

247 - 480



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

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

**Recursos Técnicos y Quirúrgicos
en Prostodoncia.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

Martha Silvia Kageyama Escobar

MEXICO. D. F.

1980



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

CONTENIDO.

INTRODUCCION.

GENERALIDADES.

PRIMERA PARTE.

(Aspectos técnicos).

I.- Diagnóstico y tratamiento.

II.- Registros previos.

III.- Transferencia de relaciones.

IV.- Colocación de los dientes.

V.- Técnica de laboratorio.

SEGUNDA PARTE.

(Aspectos quirúrgicos).

I.- Consideraciones básicas.

II.- Procedimientos rehabilitadores.

III.- Secuencias quirúrgicas.

IV.- Adaptación protética.

V.- Cuidados postoperatorios.

Conclusiones.

Bibliografía.

INTRODUCCION.

La odontología resulta fascinante, sobre todo cuando se puede escoger entre una gran variedad de temas de finitivamente muy interesantes, para el que desee ejercer ésta. Sin embargo para realizar este trabajo, sin ser novedoso pude darle un enfoque actualizado a uno de entre los existentes, por considerar que es de suma importancia conocer y estudiar algunas de las múltiples posibilidades a las que el cirujano dentista debe recurrir para realizar un tratamiento exitoso en lo que se refiere a la rehabilitación del sistema estomatognático específicamente cuando el paciente a tratar requiere de prótesis totales, es decir requieren de tratamientos específicos, hasta cierto punto distintos de los convencionales.

El presente trabajo tiene el fin de corroborar la importancia de conocer a fondo el aparato masticatorio y sus funciones, para tratar las alteraciones que éste pudiese presentar. Aquí es necesario subrayar que el tratamiento a seguir, deberá estar encaminado, no solo a la rehabilitación bucal del paciente, sino a la integridad funcional de éste, lo cual traerá como consecuencia lógica, mayores beneficios, tanto en la conservación de sus estructuras anatomofisiológicas como en la salud integral de su organismo.

También reviste gran importancia insistir en que la base del éxito en nuestra terapéutica, depende de la elaboración de un diagnóstico acertado, lo cual no es posible si faltan conocimientos, es decir que en todos los casos habrá de realizarse un estudio y una evaluación minuciosa y exhaustiva por lo que consecuentemente estaremos con las posibilidades de aplicar los diferentes recursos con los que disponemos, por considerar que

les de éstos podrán aportar los más óptimos resultados para cumplir con los objetivos anteriormente mencionados.

Otros aspectos de este trabajo son, hacer hincapié en la importancia de las relaciones máxilo-mandibulares por requerir de una exactitud máxima para lograr los mejores resultados; recalcar la trascendencia de las distintas disciplinas de la odontología conjugadas entre ellas mismas, particularmente la prostodoncia y su relación con las técnicas protésicas y quirúrgicas en los dientes remanentes; aclarar las posibilidades que tiene la prostodoncia y los recursos recientes para rehabilitar a pacientes parcial o totalmente desdentados, cuyo conocimiento es fundamental para el cirujano-dentista que desee obtener la capacidad para hacerlo.

Por tanto esta tesis incluye diferentes conceptos consultados en bibliografía especializada, que espero y deseo, sirvan de complemento o guía a mis colegas de cualquier generación en los que logre despertar algún interés que los motive a estudiar y a actualizarse constantemente en pro del desarrollo odontológico.

Anticipo mi agradecimiento a la atención prestada y pongo a consideración del honorable jurado este trabajo, tal vez sencillo pero realizado con el afán de que resulte útil y provechoso para cualquiera que lo tenga en sus manos.

La Sustentante.

GENERALIDADES.

La prótesis inmediata o prótesis de transición se define como el procedimiento de colocar los dientes artificiales inmediatamente después de haber realizado las extracciones y la regularización de los procesos alveolares, por lo tanto una condición importante es construir la prótesis previamente al acto quirúrgico.

También podemos considerar como prótesis inmediata a aquella que es colocada hasta algunos días después de las extracciones porque las condiciones en las que se encuentra el paciente, son semejantes, es decir, la prótesis se coloca sobre heridas quirúrgicas cubiertas por sus coágulos o colgajos no cicatrizados, y por ende se debe prestar atención tanto a la colocación protética como al postoperatorio que evoluciona en contacto con ella y a la atrofia cicatricial, lo cual es importante para el pronóstico de la prótesis inmediata, porque ésta se apoya sobre tejidos recién operados que sufrirán cambios en corto tiempo. El paciente por lo tanto deberá estar informado de estas modificaciones, así como de las reparaciones y reajustes que forman parte habitual de todo tratamiento con prótesis inmediata, subrayándose que este tipo de prótesis es de transición y normalmente se requiere de una segunda prótesis al cabo de un tiempo, con lo cual logramos que el paciente tome conciencia de la situación para afrontarla sin nuevos sufrimientos y sin exigencias para el odontólogo de responsabilidades que no le corresponden.

VENTAJAS DE LAS PROTESIS INMEDIATAS.

La prótesis inmediata facilita la adaptación física y mental o emocional del desdentamiento.

Estas ventajas las podemos dividir en:

- Ventajas psíquicas.
- Ventajas estéticas.
- Ventajas anatómicas.
- Ventajas funcionales.
- Ventajas quirúrgicas.

VENTAJAS PSIQUICAS.

- 1.- Uno de los beneficios de este recurso protodóntico es evitar que las personas con las que convive el paciente, se den cuenta de que éstos usan dentaduras completas. Así es como la dentadura inmediata sirve como recurso para que el paciente continúe sus actividades cotidianas, evitando el forzoso lapso lapso de la edentación, porque este tipo de tratamiento se reproducen los rasgos de los dientes naturales del paciente.
- 2.- Proporciona mayor seguridad de desenvolverse en su vida de relación.
- 3.- Facilita la decisión de someterse a los tratamientos requeridos sin el temor de la edentación, ésto desde el punto de vista psíquico.
- 4.- El paciente se adapta más rápidamente a las nuevas condiciones que le imponen el uso de prótesis inmediatas, lo cual trae como consecuencia que no haya cambios en la dieta por grandes periodos de tiempos decir, sólo se ingerirán comidas blandas durante algunos días y comida normal el resto del tiempo.

VENTAJAS ANATOMICAS.

- 1.- Impide la pérdida inmediata de la altura, al reem--

plasar artificialmente el plano oclusal, preservando o restituyendo la altura morfológica.

2.- Conserva el funcionamiento normal de las articulaciones temporomandibulares.

3.- Impide el ensanchamiento lingual.

4.- Impide el colapso labial y el hundimiento de las mejillas.

VENTAJAS FUNCIONALES.

1.- La fisiología de los músculos no es alterada puesto que la musculatura afectada seguirá funcionando en condiciones normales.

2.- Evita considerablemente las alteraciones fonéticas propias del desdentamiento.

3.- No se altera la función masticatoria, evitando y/o reduciendo los reajustes dietéticos y digestivos.

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

VENTAJAS ESTÉTICAS.

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

2.- Permiten ajustes considerables durante las etapas de adaptación conservando una oclusión muy similar a la preoperatoria, si es que esto conviene.

VENTAJAS QUIRÚRGICAS.

1.- Actúa como férula protectora de las heridas quirúrgicas durante los primeros días, es decir, hace las

veces de apóstito quirúrgico.

- 2.- Controla o evita la hemorragia y evita la contaminación de las zonas de extracción y alveolectomía.
- 3.- Disminuye la inflamación.
- 4.- Detiene la atrofia ósea, conservando mayor proporción de reborde residual. La remodelación ósea es controlada por la base protética.
- 5.- Mantiene los fármacos y otros agentes terapéuticos en el lugar de las heridas.

INCONVENIENTES.

- 1.- Si falta coordinación entre el protesista y el cirujano, no existirá la precisión técnica que requieren las prótesis inmediatas, basadas en exactos diagnósticos e indicaciones.
- 2.- Las intervenciones quirúrgicas al dejar de ser unitarias, se hacen más traumatizantes, por lo tanto no es aconsejable intentar construir una dentadura inmediata para reemplazar más de seis u ocho dientes en un arco, por éstas y otras razones como son:
 - a).- La pérdida considerable de sangre al hacer las las extracciones y la alveolectomía asociada y si se efectúan en un número mayor al antes mencionado, puede ser necesaria una transfusión de sangre para evitar el shock.
 - b).- Una dentadura que reemplazará a tantos dientes al mismo tiempo tendrá un mayor margen de error de procedimiento, y sólo servirá por muy poco tiempo.

- 3.- Las prótesis inmediatas no podrán ser colocadas hag ta que no estén terminadas, no hay prueba anterior, el dentista reproduce la colocación de los dientes y el color, pero se pueden hacer modificaciones según las necesidades posicionales de los dientes.
- 4.- La probable poca duración de la prótesis que hará-- inminente la necesidad de rebasado y reajustes o-- bien la construcción de una nueva dentadura.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.

La prótesis inmediata exige:

- 1.- Que la edad y el estado general del paciente permitan las intervenciones quirúrgicas que se requieran.
- 2.- Que el estado de la boca y dientes permitan la espe ra requerida para el trabajo preparatorio.
- 3.- Que el paciente comprenda este tipo de tratamiento y esté dispuesto a aceptarlo con todo y su contenido implícito.

Las contraindicaciones son:

- 1.- En pacientes que han sufrido terapia de irradiaciones y el peligro radica en que ocurra una osteorradionecrosis, lo cual es más probable si el paciente usa dentaduras completas, en casos como éste se debe valorar el perjuicio que se causará en una aplicación oral que sirve para ocultar un defecto, además de la función de la dentadura completa, contra los beneficios fonéticos, de masticación y deglución que estas prótesis ofrecen lo cual se deberá-- resolver entre el oncólogo, el radiólogo y el dentista.

2.- En pacientes que no reúnan las condiciones físicas y psíquicas favorables para recibir, es decir, someterse al tratamiento y afrontar su responsabilidad como corresponde.

Las prótesis pueden colocarse inmediatamente a las extracciones o pueden colocarse en un lapso de 10 a 15 días, como por ejemplo en caso de dientes hiperplásicos, alveolectomías correctoras extensas e intervenciones quirúrgicas colaterales, en los que se toman las impresiones después de realizadas las extracciones, una vez cohibida la hemorragia, sea esperando días según la urgencia, en estos casos se seguirá una técnica protética convencional, la prótesis dejará de ser inmediata si es colocada después de seis a ocho semanas a las extracciones.

TIPOS DE PROTESIS INMEDIATA.

1.- PROTESIS PARCIAL ADITIVA.

Puede ser la transformación de la prótesis que usa el paciente, a la que se le van agregando dientes después de las extracciones, y sus ventajas son que:

- a).- Evitan las extracciones masivas permitiendo por lo tanto una desdentación gradual.
- b).- Facilitan las extracciones de los dientes posteriores, sirviendo como transición a la prótesis inmediata completa.
- c).- Reduce considerablemente el costo.

2.- LA FÉRULA TRANSITORIA.

Los dientes posteriores se reemplazan por férulas de acrílico que se articulan directamente en la boca añadiendo acrílico autopolimerizable. Los dientes anteriores se reproducen por vaciado de los espacios en la im-

presión, con acrílico de color adecuado. Es un procedimiento rápido y económico.

3.- PROTESIS SIN FLANCO VESTIBULAR.

Se simplifica su construcción, se excava en el modelo en el lugar del alveolo y se introduce de 2 a 3 mm del diente de reemplazo. Al colocar estas prótesis en la boca, se ven surgir los dientes directamente de la encía.

Permite la atrofia ósea vestibular sin alteraciones, pero requiere de encía artificial en quince a veinte días.

4.- PROTESIS INMEDIATA CON ENCIA COMPLETA.

Es la más exigente en su técnica de construcción y reduce el peligro de retención deficiente, más común en prótesis sin encía artificial.

5.- PROTESIS INMEDIATA CON FLANCO DE CRECIMIENTO CONTINUO.

Es una solución entre las dos ideas anteriores y consiste en un flanco que se extiende sólo en parte, a lo largo de la superficie labial del reborde superior al que se le agrega, a medida que se produce la reabsorción de éste sector de la cresta, la parte remanente de dicho flanco, ésto se hace directamente en la boca con acrílico autopolimizable. De esta forma se permite la curación adecuada, no es necesario hacer modificar los dientes, no se necesitan alveolectomías y hay muy poca irritación por la falta de contacto del flanco labial con los tejidos.

SECUENCIA DE LA TECNICA.

El tratamiento de la edentación total mediante - -

prótesis inmediata, exige los siguientes pasos:

- I.- Exámen clínico y diagnóstico.
- II.- Indicación, plan de tratamiento y pronóstico.
- III.- Registros pre-extracción.
- IV.- Impresiones anatomofisiológicas.
- V.- Registros máxilo-mandibulares.
- VI.- Transferencia al articulador.
- VII.- Selección de dientes artificiales.
- VIII.- Corrección del modelo.
- IX.- Colocación de dientes artificiales.
- X.- Técnicas de laboratorio (terminado y pulido).
- XI.- Técnica quirúrgica y colocación de las prótesis.
- XII.- Cuidados postoperatorios y protéticos.
- XIII.- Atenciones mediatas, ajustes y rebasados.

EXAMEN CLINICO Y DIAGNOSTICO.

Para obtener los mayores beneficios, tanto protéticos como quirúrgicos, debemos observar ciertas reglas como son un buen diagnóstico del problema, que indique la edentación como tratamiento, la evaluación general del paciente, el tiempo propicio para los procedimientos quirúrgicos, una buena técnica y cuidados postoperatorios inmediatos.

Para formular un buen diagnóstico debemos practicar un exámen clínico minucioso en todos sus detalles, que deberá incluir, no sólo el estado general del paciente, el estado bucal, su actitud, su estado mental y su capacidad para comprender la situación. (Cuadros No. 1- y No. 2).

Sin embargo los datos obtenidos por el interrogatorio deberán ser anotados en una ficha en la que también se anotarán los síntomas y las informaciones complementarias y los pasos son:

- 1.- Historia clínica.
- 2.- Exploración visual y de contacto.
- 3.- Modelos de estudio.
- 4.- Estudio radiográfico.

CUADRO No. 1. EVALUACION.

I.- Tipo de paciente.

- a).- Parcialmente desdentado.
- b).- Totalmente desdentado.
- c).- Desdentado portador de dentadura.

II.- Exámen clínico.

1.- General.

- a).- Salud general, edad y sexo.
- b).- Estado Nutricional.
- c).- Trastornos cardiovasculares, respiratorios, --
gastrointestinales, nerviosos, osteomuscula--
res, hemáticos, endócrinos, órganos de los--
sentidos, alergias, menopausia, etc.
- d).- Problemas frente a extracciones y posibilida--
des de recursos quirúrgicos y preprotéticos.
- e).- Hábitos: etilismo, tabaquismo, etc.
- f).- Traumatismos.
- g).- Actitud mental: pacientes filosóficos, histé--
ricos, exigentes, indiferentes.

2.- Bucal.

- 1.- Factores biológicos locales.
- 2.- Factores físicos locales (Cuadro No.2).

III.- Exámen radiográfico.

- a).- Detección de restos radiculares, dientes re--
tentidos, quistes, focos de osteítis, esquir--
las infectadas, cuerpos no identificables, --
etc.
- b).- Detección de radiolucidez o lesiones difu--

- sas que pudiesen denotar otras patologías.-
- c).- Para determinar y preparar la intervención quirúrgica preprotética.
- d).- Para complemento del diagnóstico protético.

IV.- Impresiones, modelos y articulador de estudio.

1.- Impresiones preliminares.

Para conocer la sensibilidad del paciente y reconocer la disposición mental.

2.- Modelos preliminares.

Para complemento del conocimiento de las formas y características de los rebordes.

3.- Registros máxilo-mandibulares preliminares.

Para esquematizar problemas de altura, estética facial, dominio muscular, etc.

4.- Articulador de diagnóstico.

Para estudiar el espacio protético, estudiar los procedimientos quirúrgicos y planear el tratamiento.

V.- Métodos complementarios.

Análisis de laboratorio:

Biopsias, glucemias, recuentos globulares, estimaciones de globulina y valor globular; tiempos de coagulación, etc.

VI.- Diagnóstico.

- a) General.
- b) Bucal.
- c) Protético.
- d) Quirúrgico.

VII.- Pronóstico.

- a) Inmediato y mediato.
- b) Favorable o desfavorable.

VIII.- Indicación y plan de tratamiento.

Cuadro No. 2.

- 1.- *Articulación temporomandibular.*
- 2.- *Factores, tono muscular y de los tejidos.*
- 3.- *Características anatómicas bucales-- (incluyendo torus, exostosis, tuberosidades agrandadas, etc.).*
- 4.- *Forma y tamaño de los maxilares.*
- 5.- *Forma y tamaño de los rebordes.*
- 6.- *Espacio, distancia y relación entre los rebordes.*
- 7.- *Estado de las estructuras de soporte (fístulas, esquirlas, etc.).*
- 8.- *Presencia de abultamientos.*
- 9.- *Condiciones de los tejidos en pacientes portadores de dentaduras.*
- 10.- *Condiciones de la mucosa en relación con los tejidos de soporte (movilidad, inflamaciones, etc.).*
- 11.- *Inserciones de los tejidos (baja - mediana o alta) .*
- 12.- *Condiciones del paladar (presencia de tejidos hiperplásicos, etc.).*
- 13.- *Forma de la bóveda palatina (plana, ojival o intermedia).*
- 14.- *Velum palatino y sellado posterior.*
- 15.- *Relación labio-alveolar.*
- 16.- *Lengua.*
- 17.- *Cambios de color en la mucosa.*
- 18.- *Tipo de saliva.*
- 19.- *Sensibilidad bucal.*

*Examen bucal,
factores físicos y biológicos locales.*

El estado general puede influir en las decisiones en relación con la prótesis, la cirugía y el postoperatorio; a mejor estado general y bucal, mayores posibilidades de éxito.

Con respecto a pacientes que están en condiciones de comprender el por qué de las prótesis inmediatas, sus ventajas e inconvenientes, si se les podrá indicar este tratamiento, no así en el caso contrario.

Se tomará en cuenta la edad del paciente, puesto que un paciente joven curará más rápidamente que uno viejo, porque en éstos últimos los procesos catabólicos pueden exceder a los anabólicos lo cual retrasará el restablecimiento, de lo cual deducimos que en éstos pacientes deberemos aplicar procedimientos quirúrgicos más limitados.

Otro aspecto importante que tomaremos en consideración será el estado nutricional del paciente, porque existen padecimientos como las anemias, como las hipoproteinemias, que pueden evitar una curación rápida y satisfactoria.

Importante factor a examinar es la presencia de enfermedades sistémicas específicas como las reumáticas, las congénitas y valvulares que deberán ser tratadas con antibióticos antes de la intervención para evitar la posibilidad de endocarditis bacteriana subaguda. Existen otras enfermedades como las hepatopatías que evitan que los tejidos cicatricen rápidamente, sea por deficiencia de proteínas.

Tenemos recursos coadyuvantes para elaborar un diagnóstico adecuado como son los exámenes radiográficos, que son imprescindibles para complementar el exá-

men clínico, y que además nos ayudarán a indicar la edentación; podrán mostrarnos tal vez restos dentarios y focos infecciosos en las zonas edéntulas, así mismo facilitarán el diagnóstico quirúrgico y completará el protético.

Las radiografías también nos permitirán modificar la técnica quirúrgica de manera que conservemos la mayor cantidad de hueso que de otra manera se perdería.

INDICACION, PLAN DE TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

INDICACION.

Es conveniente enseñarle al paciente las dos posibilidades de tratamiento, el convencional y el inmediato, señalando las ventajas e inconvenientes de cada uno y orientarlo a elegir de acuerdo a sus propias circunstancias.

PLAN DE TRATAMIENTO.

El plan de tratamiento abarca todo el periodo de transición desde el estado actual, hasta la normalización del paciente con su prótesis.

Existen diversos aspectos que deberemos recordar y resolver como son:

- 1.- En prótesis monomaxilar el conservar la altura morfológica actual.
- 2.- Valorar si es conveniente conservar el aspecto dentario actual o no. (posición, forma y tamaño).
- 3.- Estudiar si la oclusión se realizará con relación u oclusión céntrica.
- 4.- Planear si se harán una o varias intervenciones quirúrgicas sucesivas y cual será la forma de proceder en cada etapa.
- 5.- Considerar las medidas auxiliares inmediatas

que pueda requerir en el estado actual y en el de cada etapa por la que atraviese el paciente (obturaciones, curaciones, prótesis de emergencia, etc.).

- 6.- Establecer el tipo de intervención quirúrgica que se llevará a cabo eligiendo la más adecuada.
- 7.- Juzgar los cuidados postoperatorios y la atención protética adecuada para controlar mejor al paciente en un periodo de 6 meses.

PRONOSTICO.

Para establecerlo se deberá pensar en como quedarán las formas anatómicas, una vez realizadas las extracciones de los dientes remanentes.

Después de las intervenciones quirúrgicas, esta situación no se refiere únicamente al aspecto retentivo o de soporte o a la posición correcta de los dientes posteriores, sino también a las modificaciones de altura, selección de los dientes anteriores y a los cambios de posición que puedan indicarse desde el punto de vista estético y funcional.

REGISTROS PRE-EXTRACCION.

Tienen por objeto reproducir con exactitud el tamaño, la posición, la forma y el color de los dientes; la articulación de éstos, la forma de las encías, la altura facial y en ocasiones el tercio inferior de la cara. También nos servirán para la evaluación del paciente, pues nos ayudarán a planear el tratamiento.

Los procedimientos más importantes para obtenerlo son:

- 1.- Distancia vertical.
- 2.- Impresión regional anterior.

3.- Modelos de estudio.

4.- El perfil y las fotografías.

Se anotarán en la ficha clínica las siguientes medidas:

- a).- A boca cerrada la distancia que existe del tabique nasal a la base del mentón.
- b).- La distancia del borde del incisivo central superior al tabique nasal.
- c).- La distancia del borde del incisivo central inferior a la base del mentón.

Estas medidas nos darán la altura vertical presente antes de las extracciones, que podremos alterar es decir, aumentar según lo requiera el caso.

La impresión regional anterior o impresión preliminar, se hace con material elástico (alginato, silicón, etc.) y portaimpresiones comerciales que deberán cubrir toda la superficie protésica, abarcando los surcos vestibulares y extendiéndose hasta el paladar blando en el maxilar superior, incluyendo las formas dentales y gingivales, bordes residuales, frenillos y forma del paladar.

En el inferior las papilas periformes y el piso de la boca con las fosas submilohtoideas y por supuesto también los rebordes, surcos y frenillos.

Se procede a obtener los modelos con yeso piedra y se construyen las bases de registro parciales destinados a articular los modelos preliminares.

Si se desea reproducir el color o colores de la dentadura natural, debe anotarse antes de las extracciones, si se desea reproducir alguna incrustación, corona o pigmentación es menester ponerse de acuerdo con el paciente y anotar cuales.

El perfil se puede hacer con un método de ortodoncia que consiste en tomar alambre de plomo o cobre que se adapta con los dedos contra el perfil del pa-

ciente; se aplica el alambre contra un cartón y se dibuja su contorno, se recorta el cartón según el dibujo y se aplica el recorte así obtenido contra el perfil del paciente y se retocan los defectos.

Las fotografías de frente y perfil, de boca cerrada o abierta mostrando los dientes, sirven para conservar el aspecto del paciente antes de las intervenciones quirúrgico-protéticas y compararlo con los resultados.

IMPRESIONES.

Las impresiones de estudio correctamente realizadas para prótesis inmediata exigen tener el ajuste y la exactitud características de las impresiones de maxilares desdentados.

Estas impresiones de tomarán con alginato y deberán cubrir la totalidad del maxilar hasta el límite protético procurando que los dientes y socavados retentivos estén fielmente reproducidos, previa selección-prueba y adaptación del portaimpresión convencional de acuerdo a la forma de los rebordes.

La impresión anatómica deberá registrar la mayor superficie disponible, sin limitar o restringir el movimiento del músculo, obtener con nitidez, amplitud y fidelidad el negativo de las estructuras o detalles anatómicos de los tejidos y lograr la adaptación periférica.

Estas impresiones deberán correrse con yeso piedra (hemihidrato alfa I o hemihidrato alfa II), para obtener los modelos sobre los cuales realizaremos los portaimpresiones individuales.

Porta impresiones individuales.

Estas portaimpresiones deberán ser muy bien planeadas de acuerdo con la topografía del caso y el material con el cual se tomará la impresión final. El acrílico autopolimerizable es el material que cumple mejor los requerimientos necesarios, para obtener correctas impresiones fisiológicas ya que:

- 1.- Su diseño individual facilita la adaptación.
- 2.- Su contorno volumétrico contribuye a procedimientos más exactos.
- 3.- Permite utilizar cantidades mínimas de material de impresión.
- 4.- Controlan la extensión del material por toda la superficie por impresionar.
- 5.- Al colocar el material de impresión entre la mucosa y el portaimpresión individual, se adapta a la mucosa expulsando el aire y la saliva.
- 6.- Correctamente extendidas permiten la delimitación funcional del nivel muscular.

Prueba del portaimpresión individual.

La delimitación de las impresiones funcionales se establece mediante la presión de los tejidos periféricos en movimiento (función) sobre los bordes de las impresiones. Es un paso esencial que el portaimpresión sea holgado y que se adapte a su sitio sin dificultad y sin dolor, si éste existe, se eliminarán las cusas desgastando con piedra para acrílico y motor de baja velocidad.

El portaimpresión no debe bascular bajo las presiones verticales de los dedos en el centro de los bordes a uno u otro lado.

No debe de mostrar retención al traccionarlo, si esto sucede se deberá desgastar el portaimpresión por-

dentro.

El borde periférico deberá quedar de manera que los tejidos movibles alrededor estén liberados y las tracciones horizontales no desalojen el portaimpresión.

El portaimpresión inferior no deberá hacer presión contra los dedos que la sostienen cuando el paciente saca levemente la lengua.

IMPRESION FINAL O FISIOLÓGICA.

Este registro consta de dos etapas clínicas importantes que requieren un justo criterio anatomofisiológico:

- 1.- Técnica dinámica de rectificación de bordes, que consiste en delimitar y registrar las zonas de reflexiones musculares paraprotéticas y se utiliza como material la modelina de baja fusión y deberá registrar en superior: el vestibulo bucal, frenillos y línea vibrátil del sellado posterior y en inferior el vestibulo bucal inferior, los frenillos, la zona posterior del piso bucal y la zona anterior del piso bucal. Las condiciones básicas que deberán cumplir son: soporte, estabilidad y retención.
- 2.- Técnica dinámica de impresión fisiológica. Consiste en registrar totalmente las zonas residuales de las áreas alveolares de soporte. En los casos de prótesis inmediata, las impresiones fisiológicas deberán desprenderse tomando en cuenta la dirección de los dientes remanentes y la posición de las retenciones.

Es un error común al tomar la impresión del arco superior, el registro inco-

recto de la porción del flanco labial. El surco vestibular es un espacio virtual que existe en la cavidad bucal. Con frecuencia como material alginato con portaimpresiones individuales, estas impresiones suelen ser muy buena si el portaimpresión es bien centrada y no hay grandes retenciones entre los dientes, lo que se puede lograr colocando cera plástica en los espacios interdentarios pero su delimitación periférica siempre es un tanto imprecisa.

Otro error que se comete es desplazar el labio hacia arriba y afuera, y si esto sucede al realizar el aparato final, el flanco labial será muy extendido no sólo en altura sino también en espesor. Dicho flanco a menudo:

- 1.- Presentará algunas dificultades en la colocación del aparato.
- 2.- Causará lesiones graves.
- 3.- Causará toda clase de quejas del paciente por el mal aspecto.

Se sugiere por ésto se haga una portaimpresión individual bien adaptada a los tejidos de la porción labial del maxilar para que el desplazamiento del labio superior sea mínimo y la altura y el espesor del flanco labial de la prótesis terminada, sean más estéticos y funcionales.

En cuanto a las impresiones con elastómeros, permiten la reproducción de las estructuras basales y el buen modelado de los bordes marginales, proporciona impresiones bien delimitadas en portaimpresión ajustada y elásticas en portaimpresión amplia en la parte dentaria.

MODELOS DE TRABAJO.

Estos modelos son los que se obtienen de las impresiones fisiológicas y representan una reproducción positiva de los rebordes residuales y estructuras adyacentes y sus características topográficas variadas en profundidad y ancho nos darán la superficie de apoyo de las bases protésicas.

Los modelos de trabajo deberán tener fidelidad, que se logra con técnicas precisas y perfectamente regularizadas; y resistencia, que se obtiene utilizando yeso piedra puro de la mejor calidad, lo que nos proporciona un modelo sin deformaciones ni fracturas.

Estos modelos a diferencia de los de estudio son encajonados lo cual tiene las siguientes ventajas:

- 1.- Someter al yeso piedra a la vibración manual o mecánica dentro de la impresión.
- 2.- Depositar el material a una consistencia más espesa.
- 3.- Calcular la cantidad necesaria e imprescindible para cada caso.
- 4.- Obtener un espesor uniforme y correctamente distribuido.
- 5.- Facilidad y pocos riesgos en la recuperación del modelo de trabajo.
- 6.- Mínimo recorte y conformación del modelo de trabajo.

REGISTROS MAXILO-MANDIBULARES.

Bases de registro.

Se les llama también base protética de prueba o de articulación, éstas son construidas sobre el modelo definitivo de yeso piedra, con acrílico autopolimeriza

ble, cubriendo los rebordes y el paladar con igual criterio que en prótesis completa.

Las bases protéticas tienen por objeto facilitar y registrar el estudio estético y funcional del desdentado con el objeto de construirle una prótesis.

Las bases de registro tienen la forma general de los aparatos de prótesis es decir, se deberán ajustar al modelo de trabajo igual que en la boca del paciente para que la transferencia de las relaciones máxilo-mandibulares al articulador sea exacta; además deberán tener el grosor, la extensión y el diseño de la base protética terminada, sus características determinan la relación funcional y estética con el sistema labios-carillos-lengua.

Las bases de registro deberán ser rígidas y resistentes para no sufrir deformaciones al hacer los registros entre los maxilares.

Al construir las se deberá tener especial cuidado de no dañar a los dientes, ni penetrar en los socavados retentivos que los dientes suelen presentar hacia gingival. Tampoco deben ocupar socavados retentivos de los rebordes residuales; para mayor exactitud conviene estabilizarlas rebasándolas con cera o pasta cinquemática.

Luego se procede a colocar los rodillos de cera sobre las bases en las áreas desdentadas para hacer el registro máxilo-mandibular en posición de oclusión, es decir en correcta oclusión céntrica y si deseamos aumentar la distancia vertical, lo haremos aumentando cera en la parte posterior; la base superior se coloca en la boca de modo que se obtenga la distancia vertical previamente registrada.

De ésto deducimos que las relaciones máxilo-mandibulares tienen por objeto:

- a).- Determinar la distancia vertical morfológica correcta en relación céntrica.
- b).- Establecer funcional y estéticamente dicha distancia a los requerimientos del caso.
- c).- Registrar la posición mediante las bases y rodillos de relación para transferirla a -- los modelos de trabajo y al articulador.
- d).- Lograr transferencias correctas al articulador cuyas referencias nos indicaran la posición de los dientes artificiales en lo -- que se refiere a función, fonética y estética.
- e).- Registrar los movimientos y/o posiciones -- mandibulares céntricos y excéntricos necesarios para adaptarlos al articulador semia--justable o totalmente ajustable.

Procedemos a determinar el plano de orientación que correspondería al plano de oclusión, la técnica de obtención es:

- a).- Colocar la base y el rodillo superior en la boca, se apoya la platina de Fox en la parte inferior del rodillo y se coloca una regla en la línea bipupilar de manera que podamos apreciar el paralelismo horizontal entre la platina de Fox y la regla.
- b).- Ahora, se apreciará el paralelismo lateral-entre la platina de Fox y el plano aurículo nasal, ésta orientación se hará en ambos lados.
- c).- Se recorta poco a poco el rodillo de manera de que quede orientado paralelamente al plano prostodóntico y a la línea bipupilar.

Relaciones verticales máxilo-mandibulares.

Para determinar la distancia vertical podemos -- utilizar los registros pre-extracción previamente anotados.

Las relaciones verticales también se obtienen fácilmente antes de la extracción si todavía quedan premolares y no hay hipermovilidad de los dientes. Se procura que las superficies oclusales conserven el contacto necesario entre los dientes remanentes. Es importante señalar que si sólo existen los seis dientes anteriores superiores que ocluyen contra los seis dientes anteriores inferiores, no se debe confiar en su relación oclusal para la distancia vertical, porque cuando se han perdido los dientes posteriores disminuye la -- distancia mandibular y aumenta el escalón vertical normal.

Cuando hay marcado entrecruzamiento y existe pérdida de la distancia vertical y los dientes naturales presentan migraciones patológicas en céntrica por ausencia de los posteriores, podemos pensar que es consecuencia del hábito de frotamiento, por ser la acción de incidir predominante, al tratar de adquirir la máxima eficiencia con los dientes remanentes, también existirá abrasión incisal y como consecuencia de esto, la mandíbula va hacia adelante con lo cual adquiere una posición anterior y pierde la distancia vertical que se puede restaurar si el examen muestra la necesidad de aumentar el espacio.

Los métodos que se utilizan para obtener la distancia vertical de las dentaduras inmediatas en caso de que no se conozca, son similares a los que se utilizan para las dentaduras convencionales, es decir, por-

consancio muscular y relajación mandibular, por deglución y relajación, la distancia se mide con un calibre o con regla milimétrica en relación a un punto fijo (maxilar) y uno móvil (mandibular). También podemos ayudarnos con las radiografías laterales completas de cráneo con los dientes en oclusión o utilizar las fotografías de perfil o los perfiles de alambre de plomo.

Posteriormente procedemos a orientar el plano inferior una vez determinada la distancia vertical de reposo para determinar la distancia vertical de contacto el procedimiento es simple, solamente se trata de que el rodillo inferior haga contacto con el superior, lo que se logrará aumentando o disminuyendo cera hasta conseguirlo.

Relaciones horizontales máxilo-mandibulares.

Cuando hay antagonistas que ocluyen y se tiene la intención de mantener la altura oclusal, basta recortar los rodillos poco a poco y reblandecerles los últimos 2 mm para obtener un registro de oclusión céntrica, exactamente como para una prótesis parcial.

Como se ha mencionado antes, las bases sobre las que se obtengan los registros deberán ser estables, bien adaptadas a los tejidos y no deberán tener movimientos anteriores o laterales para obtener un buen registro céntrico, sin tener en cuenta el método utilizado.

Para registrar la oclusión céntrica, se deberá estar seguro de que el paciente no cierra en posición anterior y la mandíbula no se desplace hacia algún lado, si esto es así, es preciso dedicar tiempo para guiar manualmente y en forma repetida su mandíbula al cierre.

centrico.

Para registrar la oclusión céntrica puede estar indicada la utilización de un trazador intraoral para estabilizar las bases y eventualmente referir el registro céntrico. Los dispositivos del trazado del arco gótico no se pueden usar solon para dentaduras inmediatas a causa de las interferencias entre los dientes durante las excursiones excéntricas. Sin embargo es posible combinar una determinación de ejes de bisagra con el trazado del arco gótico, tomados con un ligero aumento de la oclusión para impedir el contacto de los dientes. En este caso el articulador se cierra a su posición vertical normal sin alterar las relaciones horizontales, porque los modelos están relacionados a los ejes intercondilares.

TRANSFERENCIA AL ARTICULADOR.

Los registros clínicos obtenidos, deberán transportarse al articulador que es el recurso mecánico, capaz de reproducir las posiciones y movimientos mandibulares.

El articulador es un aparato mecánico rígido al cual se transfieren las relaciones verticales y horizontales de la relación máxilo-mandibular. Los modelos de trabajo se sujetan a las bases y rodillos de registro y se fijan en las ramas superior e inferior que representan al maxilar superior y a la mandíbula; además se reproducen los movimientos y posiciones mandibulares a través de los aditamentos condilares que representan a las articulaciones temporomandibulares.

Para el montaje de los modelos en el articulador preferentemente se utilizará el arco facial y un articu

lador semiajustable o ajustable.

Para transferir las relaciones máxilo-mandibulares del paciente al articulador debemos registrar el eje intercondilar que es una referencia necesaria e importante para transportar la distancia condilo-máxilo-condilar, las inclinaciones de las vertientes protrusivas de los dientes posteriores y la referencia del punto central de apoyo.

La localización arbitraria del eje intercondilar la podemos hacer con el aditamento posterior del arco facial que se coloca en el conducto auditivo externo orientado al plano prostodóntico.

El arco facial es esencial para relacionar al maxilar superior con el eje intercondilar, es decir tiene por objeto determinar la posición del maxilar superior respecto a las articulaciones temporomandibulares y transportarlas al articulador.

El arco facial consta principalmente del arco, una pieza intra o extraoral con su ajustador, las piezas condilares u olivas auriculares, marcador suborbitario y soporte de altura.

El procedimiento para utilizar el arco facial es colocar tres o cuatro hojas de cera rosa reblandecida en la horquilla o pieza en herradura, sobre la que el paciente cerrará con las bases y rodillos de registro para estabilizar la pieza en herradura en tanto se ajusta el arco facial, éste se coloca en la cabeza con sus estiletes condilares y se introduce la oliva de plástico en los conductos auditivos externos. El señalador infraorbital se orienta correctamente y se cierran todas las restantes conexiones.

Las relaciones registradas se transfieren al articulador, se hacen ajustes iguales de ambos estiletes -- condilares para que sirvan en las distancias intercondilares más estrechas en el instrumento y se ajusta el soporte de altura incorporado al tornillo anterior subiendo o bajándolo hasta que el señalador infraorbital se dirija al marcador de plano apropiado en el articulador.

En estas condiciones el modelo superior es transferido en su relación correcta con los cóndilos, y el modelo inferior se transfiere en posición céntrica por medio de los registros de oclusión céntrica y el registro del eje intercondilar.

SELECCION DE DIENTES Y SELLADO POSTERIOR.

Selección de los dientes.-

Los dientes naturales pueden servir como guía -- para seleccionar el color, tamaño y forma de los dientes anteriores, pero también los podemos seleccionar de acuerdo a los lineamientos para protodoncia convencional (localización de la línea media y línea de los caninos para determinar el ancho de los dientes y los factores para determinar largo, forma y color).

Pruebas y límite posterior.-

La prueba de los dientes se hace para confirmar la estética y controlar la relación céntrica con bases bien ajustadas y en caso necesario ajustarlas por medio de polvos o pomadas adhesivas verificando la oclusión de los dientes artificiales entre sí y con los dientes remanentes.

La prueba es también ocasión para determinar el -

límite posterior de la prótesis superior y marcar en el modelo el diseño para hacer el sellado posterior. La base superior de material autopolimerizable puede recortarse con facilidad para establecer el límite posterior. La línea de vibración y las hendiduras pterigomaxilares se utilizan para establecer la forma anatómica y funcional del límite posterior.

CORRECCION DEL MODELO.

La correccion del modelo consiste en eliminar los dientes de yeso y parte del proceso en la medida que corresponda de acuerdo a la intervención quirúrgica que se decida realizar. Cualquiera que sea la zona de la boca donde se colocarán las prótesis inmediatas pueden plantearse cuatro casos distintos de preparación:

- a).- Extracciones simples.
- b).- Extracciones con ligera alveolectomía.
- c).- Extracciones con gran alveolectomía.
- d).- Extracciones con gingivectomía sin alveolectomía.

También la preparación del modelo varía con el tipo de prótesis, es decir, con o sin encaja vestibular, - la prótesis inmediata sin encaja vestibular se puede intentar en aquellos casos en que los dientes artificiales se ubicarán exactamente en los lugares de los naturales, cuando no se prevé alveolectomía.

Diseño del borde óseo.

Se debe determinar la posición del borde alveolar con respecto al gingival y esto se logra observando las radiografías y explorando la profundidad de la bolsa gingival punto por punto, se marca en el yeso vesti-

bulares para señalar el borde óseo.

En parodontos sanos, la unión de los puntos vestibulares dará una línea más o menos continua y en los parodontíticos especialmente cuando predominan fenómenos de atrofia vertical, la línea resultará irregular, siguiendo las sinuosidades óseas. Así resulta fácil pensar en como quedará nuestro reborde una vez realizadas las extracciones y estudiar si la alveolectomía es indispensable.

Preparación del modelo para extracciones simples.

Si la prótesis será sin flanco vestibular, la técnica será:

- a).- Eliminar un diente del modelo.
- b).- Excavar lo que indique la posición del borde óseo, formando un alveolo dentro del cual se introducirá el cuello de un diente artificial correspondiente.

Se espera que al colocar la prótesis después de las extracciones cada diente se introducirá en su alveolo.

Si la prótesis es con borde labial completo se recortan los dientes a nivel del yeso gingival y se espera que la prótesis se adaptará a la forma gingival.

Preparación para extracciones con ligera regularización del borde alveolar.

Si éste es el tipo de intervención a realizar, es mayor la ventaja de la prótesis con encaje artificial.

- a).- Porque se protege mejor al colgajo que está en contacto con la prótesis.
- b).- Porque las suturas y el colgajo estirado, pueden entrar en conflicto con las raíces de los dientes protéticos.

Extracciones con gran alveolectomía (modeladora).

Quando se trata de este tipo de intervención, cada caso plantea problemas diferentes. Si es de maxilar superior se debe estudiar la topografía del caso, las radiografías para saber la relación con los senos maxilares y el conducto palatino anterior, así como las relaciones con los antagonistas, para estimar la alveolectomía mínima indispensable.

CAMBIO DE DIENTES.

El cambio de dientes se puede realizar de tres maneras:

- 1.- Imitando lo existente.
- 2.- Imitando lo existente con algunas modificaciones.
- 3.- Cambio de dientes modificado totalmente.

1.- Imitación de lo existente.

Técnicas:

- a).- Fijar con cera derretida la base del modelo alrededor de los bordes.
- b).- Elegir, desgastar y preparar un incisivo central imitando al que corresponde al modelo, o eligiendo el de otro modelo si éste no ofrece integridad anatómica.
- c).- Con una pequeña sierra o disco de carburo de silicio separamos el incisivo central de los dientes contiguos, lo cortamos por el cuello con unas tijeras para oro y rebajamos el proceso con un cuchillo para yeso de tal manera que por vestibular la alveolectomía no pase de 2 mm o bien de la alveolectomía planeada.
- d).- Colocamos con cera el diente artificial cor-

respondiente de modo que el borde y el cuello queden igual que el anterior.

- a).- Repetir el mismo procedimiento con los demás dientes, fijándolos cuidadosamente con cera.

2.- Cambio de dientes imitando los naturales con modificaciones.

- a).- Preparar los dientes artificiales imitando a proximadamente a los naturales.
- b).- Proceder al cambio de dientes según la técnica anterior pero corrigiendo las posiciones que se desee incluir.

3.- Cambio de dientes con alteraciones importantes.

Estas modificaciones se deben a notables alteraciones morfológicas, grandes cambios en la articulación o a la indicación de alveolectomía correctora.

En prótesis bimaxilar es conveniente regularizar primero el reborde mandibular porque la articulación de los dientes superiores naturales favorece la estabilidad de la prótesis.

ETAPAS DE LABORATORIO (TERMINADO Y PULIDO).

Terminada la articulación, el encerado de una dentadura inmediata es similar a la de una dentadura convencional. El enmulado hasta la terminación también siguen el procedimiento habitual.

Los aparatos terminados no deberán diferenciarse de las prótesis mediatas, excepto por dos cosas: un abultamiento mayor en la enca labial y la zona lisa carente de detalles de mucosa donde se cortaron los dientes del modelo.

Es conveniente duplicar el modelo antes del prensado con una impresión en alginato, para tener un modelo para construir una base transparente, que nos será útil en el acto quirúrgico.

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y COLOCACION DE LAS PROTESIS.

Una vez realizado el examen clínico y los procedimientos protéticos ya descritos en detalle, se procederá a la intervención quirúrgica.

Básicamente los procedimientos quirúrgicos que preceden a los protéticos se orientan a establecer lo que podríamos llamar un reborde desdentado total, cuyas características serían:

- 1.- Soporte óseo adecuado para las dentaduras completas.
- 2.- Reborde cubierto por tejido blando firme y elástico.
- 3.- Ausencia de retenciones y prominencias.
- 4.- Ausencia de rebordes agudos.
- 5.- Vestíbulo bucal y zona lingual adecuados.
- 6.- Ausencia de bridas cicatrizales que evitan que la dentadura completa se establezca normalmente en su periferia.
- 7.- Ausencia de inserciones musculares que interfieran en el sellado periférico de las prótesis (frenillos).
- 8.- Relación adecuada de los rebordes alveolares superior e inferior.
- 9.- Ausencia de repliegues tisulares blandos e hipertrofias de los rebordes.
- 10.- Ausencia de enfermedad neoplásica.

Estos son conceptos que tendremos en mente y en los cuales nos apoyaremos al efectuar nuestra cirugía ya que de esta manera obtendremos mayores beneficios --

protéticos.

Los procedimientos correctivos necesarios para -- preparar al reborde desdentado para una prótesis inme-- diata son tres:

1.- Cirugía avulsora.

Este procedimiento facilita las correcciones pre-- vias o posteriores de otras intervenciones, y se reali-- za cuando los elementos objetos de la intervención qui-- rúrgica, ocupan aún un lugar en el seno de los tejidos.

2.- Cirugía estabilizadora.

Tiene por objeto eliminar y alisar las crestas -- óseas y aristas y se efectúa recién hecha la extracción o bien después de un periodo de tiempo.

3.- Cirugía modeladora.

Este tipo de cirugía modifica las formas de los -- rebordes por razones estéticas y mecánicas. Aquí se in-- cluyen los procedimientos correctivos para reducir la -- tuberosidad del maxilar o bien el borde anterior.

CIRUGIA AVULSORA.

La avulsión dentaria es el acto quirúrgico de la-- extracción, que consiste en la separación de un órgano-- dentario, que se considera nocivo al organismo, de sus-- alveolos. En el caso de extraer los dientes con el obje-- to de poder construir una prótesis inmediata, el acto -- quirúrgico se llevará a cabo de acuerdo a la técnica de cada diente por avulsionar.

CIRUGIA ESTABILIZADORA.

Denominamos extracción con alveolectomía, a la o-- peración mediante la cual se elimina un diente de su al-- veolo, previa resección de su tabla de hueso que lo re--

cubre. La alveolectomía y la exodoncia para preparar un maxilar para prótesis inmediata consta de los siguientes pasos:

- 1.- Anestesia.
- 2.- Incisión bucal y palatina.
- 3.- Desprendimiento del colgajo.
- 4.- Exodoncia.
- 5.- Osteotomía.
- 6.- Comprobación con el propósito protético-clíni
co.
- 7.- Sutura.
- 8.- Colocación de la prótesis.
- 9.- Postoperatorio.

Es conveniente mencionar que la extensión indicada de la intervención quirúrgica para prótesis inmediata es de canino a canino, aunque algunos autores recomiendan conservar los primeros premolares de cada lado para mantener la distancia vertical, de tal manera que el segmento anterior sería de ocho dientes lo cual se aplica tanto en el maxilar como en la mandíbula.

1.- Anestesia.

La operación podrá realizarse bajo anestesia local regional o general, esto último si el tratamiento durará más de tres horas, porque el tratamiento podrá realizarse cómodamente en el tiempo quirúrgico calculado.

Si utilizamos anestesia local, se practicará éstos tejidos de la zona a operar para no edematizar la región que posteriormente soportará la prótesis, por lo tanto no habrá aumento de volumen en los tejidos y la prótesis se adaptará cómodamente, por otra parte la prótesis no ejercerá presión que resultará dolorosa cuando la anestesia desaparezca.

Idealmente se intervendrá con dos anestésicas infraorbitarias, aunque cuando se intervenga con anestesia general se recomendará utilizar anestesia local en la región bucal de los dientes a extraerse con fines hemostáticos y para que la intervención se efectúe con menos -- sangrado y mayor visibilidad; además de que la primera -- sensación de la prótesis colocada no resultará dolorosa.

2.- Incisiones bucal y palatina.

El criterio quirúrgico en sí, es iniciado con las incisiones que generalmente se realizan en la parte más superior del borde residual, si es que no existen los -- dientes. Si se trata por ejemplo de extraer de canino a -- canino, se practicará la incisión desde el surco vestibular y se prolonga hasta distal de cada canino, festoneando los dientes, se seccionarán las papilas interdental -- rias y se desprende el tejido gingival de todos los dientes. (Figs. 1 y 2).

Por el lado palatino se realiza el desprendimiento de la fibromucosa y se traza una incisión pequeña en distal de cada canino, para preparar un colgajo mínimo, con el objeto de no traumatizar la fibromucosa.

3.- Levantamiento del colgajo.

Con el periostiotomo se separa el colgajo bucal -- hasta la altura del tercio apical de los dientes por extraer. Por el lado palatino se desprende la fibromucosa en la extensión anteriormente señalada. (Fig.3).

4.- Exodoncia.

Se practican las extracciones con la técnica que --

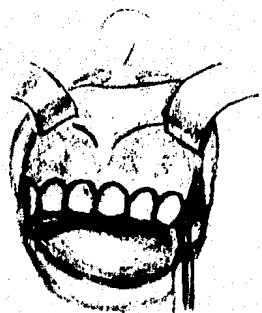


Fig. 1.- Línea de trazado de la incisión vestibular de canino a canino.

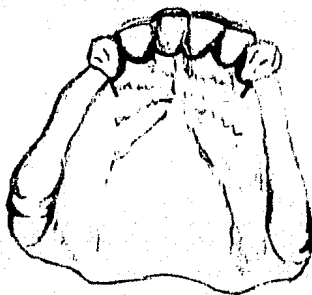


Fig. 2.- Incisión del colgajo palatino.

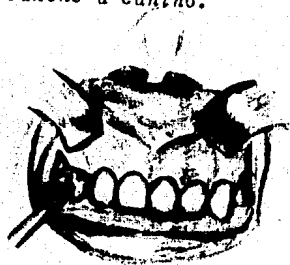


Fig. 3.- Desprendimiento del colgajo.

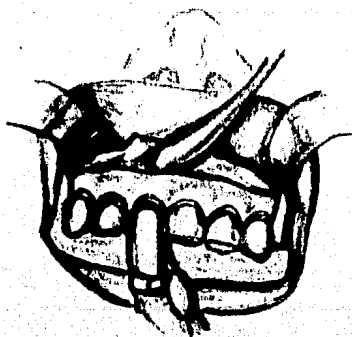


Fig. 4.- Técnica de exodoncia.

corresponda a cada uno de los dientes, evitando la fractura de la tabla externa. (Fig. 4). Las extracciones podrán ir acompañadas de odontosección u osteotomía ya que de esta manera podemos conservar hueso que si fuera fracturado, provocaría serias depresiones de los rebordes.

5.- Osteotomía.

En los casos normales, es decir, que no necesitan alveolectomía correctora, la osteotomía se reducirá a la necesaria para la exodoncia y la eliminación de las crestas interdentarias. Una osteotomía excesiva resultará inútil y acarreará la formación hipertrófica de tejido blando debajo de la prótesis.

La osteotomía se realiza con pinzas gubias que resecan los bordes filosos y las crestas prominentes y con limas que actúan alisando el hueso (Figs. 5 y 6).-- Cuando dactilarmente encontremos irregularidades, insistiremos en ese lugar para eliminar las crestas o bordes es decir, se hará descender el colgado y palparemos a través de él para poder darnos cuenta de la regularidad de los bordes. En la porción palatina generalmente, solo es necesario regularizar el borde filoso de los alveolos.

También deberán ser resecaos los eventuales granulomas paradentósticos y cohibidas las hemorragias de los vasos sanguíneos óseos para prevenir hematomas.

6.- Comprobación con el propósito protético-clínico.

Para verificar que el caso clínico ha quedado como nos lo propusimos, es decir, semejante al modelo de yeso sobre el cual se construyó la prótesis inmediata, se descenderá el colgajo y se adaptará sobre el maxilar



Fig. 5.- Osteotomía para regularización de reborde.



Fig. 6.- Alisamiento de los bordes óseos con lima después de la alveolectomía.



Fig. 7.- Prueba de la base transparente, donde se empalmea, se insistirá con la osteotomía.

del paciente una base transparente de acrílico que tendrá la forma exacta de la prótesis (Fig. 7). En aquellos sitios donde aparezca isquemia por el exceso de presión será necesario hacer mayor osteotomía hasta que la base transparente se adapte perfectamente a los tejidos.

Se completará el alisamiento con fresas grandes o limas para hueso, posteriormente se procederá a cortar el excedente de mucosa tanto por el lado palatino, como por el lado vestibular (Fig. 8) y se procede a suturar.

7.- Sutura.

Si el ajuste de las bases protéticas es favorable se suturará totalmente, ya sea con surgete continuo o con puntos aislados, los nudos irán sobre cada cresta alveolar, no sobre los alveolos, ya que ésto podría provocar hundimiento de tejidos blandos. (Fig. 9). Luego se fija el colgajo gingival por medio de puntos de sutura que se realizan con seda fina, nylon, para que no resulten traumatizantes.

Los colgajos no deberán quedar tirantes ni deben ser modificadas las inserciones musculares, ni el contorno para la adaptación de la prótesis; es conveniente seccionar las papilas interdentarias en los colgajos vestibular y palatino para la mejor readaptación de los colgajos favoreciendo su nutrición y fisiología para la formación de nuevos vasos sanguíneos y proliferación y anastomosis de los ya existentes.

Patología de la edentación.

Redordes alveolares.

Son zonas especializadas del maxilar superior y -



Fig. 8.- Corte del exceso de tejido gingival.



Fig. 9.- Sutura final del colgajo.

la mandíbula, cuya función es dar soporte a los dientes naturales y constan de una tabla externa e interna de hueso compacto unidas por hueso esponjoso en el que se localizan los dientes.

Cicatrización de los alveolos.

Existen cuatro fases cronológicas de la cicatrización de un alveolo postextracción:

- 1).- *Coagulación.* - Un coágulo sanguíneo llena el alveolo.
- 2).- *Organización.* - Se forma tejido conectivo joven dentro del coágulo reemplazándolo.
- 3).- *Ostificación.* - Es la formación de hueso nuevo grueso y fibrilar sobre las fibras del tejido conectivo joven y llena el alveolo.
- 4).- *Reconstrucción.* - El hueso maduro o laminar reemplaza al hueso inmaduro.

Atrofia del reborde residual.

El reborde residual pierde su función primaria -- cuando se extraen los dientes y comienza a reducir el tamaño total y su forma trabecular interna. Tanto en el maxilar como en la mandíbula se reabsorbe más la tablabial que las tablas palatina y lingual.

COLOCACION DE LA PROTESIS.

Terminada la operación se lava la superficie gingival, con el atomizador con suero fisiológico o agua oxigenada, y se procede a colocar las prótesis, ya sea directamente o con previa colocación de un acondicionador de tejido.

Los acondicionadores de tejido están formados por un polietilmetacrilato y un alcohol aromático estereofílico que mezclados forman un gel y se aplican depositándolos dentro de la base dura de la prótesis.

En este caso se usan para rehabilitar los tejidos que soportan la dentadura, como obturación temporal de áreas quirúrgicas o apósitos quirúrgicos.

Al colocar este reacondicionador de tejidos damos una protección a las heridas y ayudamos a un mejor ajuste de la dentadura. Al manipular este material se le debe dar un espesor de distribución de 1 mm. o más, repitiendo la operación cada tres o cuatro días, se debe evitar que los hilos de sutura se le adhieran, lo cual podría complicar el postoperatorio.

Si la intervención se realizó bajo anestesia general, se aconseja no colocar las prótesis, hasta que el paciente esté totalmente conciente.

GUIDADOS POSTOPERATORIOS.

Al paciente se le aconseja no retirar sus dentaduras durante las primeras 24 horas y pasado este tiempo el cirujano retirará las mismas que se lavarán y desinfectarán sumergiéndolas en una solución antiséptica, y serán de nuevo colocadas en el paciente previo lavado de las heridas quirúrgicas, usando nuevamente el acondicionador de tejidos, este procedimiento se utilizará durante los primeros 15 días del postoperatorio y posteriormente se pueden dejar periodos de tiempo más largos para continuar con el procedimiento precitado al día siguiente y así sucesivamente.

Las suturas se quitarán cuatro o cinco días después de la intervención para permitir la correcta cicatrización de los tejidos.

Es conveniente también indicarle al paciente, el tipo de analgésicos que puede tomar si el dolor lo obliga o bien la indicación de antiinflamatorios o antibióticos según lo requiera el caso.

Al mismo tiempo en que se hagan los lavados de las prótesis, se les harán los retoques que requieran y se procurará obtener una correcta articulación.

El cirujano dentista deberá observar cuanta es la tolerancia que el paciente tiene por estas prótesis cuidando las heridas, retocando la prótesis frente a los puntos dolorosos o en su articulación y hará un rebasado si esto fuera necesario.

Procedimientos correctivos.

Alveoloplastia.-

Podrá haber ocasiones en que independientemente de la existencia de dientes remanentes en un reborde que se tratará con prótesis inmediata, están presentes también protuberancias que evitan la colocación de la dentadura o retrasan su curación y que tendremos que eliminar completamente, la tendencia en este tipo de intervenciones, deberá ser conservadora.

En extracciones simples con pérdida temprana de dientes adyacentes, se deberá reducir el anillo de hueso alrededor del diente en el momento de la extracción. Deberán reducirse los rebordes afilados palatinos, linguales y labiales para proporcionar al reborde una forma de "U", y no deberá sacrificarse hueso, para hacer -

cierra primario de los tejidos.

Eliminación de eminencias óseas.

Este procedimiento se utiliza mucho para eliminar los rebordes afilados que son causas comunes de molestias al asentar las dentaduras, ya que tienen forma de sierra o están afilados.

Frecuentemente al intervenir a pacientes en los que el tratamiento de prótesis inmediata está indicado nos encontramos con que sus rebordes tienen crestas rodeadas por tejido redundante movable y que descubrimos por medio de la palpación digital, que han sido provocadas por extracciones anteriores en las que no se ha tenido el cuidado de realizar la alveolectomía y la alveoloplastia correspondiente, entonces nos vemos obligados a realizar un procedimiento para eliminar éstas, con la finalidad de rectificar los rebordes y estabilizar las dentaduras.

Cirugía modeladora.

En lo que se refiera a las alveolectomías modeladoras, observaremos las conveniencias o riesgos mediante un correcto diagnóstico quirúrgico, ya que es de esencial importancia saber la posición y el tamaño del seno maxilar, lo cual excluye algunas veces la posibilidad de efectuar reducciones de la tuberosidad del maxilar.

También con respecto a la reducción de la tuberosidad, existe la posibilidad de que esté recubierta por una mucosa gruesa que se puede adelgazar quirúrgicamente con escasa o ninguna reducción ósea.

CUIDADOS PROTETICOS.

Ahora, la dentadura inmediata se ha colocado en la boca del paciente ya terminadas las intervenciones quirúrgicas, podemos observar ciertos defectos como son:

a).- La falta de retención.

Si la falla no es importante basta colocar un polvo adhesivo; si por el contrario, el defecto es grande deberemos proceder a un rebasado inmediato, con material acondicionador, con un elastómero o un acrílico -- autopolimerizable, protegiendo las heridas con una tira emplástica.

b).- Fallas en la articulación.

Estas pueden causar interferencias oclusales, que podrán ser corregidas inmediatamente por medio de papel de articular y piedras montadas para lograr una oclusión céntrica balanceada mediante unos pocos contactos--dejando para después el ajuste de las oclusiones excéntricas.

c).- Fallas en la estética.

Por diferentes razones no debemos mostrar al paciente los resultados inmediatos después de colocar la dentadura, es decir, el labio superior puede estar deformado por un efecto anestésico y por ende puede dar una impresión muy desfavorable, también normalmente, hay restos de sangre en la dentadura lo cual le da peor aspecto.

A los pacientes se les tiene que insistir que no deben juzgar el resultado en lo que se refiere al aspecto o a la función de la dentadura hasta la siguiente visita.

Es posible que existan otras fallas que se podrán corregir inmediatamente cuando es posible sin gran esfuerzo, pero si la corrección es laboriosa es preferible postergar la corrección para cuando el paciente esté en mejores condiciones.

AJUSTES Y REBASADOS Y ATENCIONES MEDIATAS.

La duración de la prótesis inmediata no se puede prever, porque la reacción orgánica es individual en cada caso, lo importante es que el paciente sepa que la prótesis inmediata es un tratamiento de transición, que servirá para que el paciente se adapte posteriormente al uso de la prótesis convencional.

Rebasados.-

Las opiniones divergen a este respecto, existen autores que dicen que el primer rebasado deberá ser en seis meses, otros piensan que el paciente deberá volver cada tres meses para decidir cuando tienen que ser rebasados, también existen autores que dicen que el primer rebasado deberá hacerse después de tres semanas de colocar las dentaduras, con un material temporal y de nuevo a los dos o tres meses.

A nuestro parecer, lo más correcto es hacer los rebasados en el momento de ser necesario con los materiales temporales y en los sitios donde se requiera, es decir, total o parcialmente.

Renovación y/o remonta.

Al transcurrir el periodo inmediato, el paciente deberá ser instruido para vigilar sus prótesis y reajustarlas después de un intervalo de tiempo para evitar las hipertrofias marginales y los trastornos en altura-

y en la estética.

Existen autores que recomiendan renovar las próte_usis totalmente, después de un año de haberlas colocado con las ventajas siguientes;

- 1.- Recurrir a procedimientos mediatos con una t_ucnica correcta.
- 2.- Tener un repuesto de la prótesis que servir_uen substitución si ésta sufriera alguna fractura o pérdida, además de que los pacientes - que poseen dos prótesis tienen un servicio ac_utivo de éstas por mayor tiempo.

Conclusiones.

El tratamiento con prótesis inmediata es altamente satisfactorio para el cirujano dentista, en el sentido profesional, ya que éste tiene las posibilidades de conservar el aspecto facial y bucal de un paciente que se volverá desdentado, dándole la alternativa de recuperar su apariencia normal en corto tiempo, en vez de permanecer sin dientes durante meses, lo que resulta de gran beneficio para el paciente, no sólo en lo que se refiere a su rehabilitación bucal, sino en el funcionamiento total de su organismo.

De todo lo expuesto en el desarrollo de esta tesis tuve la oportunidad de confirmar la significación que tienen las relaciones interdisciplinarias en la odontología, es decir, la trascendencia que tiene la comunicación y la consulta entre los diversos especialistas, en este caso, entre el protodoncista y el cirujano bucal que dan lugar a obtener excelentes resultados que logran los objetivos que inicialmente se habían planteado.

El desarrollo de éste trabajo también me ha permitido corroborar la importancia que reviste el poseer los conocimientos necesarios, para el estudio, diagnóstico y tratamiento del problema, que se deberá realizar en cada caso, para lograr el éxito de nuestra participación, perfeccionando nuestra práctica profesional y mejorando la atención total del paciente.

Y, por último, deseo recalcar los alcances que tiene la protodoncia en la odontología, ya que toda manobra no estudiada y erróneamente efectuada por un cirujano dentista, repercute en última instancia en la labor del protodoncista para la rehabilitación del sistema estomatognático específicamente.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Archer Harry
"Cirugía Bucal" Tomo I
Editorial Mundi. Buenos Aires.
- 2.- Ginestet Gustav.
"Cirugía estomatológica y maxilofacial"
Editorial Mundi. Buenos Aires .1963.
- 3.- Kruger Gustav O.
"Tratado de Cirugía Bucal".
Nueva editorial interamericana S.A. de C.V.
México, 1974.
- 4.- Odontología clínica de Norteamérica.
"Prótesis de dentaduras completas"
Serie VIII- Vol. 24.
Editorial Mundi S.A. Nov. 1964.
- 5.- Osawa Deguchi José Y.
"Prostodoncia total".
Dirección general de publicaciones.
Textos universitarios UNAM.
México 1979.
- 6.- Ries Centeno Guillermo A.
"Cirugía Bucal".
Librería editorial "El Ateneo".
Buenos Aires. 1978.
- 7.- Salzar Pedro.
"Prostodoncia total".
Editorial Mundi S.A.I.C. y F.
Buenos Aires 1972

8.- Sharry John J.

"Prostodoncia dental completa".

Ediciones Toray S.A.

Barcelona, 1977.