



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

PROSTODONCIA TOTAL

Tesis Profesional

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a

ELSA HERNANDEZ CARBOT

MEXICO, D. F.

1983



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

CAPITULO	I	PAG
PROSTODONCIA TOTAL .		
DEFINICION Y OBJETIVO.		1
ENTREVISTA DEL PACIENTE .		2
DIAGNOSTICO .		
HISTORIA CLINICA PROTETICA .		
HISTORIA CLINICA .		
EXPLICACION DE LA HISTORIA CLINICA .		
CAPITULO II		
ANATOMIA DEL MAXILAR		11
ANATOMIA DE LA MANDIBULA .		
ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR .		
MUSCULOS MASTICADRES.		
CAPITULO III		
MATERIALES DE IMPRESION .		25
MATERIALES ELASTICOS .		
MATERIALES INELASTICOS .		
MATERIALES DE LABORATORIO .		
CAPITULO IV		
PORTAIMPRESIONES		33
SELECCION DE PORTAIMPRESIONES		
PORTAIMPRESIONES INDIVIDUALES .		

	PAG
CONSTRUCCION DE PORTAIMPRESIONES INDIVIDUALES .	
CAPITULO V	
ZONAS ANATOMICAS Y PROTESICAS .	37
SEGUNDA PARTE.	42
CONSTRUCCION DE PROTESIS TOTALES .	
CAPITULO VI	
RECTIFICACION DE BORDES .	44
IMPRESION FISIOLÓGICA .	
MODELOS DE TRABAJO .	
CAPITULO VII	
PLACAS DE REGISTRO INTERMAXILARES .	55
RODILLOS DE OCLUSION .	
BASES ESTABILIZADAS .	
LINEAS Y PLANOS DE REFERENCIA .	
CAPITULO VIII	
REGISTROS INTERMAXILARES .	64
PLANO DE ORIENTACION	
DIMENSION VERTICAL .	
RELACION CENTRICA .	

	PAG
CAPITULO IX	
SISTEMA DE TRANSPORTE AL ARTICULADOR DE LOS MODELOS	72
LEYES DE HANAU .	
CAPITULO X	
SELECCION Y ARTICULACION DE LOS DIENTES ARTIFICIALES .	77
CAPITULO XI	
PRUEBA DE LA DENTADURA EN CERA	88
TERMINADO .	
INSTRUCCIONES .	
CONCLUSIONES .	93
BIBLIOGRAFIA	94

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

En la actualidad la protodencia total es cada día más necesaria debido a que cada vez es mayor el número de pacientes edéntulos que requieren tratamiento protético que implica la reposición de la dentición perdida .

La pérdida de los dientes es debido a muchas causas , las más frecuentes son ;

- 1 -. Frecuencia de caries .
- 2 -. Enfermedad periodontal .

La edentación influye desfavorablemente en el equilibrio orgánico y social del ser humano .

Los objetivos principales del odontólogo son , el de rehabilitar al paciente , tratando de devolver el aspecto facial , una adecuada masticación para su nutrición, estética y fonéticamente hablar con claridad .

Aunque no se puede lograr devolver la total normalidad .

Para lograr los objetivos , el dentista debe tener los conocimientos necesarios y la responsabilidad para dirigir las etapas -- de la elaboración de la prótesis, diagnóstico y plan de tratamiento

El odontólogo le pedirá al paciente su cooperación para el -- éxito del tratamiento .

Las prótesis deben ser diseñadas y construidas para la conservación de las estructuras bucales restantes .

Al lograr los objetivos , el paciente recobrará la confianza - en sí mismo y seguirá las instrucciones del odontólogo .

PRIMERA PARTE

EL PACIENTE DESDENTADO

Y

CONOCIMIENTOS FUNDAMENTALES .

PROSTODONCIA TOTAL .

CAPITULO I

PROSTODONCIA TOTAL .

DEFINICION .

PROSTODONCIA -. Es una rama de la odontología consagrada al -- estudio y rehabilitación fisiopatológica de la edentación total .

PROST -. Restauraciones protéticas .

ODON -. Parte de la odontología .

CIA -. Consagrado al estudio .

Prostodoncia total implica la reposición de la dentadura natural perdida, de ambos maxilares o de uno solo .

Es una rehabilitación fisiológica , porque involucra las funciones de la masticación , deglución, fonética , estética y eventualmente adaptación psíquica .

OBJETIVO .

Los objetivos básicos de la prostodoncia total son ;

- 1 -. La restauración de la función .
- 2 -. El aspecto facial .
- 3 -. El mantenimiento de la salud del paciente .

La edentación influye desfavorablemente en el equilibrio orgánico y social del humano , transforma el aspecto facial , altera el lenguaje , perturba la alimentación, modifica la nutrición , altera -- la expresión .

Los pacientes con estos factores recurren al prostodoncista -- con la finalidad de recuperar el equilibrio y la completa normalidad .

Los dientes artificiales deben duplicar el tamaño y el contorno de los dientes faltantes y ocupar con mayor exactitud posible -- las posiciones que éstos tenían .

La mayoría de los pacientes logra adaptarse con facilidad a -- las limitaciones de las prótesis completas y otros nunca lo dominarán .

ENTREVISTA AL PACIENTE .

La entrevista con el paciente desempeña dos funciones importantes :

1 -. Ayuda a establecer la relación entre el profesional y el paciente , no solo ayuda para el diagnóstico sino que tiene valores terapéuticos muy importantes .

2 -. La entrevista es el medio por el cual el dentista en una forma más o menos ordenada , conoce las dificultades o éxitos del -- paciente actuales o pasados .

Por medio de la entrevista podemos saber del paciente sobre su personalidad , carácter , medio familiar en que vive, tipo de trabajo que realiza, esposa , hijos, necesidades, impulsos y aficiones .

DIAGNOSTICO .

El diagnóstico no queda completo en la primera visita del paciente, en la primera sesión sólo se adquiere una impresión clínica -- general .

El diagnóstico se va complementando durante el curso del tratamiento , cada sesión terapéutica nos enseña más cosas del paciente -- y a menudo es necesario modificar la impresión durante los procedimientos diagnósticos, y elaborar un plan de tratamiento adecuado -- al paciente .

HISTORIA CLINICA PROTETICA .

Es el estudio de las prótesis generalmente cuando un paciente -- busca tratamiento protético .

En una Historia Clínica detallada es importante tomar nota de las experiencias del paciente ,si este ha llevado ya dentaduras, -- sean parciales o completas y saber si sus experiencias con las -- mismas han sido buenas o malas ,debemos pedirle que nos indique si alguno de los miembros de su familia tiene buena o mala experiencia con las dentaduras ,con frecuencia los pacientes no proporcionan -- estas informaciones de una manera directa y se necesitan varias -- citas hasta hasta que se consigue una información más completa .

La Historia Médica del paciente tiene gran importancia en el diagnóstico . Si el paciente goza de buena salud tanto física como psíquica ,generalmente está predispuesto para admitir un tratamiento protético satisfactorio,si nos refiere una historia de padecimientos crónicos ,de mala salud,y de una disminución de resistencia de los tejidos ,la colocación de una prótesis completa ,va aumentando asociada con una agravación de este proceso patológico continuo .

En ocasiones los trastornos neurológicos ,las perturbaciones metabólicas ,y las disfunciones hormonales ,presentan problemas -- especiales ,aunque no sean una contraindicación absoluta para la -- prótesis .

HISTORIA CLINICA .

La Historia Clínica -. Es la redacción completa del relato -- fiel que puede hacer el médico respecto a la evaluación clínica del paciente .

Comprende los antecedentes ;

- 1 -. Hereditarios .
- 2 -. Familiares .
- 3 -. Sociales .
- 4 -. Ambientales .
- 5 -. Personales .
- 6 -. Análisis de Laboratorio .

7-. Radiografías .

8-. Datos que se consideren de interés .

La Historia Clínica debe ser breve y concisa, debe de reseñar --
como mínimo;

INFORMACION GENERAL

FECHA -----

DATOS PERSONALES .

Nombre ----- Edad ----- Sexo -----

Salud General -----

Ocupación y Poción Social -----

Historia Dental -----

Motivo principal de la consulta -----

Tiempo de haber permanecido desdentado .

Maxilar ----- Mandíbula -----

ANTECEDENTES PROTESICOS .

Tiempo de haber usado dentaduras .

Maxilar ----- Mandíbula -----

Clase -----

Número Maxilar ----- Mandíbula -----

Experiencia Favorable ----- Desfavorable -----

FACTORES FISICOS .

Habilidad Neuromuscular .

Lenguaje (articulación) Buena -----Mediana ----- Mala ---

Coordinación Buena -----Mediana ----- Mala ---

CARA.

Forma Ovoide ----- Cuadrada ----- Alargada -----

Perfil	Normal	-----	Prognático	-----	Retrognático	----
C. Cabello	Blanco	-----	Negro	----	Gastaño	---
Ojos	Negros	-----	Cafes	----	Verdes	----
Tez	Clara	-----	Media	----	Apañada	--
Labios	Largos	-----	Medianos	-----	Cortos	-----

EVALUACION CLINICA .

Articulación Temporomandibular .

Crepitante ----- Desviación ----- Sonora -----

Tamaño del Maxilar y la Mandíbula .

Grandes ----- Medianos ----- Pequeños -----

Forma del Arco .

Maxilar Cuadrado ----- Triangular ----- Ovoides -----

Mandíbula Cuadrado ----- Triangular ----- Ovoides -----

Relación de los procesos .

Ortográfico Normal ----- Retrognático ----- Prognático -----

Torus .

Maxilar Ninguno ----- Ligero ----- Requiere remoción --

Mandíbula Ninguno ----- Ligero ----- Requiere remoción --

Mucosa .

Sana ----- Irritada ----- Patológica -----

Tamaño de la Lengua .

Normal ----- Mediana ----- Grande -----

Saliva .

Cantidad Normal ----- Excedida ----- Poca o Nula -----

Actitud Mental .

Filosófica ----- Exacta ----- Histórica ----- Indiferente -----

Exámen Radiográfico .

Densidad Osea ----- Infección Residual ----- Raíces -----

PRONOSTICO _____

EXPLICACION DE LA HISTORIA CLINICA .

DATOS PERSONALES .

NOMBRE .

Nos sirve para designar a las personas .

EDAD .

En el tratamiento los pacientes jóvenes se adaptan con más --
facilidad ,que los pacientes de más edad .

SEXO .

Tanto el hombre como la mujer jóvenes se preocupan por la apa-
riencia ,la mujer es una paciente más difícil que el hombre .

SALUD GENERAL .

Si el paciente goza de buena salud tanto física como psíquica-
generalmente está predispuesto para admitir un tratamiento --
protésico satisfactorio.

Es importante saber si el paciente padece alguna enfermedad --
sistémica, como la diabetes, discrasias sanguíneas o avitaminó--
sis ,que afectan la respuesta de la mucosa a las presiones de-
la dentadura .

OCUPACION Y POSICION SOCIAL .

La ocupación del paciente ayudará a determinar sus exigencias-
sociales y necesidades profesionales cualquier persona pobre -
y sin instrucción puede cooperar o no ,como también puede ---
hacerlo una persona bien educada y rica .

HISTORIA DENTAL .

La experiencia del paciente y su opinión de los dentistas que-
han realizado un servicio en su boca, la atención que el pacien-
te da a la higiene bucal y la frecuencia con que busca el tra-
tamiento dental .

MOTIVO DE LA CONSULTA .

Deberá determinarse la razón por la cual el paciente busca un -
tratamiento protésico, investigando sus síntomas y duración .

ANTECEDENTES PROTESICOS .**TIEMPO DE HABER USADO DENTADURAS .**

Se anota el mes y año en que se aplicaron .

CLASE .

Son los tipos de dentaduras que ha llevado el paciente .

NUMERO DE DENTADURAS .

Se enumera el número de dentaduras , generalmente las personas -
con antecedentes son pacientes difíciles .

EXPERIENCIAS .

Se comprueba si el paciente cuenta con una experiencia favorable
o desfavorable , con sus dentaduras protésicas .

FACTORES FISICOS DEL PACIENTE .**HABILIDAD NEURONMUSCULAR .**

Los pacientes que son normales en su lenguaje , no presentan pro
blemas en usar o hablar con las dentaduras protésicas, y los --
pacientes que presentan problemas en el lenguaje , requieren --
especial atención .

COORDINACION .

Si es buena, mediana o mala .

CARA .

Aspecto de la cara , como el contorno de los labios, cantidad --
del bermellón y estructura de la piel, color de ojos, cabellos, --
tez , las arrugas debido a la edad no deben ni pueden corregirse
con las dentaduras protésicas .

EVALUACION CLINICA .

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR .

Se hace un examen digital de la ATM ,se deben observar los -- movimientos anormales o sonidos crepitantes .

TAMAÑO DE LOS MAXILARES .

Los Maxilares Grandes-.Ofrecen la mejor ventaja para la retención ,estabilización y eficacia .

Los Maxilares Medianos -. Ofrecen menos retención ,estabilidad y eficacia .

Los Maxilares Pequeños -. Presentan mucha dificultad en alcanzar la estabilidad y eficacia deseada .

FORMA DEL ARCO .

La clasificación general de las arcadas es :cuadrada ,triangular y ovalada : en muchas bocas presentan un tipo de arcada -- combinada .

RELACION DE LOS PROCESOS .

Normal -. La cresta del reborde superior directamente sobre el reborde inferior .

Prógnatico -. Toda la cresta del reborde mandibular está fuera de la cresta del reborde maxilar,la mandíbula es más grande -- que el maxilar .

Retrognático -. El reborde mandibular es más estrecho y más -- corto que el reborde maxilar .

TORUS .

Cuando están ausentes y si estan presentes no son suficiente-- mente grandes,para interferir con la construcción y uso de la - dentadura .

TAMAÑO DE LA LENGUA .

Normal -. Cuando ha estado normalmente restringida por los --
dientes inferiores .

Mediana -. No presenta agrandamiento .

Grande -. Lengua aplanada y estrecha en toda su latitud, debi-
do a la pérdida de los dientes inferiores .

SALIVA .

Normal -. En cantidad y calidad , son cualidades de cohesividad
y adhesividad ideales para la retención de la prótesis dental.

Excedida -. Abundancia de saliva con características semivisco-
sas .

Poca -. Disminución en la cantidad de saliva .

ACTITUD MENTAL .

Filosófico -. Es amable y esta centrado mentalmente , y hace -
todos los esfuerzos necesarios para asegurar el éxito .

Exigente -. Son personas exactas , generalmente visten de manera
inmaculada y tienen inteligencia sobre lo normal .

Histérica -. Estos pacientes son difíciles de tratar , debido a
que se encuentran sometidos a cambios importantes , con frecuen-
cia se encuentran en el grupo posmenopáusico , estos pacientes-
están mal tanto mental como emocionalmente .

Indiferentes -. Estos pacientes se indiferentes con su aparien-
cia y su vestido , frecuentemente han estado desdentados desde
hace tiempo y no han llevado dentaduras ; sin embargo no reali-
zan ningún esfuerzo por ajustarse a las mismas .

EXAMEN RADIOGRAFICO .

El Examen Radiográfico debe mostrar ;

- 1 -. Las Raíces retenidas .
- 2 -. Los dientes impactados .
- 3 -. Las espículas óseas .

4 -. Las Enfermedades de los huesos .

5 -. Otras anomalías .

El soporte óseo es el componente más importante ,para el tratamiento de dentaduras ,completas y no puede ser apreciado sin recurrir a las radiografías .

Las radiografías deben tenerse a mano en cualquier momento del examen oral , muchos de los signos de un examen serán apoyados por las radiografías .

CAPITULO II

ANATOMIA DEL MAXILAR .

El maxilar consta de dos procesos maxilares y dos superficies horizontales de los huesos palatinos .

En la línea media ,la superficie labial del maxilar termina -- superiormente en una proyección anterior afilada llamada espina -- nasal anterior .Una resorción exagerada de la cresta del reborde -- alveolar lleva a ésta a una situación cercana a la espina nasal, a un lado de la línea media ,encima de las posiciones ocupadas por -- los incisivos laterales , y en la mitad de la prominencia que cubre las raíces de las cúspides , está la fosa canina , que se encuentra formando una depresión generalmente .

En la eminencia del canino ,el reborde residual comienza a volverse más posterior para asumir la forma parabólica general .

La apófisis cigomática del maxilar sobresale en la parte superior y lateral de la superficie bucal del reborde alveolar en la -- región anteriormente ocupada por las raíces del primer molar superior.

Una resorción avanzada del reborde alveolar sitúa el nivel de la cresta del reborde más cerca de esta estructura y el reborde -- bucal de la dentadura será un poco más escotado en esta zona .

La apófisis alveolar termina en una prominencia redonda llamada tuberosidad del maxilar ,es decir distal a la posición anterior de los terceros molares superiores .

Por detrás de la tuberosidad se encuentra la extensión inferior de la región del pterigoideo y la apófisis piramidal del hueso palatino ,que sale entre estas dos regiones .

La escotadura que se encuentra entre la tuberosidad y la estructura superior se llama hendidura pterigomaxilar o hamular .

Las apófisis alveolares maxilares ,las apófisis cigomáticas,-- las apófisis palatinas,son las zonas más relacionadas con el soporte de la prótesis .

El Hamulus tiene la forma de gancho, y representa la proyección inferior de la región pterigoidea ; se encuentra generalmente en -- línea con la extensión posterior de la pared palatina de la apófisis alveolar .

La hendidura pterigomaxilar representa en la prótesis la extensión posterior detrás de la tuberosidad .

La superficie de la apófisis alveolar , forma a través de la -- región posterior casi un ángulo recto con el paladar óseo ; de --- canino a canino se forma un ángulo más obtuso .

La fosa incisiva está en la línea media del paladar anterior - continuando la superficie palatina por el reborde alveolar .

Los nervios y arterias del paladar se comunican a través de -- los canales incisivos con la cavidad nasal . Cuando existe una --- resorción extrema , este canal puede quedar en la cresta del reborde residual ; se evitará ejercer presiones excesivas en esta zona para no interrumpir las estructuras vitales y nervios .

La sutura media está limitada anteroposteriormente por el --- paladar duro .

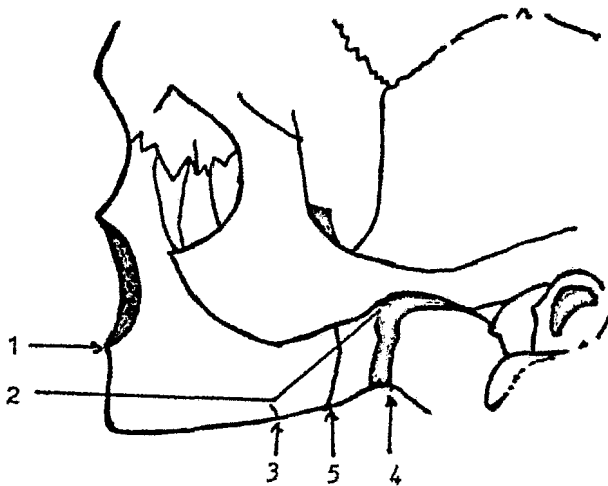
En los ángulos rectos está otra sutura que separa el tercio -- posterior del paladar duro (huesos palatinos) de los tercios anteriores (maxilares) .

Cuando la sutura se confunde con el reborde alveolar , se dirige postero y lateralmente para continuar con la sutura a la profundidad de la hendidura pterigomaxilar o hamular .

En el extremo posterolateral del paladar duro , a los lados -- de la línea media , están los agujeros palatinos por donde pasan --- venas y nervios .

El borde posterior libre del paladar es cóncavo bilateralmente y se extiende más hacia atrás a la línea media . Su superficie superior se llama espina nasal posterior , este borde realiza la unión - de la aponeurosis palatina del paladar blando y de músculos de la - úvula .

ANATOMIA DEL MAXILAR . _



- I -. ESPINA NASAL ANTERIOR .
- 2 -. TUBEROSIDAD DEL MAXILAR .
- 3 -. HENDIDURA PTERIGOMAXILAR .
- 4 -. APOFISIS CIGOMATICA .
- 5 -. HAMULUS .

ANATOMIA DE LA MANDIBULA .

La mandíbula es el único hueso móvil de la cara ,se puede --- considerar dividido en un cuerpo y dos ramas .

El cuerpo tiene forma de herradura ,de cuya parte superior se continúa con la apófisis alveolar y desde la parte posterior y superior del cuerpo y a cada lado se proyectan dos porciones planas con una ligera angulación obtusa e inclinación lateral conocidas como - ramas acedentes .

Las ramas derecha e izquierda son alplanadas transversalmente y de forma cuadrada ,cada una de éstas lleva la apófisis coronoides y el cóndilo . Consta en su parte superior de apófisis ,una ante--- rior que es la apófisis coronoides y una zona comprimida justamente inferior al cóndilo ,se llama cuello del cóndilo .Entre las apófi-- sis coronoides y la condílea está la escotadura mandibular que es - cóncava en su parte superior .El conducto dentario a través del cual entran los nervios alveolares inferiores y venas está en la parte - media del ramus o rama ,aproximadamente a la mitad entre el punto - más bajo de la escotadura y la superficie inferior de la mandíbula.

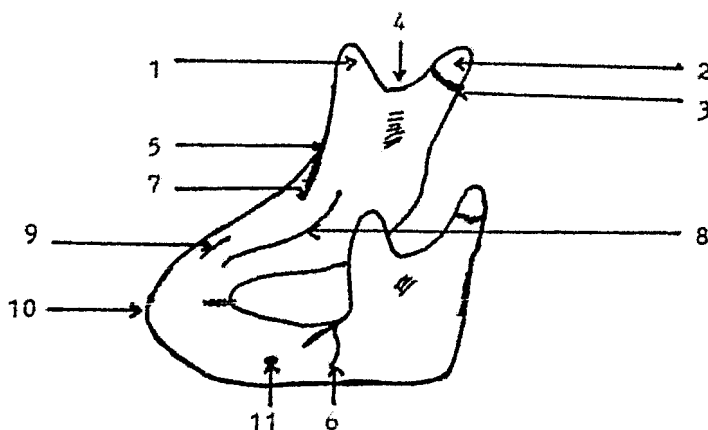
El borde anterior de la rama presenta dos rebordes : el reborde lateral continuo hacia el cuerpo como la línea oblicua externa , el reborde mediano se llama cresta temporal y es casi prolongación- del reborde milohioideo del cuerpo de la mandíbula el reborde milo- hioideo ,empieza muy cerca de la parte posterior y superior de la- apófisis alveolar limitado prominentemente ,en su comienzo muy --- cerca de la parte posterior y superior de la apófisis alveolar ,se- inclina más en dirección anteroinferior a través del área molar, -- hasta cerca de la sínfisis ,su prominencia reduce considerablemente a través de la zona sublingual anterior .

En el área premolar se encuentra la fosa sublingual ,encima de la línea milohioidea y la fosa submaxilar se localiza en la zona -- molar y por debajo de esta línea .

La línea oblicua externa a continuación del borde anterolateral de la rama ascendente se extiende prominentemente como un reborde de fácil pero gradualmente termina en el tubérculo mentoneano que está localizado a un lado de la protuberancia anterior de la mandíbula .

El agujero mentoneano se encuentra situado en la proximidad de el vértice de los premolares inferiores y puede progresar hacia la cresta alveolar cuando se pierden los dientes naturales y se agrava la resorción .

En la línea media de la superficie lingual en ambos lados se encuentran los tubérculos genianos superiores e inferiores ,que dan inserción al músculo geniogloso que se une a la superficie superior mientras que el genihiodes lo hace a la superficie inferior .



- | | |
|----------------------------|---------------------------------|
| 1-. APOFISIS CORONOIDES. | 6 -. LINEA OBLICUA EXTERNA . |
| 2-. APOFISIS CONDILEA . | 7 -. CRESTA TEMPORAL . |
| 3-. ESCOTADURA MANDIBULAR. | 8 -. REBORDE MILOHIODES . |
| 4-. CUELLO DEL CONDILIO . | 9 -. FOSA SUBLINGUAL . |
| 5-. REBORDE LATERAL. | 10 -. PROTUBERANCIA MENTONEANA. |
| | 11 -. AGUJERO MENTONEANO . |

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR .

La ATM humana es un órgano que forma la mitad de la articulación bilateral entre el cráneo y la mandíbula , está suele clasificarse funcionalmente como una articulación en bisagra .

Es una articulación compleja altamente especializada con una disposición anatómica gínglino-artrodial compleja que realiza movimientos de rotación y deslizamiento lo que le confiere a la mandíbula la capacidad de abre , cierre y lateralidad , protrusión .

En el nacimiento , los movimientos de la mandíbula están dirigidos y controlados por el mecanismo neuromuscular ; a medida que los dientes erupcionan y establecen las relaciones interoclusales estarán siempre orientadas por el mecanismo neuromuscular.

Las ATM van desarrollandose comenzando a establecer las formas y relaciones entre cóndilo y fosa glenoidea , desde el momento de la completa erupción de la dentición primaria, hasta la estabilidad de la dentición permanente, los factores dominantes son la oclusión dentaria y el mecanismo neuromuscular.

Las ATM van adaptandose a la función oclusal durante el periodo en que se produce un gran crecimiento facial estableciéndose relaciones definidas entre cóndilo y fosa glenoidea.

En la adolescencia culmina el proceso quedando un equilibrio entre la oclusión dentaria , mecanismo neuromuscular y la ATM.

ANATOMIA.

La porción mandibular se articula con el cráneo a través de la cápsula, músculos, ligamentos, y otros tejidos blandos.

ELEMENTOS OSEOS.

Los elementos óseos funcionales de la articulación son dos estructuras convexas que son, el Cóndilo y la Eminencia Articular.

MEMBRANA SINOVIAL .

Rodea al disco articular extendiéndose desde el hueso temporal al cóndilo ,su función principal es la formación del líquido para lubricar y facilitar el deslizamiento de la articulación .

CAPSULA ARTICULAR .

Es una capa fibrosa que rodea todos los elementos previamente descritos,tanto por fuera como por dentro ,está fijada al hueso temporal y al cuello del cóndilo y conectada al disco en sus bordes -- laterales conformando dos componentes ;el superior entre el disco - y el hueso temporal,es muy laxo,flojo lo que permite al disco deslizarse junto con el cóndilo hacia adelante mientras que el compartimiento inferior ofrece la cápsula fibrosa muy densa y normalmente - solo permite al cóndilo movimientos de rotación .

MUSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO .

Los músculos de la masticación actúan sobre la ATM ,el pterigoi deo externo tiene especial significación anatómica y funcional por su doble inserción en el cóndilo y en el disco articular,la sincronización fisiológica de sus dos haces puede ser fácilmente alterada.

ZONA RETROCONDILEA .

Llamada Colchon Retrocondíleo en el cual normalmente no se ejercen presiones . contiene numerosos vasos sanguíneos y nervios en -- un tejido conectivo con muchas fibras elásticas;su estructura no es fibrosa ,es un tejido laxo que cuando la boca está cerrada presenta sus fibras elásticas plegadas ,esto permite que en el movimiento de apertura o propulsión mandibular,el cóndilo arrastre fácilmente -- estos tejidos y permite que el cóndilo pueda desplazarse posteriormente desde la posición de oclusión de relación céntrica a la posi-

La ATM está integrada fundamentalmente por los siguientes elementos anatómicos.

SUPERFICIE ARTICULAR DEL TEMPORAL.

Consta de una porción posterior cóncava (fosa glenoidea), y una porción anterior convexa (eminencia articular).

CONDILO MANDIBULAR

Está ubicado abajo y adelante de la cavidad glenoidea, frente a la eminencia articular.

Es de forma elipsoidea, apalada en sentido anteroposterior, presenta dos vertientes, unidos por una arista transversal.

La cabeza del cóndilo se apoya en el cuello del mismo, que presenta en su cara anterointerna la fosita pterigoidea que dá inserción al fascículo inferior del músculo pterigoideo interno.

Toda la superficie anterior, superior y posterior de la cabeza y cuello del cóndilo está recubierta por tejido fibroso y lubricado con el líquido sinovial que facilitará los movimientos articulares.

MENISCO O DISCO ARTICULAR.

Está formado por tejido conectivo colágeno denso, con su porción central mas delgada que las periféricas y la zona posterior engrosada en el fondo de la fosa glenoidea.

El disco está adherido al cóndilo lateral por debajo de su ecuador; ésto permite que en el movimiento de bisagra el cóndilo rote sin mover el disco.

En el movimiento de traslación existe cierta libertad de acción entre el cóndilo y el disco, así el disco puede realizar pequeños desplazamientos para adaptación o compensación de las condiciones funcionales existentes.

ción de relación céntrica mandibular , sin ejercer presión.

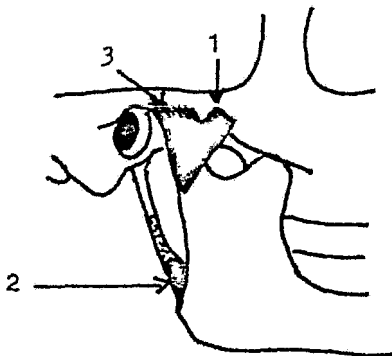
La gran inervación e irrigación sanguínea de esta zona retrocondílea es muy importante desde el punto de vista fisiológico , -- pues hace que la actividad funcional normal de la articulación -- constituya el mejor medio de nutrir los tejidos y conservar la -- salud biológica .

LIGAMENTOS .

Los ligamentos principales de la ATM son ; el temporomandibular , que se extiende desde el arco zigomático al cuello del cóndilo cubriendo exteriormente a la cápsula articular el esfenomandibular -- y el estilomandibular , que desde la base del cráneo se dirigen e -- insertan en la cara interna de la rama mentante de la mandíbula.

La función principal de estos ligamentos es la de establecer -- límites a los movimientos mandibulares ..

Se piensa que además por medio de sus propioceptores , los ligamentos intervienen activamente en la guía de la función muscular .



- 1 -. LIGAMENTO TEMPOROMANDIBULAR .
- 2 -. LIGAMENTO ESTILOMANDIBULAR .
- 3 -. LIGAMENTO ESFENOMANDIBULAR .

FISIOLOGIA .

La fisiología de la ATM es complicada debido a que ambas articulaciones ,dercha e izquierda ,están rígidamente conectadas entre sí - por el cuello de la mandíbula ; ésto hace imposible que una articulación funcione en una forma independiente de la otra ,todo lo que sucede en una articulación repercute en alguna forma en la otra , y forma parte de una entidad compleja funcional .Su fisiología está inestablemente relacionada en los otros integrantes del sistema , a las superficies oclusales y tejidos periodontales en los movimientos friccio--nales y al mecanismo neuromuscular ,tanto en los movimientos vacíos - como en los friccionales .

La conformación de la ATM en el hombre ,es más complejo que en - los animales porque necesita realizar tanto aisladas como combinadas-- las tres formas de movimientos mandibulares ; abre-cierre ,lateralidad y propulsión .

Los dientes humanos deben estar conformados y alineados de modo-- que permitan movimientos en todas direcciones ,con las superficies -- oclusales y las ATM deberán estar conformadas ,de acuerdo a las caract-- erísticas particulares de la función oclusal .

MUSCULOS MASTICADORES .

Los músculos masticadores son cuatro e intervienen en los movimientos de elevación de la mandíbula , y son :

- 1 -. Músculo Temporal .
- 2 -. Músculo Masetero .
- 3 -. Músculo Pterigoideo Interno .
- 4 -. Músculo Pterigoideo Externo .

Estos músculos reciben la inervación motriz de la tercera rama del trigémino , el suministro de sangre procede de una de las ramas terminales de la arteria carótida externa y la arteria maxilar .

MUSCULO TEMPORAL .

Es un músculo en forma de abanico que nace de la pared interna de la fosa temporal , cuyo vértice se dirige a la apófisis coronoides.

INSERCIÓN .

El temporal se fija por arriba en la línea curva del temporal inferior, en la fosa temporal, en la cara profunda de la aponeurosis temporal , y en la apófisis coronoides .

INERVAÇÃO .

La inervación del temporal se halla proporcionada por tres ramas del nervio temporal , que a su vez es rama del nervio maxilar inferior del trigémino .

ACCIÓN .

Consiste en elevar la mandíbula , y dirigirla hacia atrás , -- interviene principalmente para dar posición durante el cierre .

MUSCULO MASETERO

Es un músculo de forma cuadrangular aplanada, está formado por dos haces musculares principales que abarcan desde el arco cigomático hasta la rama y cuerpo de la mandíbula.

INSERCIÓN

Se inserta en el lado externo de la apófisis coronoides y en el ramo ascendente hasta el ángulo de la mandíbula.

También se inserta en el arco cigomático y cara externa en el tercio inferior de la rama ascendente de la mandíbula.

INERVACION

Su inervación proviene del nervio masetero que penetra en su parte superior y posterior del músculo.

ACCION

Es elevador de la mandíbula.

PTERIGOIDEO INTERNO

Este músculo es rectangular. Comienza en la apófisis pterigoides y termina en la porción interna del ángulo de la mandíbula. A partir de su origen el músculo se dirige hacia abajo, hacia atrás y hacia afuera hasta su sitio de inserción.

INSERCIÓN

Sus haces de fibras se dirigen hacia abajo-, atrás, y algo hacia afuera para insertarse en la cara interna del ángulo de la mandíbula.

ACCION

Es el principal elevador de la mandíbula debido a su posición, también proporciona pequeños movimientos laterales.

PTERIGOIDEO EXTERNO .

Se extiende de la apófisis pterigoides al hueso del cóndilo de la mandíbula ,se halla dividido en dos cabeas ; una superior esfenoidea y otro inferior pterigoides ; ambas divisiones del músculo se reúnen por detras de la articulación temporomaxilar cerca del cóndilo de la mandíbula .

INSERCIÓN .

La inserción principal de este músculo se encuentra en la superficie anterior del cóndilo , algunas fibras se insertan en la cápsula de articulación y en la porción anterior del menisco articular . La dirección de las fibras del fascículo superior es atrás y su trayecto horizontal , mientras que el fascículo inferior se dirigen hacia arriba y afuera hasta el cóndilo .

INERVACION .

Recibe dos ramos nerviosos procedentes del bucal .

ACCION .

La contracción de ambos pterigoideos externos produce movimientos de proyección hacia adelante del maxilar inferior ,se contraen aisladamente . La mandíbula ejecuta movimientos laterales hacia uno y otro lado ,cuando estos movimientos son alternativos y rapidos se llaman de diducción ,son los más importantes en la masticación.

Los músculos pterigoideos son muy activos durante la protusión simple y un poco menos si se efectúa al mismo tiempo abertura y protrusión .

MUSCULO DIGASTRICO .

La porción anterior del digástrico está relacionada con la abertura del maxilar junto con otros músculos suprahioides y el músculo pterigoideo interno .

INSERCIÓN .

Se inserta en la ranura digástrica ,en el tendón intermedio en --
el cuerpo del hueso hioides y fosa digástrica del maxilar .

INERVACIÓN .

La inervación del nervio facial y glosofaríngeo para el vientre-
posterior ,y para el vientre anterior la mandíbula .

ACCIÓN .

Eleva el hueso hioides e inclina la cabeza hacia adelante .

CAPITULO III

MATERIALES DE IMPRESION .

Los materiales de impresión que se utilizan en proctodencia -- requieren del conocimiento de sus propiedades físico-químicas .

No depende del material para conseguir buenas impresiones ya -- que cualquier material es bueno si se sabe usar .

Los requisitos comunes son :

- 1 -. Consistencia adecuada para llevarlos a la boca ,
- 2 -. Plasticidad suficiente para adaptarse a las formas bucales
- 3 -. Consolidación en la forma adquirida .
- 4 -. Adhesividad escasa para separarlos .
- 5 -. Estabilidad dimensional y cohesión para no deformarse .

Todo esto unido a las demás cualidades de sabor ,olor, falta de efectos tóxicos o irritantes que los hagan incompatibles con el empleo en la boca .

Los materiales de impresión que se utilizan con más frecuencia en proctodencia se clasifican en :

ELASTICOS .	{	ALGINATOS . HIDROCOLOIDES REVERSIBLES . MERCAPTANOS (BASE DE HULE) . COMPUESTOS DE SILICONA .
INELASTICOS .	{	YESO SOLUBLE . MODELINA . CERA . COMPUESTOS ZINQUENDOLICOS .

MATERIALES ELASTICOS .

ALGINATOS.

Se usan a menudo para las impresiones preliminares o anatómicas se caracterizan por su elasticidad relativamente alta en estado -- sólido y permiten retirarlos de la boca en una pieza .

Este material puede crear una presión dependiendo del tiempo -- del alginato y de su manipulación .

Cuando se usa en portaimpresión liso aumenta la presión ; y disminuye la presión cuando se usa un portaimpresión perforado .

Estas impresiones deben correrse inmediatamente ,ya que este -- material es afectado por la humedad .

HIDROCOLOIDES REVERSIBLES .

Los hidrocolides reversibles no tienen aplicación precisa en el registro de impresiones completas . su manipulación es más compleja --pués requiere de portaimpresiones de agua fría para el enfriamiento --del material .

Esto significa que el portaimpresiones para el hidrocoloide -- reversible casi siempre deformará y extenderá la vuelta muscular .

MERCAPTANOS .

Los hules de mercaptano son usados como un material para impresiones finales ; como es un material elástico puede ser usado cuando hay retenciones .es necesario usar un portaimpresiones individual -- que sea exacto , y se requiere de un adhesivo para que se retenga en el portaimpresiones .

La mucosa deberá secarse antes de tomar la impresión ,ya que la saliva puede causar burbujas .

COMPUESTOS DE SILICONA .

Son materiales elásticos para impresiones de dentaduras comple --tas ,no tienen mal olor,ni sabor :sus ventajas no son determinantes--

sobre los demas materiales de impresión.

MATERIALES INELASTICOS .

YESO SOLUBLE .

Es diferente al yeso de los modelos, se usa generalmente en -- impresiones superiores porque en las impresiones inferiores tiende -- a formar escamas .

Se deberá aplicar un separador antes de obtener el modelo de -- yeso .

MODELINA .

La modelina es un material que se usa para portaimpresiones -- individuales o rectificaciones .

La modelina es fácilmente rectificable ,no es alterada por la -- saliva ,para obtener una impresión correcta se requiere habilidad -- y experiencia .

Se prepara con facilidad ,endurece rápidamente y es posible -- utilizarla varias veces ,viene en varios colores y de diferentes -- formas para indicar los diferentes grados de temperatura de acuerdo -- a los puntos de fusión .

CERA .

Las ceras algunas veces son utilizadas para impresiones fina-- les, su uso más común en prosthodontia es ;

- 1 -. De rebase para corregir la impresión anatómica .
- 2 -. De rodillos de relación ,se utiliza cera de abeja .
- 3 -. Como base de relación de dentaduras completas enceradas, -- retención y fijación de dientes artificiales y modelar los contor-- nos de la encía artificial .

La cera más recomendada es la cera rosa ,que se presenta en -- forma de lámina .

COMPUESTOS ZINQUENOLICOS .

Son usados para impresiones fisiológicas ,fraguables ,de alto -- índice de escurrimiento que les permite reproducir con fidelidad --

los detalles estructurales de la mucosa .

Son de manipulación fácil, de olor y sabor agradable ; su inconveniente es que son pegajosas .

MATERIALES DE LABORATORIO .

Los materiales de laboratorio por sus variadas aplicaciones -- deben reunir cualidades comunes que son :

- 1 -. Integración química .
- 2 -. Expansión de fraguado .
- 3 -. Resistencia estructural .
- 4 -. Estabilidad dimensional .

Los materiales de laboratorio que se utilizan más frecuentemen-
te son :

- 1 -. Yeso de Paris y Yeso Piedra .
- 2 -. Resinas Acrílicas .
- 3 -. Resinas Acrílicas Termopolimerizables .
- 4 -. Resinas Acrílicas Autopolimerizables .
- 5 -. Materiales de Desgaste y Pulido .

YESO PIEDRA Y YESO DE PARIS .

El yeso es el material más usado en odontología que sirve para la fabricación de toda clase de modelos , que mezclado con el sílice sirve para la fabricación de modelos , para el vaciado de incrustaciones metálicas y puentes , también sirve para la impresión de -- procesos desdentados .

YESO PIEDRA .

Es el hemidrato que se caracteriza por tener cristales en forma de prismas regulares , siendo éstos yesos duros y necesitando una -- menor cantidad de agua para su manipulación ; su tiempo de fraguado es de 7 minutos .

YESO DE PARIS

Está compuesto principalmente de hemidrato B y sirve para tomar impresiones de procesos dentales.

Se caracteriza por estar formado de prismas ortorrómbicos irregulares, siendo estos yesos más suaves y necesitando un mayor contenido de agua para su manipulación, su tiempo de fraguado es de 3 a 5 minutos.

También se les agregan colorantes. No todos los yesos piedra necesitan la misma cantidad de agua.

Para su manipulación se necesita una taza de hule, una espátula, una probeta, para medir el agua, una balanza para medir el yeso y un vibrador.

RESINAS ACRILICAS.

Existen por lo menos 2 resinas acrílicas.

Una de ellas se deriva del ácido acrílico y la otra del ácido metacrílico, ambos polimerizan por adición.

Conocidas también como acrilresinas o simplemente acrílico son materiales plásticos cuyas cualidades físicas y químicas han ido mejorando constantemente, ampliando sus variadas aplicaciones.

Se obtienen por polimerización de los ésteres del ácido metacrílico, a medida que aumenta el proceso molecular del alcohol, es mayor la plasticidad de la resina.

Las más resistentes son las del metacrilato de metilo y se presentan en forma de líquido llamado monómero y el polvo conocido como polímero.

El metacrilato de metilo es un líquido transparente que es un excelente disolvente orgánico, el poli(metacrilato de metilo) es una resina sumamente transparente, es muy estable y se puede moldear como material plástico.

RESINAS ACRILICAS TERMOPOLIMERIZABLES.

Son aquellas resinas que pueden pasar del estado de monómero -

al de polímero y ser moldeables en función de presión y calor, y se les denomina termoplásticos, ya que no se produce en la polimerización ningún cambio químico; las resinas que hacen una reacción química se les llama termocombinados.

RESINAS ACRILICAS AUTOPOLIMERIZABLES.

Estas resinas en lugar de calor para provocar la descomposición del peróxido benzóico se usan activadores por lo que se denominan autopolimerizables, su reacción es exotérmica, dependiendo de la masa, la cantidad de calor liberado.

Las resinas termopolimerizables están destinadas a la construcción de bases definitivas en dentaduras completas, e industrialmente a la fabricación de dientes.

Las resinas acrílicas autopolimerizables tienen su campo de aplicación en las reparaciones de prótesis parciales o totales, en el rebase directo o indirecto de las mismas, en la construcción de bases de relación y portaimpresiones individuales.

SEPARADORES ACRILICOS.

El objetivo de los separadores acrílicos es impedir que exista algún cambio o alguna reacción química entre la resina acrílica y la superficie de yeso que forman el molde en que serán polimerizadas las dentaduras completas.

MATERIALES DE DESGASTE Y PULIDO.

Los materiales de desgaste y pulido, se usan con objeto de pulir las piezas dentarias e impedir el estacionamiento de saliva, o para desgastar piezas que se van a restaurar; para ello, se utilizan sustancias que poseen una mayor dureza que la superficie que se va a desgastar.

Los abrasivos los podemos dividir en:

- 1.-Aquellos que sirven para desgastar.
- 2.-Sustancias que sirven para pulir.

Los agentes que sirven para desgastar son :

ESMERIL .

Es en forma de polvo ,es una mezcla de aluminio y hierro .

DIAMANTE .

Es duro ,se utiliza en forma de polvo colocado en discos o piedras de diferentes formas .

GRANATE .

Viene también en forma de disco o piedras montadas .

CARBORUNDUM .

Es duro como el diamante ,se emplea en forma de disco o piedra.

Los agentes para pulir son :

BLANCO DE ESPAÑA .

Viene en forma de polvo,color blanco , se mezcla con agua para hacer la pasta .

PIEDRA POMEX .

Se le considera agente pulidor .

ROJO INGLES .

Es para metales ,principalmente oro ; se utiliza en forma de pan , disco , o tiras .

TRIPOLI .

Es pulidor semejante al rojo inglés .

Tanto el desgaste como el pulido deben ser graduales ,comenzando por los granos gruesos y se prosigue con los granos delgados.

CAPITULO IV

PORTAIMPRESIONES .

Los portaimpresiones existen de diferentes variedades los hay comerciales y estandar .

Tienen en común sus canales y retenciones en las que no se ha previsto lugar para los dientes , y los bordes relativamente bajos - por lo general .

El metal de que están hechos puede ser metal, sea duro (bronce- acero inoxidable) sea blando (aluminio o plomo) ; también las hay de material plástico .

Se clasifican en :

- 1 -. Pequeñas .
- 2 -. Medianas .
- 3 -. Grandes .

Se pueden distinguir por la forma y además los superiores de los inferiores , permiten seleccionar los de paladar más o menos -- profundo y las de prolongaciones posteriores y linguales suficientes .

Las retenciones del material está prevista en muchos portaimpresiones contruidos para ser utilizados por alginato , agar-agar -- metales que no se adhieren suficientemente a los portaimpresiones -- por medio de pestañas a lo largo de los bordes .

CLASIFICACION .

SUPERIORES	{	LISOS	{	ALUMINIO
INFERIORES		CON RETENCION		PLOMO
		REMBLOCK		PLASTICO
		PERFORADOS		ACERO INOXIDABLE
				BRONCE

PORTAIMPRESIONES DE ALUMINIO O PLOMO.

Los portaimpresiones de aluminio o plomo tienen la ventaja de adaptabilidad. Sus bordes se pueden reducir o aumentar, cortar, añadirlos o rellenarlos, lo que amplía notablemente su utilidad.

El añadido o relleno, es aplicado para ciertos materiales --- principalmente para el alginato, se preparan proporciones de modelinna o de cera plástica y se adhieren a los bordes, o superficies internas como la boveda palatina, zona retromilohibidea y áreas de gran resorción.

El recorte de los portaimpresiones grandes, con bordes altos - o largos, facilitan su recorte con tijeras para metal curvas o rectas, se desgastan con piedras y se alizan con limas.

PORTAIMPRESIONES DE PLASTICO.

Los portaimpresiones de plástico son económicas, lo que permite acrecentar su cantidad, pero carecen de ductibilidad y pueden ser excesivamente flexibles.

PORTAIMPRESIONES METALICOS.

Los portaimpresiones de metal son fácil de limpiar y duran más tiempo.

Las características flexibles del metal permiten la adaptación con la presión de los dedos.

Cualquier material de impresión que se vaya a utilizar, y el portaimpresión estandar debe dejar un espacio no menor de 3 a 5 - milímetros entre ella y la mucosa del maxilar a impresionar, cuya superficie protésica debe cubrir totalmente si es posible.

SELECCION DE LOS PORTAIMPRESIONES .

El tamaño adecuado para el maxilar superior se elige midiendo -- con los extremos de un compás , colocados en el vestíbulo bucal en -- la región de las tuberosidades y está distancia se relaciona con el -- ancho de los flancos del portaimpresiones al nivel de la zona correspondiente .

En el portaimpresión inferior las medidas se toman colocando los extremos del compás en la cara lingual del reborde de izquierda a -- derecha , jústo por debajo de la zona retromolar , está medida se compara con la efectuada en los lados linguales del portaimpresión .

PORTAIMPRESIONES INDIVIDUALES .

Para la construcción de los portaimpresiones individuales hay -- diversos procedimientos y varios materiales .

El objetivo del portaimpresión individual es el de obtener una -- correcta impresión fisiológica.

CONSTRUCCION DE PORTAIMPRESIONES INDIVIDUALES .

PRIMERO .

Se prepara el acrílico en un recipiente de porcelana de acuerdo -- a las instrucciones del fabricante .

A partir de la mezcla se introduce la espátula , en cierto momento ésta arrastrará filamentos de acrílico, conocido como estado filamento -- so , pasa después al estado plástico , en el que se manipula .

SEGUNDO .

Se retira toda la masa y se deposita en el cristal que tiene envaselinada la superficie y se colocan cuatro centavos , uno en cada -- extremo , y se coloca otro cristal que tiene envaselinada la superficie que entrará en contacto con la masa acrílica , se ejerce presión hasta que el cristal toque los centavos .

TERCERO .

Se procede a la adaptación de la lámina acrílica con presiones suaves de los dedos ,se recortan los excedentes con tijeras .

Adaptada y recortada la base del portaimpresiones individual - y antes de que avance el fraguado ,se utiliza el material excedente para un mango para cada portaimpresiones ,este mango deberá centrarse sobre la línea media ,no deberá obstruir la movilidad del labio- pero debe permitir que se pueda tomar fácilmente el portaimpresiones . La posición del mango es importante ,porque proporcionará soporte al labio durante la toma de la impresión secundaria .

CUATRO .

Se deja polimerizar entre 10 y 30 minutos hasta su completo -- endurecimiento .

QUINTO .

Se procede a separar el portaimpresiones individual y se recorta con piedras o fresones para acrílico ,el borde marginal de la base y se procederá al pulido .

CAPITULO V

ZONAS ANATOMICAS Y PROTESICAS .

Las zonas protésicas del maxilar y mandíbula representan las áreas anatómicas de los rebordes residuales y estructuras adyacentes que se incluyen en el soporte de la base protésica .

LAS ZONAS ANATOMICAS DEL MAXILAR SON :

PAPILA INCISIVA .

Sobre el forámen palatino anterior , proporciona la salida -- para los vasos sanguíneos y el nervio nasopalatino , frecuentemente se alivia en la dentadura para evitar la disminución del aporte sanguíneo o una sensación dolerosa cuando se ejerce presión indebida -- sobre la papila .

FRENILLO LABIAL .

Es un repliegue mucoso simple o múltiple en forma de hoz , que une la mucosa del labio a la apófisis alveolar en la línea media -- aunque puede haber excepciones.

FRENILLOS BUCALES .

Van de un frenillo a otro del vestíbulo labial , consta de un pliegue de mucosa desde la encía al arrillo en la región de los primeros premolares .

ESCOTADURA HAMULAR .

Es una depresión de tejido blando desplazable entre la tuberosidad y el proceso hamular . Detras del tercer molar superior .

FOVEOLAS PALATINAS .

Son dos depresiones localizadas a cada lado de la línea media del paladar , dentro del borde posterior .

TORUS PALATINO .

Son protuberancias óseas ubicadas centralmente en el paladar que pueden ser de diferentes tamaños .

RUGAS PALATINAS .

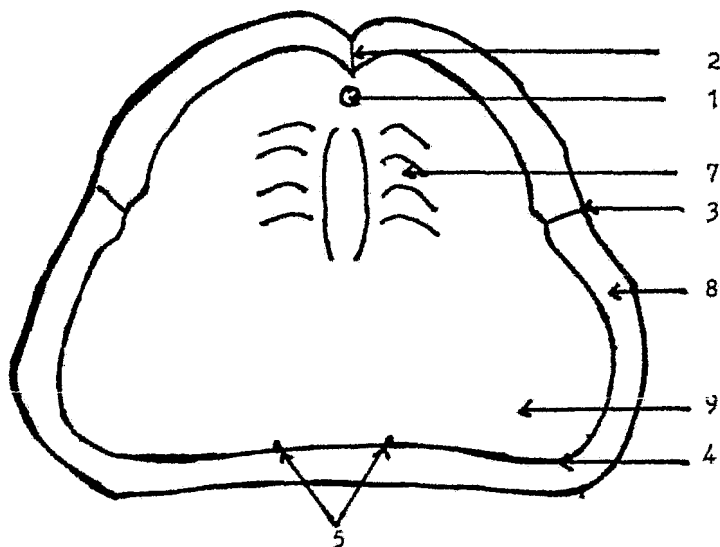
Son pliegues tisulares de forma irregular que se extienden en la parte anterior de la bóveda palatina .

FONDO DE SACO .

Es el límite entre el carrillo y el proceso .

TUBEROSIDAD DEL MAXILAR .

Es una porción ósea posterior del reborde maxilar que se presenta a una buena estabilidad ,su ausencia reduce la estabilidad.



- 1-. PAPILA INCISIVA .
- 2-. FRENILLO LABIAL .
- 3-. FRENILLOS BUCALES .
- 4-. ESGOTADURA HAMULAR.

- 5-. FOVEOLAS PALATINAS .
- 6-. TORUS PALATINO .
- 7-. RUGAS PALATINAS.
- 8-. FONDO DE SACO .
- 9-. TUBEROSIDAD DEL MAXI_
- LAR .

ZONAS ANATOMICAS DE LA MANDIBULA .

FRENILLO LABIAL .

Representa el pliegue de tejido ,desde el labio al reborde en la línea media .

FRENILLO LINGUAL .

Es un pliegue de membrana mucosa en la línea media , desde la mucosa en la superficie anteroinferior de la lengua al piso de la mucosa alveolar .

ESPACIO POST-MILOHIOLDEJ .

Determina la extensión lingual posterior de la dentadura inferior .

FRENILLOS BUCALES .

Es un repliegue de membrana mucosa desde la encía en la región de los premolares .

FONDO DE SACO .

Es el limite entre el carrillo y el proceso .

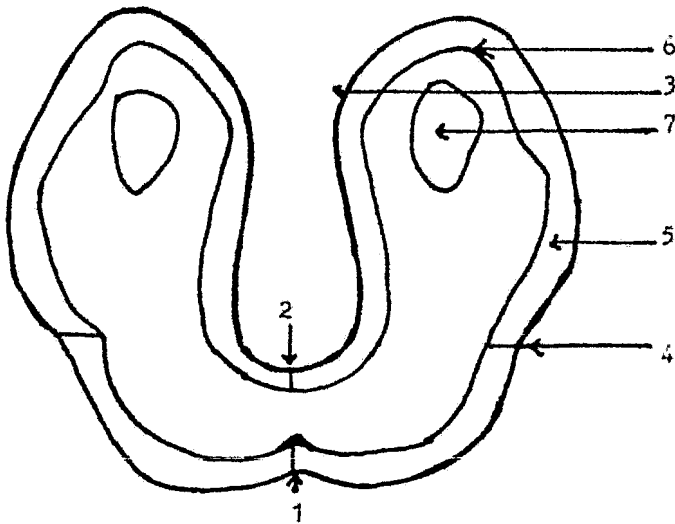
ZONA RETROMOLAR .

Es un conjunto de estructuras blandas en el extremo posterior del reborde residual y es donde se manifiesta el sellado posterior .

PAPILA PIRIFORME .

Se encuentra en forma de almendra y se encuentra en la zona -- retromolar .

ZONAS ANATOMICAS DE LA MANDIBULA .



- 1 -. FRENILLO LABIAL .
- 2 -. FRENILLO LINGUAL .
- 3 -. ESPACIO POST-MILOHIOIDEO .
- 4 -. FRENILLOS BUCALES .
- 5 -. FONDO DE SACO .
- 6 -. ZONA RETROMOLAR .
- 7 -. PAPILA PIRIFORME .

ZONAS PROTESICAS DE LA MANDIBULA

CONTORNO O SELLADO PERIFERICO.

Sigue por el pliegue mucobucal llamado fondo de saco del vestíbulo bucal y bucolingual, se extiende hasta el límite distal de la zona retromolar de un lado a otro.

ZONA PRINCIPAL DE SOPORTE.

Constituida por toda la cresta alveolar y representa la superficie de mayor soporte y de apoyo a la base protésica.

ZONA SECUNDARIA DE SOPORTE.

Es la superficie adyacente entre la zona principal de soporte y el contorno periférico.

ZONA RETROMOLAR.

En la que sobresale la mucosa en forma oval o de pera llamada papila piriforme.

SELLADO POSTERIOR.

En esta zona se encuentra la papila piriforme la cual deberá ser cubierta lo más posible por el borde distal de la dentadura, ya que en esta zona se manifiesta el sellado.

ZONAS PROTESICAS DEL MAXILAR.

CONTORNO DE SELLADO PERIFERICO.

Es el pliegue mucobucal llamado fondo de saco, se extiende desde la zona hamular a la otra, pasando por los frenillos labial y bucales.

ZONA PRINCIPAL DE SOPORTE.

Constituida por toda la cresta residual, y representa la superficie de mayor soporte y de apoyo a la base protésica.

ZONA SECUNDARIA DE SOPORTE.

Es la superficie adyacente entre la zona principal de soporte y el contorno periférico.

ZONA DE ALIVIO.

Son las superficies en las que la base protésica no debe ejercer presiones excesivas.

SELLADO POSTERIOR.

Lo determina la línea vibrátil que se extiende desde la región de una escotadura molar a la otra, pasando por las foveolas palatinas.

S E G U N D A P A R T E

CONSTRUCCION DE PROTESIS TOTALES .

CAPITULO VI

RECTIFICACION DE BORDES .

La rectificación de bordes consiste en determinar y registrar las zonas de reflexiones musculares paraprotéticas .

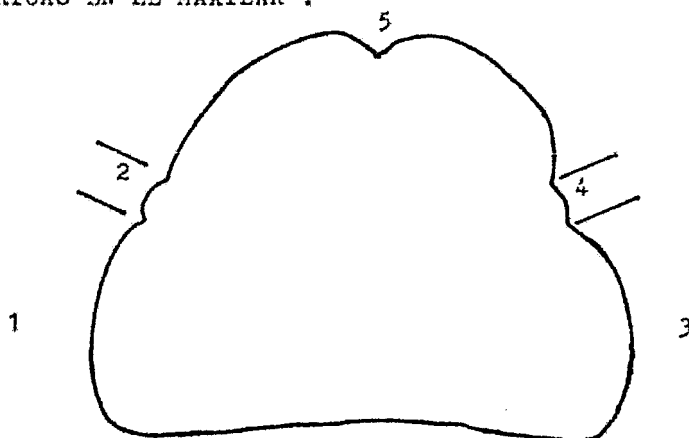
Se utilizan portaimpresiones individuales ajustados y exactos- la rectificación de bordes se hará con modelina de baja fusión ; -- ésta se calentará con un mechero de alcohol colocándose en los bordes del portaimpresiones que deberá estar perfectamente seco para - que se adhiera el material .

La temperatura de la modelina se acondicionará para que no -- lesione los tejidos .

Los movimientos deberán ser rápidos antes de que enfríe el material .

Cualquier exceso de material que invada o aparezca dentro del- portaimpresiones , debe ser eliminado con la punta de la espátula .

ZONAS PERIFERICAS EN EL MAXILAR .



1 y 3 -- ZONAS DEL VESTIBULO .

2 y 4 -- ZONAS DEL FRENILLO
LATERALES

6

5 -- ZONAS DEL VESTIBULO
LABIAL .

6 -- ZONAS DEL SELLADO POS.

ZONAS PERIFERICAS DEL MAXILAR .

ZONAS 1 y 3 .

Corresponde al vestíbulo bucal superior .

Se coloca modelina en el borde del portainmisiones , en la zona (1) , se acondiciona la temperatura de la modelina , y se lleva a la boca del paciente .

Se le indica al paciente los movimientos a realizar ;

- a) Que abra grande la boca y cierre ligeramente .
- b) Que efectúe movimientos de lateralidad .
- c) Que desplace la mandíbula al lado opuesto del que se está rectificando .

Enfriado el material se sacará de la boca examinándolo ; si el material adquiere un tono opaco significa que si entro en contacto con los tejidos, si conserva glaseada o brillante la superficie, -- requerirá más modelina .

Se continuara del lado opuesto de la misma forma (3) .

ZONAS 2 y 4 .

Corresponde a la rectificación de la posición y desplazamiento de los frenillos laterales o bucales superiores .

Se coloca modelina en el borde del portainmisiones en la --- zona (2) , se acondiciona la temperatura de la modelina y se lleva a la boca del paciente .

Se le indican los movimientos a realizar ;

- a) Que proyecte varias veces sus labios hacia adelante con -- succión atrás , formando un círculo con los labios .
- b) Que proyecte sus labios hacia atrás ampliamente como al -- sonreír .

Enfriado el material se retirara de la boca y se examinara .

Se rectifica de la misma forma la zona (4) .

ZONA 5 .

Corresponde a la rectificación de la profundidad del vestíbulo labial y posición desplazante , y la altura del frenillo labial superior.

Se coloca modelina en el portaimpresión en el borde de la zona (5) acondicionada la temperatura de la modelina se lleva a la boca .

Los movimientos a realizar son ;

a) Proyectar varias veces sus labios lateralmente hacia adelante en forma circular .

Enfriado el material se saca de la boca y se examina .

ZONA 6 .

Es la zona del sellado posterior determinada por la línea de vibración que limita el paladar duro con el blando .

Se coloca modelina en el borde del portaimpresión en la zona posterior .

Se indican al paciente los movimientos :

a) Abrir grande la boca varias veces .

b) Pronunciando la letra A varias veces y provocando la vibración del velo palatino .

Se retira de la boca del paciente y se coloca en agua fría.

ZONAS PERIFERICAS DE LA MANDIBULA .

Se sigue el mismo procedimiento clínico del maxilar .

ZONAS 1 y 2 .

Corresponden a la zonas del vestíbulo bucal izquierdo y derecho .

Se coloca modelina en el borde del portaimpresión en la zona (1) acondicionada la modelina se lleva a la boca del paciente .

Los movimientos a realizar son ;

a) Tratar de modelar el material con la punta de la lengua tratando de tocar el triángulo retromolar .

b) Que abra grande la boca varias veces .

Se rectifica de igual forma en el lado opuesto .

ZONA 3 .

Va del frenillo bucal derecho al frenillo izquierdo pasando por el frenillo labial inferior .

Se coloca modelina en el borde bucal del portaimpresiones en la zona 3 .

Se indican los movimientos al paciente ;

a) Que mueva el labio inferior hacia arriba y hacia adentro por encima de la modelina .

b) Movimientos de lateralidad de la mandíbula .

ZONAS 4 y 5 .

Corresponden a la zona lingual posterior del piso de la boca entre el borde distolingual hasta el área premolar .

Se sigue el mismo procedimiento y se coloca modelina en la zona 4 .

Se le indican al paciente los movimientos ;

a) Que proyecte la lengua hacia afuera .

b) Que efectúe movimientos de deglución .

Se rectifica de igual forma al lado opuesto .

ZONA 6 .

En la zona lingual que va de la región premolar a la otra , - pasando por el frenillo lingual .

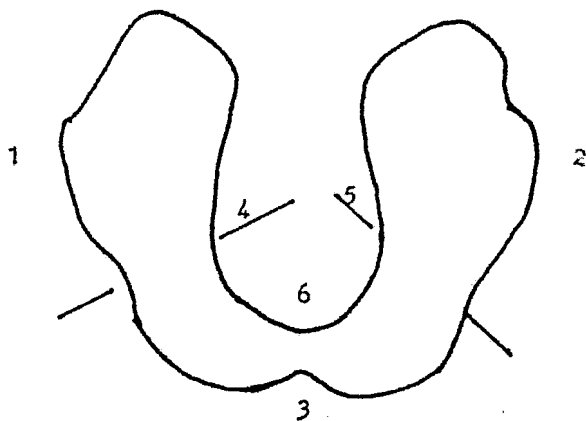
Se sigue el mismo procedimiento en la zona 6 .

Se indican los movimientos ;

a) Que toque con la punta de la lengua una comisura a otra pasando por el labio inferior .

b) Se retira de la boca y se coloca en agua fría .

ZONAS PERIFERICAS DE LA MANDIBULA .



- 1 y 2 -. ZONAS DEL VESTIBULO BUCAL INFERIOR .
3 -. ZONAS DE LOS FRENILLOS BUCALES
4 y 5 -. ZONA LINGUAL POSTERIOR DEL PISO DE LA BASE INF.
6 -. ZONA LINGUAL DE LA REGION PREMOLAR .

IMPRESION FISIOLOGICA .

La impresión fisiológica consiste en registrar las estructuras residuales de las áreas alveolares de soporte .

La técnica para tomar impresiones secundarias nos dará como resultado una impresión exacta, la construcción de una dentadura - retentiva , estable y estéticamente aceptada .

El material adecuado para el registro final puede ser ;

COMPUESTOS ZINQUENOLICOS.	ELASTOMEROS	} MERCAPTANOS SILICONAS
---------------------------	-------------	----------------------------

Cualquiera que sea el material utilizado se prepara cubriendo la superficie interna y bordes periféricos del portaimpresión individual y se lleva a la boca del paciente , se procede al registro de la impresión definitiva .

El mercaptano o silicona no requieren de perforaciones en el portaimpresión individual y se lleva a la boca del paciente , el tiempo de fraguado está entre 2 y 4 minutos .

Todos los excedentes deben de eliminarse , no conviene dejar más de una hora , entre el registro de la impresión y el vaciado - con el yeso piedra .

IMPRESION FISIOLOGICA DEL MAXILAR .

(Con pasta zinquenolica) .

Los bordes periféricos deberán tener un contacto con los tejidos rectificadas , con un contorno opaco , liso y continuo de modelina de baja fusión a lo largo de todo el cierre periférico .

PRIMERO .

Se hacen dos pequeñas perforaciones en las zonas de alivio - en el portaimpresión .

SEGUNDO .

Se envaselina previamente los labios del paciente para evitar que los excedentes de la pasta zincuénolica se adhieran a los tejidos .

TERCERO .

El material de impresión se prepara de acuerdo a las indicaciones del fabricante ;

a) Se coloca el material sobre una loseta de papel encerado y se mezcla con movimientos de rotación durante un minuto , se usa espátula de acero ancha , hasta obtener una mezcla de consistencia y color homogéneas .

b) Se aplica y distribuye el material en el portaimpresiones que debiera estar seco, cubriendo todos los aspectos internos y periféricos.

c) No se debe sobrellenar el portaimpresion y se debe de -- colocar material de impresion sobre los bordes de modelina .

CUARTO .

Se lleva el portaimpresiones individual preparado a la boca del paciente ubicándolo primero en la zona anterior , mientras la mano opuesta separa el labio y permite que el material cubra todo el surco vestibular anterior . , se presiona en forma suave con el dedo medio en la parte media del paladar, a medida que va profundizando el material fluye por las perforaciones y se observa un exceso en la parte del borde periférico y posterior .

Despues de 30 segundos y el portaimpresión en posición, se -- indica al paciente que repita sin exagerar los movimientos realizados en la rectificación de bordes .

QUINTO .

Para retirar el portaimpresion de la boca del paciente es -- necesario separar el labio , facilitar la entrada de aire y tracción -- ar fírmemente para romper la adhesión de la pasta zincuénolica.

IMPRESION FISIOLOGICA DE LA MANDIBULA .

(Con pasta zinquenólica) .

Se observa igual que en el maxilar , se hacen unas pequeñas perforaciones al portaimpresión inferior , en el área de los premolares y molares , para permitir la salida de la pasta zinquenólica .

PRIMERO .

Se prepara el material y se aplica en el portaimpresiones y lleva a la boca del paciente en forma semejante que para el maxilar .

SEGUNDO .

Se indica al paciente que evite los movimientos efectuados en la realización de la restauración de bordes .

TERCERO .

Para rectificar el portaimpresion, es necesario separar el labio para romper la adhesión de la pasta zinquenólica sobre los tejidos .

MODELOS DE TRABAJO .

Las impresiones tomadas durante la construcción de dentaduras completas depende básicamente del material de impresión usado .

Para las impresiones tomadas con modelina , hule , yeso , o pasta zinquenólica deben ser encajonadas para ayudar a la conservación de los bordes y para formar las bases de los modelos .

Los modelos definitivos , son los que se obtienen de las impresiones fisiológicas que representan una reproducción positiva de los rebordes residuales y estructuras adyacentes y sus características variadas en profundidad y ancho , que deberán dar la superficie de apoyo de las bases protésicas .

Los modelos de trabajo deben ser fieles y resistentes .

ENCAJONADO .

Se define como la limitación de una impresión mediante la -- construcción de paredes verticales para producir el tamaño y forma de base deseadas en el modelo y conservar los detalles de la impresión .

IMPRESION MAXILAR .

Se coloca cera negra para limitar alrededor de toda la impresión , a uno o dos milímetros por debajo de los bordes para formar un escalón definido sobre el modelo , la cual se sellará con una espátula caliente .

Se reblandese una hoja de cera rosa para encajonar sobre un mechero y se forma alrededor de los bordes de la cera negra para formar un cilindro , se une la cera para encajonar a la cera para limitar con calor a lo largo de la línea de unión , se hace una marca en la pared del cilindro de 10 a 12 mm por encima del punto más alto del contorno de la impresión .

IMPRESION MANDIBULAR .

Se sigue el mismo procedimiento que en la impresión del -- maxilar , con la variante de que en la impresión inferior se debe cubrir el espacio lingual con un pedazo de cera rosa recortada -- para adaptarla en el espacio más posterior de la cera periférica.

Es importante no deformar , ni invadir con las papas de cera los bordes linguales e impedir que el espacio lingual sea ocupado por yeso del modelo definitivo.

VACIADO .

Se mezcla yeso piedra con la relación agua-polvo en una taza de hule , de acuerdo a las indicaciones del fabricante.

Se coloca una pequeña cantidad en una esquina y se vibra --- para que fluya hacia su lugar , las adiciones subsecuentes se harán

siempre sobre la anterior, de la misma forma para evitar el atrapamiento de aire, hasta que tenga un grosor de 3 mm.

La impresión vaciada deberá fracturarse durante el vaciado, antes de retirar la cera.

El modelo deberá ser retirado cuidadosamente.

Se examinará con cuidado cada modelo y se deberá corregir los defectos o de volverse a hacer la impresión.

Las pequeñas cantidades de aire que se atrapan en el material de impresión durante la mezcla dan pequeños nódulos en la superficie del modelo que deberán eliminarse con un instrumento pequeño y afilado, las burbujas de aire atrapadas durante la mezcla pueden producir pequeños huecos en la superficie del modelo.

Todos los huecos deberán llenarse con cuidado utilizando yeso adecuado.

RECORTADO DE MODELOS.

Hechas las correcciones el modelo deberá recortarse para su terminación final y proporcionar un acceso adecuado a las zonas de los bordes que facilitará la adaptación precisa del material de las bases de registro como el retiro de éstas.

En las zonas posteriores el modelo final se recorta manteniendo la integridad de los contornos y dimensiones indispensables de los bordes.

En la posición anterior se requiere un recorte diferente ya que se conserva menor cantidad de esta zona.

El grosor final de la dentadura puede determinarse con mayor precisión usando rodillos oclusales y dentaduras de prueba.

Las zonas retentivas causadas por el hueso alveolar, o por tejidos blandos, torus óseos, deben eliminarse con un material plástico adecuado.

RECORTADO DE MODELOS



(1)



(2)



(3)

ZONA POSTERIOR .(1) INCORRECTO (2) CORRECTO (3) .



ZONA ANTERIOR (1) INCORRECTO (2) CORRECTO (3) .

CAPITULO VII

PLACAS DE REGISTRO INTERMAXILARES .

BASE DE REGISTRO .

La base de registro o placa base puede ser una forma temporal bajo construcción que representa a la base de la dentadura .

Las placas base se contruyen en los modelos definitivos que reproducen en positivo los tejidos de soporte protéticos .

La placa base debe tener las características anatómicas, debe cubrir todos los tejidos que constituyen la base de soporte de la prótesis , quedar ajustada y guardar relación con las actividades funcionales de las estructuras orales como la fonética , respiración y deglución .

Los objetivos de la placa base son :

- 1 -. La comprobación de las impresiones .
- 2 -. Determinación de la dimensión vertical .
- 3 -. Registros de la relación céntrica .
- 4 -. Prueba de la colocación de los dientes artificiales .

La selección del material depende en gran medida de la preferencia individual del dentista .

Los materiales empleados deben tener las siguientes características .

- 1 -. Ajustar fácilmente a la forma y contornos .
- 2 -. Ser estable tanto en el modelo como en la boca .
- 3 -. Ser rígidos y fuertes en secciones relativamente delgadas .
- 4 -. No presentar flujo a la temperatura de la boca .
- 5 -. No deformarse ni distorsionarse en forma notoria durante los procedimientos requeridos para la fabricación de la dentadura .
- 6 -. Tener un color que permita observar la disposición de los dientes en la dentadura de prueba .

Si la placa base es de un color diferente al de la mucosa, -- ésta evitará que el paciente pueda apreciar el aspecto estético de los dientes ; como se verán éstos una vez que la dentadura esté terminada .

Las placas base pueden ser construidas de diferentes materiales .

La más usada es la base de resina acrílica autopolimerizable que tiene las siguientes ventajas ;

- 1 -. Su color .
- 2 -. Adaptabilidad .
- 3 -. Estabilidad .
- 4 -. Rigidez .

Para su construcción , las técnicas más empleadas son:

- 1 -. Técnica de Goteo .
- 2 -. Técnica de Adaptación .

TECNICA DE GOTEADO .

Pasos .

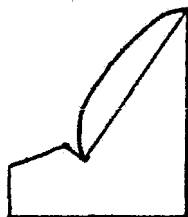
- 1 -. Se cubren las retenciones con cera .
- 2 -. Se aplica separador de acrílico .
- 3 -. Se prepara el líquido monómero en un frasco gotero y el acrílico polvo en un frasco de plástico .
- 4 -. Se va alternando el líquido con el polvo de acuerdo a las indicaciones del fabricante , hasta que capa por capa haya dado un espesor adecuado .
- 5 -. Se recomienda darle diferentes posiciones al modelo al ir goteando el líquido sobre el polvo .
- 6 -. Se mantendrá la placa base por lo menos 20 minutos .
- 7 -. Con cuidado se retirará la placa base del modelo y se elimina el exceso de resina con una piedra para acrílico , y se deberá pulir .

TECNICA DE ADAPTACION .

Pasos .

- 1 -. Se eliminan las retenciones .
- 2 -. Se aplica separador de acrílico .
- 3 -. Se mezcla el polvo y el líquido en un recipiente de --- porcelana .
- 4 -. Se retira la mezcla del recipiente cuando el acrílico - se desprende de las paredes de éste .
- 5 -. Se coloca masa acrílica en una loseta previamente envase- linada la superficie y se colocan cuatro centavos uno en cada esquina de la loseta y se procede a colocar la- otra loseta que tiene envase linada la superficie que ha- rá contacto con la masa acrílica y se presiona, obtenien- do un grosor uniforme . .
- 6 -. Se adapta al modelo la lamina aríllica con presión suave de los dedos .
- 7 -. El exceso se recorta con tijeras o con bisturí.
- 8 -. Por último se retira la placa base de acrílico y se re- corta el exceso de acrílico con piedras para acrílico - se pule para no lesionar la mucosa del paciente .

1



2



ADAPTACION DE LA PLACA BASE (1) INCORRECTO (2) CORREC

TO.

RODILLOS DE OCLUSIÓN .

Los rodillos de oclusión son definidos como superficies de oclusión construidos sobre placas base .

Los rodillos son de cera empleada para establecer relaciones maxilomandibulares precisas y para la colocación de los dientes artificiales para formar la dentadura de prueba ,también ayudan a determinar la longitud y anchura de los dientes artificiales .

Los rodillos de oclusión tanto el inferior como el superior deberán tener la forma definida de las dentaduras completas y de estar relacionados clínicamente con la base de la dentadura -- con los procesos oseos ,las estructuras anatómicas blandas vecinas y los planos de referencia .

Los rodillos de cera sirven para relacionar los procesos alveolares ,deben adaptarse a la función y acción de la lengua -- labios y mejillas .

Hay dos tipos de rodillos:los Fabricados y los Prefabricados.
FABRICADOS .

Son los que se pueden preparar en el momento ,con ayuda de -- moldes o conformadores metálicos .

La superficie anterior de los rodillos deben quedar inclinados hacia vestibular ,y la superficie posterior se inclinará hacia adentro .

Los rodillos pueden ser aumentados o disminuidos en su altura
Los rodillos deberán tener las siguientes dimensiones .

A = 10 - 12 mm

B = 20 - 22 mm

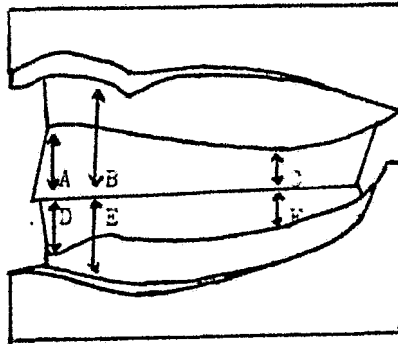
C = 5 - 7 mm

D = 6 - 8 mm

E = 16 - 17 mm

F = 3 - 6 mm

RODILLOS DE OCLUSION .



DIMENSIONES DE LOS RODILLOS CONDILARES DEL MAXILAR Y MANDIBULA

BASES ESTABILIZADAS .

La estabilización se refiere a la estabilidad de la base sobre el modelo , en el cual tiene una sola posición gracias al ajuste contra su superficie por contraposición a las bases inestables sobre el modelo por falta de adaptación .

La estabilidad en la boca solo será equivalente a la de la impresión que dió origen al modelo .

La estabilización o registro de las bases consiste en utilizar la placa base como portaimpresión para tomar una impresión -- del modelo con un material que se una a la base .

Existen varios métodos para la estabilización de las bases - que son ;

- 1-.Estabilización con Cera .
- 2-.Estabilización con Pasta Cinquenólica .
- 3-.Estabilización con Elastomeros .
- 4-.Estabilización con Resina Acrílica Autopolimerizable .

ESTABILIZACION CON CERA .

Pasos .

- 1 -. Se moja el modelo para que no se adhiera la cera a éste
- 2 -. Se calienta la cera y se adapta rápidamente al modelo - colocando la placa base encima ,procurando que la cera - corra entre la base y el modelo .
- 3 -. Se repite la presión cuantas veces sea necesario .

Se logra por este método una adaptación excelente en el modelo ,pero en la boca no tiene buena retención .

De igual manera se puede hacer con placa graff ,corre con -- dificultad pero la retención de la base terminada es mejor .

ESTABILIZACION CON PASTA CINQUENOLICA .

Pasos .

- 1 -. Se eliminan las zonas retentivas y se envasolina el --- modelo .
- 2 -. Se prepara una mezcla de pasta cinquenólica liviana y - se distribuye el material en forma pareja .
- 3 -. Se centra en el modelo procurando que llegue al fondo - y que salga el exceso por los bordes .
- 4 -. Se deja fraguar y se procede a separar la base .
- 5 -. Se cortan los excedentes .

Para evitar que se peguen partículas de yeso en la placa base se recubre la superficie del modelo con papel de estaño, antes de la impresión , a la cual saldrá adherido el material , se coloca cera fluida para placa base sobre cualquier área áspera del borde de la base para tener una superficie tersa .

ESTABILIZACION CON ELASTOMEROS .

Los silicones y mercaptanos se utilizan también para el ajuste estabilizador de las bases.

Si la capa es delgada su exactitud carece de influencia sobre la exactitud de los registros.

Tienen la ventaja de ocupar los socabados retentivos no muy profundos .

ESTABILIZACION DE RESINA ACRILICA AUTOPOLIMERIZABLE.

Tiene la ventaja de añadir resistencia y dar bases fáciles - de limpiar .

Es conveniente prepararla bastante líquida para que corra -- sin dificultad entre la base y el modelo , dando buen ajuste con - poco aumento de espesor .

LINEAS Y PLANOS DE REFERENCIA .

Las líneas y planos de referencia ayudan al dentista en la -
rehabilitación del paciente desdentado .

Las Líneas y Planos son ;

- 1 -. Línea Bipupilar .
- 2 -. Línea de camper .
- 3 -, Plano de Frankfort .
- 4 -. Plano Prostodóntico .
- 5 -. Plano Oclusal .

LINEA BIPUPILAR .

Es una línea horizontal que une el centro de las pupilas vis-
to de frente .

LINEA DE CAMPER .

Es una referencia que va del borde superior del tragus del -
oído al borde inferior de la nariz .

PLANO DE FRANKFORT .

Este plano pasa por los bordes superiores de los conductos -
auditivos externos que son los puntos porción y por los bordes in-
feriores de las órbitas ,que son los puntos infraorbitales .

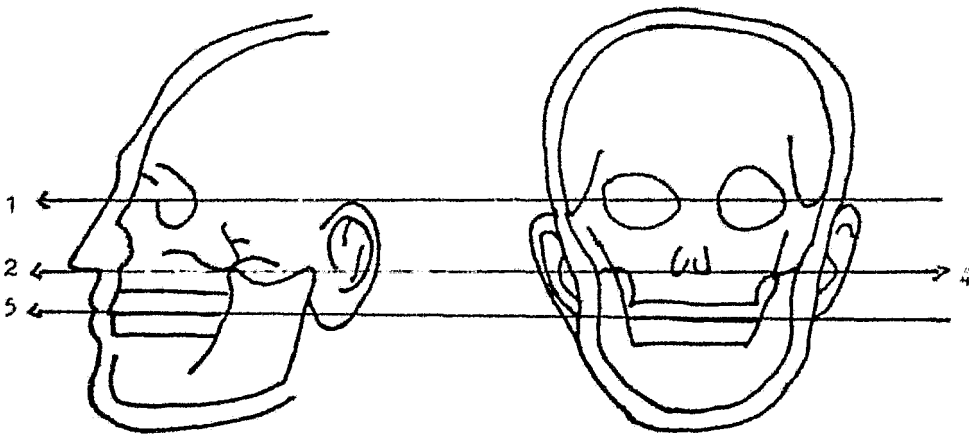
PLANO PROSTODONTICO .

Que va de la parte media del tragus al ala de la nariz .

PLANO OCLUSAL .

Debe ser paralelo a la línea bipupilar cuando se observe de-
frente

LINEAS Y PLANOS DE REFERENCIA .



- 1 -. LINEA BIPUPILAR .
- 2 -. LINEA DE CAMPER .
- 3 -. PLANO DE FRANKFORT .
- 4 -. PLANO PROSTODONTICO .
- 5 -. PLANO OCLUSAL .

REGISTROS INTERMAXILARES .

El requisito para obtener correctamente las relaciones intermaxilares es ,la placa base que va a servir para hacer la transferencia con el arco facial ,como para registrar la Dimensión Vertical de Oclusión y la Relación Céntrica.

Los objetivos de las relaciones intermaxilares son ;

- 1 -. Obtener las referencias adecuadas para trasladar los -- modelos al articulador,por medio de los planos de registro .
- 2 -. Registrar los movimientos y posiciones mandibulares ex--céntricas cuando éste es adaptable .
- 3 -. Lograr buenas indicaciones para la posición de los dien--tes artificiales en lo que se refiere ,a función,estética y foné--tica .

PLANO DE ORIENTACIÓN O DE OCLUSION .

TECNICA DEL PLANO DE ORIENTACION SUPERIOR .

Se determina primero en el rodillo superior y después se -- transfiere al rodete inferior ,

En la cual la longitud del labio superior sirve como guía -- en la parte anterior para el plano de orientación .

PASOS .

- 1 -. Se coloca la placa de registro en la boca del paciente colocando la platina de fox sobre la superficie de la cara rosa-- con la mano derecha y con la mano izquierda se coloca otra regla en la línea imaginaria bipupilar para apreciar el grado de hori--zontalidad de la superficie oclusal ,el cual debe de observarse-- de frente .

2 -. Se coloca otra regla del borde inferior del ala de la nariz al borde superior del tragus de la oreja ,manteniendo la -- platina de fox en su posición ,para observar de ambos lados la -- inclinación anteroposterior de la superficie oclusal del rodete - que determina el paralelismo del plano de orientación con el plano protodéntico.

3 -. Donde se requiera reducción ,se calentará la superficie oclusal del rodete y sobre una loseta envaselinada se hace presión \curvearrowright ,recortando los excesos laterales de cera ,hasta lograr poco a poco que la superficie oclusal del rodete sea plano .

La superficie oclusal pasando por el punto de referencia incisiva debe ser paralelo a la línea bipupilar y al plano protético .

Se debe observar si el rodete es simétrico,si modela adecuadamente el labio superior .

El rodillo debe tener aproximadamente 5 mm de ancho en la -- región anterior y 10 en la región posterior .

El rodillo inferior debe ser recortado de manera que contacte toda su superficie con el rodillo superior .

DIMENSION VERTICAL .

Se define como una medida vertical de la cara entre dos puntos ,uno arriba y otro abajo de la boca ,casi siempre a nivel de la línea media .

Existen diferentes métodos para determinar la Dimensión Vertical ,en las cuales el dentista debe poner su habilidad ,sus -- conocimientos ,criterio y experiencias pasadas ,para obtener una Dimensión Vertical aceptable .

Para determinar la Dimensión Vertical hay dos tipos de dimensiones que son ;

- 1 -. Dimensión Vertical de Reposo .
- 2 -. Dimensión Vertical de Oclusión .

DIMENSION VERTICAL DE REPOSO .

En la cual se aprecia la medida vertical ,o el espacio interoclusal que varía de 1 a 10 mm ,cuando la mandíbula está en reposo .

DIMENSION VERTICAL DE OCLUSION .

Representa la distancia que la mandíbula está separada del maxilar cuando los dientes o los rodillos oclusales de cera ,se encuentran en contacto .

La diferencia entre las dos dimensiones ,es el espacio libre o distancia interoclusal .

El espacio libre o distancia interoclusal,se determina haciendo primero la relación de reposo y después aumentando o disminuyendo el espacio libre interoclusal hasta que se considere aceptable la dimensión vertical en la oclusión .

ESPACIO INTEROCCLUSAL .

Es la distancia necesaria para permitir a la mandíbula desplazarse en sus diversas posiciones sin aumentar la dimensión vertical de reposo que ha sido previamente establecida como altura facial en reposo .

$$\text{Distancia Vertical} = \left\{ \begin{array}{l} \text{Distancia Vertical de Oclusión} \\ \text{más} \\ \text{El espacio interoclusal .} \end{array} \right.$$

POSICION FISIOLOGICA DE REPOSO .

Es el punto de partida para determinar la dimensión vertical oclusal y la distancia interoclusal .

La edad del paciente joven influye en distancia interoclusal en el paciente joven la distancia interoclusal adecuada es de -- 2 a 3 mm. y en el paciente de edad avanzada es de 3 a 4 mm .

METODOS PARA LA DETERMINACION DE LA DIMENSION VERTICAL .

- 1 -. Método con regla milimétrica .
- 2 -. Método de Deglución .
- 3 -. Método de Propiocepción .
- 4 -. Método de Fonética .

TECNICA CON REGLA MILIMETRICA .

Pasos .

- 1 -. El paciente deberá encontrarse con la cabeza erguida -- y su cuerpo relajado .
- 2 -. Se colocará el vestigio superior en la boca del paciente -- previamente orientado .
- 3 -. Se pintan dos marcas, una en el borde inferior del sértun nasal y otra horizontal en la parte más prominente del mentón .
- 4 -. Se pide al paciente que cierre la boca y se observe la posición del vestigio inferior .

- 5 -. Se mide la distancia entre las dos marcas con una regla milimétrica flexible ,y se registra la posición fisiológica de descanso .
- 6 -. Se coloca el rodillo inferior en la boca del paciente - y previamente orientado .
- 7 -. Se le indica al paciente que cierre hasta que toquen - ambos rodillos .
- 8 -. Se observa la apariencia del paciente cuando los rodillos estén en contacto ,si los labios se tocan y la relación menton- nariz es correcta .

Si la medida de los rodillos en contacto es de 4 a 5 mm.mener que la medida en posición de reposo con el rodillo inferior fuera de la boca ,la distancia interoclusal entre los rodillos es - adecuada .

TECNICA DE DEGLUCION .

Se basa esta técnica cuando ambos rodillos se encuentran en contacto cuando la saliva es deglutida,y sobre esta base se usa - como distancia vertical en contacto .

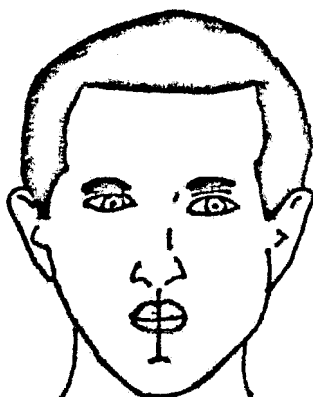
TECNICA DE PROPIOCEPCION .

Es cuando el paciente siente de una manera inata cuando los maxilares se encuentran en la posición que asumen durante la -- oclusión de los dientes naturales .

METODO DE FONETICA .

La fonética ayuda para encontrar la dimensión vertical ,se - basa en la pronunciación de ciertas palabras y letras .

TECNICA CON REGLA MILIMETRICA .



Distancia del borde inferior del séptun nasal a la prominencia del mentón .

RELACION CENTRICA .

La relación céntrica es cuando ámbos cóndilos se encuentran en la parte más posterior , superior y media dentro de la cavidad glenoidea . (Glickman) .

Es importante la determinación de relación céntrica correcta en la construcción de dentaduras completas .

La relación céntrica , requiere de una determinada contracción muscular para mover y fijar la mandíbula en esa posición , por lo que se practicará con el paciente el movimiento de cierre en relación céntrica .

Las demás posiciones mandibulares son relaciones excéntricas referidas a la relación céntrica ..

Las relaciones excéntricas hacia los lados son laterales .

Las relaciones protrusivas son anteriores .

En las personas dentadas existe la relación céntrica y la oclusión céntrica y en las personas desdentadas solo existe relación céntrica y cuando se colocan las dentaduras vuelve a existir la oclusión céntrica .

La finalidad del registro de las relación céntrica es el traslado de la relación maxilomandibular al articulador y establecer una oclusión , de modo que en el paciente puedan funcionar sin molestias .

METODO PARA EL REGISTRO DE LA RELACION CENTRICA .

REGISTROS GRAFICOS .

Los registros gráficos son intraorales y extraorales .

El arco gótico es la base de los registros gráficos para la obtención de la relación céntrica .

EXTRAORAL .

Se coloca una punta trazadora extraoral que se coloca en la-

parte anterior del rodillo superior , se e linea y se fija la mesa registradora a nivel de la superficie del rodillo inferior por debajo de la punta trazadora .

TECNICA INTRACRAL .

Se separa el maxilar de la mandíbula por medio de un pin de soporte central , este pin sirve como punta trazadora .

En los dos métodos los movimientos son los mismos .

Se indica al paciente que mueva la mandíbula en movimientos excéntricos , partiendo de la porción más posterior , el ápice del trazo es la relación céntrica .

Los trazos de los lados son dos movimientos laterales límite.

OCLUSION CENTRICA .

Es la máxima intercuspidación (Ranfjord y Ask) .

Muchas prótesis fracasan porque el esquema oclusal no se planeó , por lo cual es importante el correcto registro de la relación céntrica en la construcción de las dentaduras .

Cuando no coincide la oclusión céntrica y la relación céntrica en prostodoncia , surgen movimientos de la base protética , el desplazamiento de los tejidos blandos de soporte o desvían la mandíbula de la relación céntrica hacia contactos prematuros o laterales .

Cuando se fijan los modelos en el articulador en relación céntrica , los dientes se montan de acuerdo con esta posición en oclusión céntrica .

La armonía entre oclusión céntrica y la relación céntrica depende de esta el registro y su transferencia al articulador .

OCLUSION IDEAL .

Es cuando la relación céntrica y la relación de la oclusión céntrica coinciden .

CAPITULO IX

SISTEMA DE TRASPORTE AL ARTICULADOR DE LOS MODELOS .

ARCO FACIAL .

El arco facial facilita la construcción de las dentaduras -- su finalidad es trasladar los modelos al articulador , de modo -- que queden relacionados los modelos con el eje de apertura y cierre .

Los Arcos Faciales de Transferencia se dividen en ;

- 1 -. Arco Facial Cinemático .
- 2 -. Arco Facial Arbitrario .

ARCO FACIAL CINEMATICO .

Se usa para localizar el eje de bisagra terminal y transferir este registro al articulador , cuando se monta el modelo superior -- por medio de movimientos de cierre de la mandíbula .

ARCO FACIAL ARBITRARIO .

Se basa en los computos promedios de apertura de eje de la -- mandíbula , es fácil de manejar y es aproximado .

Los movimientos para el registro con el arco facial de transferencia difieren de acuerdo al tipo de articulador , su filosofía para su uso es la misma .

La transferencia con arco facial es indispensable cuando se -- utilizan dientes con cúspides , es de gran utilidad mientras se -- monta el modelo al articulador .

TRANSFERENCIA CON EL ARCO FACIAL HANAU .

Pasos .

- 1 -. Se utiliza una regla milimétrica o un marcador condilar para trazar un arco de 13 mm por debajo del mento auditivo externo al ángulo externo del ojo .

- 2 -. Se calienta el tenedor oclusal y se inserta en el rodillo superior paralelo al plano occlusal, la base de registro se coloca dentro de la boca y el vástago de extensión del tenedor oclusal se pasa a través del aparato de fijación en el arco facial.
- 3 -. Los ejes condilares se orientan sobre los centros arbitrarios se manipulan de un lado a otro hasta que quede centrado y sean iguales ambos lados .
- 4 -. Se utiliza una varilla infraorbitaria ,que se coloca y se fija.
- 5 -. Las tuercas de los ejes condilares se aprietan para sostener el arco facial y se fija el tenedor oclusal con firmeza .
- 6 -. El arco facial y el rodillo oclusal son retirados cuidadosamente de la boca y son llevados al articulador .

MONTAJE DEL MODELO MAXILAR EN EL ARTICULADOR .

Pasos :

- 1 -. Se hacen retenciones en los modelos tanto el superior como en el inferior ,que servirán como guías de remontaje en el articulador .
- 2 -. Las retenciones se hacen en el centro anteroposterior del modelo y en forma horizontal que cruce a la altura de los premolares .
- 3 -. Se coloca el arco facial con los registros obtenidos en el articulador ,se introducen las varillas condilares a los pernos posteriores bisagrales que sobresalen ,se ajustan simétricamente centrados a la rama superior del articulador -
- 4 -. Se establece la altura y orientación del modelo superior en la rama superior del articulador .
- 5 -. Se coloca firmemente el modelo en la base de relación .
- 6 -. Se envasecina la superficie interna del cilindro que sujetará el modelo superior ,se envasa la superficie--

- 6 -. retentiva del modelo y se prepara yeso de paris .
- 7 -. Se coloca un poco de yeso en el modelo y se baja la rama hasta que el vástago incisal contacte con la platina incisiva .
- 8 -. Se espera a que frague el yeso .
- 9 -. Fraguado el yeso se quita el arco facial y el vástago.
- 10 -. Se invierte el articulador para el montaje del modelo inferior .
- 11 -. Se envaselina el cilindro inferior y se humedece la superficie del modelo inferior , se coloca yeso y se cierra , el articulador hasta que el vástago incisal contacte con la platina incisiva , respetando la relación céntrica registrada .
- 14 -. Por último se espera a que frague y se recortan los excesos , y se alizan las superficies .

LEYES DE HANAU .

Son las Leyes de la Articulación Balancada que regulan el juego de los principales factores cuya armonía mantiene el balance de la articulación , que son ;

- 1 -. Inclinación de la trayectoria .
- 2 -. Trayectorias Condíleas Sagitales .
- 3 -. Altura de las Cúspides .
- 4 -. Curva de compensación .
- 5 -. Plano de orientación .

Estos cinco factores pueden ser aumentados o disminuídos , en su propiedad y matemáticamente es posible expresar cuarenta relaciones o leyes , las cuales fueron divididas en diez grupos de --- cuatro , cada grupo contiene una ley primordial y tres transformaciones .

LAS DIEZ LEYES DE LA ARTICULACION .

- 1 -. Un aumento en la inclinación de la trayectoria condílea aumenta la prominencia de la curva de compensación .
- 2 -. Un aumento de la inclinación de la trayectoria condílar aumenta la inclinación del plano de orientación .
- 3 -. Un aumento de la inclinación de la trayectoria condílea disminuye la inclinación de la trayectoria incisiva .
- 4 -. Un aumento de la inclinación de la trayectoria condílea aumenta la altura cuspílea progresivamente hacia atrás .
- 5 -. Un aumento en la prominencia de la curva de compensación aumenta la altura cuspílea progresivamente hacia atrás .
- 6 -. Un aumento en la prominencia de la curva de compensación disminuye la inclinación del plano de orientación .
- 7 -. Un aumento en la prominencia de la curva de compensación disminuye la altura cuspílea progresivamente hacia atrás .

- 8 -. Un aumento de la inclinación del plano de orientación, -
aumenta la inclinación de la trayectoria incisal .
- 9 -. Un aumento en la inclinación del plano de orientación, -
disminuye la altura cuspídea en forma casi pareja .
- 10 -. Un aumento en la inclinación de la trayectoria incisiva,
aumenta la altura cuspídea progresivamente hacia atrás .

Las Leyes de la articulación balanceada no solo ,se aplican -
en las dentaduras artificiales ,sino también en la dentadura natu-
ral .

CAPITULO X

SELECCION Y ARTICULACION DE LOS DIENTES ARTIFICIALES .

SELECCION DE LOS DIENTES ARTIFICIALES ANTERIORES .

En la selección de los dientes artificiales anteriores , se consideran los siguientes factores ;

- 1 -. Color.
- 2 -. Tamaño .
- 3 -. Forma .

Ya que los dientes artificiales presentan un aspecto diferente cuando están colocados sobre una base de dentadura de prueba , - y cuando se encuentran sobre un cartón plano o una guía de modelos.

En caso de que el paciente posea un juego de dentaduras , es conveniente conversar con él para observar los cambios que se puedan hacer , y escuchar o preguntar su opinión sobre sus dentaduras-antiguas y sobre su propia apariencia .

COLOR .

El color es el complemento importante de los dientes .

El color de los dientes deberá ser relacionado con el color de la piel , cara del paciente , la edad ya que con los años los dientes naturales se vuelven progresivamente más opacos y oscuros .

Para seleccionar el color de los dientes se hará por medio -- del colorímetro con luz natural , o con buena luz artificial , permitiendo que el paciente participe en la decisión.

De esta manera se guía al paciente para evitar que escoja un color demasiado claro o muy oscuro , ya que los dientes más oscuros son apropiados para personas de edad avanzada y los más claros en pacientes jóvenes .

TAMAÑO .

Para determinar el tamaño de los dientes anteriores se toma en cuenta .

- a) El Ancho .
- b) Largo .
- c) Profundidad .

En caso de que el paciente utilice dentaduras completas se deberá determinar si se requieren dientes más grandes o pequeños --- largos, cortos , anchos o delgados , planos o con una superficie labial más curva .

ANCHO .

El ancho de los dientes artificiales anteriores se determina a partir de la línea media a la línea de los caninos .

La medición bicigomática , determina el ancho total de los dientes anteriores por medio del ancho bicigomático mayor dividido entre 16 para llegar a un cálculo superior y éste se divide entre -- 33 para dar como resultado aproximado el ancho de los seis dientes anteriores superiores .

LARGO .

El largo se obtiene midiendo con una regla flexible , la dentadura libre entre el reborde alveolar del modelo superior a la superficie de orientación del rodillo inferior previamente montado y trasferido el modelo al articulador quitando la base y el rodillo sin modificar la altura que tiene el vástago incisal .

PROFUNDIDAD .

La profundidad depende del tipo de paciente .

En los pacientes delicocefálicos que tienen paladares profundos y dientes largos y angostos .

Los pacientes broquicefálicos que presentan paladares planos y los dientes cortos y anchos .

FORMA .

La forma de los dientes artificiales anteriores superiores -- clínicamente algunos dentistas prefieren la armonía entre la forma facial y del incisivo central superior , con la teoría de J. Williams : de igualar los dientes , cuadrados, triangulares y ovoides , a la forma de la cara cuadrada, triangular u ovoide .

En general los dientes anteriosuperiores cuyo ancho sea mayor de 52 mm son relativamente grandes y los que midan menos de 48 mm de ancho son pequeños .

El tamaño de los dientes y moldes elegidos tienen que estar - en armonía con la relación entre los rebordes alveolares , las relaciones oclusales y la de los labios con musculatura peribucal .

Los dientes anteriores artificiales clínicamente se consideran estéticos y los posteriores como funcionales .

SELECCION DE LOS DIENTES POSTERIORES ARTIFICIALES .

Los dientes artificiales se seleccionan de acuerdo a las necesidades individuales de cada paciente .

Los dientes posteriores artificiales se dividen en ;

- a) Anatómicos .
- b) Semianatómicos
- c) No Anatómicos .

ANATOMICOS .

Se parecen más a los dientes naturales que conservan integridad cuspidea ,que son los dientes de 33 grados ,ya que son los más favorables para la oclusión balanceada .

SEMIANATOMICOS .

Son los dientes de 20 grados que estan modificados y se asemejan a los dientes naturales .

Su dimensión vestibulolingual es másancha que en los dientes de 33 grados .

NO ANATOMICOS .

Son los dientes de 0 grados ,que son planos y carecen de cúspides ,su aplicación es efectiva cuando es difícil registrar con exactitud la relación céntrica ,cuando existen relaciones anormales .



ANATOMICOS

SEMIANATOMICOS

NO ANATOMICOS

DIFERENTES TIPOS DE DIENTES.

MATERIALES DE LOS DIENTES ARTIFICIALES .

Los materiales de los dientes artificiales son .

- 1-. Porcelana .
- 2-. Resina Acrílica .

PORCELANA .

Es de práctica común cuando acrecienta la resistencia, los dientes de porcelana su desgaste es insignificante , la dimensión vertical no se pierde , y pueden pulirse .

RESINA ACRILICA .

Tienen menor resistencia a la abrasión y su uso se generaliza en presencia de dientes antagonistas naturales .

Con frecuencia se combinan los dientes de porcelana y resina-acrílica , se recomienda usar dientes posteriores de porcelana y -- los dientes anteriores de resina acrílica .

Sin embargo los dientes de porcelana , desgastarán a los dientes de resina acrílica más rápido que si fuera resina contra resina al cerrarse la dimensión vertical debido a la abrasión , ocurre interferencia anterior , en caso de que los dientes anteriores inferiores sean de resina acrílica se desgastarán y habrá poco daño .

Los dientes posteriores se seleccionan de acuerdo con el tamaño y forma del reborde residual para recibir y resistir las fuerzas de la masticación .

El reborde inferior ofrece menos soporte a las fuerzas generadas por las superficies oclusales de los dientes , por este motivo la selección se basará en el reborde inferior .

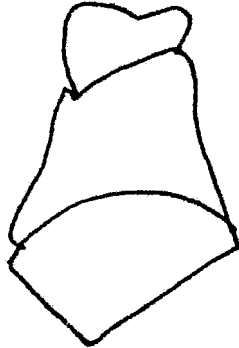
Cuando el reborde es fuerte y bien formado , cubierto por suficiente mucosa masticatoria , se puede emplear todo el espacio existente .

Cuando el reborde es débil y hay resorción , y la mucosa masticatoria es delgada , el tamaño de los dientes posteriores deben ser más pequeños .

TIPOS DE REBORDES .



a) Reborde residual favorable .



b) Reborde residual al progresar la resorción .



c) Reborde residual desfavorable .

TAMAÑO .

El tamaño de los dientes anteriores se mide al medir con una regla flexible la distancia desde la superficie distal del canino inferior hasta el vértice del incisivo central .

Se ajusta cuando existe una relación ortognata o prognata .

PROGNATA .

Los pacientes prognáticos presentan un reborde mandibular y un reborde maxilar pequeño. La selección de los dientes posteriores deberá basarse al reborde maxilar .

ORTOGNATA .

Se seleccionarán dientes pequeños ya que el paciente ortognata presenta un reborde mandibular pequeño .

COLOR .

El color es un requisito estético que deberá ser igual al color en los dientes anteriores y posteriores .

LARGO .

Deberán elegirse dientes que quepan en el espacio entre los rebordes alveolares sin desgastarse .

ARTICULACION DE LOS DIENTES ARTIFICIALES .**ENFILADO DE LOS DIENTES ANTERIORES SUPERIORES .**

La colocación de los dientes anteriores superiores e inferiores determinan la estética y fonética por sus relaciones con las estructuras móviles de los labios y lengua .

La papila incisal actúa como guía para la colocación correcta de los incisivos centrales del maxilar , suelen encontrarse de 8 a 10 mm por delante de una línea que divide la papila incisal .

La línea media se utiliza para la colocación de los incisivos centrales superiores .

La línea de los caninos ,se utiliza para determinar el ancho de los seis dientes anteriores superiores .

ENFILADO DE LOS DIENTES ANTERIORES SUPERIORES .

INCISIVO CENTRAL .

Su eje longitudinal es casi perpendicular al plano de oclusión , la cara vestibular está más hacia adentro , en su extremo cervical , su posición de rotación es generalmente paralela a la tangente del contorno del arco .

INCISIVO LATERAL .

Su eje longitudinal es casi perpendicular al plano de oclusión , la cara vestibular es más prominente en su extremo cervical -- que el incisivo central , y es casi perpendicular ; sus bordes incisivos ligeramente más altos .

CANINO .

Su eje longitudinal en el cuello es mayor , la cara vestibular sobresale en el extremo cervical ., el vértice de la cúspide queda a nivel del plano de oclusión .

COLOCACION DE LOS DIENTES ANTERIORES INFERIORES .

INCISIVO CENTRAL .

Su eje longitudinal es casi perpendicular al plano de oclusión , su cara vestibular está más, hacia adentro en su extremo cervical .

INCISIVO LATERAL .

Su eje longitudinal es casi perpendicular al plano de oclusión , su cara vestibular es más prominente en su extremo cervical .

CANINO .

Su eje longitudinal con inclinación distal referida a la línea media , la cara vestibular sobresale en su extremo cervical .

ARTICULACION DE LOS DIENTES ARTIFICIALES POSTERIORES

La colocación de los dientes posteriores artificiales , sea -- anatómicos , semianatómicos y no anatómicos ; su objetivo es obtener la oclusión balanceada bilateral que significa el contacto bilateral simultáneo de los dientes que pasan de posición oclusal céntrica a oclusal excéntrica sin interferencias , este equilibrio debe estar en armonía con las articulaciones temporomandibulares y - la actividad neuromuscular .

PREMOLARES SUPERIORES .

Se colocan detrás del canino, de modo que sus ejes mayores sean verticales paralelos o ligeramente convergentes , la cúspide -- vestibular del primer premolar quede en contacto con el plano de - oclusión , las superficies vestibulares de ambos premolares queden en línea con la del canino .

PRIMER MOLAR .

Se situará sobre la línea alveolar inferior , en contacto con el plano oclusal por su cúspide mesiopalatina , su eje vertical ligeramente inclinado hacia adelante , con la cúspide mesibucal a medio milímetro del plano de oclusión y la distobucal a un milímetro.

SEGUNDO MOLAR .

Al colocar este molar veremos como se completa la curva de compensación , no se debe colocar el segundo molar en caso de que -- no quede libre un centímetro entre la cara distal y el borde posterior de la prótesis.

ARTICULACION DE LOS DIENTES POSTERIORES INFERIORES .

Los dientes artificiales posteriores inferiores , entran en - posición vestibulolingual y mesiodistal , la relación determinada - por las superficies oclusales de los dientes posteriores superiores ya colocados .

PRIMER MOLAR INFERIOR .

Se inclina colocando en posición el primer molar inferior para conservar la dirección de la cresta del reborde residual en lo que resta del mismo .

Se coloca primero este diente sin la presencia de los contiguos para poder determinar con mayor precisión la posición antero-posterior correcta .

SEGUNDO MOLAR .

Se coloca en su posición que tiene una sola interferencia posible al tomar su ubicación anteroposterior correcta .

SEGUNDO PREMOLAR .

Se coloca en su posición , recortando otro segmento de cera en su sitio correspondiente .

PRIMER PREMOLAR .

Es el último diente que se coloca y generalmente requiere desgaste proximal para compensar todas las variaciones del entrecruzamiento vertical y el resalte horizontal , de la región anterior , - otra razón para lo cual se coloca al último es que únicamente colige su cúspide vestibular .

CAPITULO XI

PRUEBA DE LA DENTADURA EN CERA .

En la prueba de la dentadura en cera ,el dentista debe observar con detenimiento los factores clínicos técnicos realizados .

Los factores que se deben observar son ;

- 1 -. Estético .
- 2 -. Fisiológico .
- 3 -. Psicológicos .

ESTETICO .

El paciente debe estar relajado ,para observar y opinar en -- cuanto al aspecto de las dentaduras completas .

FISIOLOGIA .

Si el paciente se adapta a la prótesis , algunos pacientes - son incapaces de adaptarse ,su mente ,la edad son factores decisivos

PSICOLOGICA .

En la prueba de la dentadura en cera ,es el momento de buscar - apoyo para las prótesis en el espíritu del paciente en forma positiva .

Antes de la prueba de la dentadura en cera y de terminar la prótesis es importante prevenir los errores y rectificar los procedimientos para lograr la adaptación biológica individual que requiere la rehabilitación personal .

OBJETIVO .

Los objetivos de la prueba de la dentadura en cera son ;

- 1 -. Analizar la disposición general de los dientes artificiales.

- 2-. Analizar las posiciones maxilomandibulares en relación - al esquema ocular programado .

PRUEBA DE LA DENTADURA EN OTRA DE LA BOCA DEL PACIENTE .
PROCEDIMIENTO .

Se coloca primero la base inferior y después la superior , por que si se coloca primero la dentadura superior al abrir más la boca para la dentadura inferior , puede descolgarse la superior y el paciente dudará en cuanto a la adaptación de sus dentaduras , por lo que se recomienda colocar primero la dentadura inferior, y se convertirá en hipersensibilidad para el menor defecto de las prótesis , y el paciente durante la prueba , pierde confianza y rara vez podrá recuperarla después .

Se indica al paciente que cierre en relación céntrica , con -- una presión moderada para observar y hacer las modificaciones necesarias sin que vea el paciente .

El paciente sentirá el volumen de las dentaduras y los tejidos recordarán la presencia de los dientes naturales y determina -- el aumento de flujo salival que disminuirá en poco tiempo de usarlas dentaduras .

Se indica que se vea en el espejo a cierta distancia y vea -- los dientes en relación con su boca y cara .

Le indicamos que hable y pronuncie números para comprobar las distancias y posiciones de los labios .

En caso de los pacientes de edad avanzada los dientes artificiales deben incorporarse y reforzar el carácter del rostro mayor deben ser caracterizados , e imitar el desgaste natural , remoldeados y matizados de manera que armonicen con su aspecto natural y resalten la dignidad de la cara .

En pacientes de sexo femenino es importante comprobar que lleve su maquillaje habitual y se aprecia mejor el color y se verán -- más naturales .

Los registros de las relaciones maxilomandibulares se verifican.

DIMENSION VERTICAL .

Se observa si la cara del paciente está relajada o tensa ,si -- los labios se unen con naturalidad .

El labio inferior sólo debe tocar los bordes incisales de los -- dientes superiores ,cuando se le indica al paciente que cuente rápi-- damente del 20 al 30 .

Los pacientes ortógnatas y prógnatas no necesitan apogarse a -- esta norma .

En caso de que parezca que el paciente tiene demasiados dientes y permanecen en contacto al hablar ,es posible que la dimensión ver-- tical sea grande .

PLANO OCLUSAL .

El plano oclusal se observa después de que se revisa la posi-- ción de los dientes y la dimensión vertical .

El plano se revisa para determinar su orientación adecuada,es -- agradable ,si se encuentra paralelo al plano que va de la nariz al -- tragus .

Es importante examinar el contorno de la cara .

El labio superior suele encontrarse apoyado por una matriz de -- hueso y dientes y su longitud que deriva de los músculos de la expre-- sión .

En caso de que la dentadura no reemplaze esa longitud ,la con-- tracción del labio superior será normal ,si por el contrario se co-- locan prominencias altas ,el labio se proyectará hacia dentro .

La aleta labial deberá ser delgada y revisada para asegurarse -- de que existirá un contorno adecuado con el carrillo .

Se debera revisar de que no existan huecos o concavidades anor-- males que funcionen como trampas para alimento .

Los dientes artificiales ,se deberán combinar y tratar de favo-- recer a la cara .

Los dientes con aspecto falso dan un aspecto desagradable ; se-- deberán desgastar .

para dar el aspecto de abstracción ,contornearse y colarse .

La prueba de la dentadura en cera ,es una etapa en la cual -- el paciente se siente feliz o se decepciona .

TERMINADO.

Las dentaduras terminadas se someten a la revisión y revaluación de todas las etapas involucradas en las fases de construcción -- de la prótesis .

Se deberán eliminar los bordes agudos ,rugosidades u otras -- alteraciones originadas por la polimerización .

Las dentaduras se colocan en la boca del paciente ,se fijan -- en su sitio,se examinan ,y se revisa la oclusión ,una vez que las dentaduras han estado en la boca durante algunos minutos .

En caso de que existan contactos prematuros ,se reducen inme-- diatamente,si la cara aparece muy llena ,se reduce el grosor de -- los flancos ,y en caso de que los dientes parezcan iguales se ta-- llará alguno de ellos .

La colocación de la prótesis representa el periodo armonioso -- y de adaptación entre la prótesis y el paciente .

En cada dentadura sean satisfactorios sus resultados o no -- puede indicarnos las dificultades ,diferencias o errores en los -- que debemos tener cuidado para la construcción de las demas denta-- duras .

INSTRUCCIONES .

Se debe asegurar al paciente que sus dentaduras presentan na-- turalidad ,y su aspecto es agradable ,el éxito depende también de -- la capacidad de sus tejidos y del deseo de usar tales dentaduras -- y seguir las instrucciones .

Se debe explicar al paciente que la limpieza tiene por objeto -- eliminar los detritus fermentescibles e impedir la formación de -- masas bacterianas y el depósito de sales calcáreas .

Es conveniente que cada paciente desarrolle un hábito higiénico ,separando la limpieza de la boca y la de la dentadura.

Los enjuagatorios ,después de cada comida es un hábito importante ,que puede ser con agua simple o adicionada de un elixir -- que no necesita ser desinfectante ,completo con el enjuage de los aparatos .

Se debe enseñar al paciente ,que tome con cuidado las prótesis para los enjuagatorios pues la presión de agua puede originar un accidente la conveniencia de utilizar agua fria ,para no arriesgar deformaciones por calentamiento .

LAS PROTESIS FUERA DE LA BOCA .

Existen diferentes criterios sobre las dentaduras ,si se deben guardar en lugar seco o húmedo ,en desinfectante o no .

Lo más recomendado es tener una caja reservada para guardar las prótesis , o envolverlas en un pañuelo, o simplemente en papel para mantenerlas al alcance de la mano .

Cuando el paciente tiene prótesis dobles ,es aconsejable guardarlas en una caja resistente dentro de la cual se puedan -- acondicionar entre algodones .

Las soluciones antisépticas deben ser muy débiles y enjuagar las muy bien por la mañana para evitar irritación de la mucosa .

C O N C L U S I O N .

EL paciente de prostodoncia total debe ser capaz de adaptarse y hablar con claridad, no padecer molestias bucales ,masticar los -- alimentos para obtener una nutrición adecuada .

Debe instruirse al paciente con respecto a la importancia de -- los exámenes periódicos y el tratamiento subsecuente cuando éste -- sea necesario debido a los cambios de los tejidos de soporte .

En cada dentadura al lograr los resultados ya sean satisfacto- rios o no ,nos enseña las dificultades o errores en los que debemos tener cuidado para la construcción de las prótesis totales .

Al lograr los objetivos,el paciente recobrará la confianza en -- sí mismo y será una recompensa para el dentista .

El dentista debe dedicar tiempo para mejorar y actualizarse -- en forma eficaz ya que no hay límite para la experiencia clínica -- desarrollar habilidad y juicio clínico para la práctica exitosa de -- la prostodoncia .

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

FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ .

TRATADO DE ANATOMIA HUMANA .

TOMO I

EDITORIAL PORRUA .S .A . 1975 .

NAGLE .R.L. SEARS. V.H. SILVERMAN.C.I.

PROTESIS DENTAL .

EDITORIAL TORAY .

BARCELONA ,ESPAÑA 1965 .

OZAWA DEGUCHI .

PROSTODONCIA TOTAL .

DIRECCION GENERAL DE PUBLICACIONES .

UNAM TERCERA EDICION .

MEXICO,D,F, 1979 .

SAIZAR PEDRO .

PROSTODONCIA TOTAL .

EDITORIAL MUNDI .

BUENOS AIRES 1972 .

SHARRY.J.S.

PROSTODONCIA DENTAL COMPLETA .

EDITORIAL TORAY .

BARCELONA 1977 .

SHELDON WINKLER .

PROSTODONCIA TOTAL .

EDITORIAL INTERAMERICANA .S.A. DE C.V.

MEXICO ,D,F, 1982 .