la prueba en la boca de nuestro paciente; con lo cual el mismo se formará una imagen del futuro trabajo una vez terminado, ya que las prostodoncias que le presentemos se asemejan a las prostodoncias terminadas.

Finalidad:

La finalidad de la prueba en cera (que es como se le llama a este paso), es que nos percatemos de la existencia de algún defecto, con la oportunidad de corregirlo antes del procesamiento en el laboratorio y controlar de esta forma los resultados estéticos, fonéticos y funcionales; que son tres condiciones fundamentales de los fines de la prostodon-

cia (devolver al paciente lo antes dicho), así mismo, es preciso rectificar la dimensión vertical, la articulación, si el espacio intermaxilar es el edecuado; algún defecto de forma, extensión o adaptación de las dentaduras completas.

En caso de encontrar algún defecto de los antes mencionados, se requiere corregirlos y algo de suma importancia, es el hecho de darle al paciente la oportunidad de opinar acerca del mismo.

Tanto el Cirujano Dentista como el paciente debería observar el aspecto que la dentadura le confiere al rostro del paciente y al lenguaje.

Debemos de presentar un trabajo bien presentado en el momento de la prueba, porque el paciente juzgará sobre nosotros a través de lo que le entreguemos en este momento, sobre los resultados finales.

Consideraciones Finales.

Antes de introducir las dentaduras completas en la boca del paciente, procuraremos endurecerlas con agua fría; cuando

utilicemos base de Graff, si no vamos a utilizar pasta zinque nólica, conviene aplicar un poco de polvo adhesivo a base de goma tragacanto, si la base es de acrílico no es necesario - porque se controla mejor su estabilidad y retención.

Una vez comprobada la retención de las dentaduras de prueba, colocamos las dos dentadura en posición y le indicamos al paciente que cierre con los dientes en relación céntrica y - comprobamos la forma en que reproduce los movimientos en el - articulador y en la boca del paciente, pudiendo suceder tres - cosas:

1.- Cierre habitual de la boca fuera de la relación céntrica como resultado del tiempo que ha permanecido desdentado; otro motivo puede ser el que haya utilizado dentaduras desajustadas con marcada reabsorción en los procesos alveolares - o alguna otra alteración oclusal. En este caso se insiste hasta lograr que el paciente cierre en relación céntrica.

2.-Cierre correcto en relación céntrica.- Si las pruebas complementarias confirman el registro original y demuestran - que es correcto. Significa que los modelos de trabajo están--

bien montados en el articulador.

3.- Cierre correcto en retrusión.- Esto nos indicará algún error cometido al tomar los registros o al montar los modelos de trabajo, excepto que las dentaduras de prueba estén mal colocadas, ya sea porque el borde mandibular esté aplanado, o porque no tiene retención ni estabilidad, si ésta es la causa, se vuelve a colocar correctamente y comprobamos la oclusión. Si la causa es el modelo inferior, que esté mal -- montado, se tomará un nuevo registro de relación céntrica en la boca y volvemos a montar nuevamente el modelo inferior en el articulador.

Controladas las relaciones de posición, verificamos los resultados de la estética, analizando la forma de la car, vista de frente y de perfil la colocación y articulación de los dientes artificiales; su tipo y forma, tamaño y color; la ubicación de la cera sobre el margen gingival del diente y la pila interdentaria, tanto en movimiento como en reposo y su relación con respecto a los labios y al vestíbulo.

Observamos el overjet de los dientes anteriores y su efec-

to sobre el relieve y forma de los labios, contorno y forma - de las comisuras al contraer al máximo los músculos de los la bios y carrillos, los reflejos y las sombras de los dientes.

Prueba de la Fonación.

La fonología o fonética es el estudio científico de los so nidos. En el mecanismo del lenguaje articulado intervienen -- entre otros los siguientes organismos: la laringe, los pulmo- nes, la tráquea, la faringe, la boca con los labios, la len- gua, los dientes, el paladar duro y blando, los senos de la re sonancia y los músculos de la respiración.

La ausencia total de los dientes y las dentaduras comple - tas mal articuladas, ocasionan defectos de pronunciación que pueden atribuirse a : 1.- defectos de forma, extensión o adap- tación de las dentaduras completas, 2.- Espacio intermaxilar inadecuado.

Esta circunstancia nos proporciona una nueva oportunidad - para rectificar la dimensión vertical; si percibimos un con- tacto prematuro de los dientes artificiales al hablar, nos es tá indicando que es necesario una reducción de los mismos.

Las dentaduras completas artificiales colocadas en la boca pueden alterar o modificar los sonidos fonéticos, por lo que es necesario dedicar una atención adecuada a su forma y estructura; por ejemplo:

1.- Que las bases de la dentadura tengan un espesor mínimo pero suficiente para su resistencia, sobre todo el superior para que conserve en lo posible las cualidades de resonancia de la voz y así evitar las aristas excesivas en el paladar.

2.- Que tengan una extensión adecuada y recortados los bordes de tal manera que no interfieran con el libre movimiento, compriman o lastimen las inserciones musculares, frenillos y tejidos adyacentes.

3.- Que se reproduzcan correctamente las rugosidades palatinas, superficies vestibulares y linguales; proporcionando la forma y el tamaño normal del vestíbulo y cavidad bucal propiamente dicha.

4.- Que se verifiquen simultáneamente con la estética, la articulación de las piezas artificiales, pensando en el efec-

to con que repercutirá sobre el lenguaje y la fisonomía.

Todas estas pruebas que se realizan en la boca con las dentaduras de cera o de prueba, cubren la perspectiva con que, tanto el profesionista como el paciente, deben contemplar el aspecto que la dentadura artificial le confiere al rostro y al lenguaje.

Una vez realizadas las correcciones necesarias, se le indica al paciente que se ponga de pie y se le brinda la oportunidad de opinar y contemplarse en conjunto desde varios ángulos ante un espejo de mano y otro de pared.

TEMA 12

CORRECCION OCLUSAL.

CORRECCION OCLUSAL.

Generalidades:

Según nuestra sincera opinión, éste debe ser un paso imprescindible en cualquier prótesis. Aún cuando la colocación de los dientes se haya hecho por medio de un método preciso, es necesario a fin de verificar y controlar cualquier modificación o desarmonía que se hubiera producido durante el período que comprende el curado; además, las caras oclusales de las piezas artificiales posteriores no son perfectas en su construcción. Por lo cual primeramente debemos analizar cuidadosamente la oclusión y determinar si cumple con los requisitos para alcanzar los objetivos necesarios para lograr una articulación con perfecto equilibrio funcional.

Solamente mediante un análisis muy cuidadoso de la oclusión se lleva a cabo el desgaste limitado con pequeñas piedras montadas en forma de rueda con dimensiones alrededor de 1/8 por 5/8 de pulgada y un cono invertido con diámetro de 3/8 de pulgada, finalizando el caso con un ligero toque a base de pasta abrasiva fina, para desgastar las pequeñas imperfecciones sin disminuir la agudeza de las aristas de los tubérculos.

Indicaciones para la corrección oclusal:

Para alcanzar los objetivos de la corrección oclusal y lograr una articulación con perfecto equilibrio funcional, existen siete indicaciones que el Dr. Clyde H Schyler nos señala y las cuales nos dan una idea clara de lo que debe hacerse en la corrección de la oclusión; estas indicaciones son las siguientes:

1.- Distribución máxima del esfuerzo máxilo-mandibular en relación central.

2.- Retención de la distancia máxilo-mandibular.

3.- Armonía de las vertientes para poder distribuir los esfuerzos oclusales excéntricos.

4.- Reducción de las vertientes para que las fuerzas oclusales sean transmitidas más favorablemente a los tejidos de soporte (menor posibilidad de desalajo de la prótesis según el principio del plano inclinado, de que se habló anteriormente).

5.- Conservación de la agudeza de las cúspides.

6.- Aumento en la salida de los alimentos.

7.- Disminución de las superficies de contacto.

Correcciones en el articulador:

Una vez que hayamos rectificado por medio de las indicaciones que nos proporciona el Dr. antes mencionado, procedemos a montar las dentaduras ya polimerizadas en el articulador, indistintamente antes o después de pulidas, revisando si es lo que podríamos llamar una "dentadura correcta".

Existen diferentes maneras de montar las dentaduras polimerizadas en el articulador. Uno de los métodos más prácticos y rápidos consiste en utilizar los profundos surcos tallados en los modelos y sus aristas correspondientes en los contramoldes, que nos permiten colocar las dentaduras en posición original obtenida por medio del arco facial y los registros de relación céntrica.

1.- Fijamos los modelos provistos de surcos, en las posiciones correspondientes de yeso blanco que están firmemente emplazados en el articulador a través de su pasador de sujeción; limpiamos los excesos de yeso que tenga el articulador y secamos bien los dientes artificiales.

2.- Procedemos enseguida a marcar y localizar los contac -

tos prematuros o interferencias siguiendo este orden: oclusión céntrica, de lateralidad derecha, izquierda y en protrusión.

3.- Colocamos una tira de papel de articular entre los dientes de un lado y se cierra el articulador con una presión moderada (en relación céntrica), después colocamos el papel del lado opuesto y volvemos a cerrar el articulador en céntrica. Con ésto, el papel de articular nos indicará las interferencias oclusales.

Cuando una dentadura completa, con las piezas en relación céntrica correcta, es decir, con el tubérculo bucal inferior en el surco intertubercular de la pieza superior en ambos lados de trabajo y equilibrio. En esta posición las vertientes de trabajo en la pieza superior de un lado, son dos y deben ser paralelas y en el lado opuesto una sola vertiente de equilibrio.

En cambio en los movimientos de lateralidad, en esta posición debe haber contacto simultáneo o equilibrio, para que no haya movimientos de ninguna de las dos placas como consecuencia de un contacto prematuro.

En el lado de trabajo, los tubérculos bucal y palatino superior hacen contacto con sus respectivos tubérculos bucal y lingual de la pieza inferior; en el lado de equilibrio, hay contacto del tubérculo palatino de la pieza superior con el tubérculo bucal de la pieza inferior.

Durante la masticación activa, la dentadura inferior debe deslizarse sin tropiezos desde esta posición hasta la central; en caso contrario, si en alguna de estas posiciones existe un contacto prematuro, puede impedir el contacto correcto de las piezas de otro lado y el esfuerzo excesivo que se transmite - en este punto producirá desplazamientos, además de que el traumatismo transmitido a los tejidos de soporte acelera la reabsorción del proceso.

Para corregirlas procedemos a localizar y marcar los contactos prematuros o interferencias, colocamos una tira de papel de articular entre los dientes de un lado y se cierra el articulador con una presión moderada en relación céntrica, después del lado opuesto; siguiendo un orden; oclusión céntrica, de lateralidad derecha, izquierda y en protrusión. Como se darán cuenta, el orden de los movimientos es el mismo que en la téc-

nica que describimos anteriormente; y al igual que en la anterior, el papel para articular nos indicará el lugar donde se encuentran los puntos prematuros. Una vez que los hayamos localizado procedemos a efectuar el desgaste de los mismos.

4.- Limitando con pequeñas piedras montadas en forma de rueda y una de cono invertido, con las dimensiones que se mencionaron en un principio, o bien podemos ocupar un disco para abrir un poco los escapes de los alimentos entre los tubérculos bucales superiores y finalizamos con un pequeño retoque a base de pasta abrasiva fina y hacemos los movimientos de la dentadura para desgastar las pequeñas imperfecciones sin disminuir la agudeza a las aristas de los tubérculos.

Técnica:

La corrección oclusal puede hacerse de dos maneras; desgastando el tubérculo o desgastando el surco, pero no podemos hacerlo indistintamente; necesitamos analizar las posiciones excéntricas en el articulador, para ver cual de las dos está indicada, ya que el desgaste es necesario en un solo punto, debiéndose dejar intacto el sitio de la pieza antagonista. Por esto no se puede hacer de una forma arbitraria; colocando pas-

ta abrasiva y moviendo la dentadura hasta conseguir el deslizamiento sin tropiezos ya que no es posible controlarlo al punto preciso que es necesario, puesto que ambas superficies antagónicas se desgastan con la pasta. Además, cuando un tubérculo se desliza sobre una superficie, la punta del tubérculo se desgasta con mayor rapidez que la superficie. Para saber cual debemos desgastar se tienen unas reglas llamadas "reglas generales para la corrección de la oclusión traumática", las cuales dicen así:

1.- Cuando un tubérculo está en contacto prematuro en posición central y en contacto correcto en las posiciones excéntricas, la corrección debe hacerse conservando el tubérculo y desgastando el surco.

2.- Cuando un tubérculo está en contacto prematuro, tanto en posición central como en posición de trabajo, la corrección debe hacerse a expensas del tubérculo.

3.- Cuando existe un contacto normal en posición central y contacto prematuro de los tubérculos bucales en la posición de trabajo, se desgasta el tubérculo bucal superior; y si el contacto prematuro está en los tubérculos palatinos y linguales,

se desgasta el tubérculo lingual inferior.

TEMA 13

INSERCIÓN DE LA DENTADURA EN LA BOCA DEL PACIENTE, RECOMENDACIONES Y CUIDADOS DE LA MISMA PARA OBTENER UN MEJOR FUNCIONAMIENTO.

INSERCIÓN DE LA DENTADURA EN LA BOCA DEL PACIENTE, RECOMENDACIONES Y CUIDADOS DE LA MISMA, PARA OBTENER UN MEJOR FUNCIONAMIENTO.

En el mismo momento de entregarle al paciente las protodoncias totales, deberemos empezar a realizar las correcciones necesarias para ahorrar tiempo y disminuir así, el lapso que se necesita para que se acostumbre el paciente al uso de la prótesis. El primer paso sería, localizar las zonas de alivio, para el efecto nos valdremos de la pasta zinquenólica que colocaremos en pequeñas cantidades por la superficie interna del aparato protésico, haciendo una mezcla viscosa y como se dijo anteriormente, colocadola en la superficie interna incluso en los bordes de la dentadura superior y de la inferior terminadas. El paciente deberá enjuagarse previamente con alguna solución astringente, y una vez preparado el material con la consistencia ya mencionada, la distribuimos por toda la superficie (como se dijo antes), de una manera uniforme de tal modo que quede una delgada película; y colocamos ambas placas en posición ordenándole al paciente que cierre con una presión moderada y en céntrica; una vez que el material ha fraguado, retiramos - las placas de la boca del paciente y donde se aprecie que el compuesto zinquenólico se ha adelgazado en una forma considerable, será la zona que rebajaremos o adelgazaremos utilizando -

una piedra montada chica de forma de flama o en su defecto una ovalada para localizar y posteriormente adelgazar dicha zona,

Cabe hacer la aclaración: es preferible ejecutar este procedimiento por separado, es decir, primero la superior y posteriormente la inferior o viceversa.

Indicaciones y recomendaciones para el cuidado de la prostodoncia.- Después que realizamos las correcciones necesarias es conveniente darle algunas instrucciones al paciente con el objeto de que aprenda a utilizar y brindarle los cuidados convenientes al aparato protésico que le entregamos, con el objeto de que obtenga mejores resultados. Estas indicaciones se le pueden dar tanto de una forma verbal como escrita, las cuales incluirán además de la forma de utilizarla, conceptos de aprendizaje y adaptación.

Limpieza y Cuidado.-

1.- Se le recomendará un aseo meticuloso, tanto de la cavidad bucal como de las dentaduras, tanto por su parte interna como por la externa.

2.- Aplicar masaje en las encías con algún cepillo blando,

enjuagarse con una solución ligeramente astringente, no usar -
las con residuos alimenticios atrapados en las superficies de -
contacto, cepillarlas y lavarlas después de las comidas con -
agua y jabón o con polvos de limpieza; deberá evitar también -
golpes o caídas que pudiesen producir la fractura de los dien-
tes o bases acrílicas y cuando están fuera de la boca, dejar -
las en un vaso de vidrio con bórax. No debe tratar por si mis-
mo de corregir o retocar la parte de la dentadura o de los --
dientes, porque podría ocasionar un perjuicio mayor.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Dr. P. Sáizar.
Prostodoncia Total
Editorial Mundi, Buenos Aires,
Edición 1972.
- 2.- Dres. D.J. Neill, R.I. Nairn.
Prótesis Completa
(Manual Clínico de Laboratorio)
Editorial Mundi, Buenos Aires
Edición 1971.
- 3.- Levin, Bernard.
"Manual Clínico de Prostodoncia Total"
Séptima Edición, 1971.
- 4.- Dr. José Y. Osawa Deguchi.
Prostodoncia Total
Textos Universitarios
Edición 1974.
- 5.- Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez.
Anatomía Humana, Tomo I y II
Editorial Porrúa, México
Edición 1965.
- 6.- Sweson Merril G.
Dentaduras Completas
Edición U.T.H.E.A., México, D.F.
Segunda Edición, 1955.