

931
Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



PROTESIS INMEDIATA

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

MIGUEL ANGEL ROSALES REYES

México, D. F.

1981



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Prólogo.....	1
Generalidades.....	2
CAPITULO I	
Elementos Anatómicos de Importancia.....	4
CAPITULO II	
Des-entajas, Ventajas, Indicaciones y Contraindicaciones..	24
CAPITULO III	
Tipos de prótesis inmediatas.....	27
CAPITULO IV	
Historia Clínica.....	29
CAPITULO V	
Procedimientos clínicos.....	38
CAPITULO VI	
Entrega y cuidados posteriores.....	63
Conclusiones.....	70
Bibliografía.....	71

PROLOGO

La base fundamental de este trabajo es exponer la rehabilitación de aquellos pacientes que por nuestro diagnóstico, el plan de tratamiento se enfoca hacia una dentadura inmediata y por razones estéticas principalmente, considero importante la confección de este tipo de prótesis para aquellos pacientes en los que es necesario evitarles un período penoso de desdentación.

Es importante mencionar que la razón fundamental del tratamiento protético y quirúrgico, se expone antes que las técnicas del tratamiento. El resultado cuando se utiliza una técnica podrá ser dudoso, por que las condiciones nunca serán las mismas en los pacientes; sin embargo se puede mejorar la técnica conociendo las causas de su utilización.

El motivo por el cual elegí elaborar este tema, es con el fin de lograr servir mejor a las personas candidatas a este tratamiento. Por otra parte ayudar al estudiante de odontología, proporcionándole una base suficiente flexible con soluciones al - ternas a la vez que efectivas en su aplicación general.

GENERALIDADES

Prótesis inmediata son aquellas que se confeccionan antes de la extracción de los dientes y se colocan inmediatamente después de su remoción.

Esta forma de tratamiento inmediato se usa como una prótesis completa o solo monomaxilar. Se aconseja generalmente, si se proponen prótesis inmediatas superior e inferior, que se les confeccione simultáneamente, para evitar mal posiciones estéticas u oclusales.

HISTORIA. La prótesis inmediata parece haberse iniciado como otros grandes progresos protodénticos, a mediados del siglo pasado. Tal surge por lo menos, de los párrafos hallados en 1860 en el *Dental Cosmos*.

Sin embargo, no fue hasta 1920 como consecuencia de las extracciones masivas impuestas por la tairfe de la infección focal, por un lado, y del progreso de la anestesia y la radiografía; por el otro que la prótesis inmediata hizo un adelanto espectacular junto con la cirugía bucal.

La principal motivación para la mayoría de los pacientes que buscan el tratamiento de dentadura inmediata, es evitar cualquier cambio en su aspecto que informe a sus amigos que usan dentaduras completas.

La dentadura inmediata les capacita para seguir sus negocios y actividades sociales sin el período azaroso durante el cual no tiene dientes.

Hoy día el desarrollo en materia de dientes artificiales a alcanzado tan alto grado de perfección que es posible hacer un duplicado exacto de todos los rasgos de los dientes naturales del paciente. Quizá la mayor sensa-

ción del logro artístico la realiza el dentista durante la fabricación de las dentaduras inmediatas. El tiene un guía sin defecto de la estética que le exige una tarea específica y seria.

ELEMENTOS ANATÓMICOS DE IMPORTANCIA

Considerando que los huesos maxilares y mandíbula, presentan arrugas, crestas, fosas, canales, etc., donde se insertan músculos o corren vasos y nervios, es necesario en Protopodencia - Tetel, conocer detalladamente; las estructuras óseas, neoparientes, las inserciones musculares, su acción, naturaleza y relaciones; con el fin de poder limitar correctamente su contorno o longitud periférica, librándonos de efectos tensionales.

ESTRUCTURA OSEA DEL MAXILAR SUPERIOR. Consta este hueso de dos caras, cuatro bordes, cuatro ángulos y una actividad o seno maxilar.

En su cara interna se encuentra una saliente horizontal, llamada apófisis palatina, la cara superior de ésta, forma el piso de las fosas nasales y la inferior forma parte de la bóveda del maxilar, y el interno se articula con el borde de la apófisis del maxilar opuesto. Este borde en su parte anterior termina con una prolongación que al articularse con la del lado opuesto forma la espina nasal anterior.

Por atrás de la espina nasal anterior, se encuentra un surco que con el del otro maxilar forma el conducto palatino anterior; por él pasan el nervio esfenopalatino.

Por arriba de las apófisis palatina se encuentra el orificio del seno maxilar, el cual en estado fresco queda muy disminuido en virtud de la interposición de las masas laterales del etmoides por arriba, el cornete inferior por debajo, el unguis por adelante y la rama vertical del palatino por detrás.

Por adelante del seno se encuentra el canal nasal, que se encuentra limitado en su parte anterior por la apófisis ascendente del maxilar superior. Este apófisis en su cara interna presenta las crestas turbinales superiores e inferiores; la primera se

articula con el corneto medio y la segunda con el corneto inferior.

En su cara externa presenta la fosita mirliforme donde se inserta el músculo del mismo nombre; posteriormente se encuentra la giba canina, por detrás y arriba de ésta se encuentra una saliente llamada apófisis piramidal. Esta presenta una base, en vértice que se articula con el hueso malar; tres caras y tres bordes. La cara superior u orbitaria forma parte del piso de la órbita y lleva el conducto suborbitario por donde sale el nervio del mismo nombre. Entre este agujero y la giba canina se encuentra la fosa canina. De la pared inferior salen unos conductillos llamados conductos dentarios anteriores.

La cara posterior presenta también canales y orificios llamados agujeros dentarios posteriores por donde pasan nervios dentarios posteriores y arterias alveolares destinadas a los huesos molares.

Borde anterior.— Arriba de la espina nasal anterior, se encuentra una escotadura que con la del lado opuesto forma el orificio anterior de las fosas nasales.

Borde posterior.— En su parte baja se articula con la apófisis piramidal del palatino y con el borde anterior de la apófisis pterigoides. Ahí se encuentra el conducto palatino posterior por donde pasa el nervio palatino anterior.

Borde superior.— Forma el límite interno de la pared inferior de la órbita.

Borde inferior.— Borde alveolar.

ESTRUCTURA OSEA DE LA MANDIBULA.— Consta de un cuerpo encurvado en forma de herradura y dos ramas. Por la cara externa del cuerpo en la parte media presenta la apófisis mentoniana y más abajo la eminencia mentoniana. Hacia atrás se encuentra el agujero mentoniano por donde salen vasos y nervios mentonianos, más atrás se observa la línea oblicua externa donde se insertan los músculos: triangular de los labios,

cutáneo y cuadrado de la barba.

En la cara posterior cerca de la línea media se encuentra la apófisis geni, dos superiores que sirven de inserción a los músculos genioglosos y dos inferiores donde se insertan los genihioides; más atrás son encontrados con la línea oblicua interna o milohioides, donde se inserta el músculo milohioides - por encima de esta línea se encuentra la foseta sublingual en donde se aloja la glándula sublingual, más afuera por debajo de esta la foseta submaxilar que sirve de alojamiento a la glándula del mismo nombre.

En el borde inferior se presentan las fosetas digéstricas lugar de inserción del músculo digéstrico. El borde superior - presenta los alveolos dentarios.

RAMAS. En la cara externa de la rama, en su parte inferior del conducto dentario por el se introducen nervio y vasos dentarios inferiores, nos encontramos también con la espina de Spix sobre la cual se inserta el ligamento esfenomaxilar. Hacia abajo vemos el surco milohioides donde se alojan vasos y nervios del mismo nombre.

En el borde superior nos encontramos con la escotadura sigmoides situada entre las dos salientes; por delante la apófisis coronoides y por detrás el cóndilo de la mandíbula.

MUCOPERIOSTIO DEL MAXILAR. - El tejido que cubre el reborde alveolar de un diente, es idéntico a la encía normal en su escotadura. Está constituido de una capa firme y gruesa, de tejido conectivo inelástico denso, adherido al mucoperiostio del reborde y cubierto por un epitelio escamoso estratificado.

Este tejido tiene un espesor de 4 a 8mm., se extiende desde la tuberosidad del maxilar de un lado, hasta la tuberosidad de lado opuesto incluyendo la parte posterior del maxilar.

El paladar duro está cubierto en su parte anterior por un tejido denso y resistente que forma las rugas palatinas, en

cambio la mucosa de la parte posterior del paladar duro, es -
lisa y elástica.

La submucosa es acolchada y húmeda en esta zona, por la
presencia de tejido adiposo y numerosas glándulas, contiene -
además vasos y nervios palatinos.

Con frecuencia se encuentra en la línea media del pala-
dar duro un reborde resistente cubierta por una delgada capa de
tejido blando, ésta zona, el refé medio y la sutura palatina,
varía en su forma y tamaño, cuando es muy prominente se le de-
nomina torus palatino.

MUCOPERIOSTIO DE LA MANDIBULA.- La mucosa y submucosa que cu-
bre el reborde alveolar de la mandíbula presenta caracterís-
ticas semejantes al superior, destacando en el extremo distal
de la zona gingival la almohadilla retromolar; en forma de
almendra, que contiene en su centro una pequeña saliente de-
nominada papila piriforme.

Su disección la muestra compuesta de distintas maneras:

1. Por la glándula retromolar, que histologicamente es seme-
jante a las glándulas palatinas, de las que constituye una -
continuación.
2. Por el ligamento pterigomaxilar.
3. Por el músculo buccinador.
4. Por el tendón del temporal,

MUSCULOS CUTANEOS O FACIALES.

Los músculos de la cabeza y del cuello, tiene tres ca-
racterísticas comunes principales:

1. TODOS tienen una inserción móvil cutánea.
2. Todos están inervados por el facial.
3. Todos están agrupados alrededor de los orificios de la ca-
beza y son constrictores o dilatadores de estos orificios,
interesándonos los que circundan el orificio bucal.

Los músculos de los labios y carrillo se reparten en dos grupos, los dilatadores y los constrictores.

Los músculos dilatadores, son láminas musculares que divergen desde los labios a las diferentes regiones de la cara y son de arriba a bajo; los elevadores superficiales y profundo del ala de la nariz y del labio superior, el canino, el cigomático menor y mayor, el buccinador el risorio, el triángulo de los labios, el cuadrado del mentón, el músculo barba de la barba y el cutáneo del cuello.

Estos músculos están dispuestos en dos planos: profundo y superficial.

El plano profundo está constituido: por arriba, por el canino; en la parte media, por el buccinador; por debajo, por el cuadrado del mentón y músculo barba de la barba.

El plano superficial está representado: por arriba, por los elevadores superficial y profundo y los cigomáticos menor y mayor; en la parte media por el risorio; por abajo, por el triangular de los labios y el cutáneo del cuello.

Los músculos constrictores son: el orbicular y el compresor de los labios.

INSERCCIONES, DESCRIPCION Y ACCION.

Se indicará primero los músculos profundos y después los superficiales, sin embargo de éstos se descartan los elevadores superficiales del ala de la nariz y labio superior y los cigomáticos menor y mayor por carecer la importancia real en Prostodencia Total.

MUSCULO CANINO.— Se inserta por arriba en la forma canina, debajo del agujero infraorbitario. Desciende oblicuamente hacia abajo y hacia afuera y se inserta en la cara profunda de la piel de la comisura y del labio inferior hasta la línea media. Su acción es elevar la comisura y el labio inferior.

MUSCULO BUCCINADOR.— Es aplanado, ancho y irregularmente cuadrilátero, está situado en la parte profunda de la mejilla, entre las dos maxilares y la comisura de los labios. Sus inserciones posteriores se hacen:

1. En el ligamento ptérido-mandibular, en su borde anterior.
2. Inserción superior, en las eminencias alveolares a lo largo de los tres últimos molares.
3. Inserción inferior, en los dos tercios posteriores de la línea oblicua externa, ésta inserción por detrás se une al haz tendinoso.

MUSCULO BORLA DE LA BARBA.— Los músculos borla de la barba, son dos pequeños haces situados a los lados de la línea media, en el espacio triangular comprendido entre los dos cuadrángulos del mentón.

Hacen a uno y otro lado de la línea media, de las eminencias alveolares de los incisivos y del canino, debajo de la encía. Desde allí se dirigen los dos músculos hacia abajo y se espesan a manera de borla para insertarse en la piel del mentón. La acción de estos músculos son elevadores del mentón y del labio inferior.

De los músculos del plano superficial, solo interesan por su relación de acción conjunta con otros músculos, el risorio, el triangular de los labios y el cutáneo del cuello.

MUSCULO RISORIO.— Se inserta por atrás en la espesura más cutánea por haces mas o menos distintos que terminan en la piel de la comisura labial. Su acción es tirar hacia afuera y hacia atrás la comisura labial.

MUSCULO TRIANGULAR DE LOS LABIOS.— Se inserta por su base en la parte anterior de la línea oblicua externa de la mandíbula debajo de la línea de inserción del cuadrado del mentón. Desde este origen las fibras carnosas van hacia la comisura labial donde se entrecruzan con las de los cigomáticos y elevadores que son más superficiales y con las del buccinador que son más profundas. Se insertan en la piel de la comisura y del labio superior y algunos haces se extienden hacia el cartílago del ala de la nariz y del subhiel.

MUSCULO CUTANEO DEL CUELLO.— Unicamente interesarán las inserciones superior, que son a la vez óseas y cutáneas:

1. Las fibras superiores que fijan después de entrecruzarse, en la piel de la eminencia mentoniana.
2. Las intermedias se intersectan en el borde cervical de la mandíbula y en la parte superior de la línea oblicua externa, entrecruzándose con las del triangular y cuadrado del mentón.
3. Las posteriores o externas se continúan en parte con las fibras externas del triangular de los labios, y otras veces van directamente a la comisura de los labios y a la piel de la mejilla. En su acción tira hacia abajo de la piel del mentón y desciende la comisura labial; puede ya bien extender o plegar la piel del cuello.

MUSCULOS COMPRESORES DEL ORIFICIO BUCAL.— Son los músculos que ocupan el espesor de los labios. Es elíptico y está formado por fibras dispuestas concéntricamente alrededor del orificio bucal. Se compone de dos porciones, una periférica u orbicular externo y otra central u orbicular interno.

MUSCULO ORBICULAR EXTERNO.— Es necesario distinguir dos clases de fibras, las extrínsecas y las intrínsecas.

Las fibras extrínsecas, pertenecen a las de los músculos dilatadores que terminan en la cara profunda de la piel de uno o otro labio. Estas son: en el labio superior, fibras radiadas del triangular de los labios y de los haces inferiores del buccinador, en el labio inferior, fibras del canino y de los haces superiores del buccinador.

Las fibras intrínsecas pertenecen a los músculos incisivos, estos músculos son cuatro, dos para cada lado. Los incisivos superiores se intersectan por dentro del borde externo de la fosa piriforme; los incisivos inferiores se insertan en la eminencia alveolar del canino inferior uno y otros, — se insertan por afuera de la piel de las comisuras.

MUSCULO ALVEOLAR INTERNO.— Ocupa la mitad aproximadamente de cada labio a lo largo de su borde libre. Su porción marginal es libre superficialmente, su porción excéntrica está cubierta por el orbicular externo.

Sus fibras se extienden por toda la longitud de los labios, se fijan después de entrecruzarse con las del lado opuesto, en la piel y en la mucosa de la comisura. La acción de estos músculos determinan la oclusión de la boca.

MUSCULO COMPRESOR DE LOS LABIOS.— Se da éste nombre a unos haces musculares extendidos de adelante a atrás alrededor del orificio bucal y a través de las fibras del orbicular interno, desde la cara profunda de la mucosa. Este músculo comprime los labios de adelante hacia atrás. Está especialmente desarrollado en el recién nacido y toma una parte importante en el acto de la succión.

MÚSCULOS DEL PISO DE LA BOCA.— Los músculos del piso de la boca que tienen una relación importante en la Prostodencia total son las siguientes descritas de atrás hacia adelante:

1. Ligamento ptérigo-mandibular.
2. Palatogloso o glosostafilino.
3. Geniogloso.
4. Geniohideo.
5. Milohioideo.

LIGAMENTO PTERIGO-MANDIBULAR.— También recibe el nombre de aponeurósis bucinato-faríngea. Se inserta por arriba en el gancho del ala interna de la apófisi pterigoidea, desciende oblicuamente hacia afuera para insertarse en la parte alta del labio interno del triángulo retromolar, detrás del último molar, presta inserción en su borde anterior al músculo buccinador y por su borde posterior al constrictor superior de la faringe. Cabe indicar que la pila piriforme o retromolar queda constituida por ésta razón por fibras musculotendinosas del ptérigo-mandibular, buccinador y constrictor superior y toda ella cubierta por la mucosa bucal.

MÚSCULO PALATOGLOSO O GLOSOSTAFILINO.— Este músculo es delgado, aplanado y débil, se inserta por arriba en el velo del paladar, en la cara inferior de la aponeurósis palatina, desciende por el espesor del papilar anterior termina en la lengua por fibras transversales y longitudinales que se confunden con las fibras superiores del estilogloso.

Su acción es elevar la lengua, la dirige hacia atrás y estrecha el istmo de las fauces.

MUSCULO GENIOGLOSSO.- Se inserta por delante por fibras tendinosas, cortas en la apófisis geni superior. Desde allí se irradian sus fibras hacia la cara dorsal de la lengua y la punta. Las fibras inferiores terminan en el borde superior del hueso hioides.

Su acción es elevar la lengua, la lleva hacia adelante y atrás la punta hacia abajo y hacia atrás; cuando se contrae en su totalidad, aplica la lengua sobre el piso de la boca. Este músculo corre por dentro de la glándula sublingual y es un punto que si no es perfectamente impresionado, cause irritaciones y úlceras traumáticas con frecuencia.

MUSCULO GENIOHIOIDEO.- Se inserta por delante en la hipofisis geni inferior del lado correspondiente; estrecho en su origen, este músculo se adosa al del lado opuesto y ensanchándose se dirige de adelante a trás de un poco de arriba a abajo. Termina en la superficie anterior del cuerpo del hueso hioides siguiendo una superficie de inserción en forma de herradura cuya cavidad externa recibe el borde anterior del músculo hiogloso. Su acción es depresor de la mandíbula o elevador del hueso hioides, según tome su punto

MUSCULO MIOHIOIDEO.- Se inserta por arriba, por medio de fibras tendinosas cortas, en toda la longitud de la línea oblicua interna; desde allí, se dirige hacia adentro y hacia abajo hasta el hueso hioides y el refé medio máxilo-hioides.

Las fibras anteriores son muy cortas y casi horizontales; la longitud de las fibras aumenta de adelante a atrás al mismo tiempo que se hacen cada vez más oblicuas hacia abajo y hacia adentro. Los dos miohioides, reunidos por el refé desde la sínfisis del mentón hasta el hueso hioides, forman en conjunto una cintura muscular sobre la cual des-

cansen, en la línea media del geniohioloideo por abajo y más arriba de la lengua, a los lados las glándulas sublinguales.

INERVACION E IRRIGACION.—En los huesos maxilares encontramos una serie de agujeros que nos identifiquen la entrada o salida de las diferentes ramas nerviosas que la inervan. En la cara anterior encontraremos el agujero infraorbitario por el que sale el nervio infra o suborbitario, y es considerado como terminal del nervio maxilar superior, dividiéndose a su vez en tres pequeños ramos terminales: ascendentes ó palpebrales.

descendentes ó labiales.

internos ó nasales.

Por la parte palatina encontramos por anterior y en la línea media, el agujero palatino anterior por donde emerge el nervio naso palatino, ramo del esfenopalatino quien a su vez es ramo del maxilar superior y termina en numerosos ramos en la parte anterior de la mucosa de la bóveda palatina.

Los agujeros palatinos posteriores en número de dos: izquierdo y derecho, localizados aproximadamente a un cm. por arriba y por dentro del reborde alveolar cerca de la sutura entre el borde posterior, entre la apófisis palatina del maxilar y el borde anterior de la lámina horizontal del palatino; por éstos agujeros palatinos posteriores emergen los nervios palatinos anteriores, también ramos del esfenopalatino que no es ramo a su vez del maxilar superior, inerva el velo y parte de la bóveda palatina.

Ramos dentarios posteriores, éstos en número de dos o tres separen el maxilar superior un poco antes de su entrada en la cavidad orbitaria, descienden por la tuberosidad del maxilar, se introducen en los conductos dentarios inferiores y forman anastomosándose por encima de los premolares y molares un plexo, que da ramos a todas las raíces de los molares superiores, el hueso malar y la mucosa del seno maxilar.

El nervio dentario medio, nace del infraorbitario en el canal o su piso, antes de la extremidad posterior del conducto, que desde ahí desciende por la pared anterolateral del seno hasta la pared media del plexo dentario, en ocasiones se confunde con el más elevado de los dentarios posteriores, cuyo trayecto comparte hasta la proximidad de su territorio de distribución.

El nervio dentario anterior, nace del maxilar superior en el conducto dentario anterior y superior y se distribuye por las raíces de los incisivos y caninos del lado correspondiente; también por la mucosa de la parte anterior del alveolo inferior, éste ramo se anastomosa por detrás en el plexo dentario. En la mandíbula el nervio dentario inferior, constituye el de mayor importancia, y es ramo maxilar inferior y su terminal, el mentoniano; por la parte interna primordialmente el nervio lingual correspondiente a su porción posterior.

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.— Es una articulación con movimientos precisos que pertenecen al género de las bicondiliares, y forma parte del componente posterior de la articulación de la mandíbula, ya que el componente anterior está representada por la articulación de los dientes.

ASPECTOS ANATOMICOS.— La articulación temporomandibular está constituida por los huesos, por arriba del hueso temporal que es la parte inmóvil de la articulación, formada por la cavidad glenoidea (cóncava) que se prolonga hacia adelante e incluye la eminencia articular (convexa), posteriormente la cavidad está limitada por la fisura petrotimpánica; y el cóndilo de la mandíbula que corresponde a la parte móvil; ambas están cubiertas de cartilago hialino y están mantenidas en posición por un saco fibroso y separadas una de la otra por un disco o meniscoarticular y fibrocartilaginoso que tiene inserciones tanto en el segmento móvil como en el inmóvil en número de dos y acompaña al cóndilo de todos sus movimientos.

Dicho menisco interarticular en dos cavidades distintas, una superior y otra anterior; rodeando a la articulación temporomandibular se encuentra una cápsula articular en forma de cortina que se inserta en la cavidad glenoidea y en el cuello del cóndilo, evitando la salida del líquido sinovial que lubrica a la articulación.

El menisco va desde los límites anteriores de la eminencia articular hacia atrás hasta la fisura de Glasser a la cual está insertado por medio de la cápsula. En su superficie o temporal el menisco presenta una superficie continua lisa que le permite deslizarse libremente hacia adelante.

En sus límites está adherida al hueso temporal por medio de una cápsula floja. Su superficie inferior presenta un aspecto muy diferente; está dividida en dos porciones, una anterior que está insertada por medio de un fascículo fibroso resistente alptorigoideo externo y una superficie posterior - cóncava, más bien poco profunda para alojar el cóndilo de la mandíbula. En la parte anterior de la superficie cóncava hay un engrosamiento del menisco que impide el desplazamiento hacia adelante del cóndilo. La cápsula en el cuello del cóndilo está insertada a la periferia de ésta superficie lisa posterior y solamente a esta porción.

La estructura histológica del menisco no es uniforme, el tercio anterior y parte del tercio mediodel menisco es - blanco, firme y translúcido consistiendo principalmente de - fibras de tejido conectivo denso con algunas células cartilaginosas. Por otra parte, la porción posterior del disco consistente principalmente de tejido conectivo laxo con abundancia de irrigación sanguínea, una característica ausente en su porción anterior.

No hay vasos sanguíneos o nervios en el tejido fibroso de la eminencia articular cóndilo y área central del menisco.

LIGAMENTOS DE LA ARTICULACION.- Existen tres ligamentos relacionados con la articulación temporomandibular, considerando los ligamentos capsular y temporomandibular como si fueran uno solo, puesto que este último solamente resulta un espesamiento y esfuerzo de la cápsula; se inserta en el borde inferior y posterior de la eminencia del temporal, inferiormente se inserta en el cuello del cóndilo en su parte externa y posterior dirigiendo sus fibras oblicuamente de adelante hacia atrás y de arriba abajo.

Los otros dos, son los que contienen accesorios por naturaleza, el esfenomandibular va de la apófisis pterigoideas del esfenoides a la espina de Spix, dirigiendo sus fibras de arriba a bajo y de adentro hacia afuera.

El ligamento esfenomandibular se dirige de la apófisis esfenoides al ángulo de la mandíbula; atrás del cóndilo hay tejido conjuntivo laxo ampliamente vascularizado e innervado.

MÚSCULOS DE LA MASTICACION.— Con este nombre se designa a un grupo bilateral de cuatro músculos procedentes del cráneo que se insertan en el maxilar inferior, estando todos ellos innervados forma porción motora de la tercera rama del trigémino o nervio maxilar inferior. Dichos músculos son el temporal que es superficial, el masetero situado en la cara externa del maxilar inferior y los dos pterigoideos, externo e interno situados en la profundidad.

MÚSCULO TEMPORAL.— El músculo temporal es largo y un fuerte músculo de la masticación, se inserta en una extensa zona ósea de la superficie externa del cráneo, estando limitada hacia arriba, hacia adelante y hacia atrás por la línea temporal inferior hacia abajo, la zona de origen lleva hasta la cresta esfenotemporal o infratemporal por delante y abajo ocupa el ala mayor del esfenoides y alcanza hasta la parte más posterior de la superficie temporal del calvario.

Hay numerosas fibras superficiales que toman su origen en la aponeurosis temporal, la cual recibe al músculo por su parte superior. En forma de abanico convergen las fibras hacia el espacio situado por dentro del arco cigomático, donde el músculo alcanza su mayor espesor y atraviesan este espacio para terminar insertándose en la mandíbula.

La inserción del músculo tiene lugar mediante dos porciones tendinosas claramente separadas entre sí, la porción tendinosa superficial se inserta en la altura del borde de la apófisis coronoides y siguiendo una línea que llega al anterior de la coronoides, pasando por el ángulo de ésta y descendiendo luego profundamente para llegar muchas veces al nivel del reborde alveolar inferior. El tendón profundo se inserta, en la cara interna de la apófisis coronoides, en una zona extendida cerca de su vértice, y sigue luego hacia abajo por la cresta temporal; entre las dos porciones tendinosas queda hacia adelante un surco profundo, que corresponde a la fosa retromolar, al nivel del cual el hueso queda libre de inserciones.

Aunque las fibras del músculo temporal han sido descritas como verticales oblicuas y horizontales, la contracción de unas o de todas ellas tienen una tendencia definitiva al elevar y retroceder la mandíbula.

MÚSCULO MASETERO.— El músculo masetero forma una fuerte masa cuadrangular aplanada fuera e adentro, que se inserta al ángulo de la mandíbula. En este músculo se reconocen perfectamente dos porciones, una superficial y otra profunda. Las fibras de la porción superficial se dirigen, en geral, de adelante y arriba hacia atrás y abajo; las de la porción profunda llevan una dirección casi completamente vertical, desviándose a veces un poco hacia adelante y abajo.

El masetero es un poderoso músculo de la masticación; y sus contracciones elevan la mandíbula y hacen que los dientes se junten fuertemente. Como el músculo temporal, sus contracciones tienden a colocar al cóndilo en una posición postero-superior en la fosa glenoidea.

Ni el temporal ni el masetero tienen que ver con los movimientos de lateralidad de la mandíbula. Sus contracciones primeramente elevan la mandíbula y luego hacen que las piezas den-

tarina se pongan en contacto unas con otras. Esto es porque en esta acción la superficie oclusales de los dientes deben armonizar con la acción de bisagra de la mandíbula.

El masetero puede cerrar de golpe los dientes en cualquier posición, desde céntrica a protrusión. Teniendo las superficies oclusales de los dientes en armonía con esta acción, permiten una mejor distribución de la fuerza de este músculo sobre el tejido parodontal cuando los dientes cierran apresando el bolo alimenticio.

MUSCULOS PTERIGOIDEOS EXTERNO E INTERNO.— Los músculos pterigoideos externo e interno son los que originan los movimientos de lateralidad y protrusión de la mandíbula.

El pterigoideo externo tiene su origen o inserción en el cráneo mediante dos cabezas, en la cara infratemporal del ala mayor del esfenoides extendiéndose por fuera hasta la cresta esfenotemporal; el centro inferior se inserta en la cara lateral de la lámina externa de la apófisis pterigoideas. La mayoría de las fibras superiores de este músculo se inserta en el disco articular llegando hasta el fin I de la cápsula articular; la mayoría de las fibras restantes se insertan en la superficie, las fibras del músculo pterigoideo externo en dirección horizontal y media, y sus contracciones empujan la cabeza del cóndilo y el menisco hacia adelante y adentro. Esta acción coloca la mandíbula dentro de la posición de masticación; si el pterigoideo externo de un lado se relaja mientras que del otro se contrae, la mandíbula se moverá hacia una posición lateral. La contracción de las fibras del pterigoideo externo, también tienden a contrarrestar el empuje posterior del músculo temporal.

El músculo pterigoideo interno y la mayoría de sus fibras nacen de la cara interna del ala pterigoidea externa, más allá de los límites de la cara inferior de la apófisis piramidal del

palatino. Las fibras del músculo que está aplonado de fuera adentro se dirigen hacia atrás y abajo hasta la cara interna de la rama ascendente de la mandíbula.

La contracción del músculo pterigeideo de un lado determina el movimiento de lateralidad de la mandíbula, asiste en la protrusión y ayuda así al músculo pterigeideo externo.

Cuando el músculo pterigeideo interno se contrae para ayudar al músculo pterigeideo externo en la movilización de la mandíbula para la masticación, la dirección y amplitud del movimiento medio de la cabeza del cóndilo están guiados por la forma de la curva interna de la fosa glenoides; únicamente la base de la fosa glenoides guía la ruta condilar en sentido recto, en el movimiento protrusivo. La contracción forzada de los músculos masetero y temporal regresan el cóndilo y mandíbula a posición centrada, externando la fuerza de masticación contra el bolo alimenticio.

El afianzamiento de la mandíbula en este punto de esfuerzo masticatorio puede que ocurra únicamente entre el cóndilo y la fosa con los dientes sosteniendo el bolo alimenticio. La dirección del movimiento está determinada por la forma interna de la fosa. Las cúspides están hechas para armonizar con el movimiento de Bennett para que cuando los dientes entran en contacto y penetran en el bolo alimenticio, las cúspides pasan sin tocarse unas con otras sin lastimar así el tejido parodontal.

En síntesis los movimientos de apertura y cierre están controlados por los elevadores de la mandíbula, el temporal, el masetero y el pterigeideo interno y por los músculos depresores de la mandíbula, el digástrico, el penicloideo, el miloideo. El músculo pterigeideo externo mueve la mandíbula hacia adelante y las fibras posteriores del temporal retruyen la mandíbula.

El músculo pterigeideo externo y los músculos elevadores del lado opuesto producen los movimientos laterales.

MUSCULO DIGASTRICO./ Esta presenta dos vientres, uno anterior y otro posterior. El posterior va de la ramura digástrica hasta el hioides; el vientre anterior va de la parte interna de la sínfisis mentoniana al hioides, sus fibras se dirigen de arriba a abajo y de adelante a atrás.

MUSCULO ESTILOHIODEO.- Se inserta por arriba de la apófisis estiloides y abajo en el punto de reunión del cuerpo del este mayor del hioides.

Existen otros grupos de músculos que complementan la acción de los ya mencionados: y estos son los músculos de la expresión, músculos del paladar blando, músculos de la lengua, músculos de la faringe y los de la laringe.

MUSCULOS DEL PALADAR BLANDO.-Estos son; LOS periestafilino interno y externo, palatoestafilino, glosostafilino y faringostafilino.

La pared del velo palatino está formada principalmente por el músculo faringostafilino con fibras del glosostafilino los músculos periestafilino interno y externo son respectivamente, elevador y tensor del velo palatino

MUSCULOS DE LA LENGUA.- Estos se dividen en dos grupos: intrínsecos, son el lingual superior e inferior, el transversal y el vertical; los extrínsecos son, el genioglosos, higlosos, condroplosos, estiloglosos y glosostafilino.

La lengua está irrigada por la arteria lingual; los dos tercios anteriores están inervados por el nervio lingual y el tercio posterior está inervado por el glosofaríngeo.

SALIVA.— Es uno de los líquidos que se encuentran en el organismo humano, tiene suma importancia para el cirujano dentista; posee numerosas funciones químicas y mecánicas y es un parámetro muy sensible de ciertas funciones del cuerpo.

Las glándulas salivales cubren la total de la cavidad oral, dos de las tres más grandes se hallan situadas en el suelo de la boca; el tercero está localizado en la mejilla alrededor del ramus ascendente de la mandíbula. Las otras glándulas más pequeñas se encuentran situadas en los labios, lengua y paladar. Se distinguen tres tipos de unidades secretoras del cuerpo con su secreción son: mucosa, serosa y mixta.

INTERVENCION DE LA FIJACION DE LA DENTADURA SUPERIOR INMEDIATA. Lo que se refiere a la intervención del fluido intermedio entre la dentadura y la mucosa, la saliva ha sido generalmente comparada con el agua y es un hecho cierto, especialmente en investigaciones experimentales, que en el poder de fijación conseguido por la adherencia, cohesión y tensión de la superficie del agua equivale a la de la saliva y se puede comparar con el mecanismo de adherencia entre dos placas de cristal y una fina capa del líquido entre ellas.

La tensión superficial interviene en la fijación ha sido subrayada por varios autores, incluyendo a Schultz.

CAPITULO II

DESVENTAJAS DE LAS DENTADURAS INMEDIATAS.

Cuando la intervención quirúrgica implica un riesgo.

Cuando el paciente no se haya preparado para valorar las implicaciones de este tipo de atención, o hacer frente a gastos y tiempo adicionales que aquello involucra.

La coordinación quirúrgico-protética existe alta precisión en la técnica establecida a base de exactos diagnósticos y a ajustadas indicaciones en ambos sentidos.

Las intervenciones quirúrgicas, al dejar de ser unitarias para extenderse a grupos de dientes se hacen más traumatizantes, exigiendo habilidad y dominio.

Las prótesis inmediatas requieren mayor servicio de mantenimiento que las prótesis completas comunes, ya que en pocos meses generalmente se requiere un forrado o rebasado de la prótesis, y ocasionalmente si es necesario la construcción de otra nueva.

Como consecuencia de la anterior el servicio se encarece.

Así mismo puede transformarse en inconveniente serio el hecho de que las fallas técnicas, puedan ser clínicas o de laboratorio solo se evidencian después de la intervención quirúrgica.

Y tal vez la mayor desventaja de las dentaduras inmediatas es que no existe prueba previa.

VENTAJAS DE LAS DENTADURAS INMEDIATAS.

Las ventajas de las prótesis inmediatas pueden clasificarse en; fisiológicas ó funcionales, estéticas, psíquicas y quirúrgicas, anatómicas.

Fisiológicas.- Permite la musculatura afectada, seguir funcionando en sus posiciones normales.

Estéticas.- Impide el colapso facial; consecuencia de las pérdidas y transformaciones anatómicas.

Capacitar al paciente para seguir sus actividades

sociales sin el período humillante durante el cual no tiene dientes naturales o artificiales.

Con frecuencia permite introducir mejoras considerables.

Psíquicas.— Facilita la decisión de sacrificar los dientes naturales.

Reduce los trastornos del acostumbramiento a la prótesis.

Permite mantener el equilibrio psicológico del paciente.

Quirúrgicas.— Actúan como vendaje protector de las heridas durante los primeros días.

Frena la atrofia ósea; mantenimiento mayor proporción al reborde residual.

Anatómicas.— Impide la pérdida inmediata de altura, al reemplazar el tope oclusal, preservando o restituyendo la altura morfológica, por lo tanto evita violencias a la articulación temporomandibular.

El aspecto se afecta menos, pues se mantiene el soporte de las mejillas y de los labios, y la lengua se extiende menos. Como resultado de la carencia del contacto con los dientes es más fácil para el odontólogo ubicar los dientes en sus posiciones idénticas pre ias. Como resultado, es factible una reproducción más de la variación individual de dientes con torno del arco así como posiciones.

El odontólogo puede utilizar como guía a los dientes remanentes para orientar los dientes anteriores en sus posiciones orixal y anteroposterior para reproducir el ancho del arco dentario anterior. De esta manera, es factible reestablecer las posiciones de los dientes anteriores.

INDICACIONES.— Que la edad o estado general del paciente permitan la o las intervenciones quirúrgicas que se necesitan.

Que el estado de la boca y los dientes admitan la espera requerida para el trabajo preparatorio.

Que el paciente desee este tipo de ser iorio y esté dispuesto a aceptarlo con todo su contenido implícito.

CONTRAINDICACIONES.- Que no llene los requisitos anteriores, 26

Pacientes que han sufrido terapia de irradiación por el peligro de que ocurra una osteoradionecrosis.

Tratamientos que abarquen más de cinco dientes en una arcada.

CAPITULO III

TIPOS DE PROTESIS INMEDIATAS

La prótesis completa inmediata puede ser encajada en diversas maneras que, en último pueden reducirse a cuatro casos:

A) La Prótesis parcial aditiva.

Que puede ser transformación de la que se usa el paciente, es la prótesis parcial en que se van agregando dientes después de las extracciones; tiene ventajas definidas, que le indican en muchos casos evita las extracciones masivas, permitiendo un desdentamiento gradual. Por lo mismo, facilita la extracción previa de los dientes posteriores, sirviendo como transición hacia la prótesis inmediata completa. Puede ser más económico el servicio o facilitar su financiación y, a veces prestar servicios duraderos.

B) La férula transitoria.

Es algo así como una prótesis económica; los dientes posteriores son reemplazados por férulas de acrílico que se articulan directamente de la boca, añadiendo acrílico autopolimerizable; los dientes anteriores se hacen rápidamente por variadas de los dientes en la impresión con acrílico de color adecuado. Puede ser una solución en ciertos casos, por su rapidez y economía de ejecución.

C) La prótesis sin flanco vestibular.

Simplifica la construcción, basta esculpir el alveólo en el modelo e introducir en este dos o tres milímetros del diente de reemplazo. El resultado inmediato suele ser espectacular, al mostrar los dientes emergiendo de la encía; tiene la ventaja de permitir la atrofia vestibular sin ninguna perturbación, y el inconveniente de requerir la encía artificial al cabo de 15 ó 20 días

En una experiencia de Kelly (1960) en el que se usó prótesis sin flanco de un lado o con flanco del otro, al cabo de 30 días éste último aparecería mejor, esta prótesis también se le conoce como prótesis inmediata abierta.

f) La prótesis inmediata con encla completa.

Es la más exigente de la técnica de construcción y la preferida por la mayoría, pues reduce el peligro de retención deficiente que puede presentarse en la prótesis en encla artificial y es más fácil entender al paciente.

g) Prótesis prefabricadas.

Son prótesis económicas que son rápidas y fáciles de instalar; se encuentran en el mercado en diferentes tamaños y el clínico dentista las debe modelar de un modelo diagnóstico, posteriormente se colocan en baño María a 250 F y se prueban otra vez en el modelo, si no hay problema se llevan a la boca del paciente, y se harán los ajustes requeridos, en los dos tipos de prótesis inmediata.

CAPITULO IV
HISTORIA CLINICA

Información General

Fecha _____

1.- Nombre _____ 2.- Edad _____

3.- Sexo _____ 4.- Dirección _____

5.- Teléfono _____

6.- Salud General _____

7.- Ocupación y Posición Social _____

8.- Historia Dental _____

9.- Historia de prótesis _____

10.- A. Motivo principal de la consulta _____

B. Que dientes conserve: Maxilar _____ Mandíbula _____

C.- Tiempo de haber permanecido desdentado
Maxilar _____ Mandíbula _____

D.-Tiempo de haber usado dentaduras
Maxilar _____ Mandíbula _____

E. Prótesis anteriores

1) Clase _____

2) Número Maxilar _____ Mandíbula _____

3) Experiencia Favorable _____ Desfavorable _____

4) Prótesis actuales:

	Reacción del paciente a	Observación del dentista
a. Eficiencia a la masticación (Oclusión)	_____	_____
b. Retención	_____	_____
c. Estabilidad	_____	_____
d. Fonética	_____	_____
e. Estética	_____	_____
f. Comodidad	_____	_____
g. Dimensión Vertical	_____	_____

5) Recomendaciones del paciente y dentista para mejorar las dentaduras _____

Examen Clínico

1.- Habilidad neuromuscular comprobada por:

A. Lenguaje (articulación) Buena _____ Mediana _____ Mala _____
 B. Coordinación Buena _____ Mediana _____ Mala _____

2.- Apariencia General

A. Índice cosmético Promedio _____ Alto _____ Bajo _____
 B. Aspecto Agradable _____ Tenso _____
 C. Personalidad Delicada _____ Media _____ Vigorosa _____

3.- Cara

A. Forma Ovalada _____ cuadrada _____ alargada _____
 B. Perfil Normal _____ Prognático _____ Retrognático _____
 C. Cabello Blanco _____ negro _____ castaño _____ rubio _____
 D. Ojos Negro _____ café _____ verdes _____ azules _____
 E. Tez Clara _____ media _____ rubicunda _____ morena _____
 F. Textura (PIEL) Normal _____ Otra (explicar) _____
 G. Arrugas debido a: Edad _____ Pérdida de dimen. vert. _____
 H. Labios Activos _____ largos _____ medianos _____ cortos _____
 I. Bordes Borellón visible _____

Evaluación Clínica

1.- Articulación temporomandibular

- A. Comodidad _____ B. Suavidad _____
 C. Crepitante _____ D. Desviación _____
 E. Sonora _____

2.- Movimiento Mandibular, evalúelo como normal, excesivo o limitado

- A. Protusivo _____ B. Lateral derecho _____ C.L.I _____

3.- Factores biológicos

A. Tono muscular

Normal (Cl I) _____ Casi normal (Cl I) _____ Subnormal (Cl I) _____

B. Desarrollo de los músculos de masticación y expresión

Normal _____ cerca de los normal _____ subnormal _____

C. Tamaño de maxilares y mandíbula

Mandíbula y maxilar compatible _____

Mandíbula más pequeña que el maxilar _____

Mandíbula más larga que el maxilar _____

D. Altura de los procesos residuales

Maxilar normal _____ pequeño _____ plano _____

Mandíbula normal _____ pequeño _____ plano _____

E. Forma de los procesos residuales

Maxilar U _____ V _____ afiliado _____

Mandíbula U _____ V _____ afiliado _____

F. Forma de el arco

Maxilar cuadrado _____ triangular _____ ovoide _____

G. Forma del paladar duro

Plano _____ U _____ V _____

H. Inclinación del paladar blando

sueva _____ mediana _____ aguada _____

I. Relación de los procesos

Normal _____ Retrognática _____ Pragnática _____

J. Paralelismo de los procesos

ambos procesos son paralelos _____

uno de los procesos no es paralelo _____

ambos procesos son divergentes _____

K. Distancia interarco

acceduada _____ excesiva _____ limitada _____

L. Retenciones óseas

Maxilar ninguna _____ ligera _____ requiere remoc. _____

Mandíbula ninguna _____ ligera _____ requiere " _____

M. Torno

Maxilar ninguna _____ ligera _____ requiere " _____

Mandíbula ninguna _____ ligera _____ requiere " _____

N. Tejidos blandos que cubren el proceso alveolar

Espesor firme y uniforme _____

Tejido grueso _____

Tejido hiperplástico o resistente _____

O. Mucosa sana _____ irritada _____ patológica _____

P. Inserciones tisulares (Encía insertada)

Mínimo 12 mm. _____ 8-12 mm. _____ menos de 10mm. _____

Q. Inserciones muculares y frenillos

baja _____ mediana _____ alta _____

R. Espacio postmiloideo

MÍNIMO 10 mm. _____ VENOS DE 10 mm. _____

S. Sensibilidad del paladar (respuesta a la palpación)

Ninguna _____ mínima _____ hipersensibilidad _____

T. Tamaño de la lengua

Normal _____ mediana _____ grande _____

U. Posición de la lengua

Normal _____ punta fuera de posición _____ retraída _____

V. Saliva Cantidad y consistencia normal_____

Cantidad excesiva_____ Poco o nada de saliva_____

W. Actitud mental

Filosófica_____ exacta_____ histérica_____ indiferente_____

X. Exámen radiográfico

Hueso denso_____ hueso canceloso_____ hueso no denso_____

Patología retenida_____

Pronóstico_____

DIAGNOSTICO

Es la parte de la medicina que tiene por objeto distinguir una enfermedad de otra o la determinación de la naturaleza en un caso de enfermedad.

Hasta no hace mucho tiempo, no era grande la preocupación de los dentistas por el diagnóstico en prótesis. La falta de dientes pronto está diagnosticada, pero con el tiempo y la experiencia, la repetición de los fracasos y el misterio de los éxitos - van demostrando grandes diferencias entre unos desdentados y otros pues para la prótesis como para el resto de la clínica, no solo - hay enfermedades sino también enfermos.

El diagnóstico del desdentado parcial o total, comprende dos fases:

- A) Diagnóstico bucal. Es la síntesis que se obtiene del examen del sujeto concerniente a su estado de salud bucal.
- B) Diagnóstico protético. Es la síntesis que se obtiene en el estudio de las características del caso, con la ayuda de los mismos elementos que fortalecen el diagnóstico bucal, pero considerando desde el punto de vista protético, es decir de la conveniencia de la prótesis, las cualidades que deberá satisfacer y las probabilidades de realizarla con éxito.

PRONOSTICO

El pronóstico es el complemento obligado e inmediato del diagnóstico ambos integran el concepto que se hace el odontólogo sobre el enfermo y su estado. Pero en tanto el diagnóstico expresa la síntesis de una realidad actual, el pronóstico anticipa el futuro. El pronóstico referido al tratamiento protético comprende dos partes: Pronóstico inmediato y mediano.

- A) Pronóstico inmediato. Estadísticamente el pronóstico de éxito - inmediato en el tratamiento de la edentación es satisfactorio, sin

dada en personas jóvenes, con buen estado general, maxilares sanos y carentes de trastornos psicomotrices, a condición de aquellas prótesis llenen las cualidades técnicas que les dan, retención, soporte, estabilidad, salud, estética, confort.

B) Pronóstico mediano.— Depende fundamentalmente de la estabilidad orgánica ya que las prótesis van perdiendo cualidades de adaptación, retención y eficacia frecuentemente sin consistencia del paciente.

PRONOSTICO EN FUNCION A LA PROTESIS INMEDIATA.— El pronóstico - señalará la probable necesidad de pronto rebasado y, quizá la - conveniencia de prótesis nueva al cabo de un año; aunque a veces no se requieren prótesis por varios años.

PLAN DE TRATAMIENTO

La prótesis inmediata exige un plan minucioso y claro que que comprenda la preparación preprotética frecuentemente necesaria, el tiempo de preparación de la prótesis; la o las intervenciones quirúrgicas, el postoperatorio inmediato así como el cuidado y reajustes posteriores sin olvidar la necesidad de un probable remplazo. Es decir el plan de tratamiento debe cubrir todo el período de transición entre el estado actual y la normalización del paciente con la prótesis.

Siendo los casos tan distintos unos de otros debe ser pensado en sus distintos aspectos; entre otros puntos se debe resolver, para una prótesis monomaxilar; si se conserva la altura morfológica actual o alterada, si se conserva el aspecto dentario o no. Si se articula en oclusión o en relación céntrica, si corresponden intervenciones quirúrgicas sucesivas o solo una, si se utiliza prótesis aditivas o no, si conviene la prótesis previa o posterior a las extracciones finales, con flanco vestibular

lar o no, con alveolectomía prevista o no, duplicada o no.

El estado general es elemento de tal importancia que puede contraindicar esta experiencia, o aconsejar las formas transicionales menos violentas como prótesis parcial aditiva o férulas - quirúrgicas fácilmente transformables éstas últimas.

CONSIDERACIONES TECNICAS DEL PLAN DE TRATAMIENTO EN DENTADURAS INMEDIATAS.- Determinar si habrá cambios de altura y en las posiciones, tamaños, formas y colores de los dientes

Estudiar si la edentación debe o puede hacerse por etapas y en este último caso cuales pueden ser, examinando la situación en que estará el paciente durante cada etapa. Considerar las medidas auxiliares inmediatas que eben requerir su estado actual y en cada etapa, como son curaciones, obturaciones y prótesis de emergencia.

Establecer el tipo de cirugía adecuada para cada intervención; calcular los presupuestos y sus variaciones de acuerdo con el plan que se adopte, considerando esencial el acuerdo con el paciente. Mantener al paciente convenientemente atendido durante un período no menor de seis meses.

PROTESIS INMEDIATA Y ATROFIA.- El impedir la atrofia fue sostenido sin pruebas por la mayoría de los entusiastas de la prótesis inmediata desde su primera época. Solo en los últimos años se han ensayado investigaciones experimentales con resultado contradictorio; lo que prueban, sin lugar a dudas es la precocidad del proceso atrófico, evidente ya a los 15 días, su continuidad durante los primeros meses y su disminución posterior, sin que se pueda predecir su duración.

Johnson siguió algunos casos hasta los 18 meses, y Hedegar durante tres años; confirman la experiencia clínica de Seizer, - concordar con la expresada por Gieler; la respuesta de cada paciente es imprevisible; cada uno, dice Johnson, parece tener su propio patrón de atrofia.

Heartwell y Salishury concluyen una extensa revisión del tema con que no parece posible considerar a las prótesis completas inmediatas como un estímulo a la formación de hueso. La alveolectomia intraseptal, postulada como frenadora de la atrofia por conservar la tabla externa intacta, dió alguna ligera ventaja sobre la alveolectomia vestibular; en la experiencia de Gazelett y no dió mayor estabilidad que las otras, en la experiencia de Johnson.

La respuesta de la mucosa ha sido, así mismo, investigada; su buena presentación clínica es bien conocida. Hedegard comprobó que pese a la buena experiencia, había una inflamación profunda en la mucosa de los pacientes tratados mediante prótesis inmediata al cabo de tres meses, significativamente distinta de la falta de inflamación en los testigos. Kapur y Shklar en biopsias de los mismos sujetos hechas antes de la prótesis y a los tres meses de uso, hallaron un espesamiento en la capa córnea (que puede interpretarse, como un fenómeno de adaptación a la prótesis), pero no signos de inflamación; evidentemente se requirieron más investigaciones.

CAPITULO V

PROCEDIMIENTOS CLINICOS

REGISTROS PARA CONSERVAR.- Objeto: Los registros hechos previamente a la extracción tienen por objeto conservar la posibilidad de reproducir exactamente el tamaño, la posición, la forma y el color de los dientes, su articulación, la forma de las encías, la altura facial, y eventualmente la forma de la cara. Se han descrito diversos procedimientos más (Frahm, 1930; Molina, 1952; Markeley, 1953; Watson, 1956; etc.) Con criterio práctico, pueden considerarse los más importantes: la altura facial morfológica, el color, la impresión frontal, la impresión para colocar los dientes naturales, el perfil y las fotografías.

MEDIDAS A ANOTAR. Mídense y tómense nota de las siguientes distancias: 1) A boca cerrada, la distancia entre base de nariz y base de mentón; 2) la del borde incisivo superior a base de nariz; 3) la del borde incisivo inferior a base de mentón.

El registrador de Willis, o algo similar resulta muy cómodo - para estas medidas en su defecto, se notaran sobre una hoja de papel doblado dos veces a lo largo, la cual se archivará con la ficha. Si se confecciona un perfil, es innecesario anotar estas medidas, y bastará marcar en él las posiciones de los bordes incisivos.

El articulador de diagnóstico es un registro preciso de la forma, tamaño, posición y articulación de los dientes naturales antes del tratamiento; son muy útiles en el momento del cambio de dientes, para tenerlos a la vista en tanto se hace la cirugía del modelo de trabajo.

COLOR: Si se desea reproducir el o los colores de la dentadura natural, debe anotarse de las extracciones; si se juzga conveniente reproducir alguna incrustación, corone o pigmentación es menester po-

nerse de acuerdo con el paciente y anotar cuales.

MODELOS FRONTALES.- Son fáciles de obtener y útiles cuando, por cualquier circunstancia, no se puedan conservar los modelos de estudio. Aunque las impresiones puedan tomarse con yeso o godiva, lo más sencillo es la impresión frontal con alginato; en este caso, la cubeta puede hacerse con cera o una lámina metálica del tamaño de una película radiográfica (puede ser aluminio ó, mejor metal blando). Se redondean las cuatro puntas y se hacen escotaduras en los bordes superiores e inferior para los frenillos. Se hacen perforaciones para retención del alginato y un pequeño mango de alambre.

IMPRESIONES PARA COLOCAR LOS DIENTES NATURALES.- Las impresiones destinadas a recibir los dientes naturales después de las extracciones tiene que ser hechas en materiales que resistan el tiempo necesario puesto que el total de las extracciones pueden tardar meses en completarse. Los más cómodos son la cera y la godiva; la mayor exactitud se obtiene si se toma una impresión seccional con godiva, en cuya sección principal calzan con mucha presión los dientes, luego de extraídos, cubriéndolos después con las secciones vestibulares - que se pegarán en su sitio antes del vaciado.

Una impresión frontal permite aplicar esta técnica en forma más simple, pero más limitada; impresiones completas con alginato, son útiles para los últimos dientes.

PERFIL: Un perfilómetro como el de Jackson por ejemplo es lo más cómodo para reproducir el perfil de una persona.

Otro método para obtenerlo consiste en tomar una fotografía de perfil mientras se mantiene una regla milimetrada frente al perfil. Basta luego ampliar la foto hasta que la regla tome sus dimensiones reales, para obtener un perfil exacto de tamaño natural que se recortará fácilmente (Stansbery, 1933), Se aconseja también una radiografía de perfil. Se debe tomar con el tubo a 1.70m. de distancia por lo menos.

Un método usual en ortodoncia consiste en tomar un alambre de plomo o de cobre, estrarlo bien y adaptarlo con los dedos contra el perfil del paciente; aplicar el alambre contra un cartón y dibujar - su contorno; cortar el cartón según el dibujo, aplicar el recorte - así obtenido contra el perfil del paciente y retocar los defectos. La larga experiencia de Saizar lo ha hecho cada vez menos amigo de esta clase de registros, testigos absolutos de la deformación facial que inexorablemente traen los años y que no siempre se puede o conviene remediar.

FOTOGRAFÍAS: Las fotografías de frente y de perfil, a boca cerrada y mostrando los dientes, sirven para conservar el registro del aspecto de los pacientes antes de las intervenciones quirúrgico-protésicas y compararlo con los resultados, que pueden fotografiarse también. Con el tiempo se puede formar así un valioso archivo.

Estas fotografías pueden además, constituir elementos de prueba en caso de pericia médico legal. A la larga, sin embargo resulta preferible no mantener estos testimonios.

IMPRESIONES PRELIMINARES.-OBJETO: Las impresiones preliminares son, protodoncias, impresiones bien extendidas, generalmente simples aunque pueden también ser complejas y delimitadas que se toman como complementos de diagnóstico e iniciación del trabajo de tratamiento.

En cuanto a ayuda del diagnóstico, permiten complementar el estudio del paciente: A) Por la experiencia de las condiciones de trabajo en su boca (accesibilidad, amplitud).

B) Por el examen de su sensibilidad (náuseas y otras reacciones).

C) Por el reconocimiento de su posición psicológica (actitud, comentarios). Luego transformadas en modelos reproducen las formas de los maxilares y permiten:

D) Un mejor reconocimiento de la topografía de los maxilares y de la relaciones entre ellos, mediante un articulador.

E) Documentar topográficamente el caso.

F) Explicar al paciente algunas circunstancias y por menores de su problema.

Como elementos iniciados de trabajo:

G) Permiten preparar cubetas individuales.

H) En algunas técnicas, actualmente poco usadas, si no es en casos de apuros pueden ser tratadas como impresiones corregibles y transformarse en impresiones funcionales, o bien transformarse en cubetas individuales.

CUALIDADES: Las impresiones preliminares varían en su extensión y fidelidad, no solo con el objetivo exacto del operador, sino también - según los instrumentos y materiales que emplea y la forma como se las utiliza, que depende a su vez de su habilidad y de las condiciones del paciente.

Es esencial comprender que, contra un concepto bastante generalizado con otro tiempo, la impresión preliminar no es una impresión - cualquiera, es un paso técnico definido que como tal, integra el modo de operando del odontólogo. Una impresión preliminar defectuosa es, con frecuencia el primer paso en el camino del fracaso protético.

A) Extensión. Una impresión preliminar debe extenderse más allá de las zonas que se desee examinar o reproducir (impresión sobreextendida), excepto cuando es delimitada.

La superior puede y debe cubrir por completo el reborde residual y el paladar duro, extenderse por detrás de las tuberosidades y surcos nasales y hasta el paladar blando, rellenar los surcos vestibulares, extendiendo el fénix y los tejidos labiales y yugulares, mostrando la importancia de los frenillos.

La inferior debe cubrir el reborde residual y los cuerpos piriformes, rellenar los surcos vestibulares rechazando los tejidos blandos por fuera de las líneas oblicuas externas y de las eminencias mentonianas, rellenar los surcos linguales y fosas retro-alveolares.

F) Fidelidad. Algunos técnicos (como Davis, 1963, o Boucher, 1970) son sumamente exigentes, requiriendo el empleo de materiales livianos que producen la mucca con menos rechazo y más fino detalle.

Otros menos exigentes (Barocela 1976; Neil y Marin, 1968) parecen adjudicarle mayor practicidad y suficiente fidelidad a la goma. En realidad, con ambos se pueden tomar impresiones correctas ó defectuosas.

MODELOS PRELIMINARES.- Considerando el basiado del yeso blanco o el de piedra como parte integrante de la impresión y por los cambios dimensionales que sufren los materiales de impresión, se aconseja hacerlos de inmediato, siempre que no existan dudas ya que éstas exigen corrección ó repetición más nunca conformismo.

Se procede de la siguiente manera:

- 1.- Con la espátula, colocar una porción de yeso en la parte más prominente de la impresión y vibrar manual o mecánicamente de tal manera que el material se esparza por todas las concavidades sin que atrepe burbujas de aire.
- 2.- Agregar más yeso y repetir la maniobra hasta cubrir toda la impresión, de tal manera que se llene hasta los bordes de la barba.
- 3.- Esperar el fraguado total del yeso blanco (10 a 15 min.), eliminar el material encajonado utilizado y recortar los bordes agudos del modelo con un cuchillo para yeso.
- 4.- Separar metódicamente el material de impresión hasta que logre liberar por completo el modelo preliminar.
- 5.- En el caso de una impresión en alginato, introducir la punta de una espátula para cera, entre el alginato y el portaimpresión y desprender ésta última. Con el cuchillo para yeso recortar los bordes agudos del modelo. Cortar, desprender, y separar con cuidado con cuidado el alginato por secciones, hasta liberar por completo el modelo.
- 6.- Recortar los excedentes de yeso y pulir el zócalo del modelo obtenido.

CUBETAS INDIVIDUALES.- (OBJETO: Las cubetas individuales son cubetas preparadas especialmente para el maxilar que se desea impresionar. Procuran asegurar la obtención de correctas impresiones con ayuda de las siguientes circunstancias:

- 1.- Su forma fiel facilita el centrado .
- 2.- Su falta de exceso volumétrico contribuye a un trabajo más exacto.
- 3.- Permiten utilizar la cantidad mínima de material de impresión lo que también facilita el centrado.
- 4.- Obligan al material de impresión a extenderse por toda la superficie que se desea impresionar.
- 5.- Al confinar el material de impresión entre la cubeta y la mucosa, lo ajustan contra esta, expulsando el aire y la saliva.
- 6.- Extendidas correctamente ellas mismas, permiten la delimitación funcional o recorte muscular acertado de los bordes.

La cubeta individual debe ser bien planeada, de acuerdo con la topografía del caso (forma del maxilar y de los dientes remanentes) y el material con el cual se tomará la impresión. El acrílico autopolimerizable es el material más utilizado y el que prefiere Seizer.

A) Para impresión doble, actualmente se justifican pocos los elaborados métodos de impresión (seccionales) en cubetas seccionales ó dobles, que pueden verse aún en descripción de algunos autores. No ofrecen ventaja particular sobre los elastómeros, excepto quizás en casos de gran saliencia del reborde alveolar y dientes delanteros. La segunda cubeta cubrirá la primera en suficiente extensión y con la exactitud necesaria para que su ajuste mutuo sea perfecto, pues el inconveniente de este tipo de impresión es la exactitud con que la segunda cubeta debe acoplarse a la primera después de la impresión, sea la segunda cubeta solo frontal para utilizar material rígido, sea que la segunda cubeta cubra toda la parte dentada para emplear material elástico.

B) Para alginato. Una cubeta individual para alginato debe cubrir toda la zona protética, dejando un espacio de una hoja de cera por lo menos, frente a la superficies mucosas y dientes, más todos el espacio requerido para sacar cómodamente los espacios retentivos. Debe proveerse de apoyos que sirvan de guía para centrarla adecuadamente en el momento de profundizar la impresión. El mango dispuesto en la parte delantera, permitirá tracción firme; se le harán perforaciones en números suficientes para la retención.

C) Para silicona ó mercaptano, tienen sobre la anterior la ventaja de poderse hacer ajustada en la zona mucosa, lo que facilita su delimitación con greda. Además siendo ajustadas no necesitan apoyos especiales para el centrado. Y al no requerir perforaciones, añaden la ventaja de confinar ajustadamente el material; el mango debe permitir firme tracción.

PRUEBA DE LA CUBETA INDIVIDUAL.— Es un paso esencial cualquiera que sea la cubeta, si se trata de una cubeta holgada se la probará con su espaciador de cera.

A) Cada cubeta debe ir a su sitio sin dificultad, si algún flanco - crea resistencia observar si corresponde a un socavado retentivo, en cuyo caso se debe desgastar el flanco; si no hay retenciones no va bien a su sitio, pese a ir bien en el modelo, repetir desde la impresión preliminar.

B) No debe provocar dolor, si el paciente acusa dolor cuando la cubeta se presiona en su sitio averiguar la causa y eliminarla.

C) A la atracción por el mango, no debe mostrar retención activa - ninguna de ambas cubetas. Si alguna la tiene se deben desgastar los bordes por dentro es decir por la superficie que mira al maxilar - hasta que la pierda y posteriormente se pule.

D) No debe vascular bajo presiones verticales de los dedos en el - centro de los rebordes a uno u otro lado, si lo hacen buscar la causa y corregir o repetir.

E) Recortar los bordes, si es necesario hasta liberar los tejidos - móviles alrededor del borde periférico de tal modo que las tracciones

horizontales los pongan tenaces sin desprender la cubeta superior ni en la inferior hacer presión sobre el dedo que la sostiene.

F) La cubeta inferior no debe hacer presión contra los dedos que la sostienen cuando el paciente saca suavemente la lengua.

RECTIFICACIÓN DE BORDES O DELIMITACIÓN PASIVA. En la delimitación pasiva el operador mantiene la cubeta con una mano, en tanto que la otra hace las tracciones destinadas al recorte muscular. Supóngase la delimitación con godiva de una cubeta ajustada, de racina crílica delimitada por diseño.

Se saca bien el borde de un flanco vestibular posterior de la cubeta, se lo cubre con lápiz de godiva calentado a la llama, se - temple en el termostato, se lleva a su sitio en la boca y mientras el operador mantiene en posición la cubeta con una mano, estira con la otra el carrillo hacia abajo y adelante, para que los tejidos - móviles que enfrentan a la godiva, la rechacen modelándola con su presión.

Retirada la boca se elimina con el cuchillo la godiva que halla corrido al interior de la cubeta. Se coloca entonces otro poco de godiva de tres o cuatro centímetros de largo opuesto y se repite la maniobra. Por fin se pasa a la posición delantera, que el experto puede realizar en una sola maniobra y el inexperto en dos o tres insistiendo en el frenillo central.

Para el maxilar inferior, la parte vestibular se delimita siguiendo el mismo procedimiento que en el superior. La parte lingual en cambio puede delimitarse por actividad del paciente en todos los casos.

Si la cubeta tiene un espaciador, se delimita con el espaciador colocado. Sus bordes son gruesos, pero la delimitación puede hacerse del mismo modo, cuidando que la godiva se adhiera al borde de crílica; terminado el recorte muscular, se retira el espaciador de cera y se reverte la godiva que se hubiera extendido sobre él.

DELIMITACIÓN ACTIVA.— Si la impresión es con boca abierta, debe el operador mantener la cubeta en posición con el dedo índice o medio apoyado en el centro del paladar. Movimientos de succión sobre los carrillos realizados por el paciente, hacen el recorte muscular sobre la godiva plastificada de los flancos posteriores, uno por vez es mejor, movimientos de silbar, chupar y echar la boca al lado opuesto delimitan la impresión en las zonas de los frenillos. Movimientos de chupar y echar el labio superior hacia abajo, después de plastificar la godiva del borde anterior, determinan la delimitación delantera.

En las técnicas a boca cerrada la cubeta se provee de un rodete de articulación, perfectamente de godiva y se registra una mordida en relación central o aproximadamente, lo que permitirá que el paciente mantenga la cubeta en su sitio, mediante los antagonistas. Movimientos de los labios y mejillas hacen entonces el recorte muscular sobre flancos plastificados.

La técnica de delimitación activa sin rodetes de articulación se utiliza preferentemente en el maxilar superior. En el inferior si se desea la delimitación vestibular con boca cerrada, es preferido utilizar un rodete de articulación para que el propio paciente mantenga la cubeta en posición. La delimitación lingual interior es en cambio casi imposible con la boca cerrada. Tryde lo logra, sin embargo mediante una técnica especial utilizando alginate; y Cavalcanti mediante movimientos de deglución mientras el flanco de godiva está plastificado.

Para la delimitación lingual con boca abierta, se pone lápiz de godiva sobre los flancos linguales posteriores de la cubeta, uno por vez, y lleándola a la boca, se le indica que saque la lengua; después se pasa en las zonas intermedias repitiendo la maniobra, y además, haciendo llegar la lengua al lado opuesto de aquel que tiene la godiva plastificada; por fin, se coloca godiva sobre el arco

delantero y se hace sacar la lengua y tocar el paladar con ella.

IMPRESIONES FINALES.—Cuando la impresión preliminar se tomó correctamente, se preparó una cubeta individual exacta y en ésta se hizo una justa y criteriosa delimitación, la impresión final está notablemente facilitada, sea cual fuere el material y la técnica que se emplee. Naturalmente el procedimiento en conjunto debe mantener su nivel técnico, el cual ha de ser adecuado a la índole del material.

IMPRESION CON ELASTOMEROS.—También llamados gomas o cauchos sintéticos, los elastómeros, aparecidos después de 1950, son materiales de impresión de excelentes cualidades para la protodencia total por adaptarse al empleo de cubetas holgadas o ajustadas a las técnicas con boca abierta o cerrada con la fidelidad de reproducción de los detalles, por un buen moldeado de los bordes, por su excelente tolerabilidad por el paciente o por su elasticidad que los adecúa a todas clases de casos.

Suutilidad en relación con la prótesis inmediata es notable, el inconveniente mayor reside en su costo más elevado; los dos elastómeros más utilizados son los mercaptanos ó tioles y los silicónes. Ambos son fraguables y sus técnicas de empleo y resultados clínicos similares.

Silicones. También llamados silastómeros (Roydhouse, 1962), están constituidas básicamente por dimetilsiloxano, que se presenta en forma de pasta, al que se mezcla un activador químico de la polimerización, generalmente octato de estaño.

Son los polímeros líquidos los que se utilizan en impresiones obteniendo una mayor polimerización mediante un catalizador clínico la pasta de silicone, que habitualmente se presenta en tubos apilables para expulsarla, se mezcla de silicone con algún material inerte de relleno. El activador se presenta en líquido o pasta; los fabricantes indican las proporciones para una mezcla correcta.

La cantidad de material para la impresión debe extraerse del tubo mayor; el catalizador se añade por gota o en pasta, en las proporciones indicadas por los fabricantes, las cuales son relativamente críticas: un exceso de catalizador puede acelerar excesivamente la reacción; su falta puede prolongarla considerablemente y hasta impedir que llegue a completarse.

Impresión con silicona. La cubeta se carga procurando distribuir la mezcla en toda la superficie interna con la espátula. La profundización de la cubeta en su sitio se hace hasta que los exesos periféricos la demuestran suficiente; el recorte muscular puede ser activo (por el paciente) ó pasivo (por el operador). La temperatura y humedad bucales aceleran ligeramente la reacción, la cual tiene dos períodos, denominados inicial y final. Las siliconas destinadas al empleo directo en cubeta tienen fraguados iniciales de dos a cuatro minutos de duración; el fraguado final suele durar unos tres a cuatro minutos más. Se le reconoce cuando el exceso vegetilular del material deja de conservarle impresión de la uña.

Dependiendo el labio el retiro de las impresiones con silicona no ofrecen dificultad, pues el material no se adhiere a los tejidos. La impresión suele mostrar una excelente reproducción de los detalles y muy buena delimitación periférica; la silicona no tiende a atrapar turbujas de aire, los defectos no se corrigen con facilidad exigen repetir la impresión después de corregir la cubeta en caso necesario. Todos los sobrantes fluctuantes deben cortarse con tijeras antes del arriado.

Las propiedades elásticas de éstas impresiones son relativamente sin importancia en los maxilares desdentados en general, y en el labio muy útiles para los maxilares dentados cuando las impresiones toman con vistas a la prótesis inmediata.

En la investigación de Woolfel 1962-Impresiones de una misma hora con distintos materiales. La silicona fue el que daba más detalladas impresiones con menor esfuerzo. La impresión con silicona no exige un bocado inmediato, como con una de alginato, pero tampoco

es absolutamente estable. No conviene dejar más de una hora entre la impresión y el vaciado.

El mercaptano. Prefieren llamar a este material polimeropoliulfuro (polysulfide polymer) el material se presenta habitualmente en forma de dos pastas que deben mezclarse, contenidas en tubos aplastables cuyos orificios permiten determinar las proporciones correctas, al expelerse iguales longitudes. Como el mercaptano una vez fraguado es una goma carente de adherencia se debe utilizar una adhesivo en la cubeta antes de cargarla.

Una impresión que sea adherente de por si es defectuosa, pues le ha faltado polimerizar suficiente y probablemente esta distorsionada. Como adhesivos suelen usarse soluciones de la misma goma en solventes volátiles. La técnica de los mercaptanos en impresiones es algo similar a las de las siliconas.

IMPRESION CON ALGINATO.— Este material ha sido ensayado también para las funcionales, puede utilizarse en cubetas ajustadas con las cuales es difícil lograr una buena distribución del material apareciendo la cubeta luego de la impresión en diversos sitios. Es preferible en consecuencia usarlo en cubeta espariada; pero en esta la facilidad con que el material corre hace tan difícil cantarla bien que se aconseja ponerle topes, sean de acrílico al hacer la cubeta, ó de cera plástica que permitan guiarla y detenerla en su sitio; puede suceder sin embargo que totalmente corrido el alginato las caras del tope comprima y desplace la mucosa durante la impresión.

No debe olvidarse sin embargo, que algunos autores como Danen han mostrado una amplia experiencia favorable en impresiones finales con alginato. Tryde emplea alginato diluido para un interesante método de impresiones funcionales del maxilar inferior, tomadas con boca cerrada.

MODELOS DE TRABAJO O TERMINALES.— Son modelos llamados de trabajo los que se obtienen de las impresiones funcionales y que dan forma a la superficie de asiento de las bases protéticas después de haber participado en los registros y pruebas intermedios. Para hacerlo con eficiencia, deben ser fieles y resistentes lo que exige llenar las impresiones con yeso piedra de la mejor calidad, — mediante un técnica bien reglada y correctamente realizada tanto para el variado como para la recuperación.

Instrumental y materiales. Para hacer modelos de trabajo con una — técnica bien reglada, a los elementos señalados para hacer los modelos finales deben agregarse los que se requieren para el enfriado: cera rosa ó, mejor utility; cuchillo o espátula para cera, lámpara de alcohol; elemento de enfriar (sara, cartulina, estera-drapa). Sin embargo se pueden obtener mayor calidad para el enfriado con una radiografía que ya no sea utilizada.

Apronte de la impresión.— Exámen minucioso para descubrir — cualquier defecto y eliminar todo cuerpo extraño.

Impresión de yeso: pegar todo el trozo en el sitio que le corresponde y pintar con aislador.

Recorte de exesos.

A) Impresiones de pasta zinquenólica: cortar los excesos con cuchillo filoso o espátula caliente.

B) Impresiones con elastómero: cortar todo borde fluctuante con tijeras; todo borde útil despegado de la cubeta, pegarlo con adhesivo.

Redete de protección. Es un redete de cera que se coloca a lo largo de la parte externa de los bordes de la impresión, con el objeto de asegurar su reproducción total en el modelo.

Aunque existan diversos métodos de preparación del alambre de cera el más sencillo para el odontólogo que desea hacer sus — propios modelos es cortarlos de cera plástica y utility de tres ó cuatro milímetros de ancho.

Reblandeciéndolo a la llama excepto la utility que no lo necesita, se adapta el alambre de cera a lo largo del borde siguiendo sus sinuosidades por fuera, y pegándolo con la espátula caliente. A lo largo de los bordes posteriores, sea el superior o los inferiores se ensanchará el alambre o se añadirá un segundo pegándolo al primero, con el objeto de lograr una prolongación posterior del modelo que permita conservar con toda nitidez su parte útil. Se añadirá además en las impresiones anteriores, acercándola en el rodete de protección que sigue las aletas linguales, una lámina de cera destinada a impedir que el espacio lingual sea ocupado por el yeso del modelo.

Encofrado. El encofrado de las impresiones para hacer el vaciado con el yeso piedra era prácticamente obligatorio en otra época, cuando se utilizaban las anhídridas insolubles para preparar el yeso piedra y el fraguado duraba varias horas.

En la actualidad el encofrado sigue siendo una excelente medida puesto que permite:

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

Existen materiales especiales para rodear la impresión por fuera del rodete de protección, al que se unen cuando son adhesivos lo más corriente consiste en reblandecer una lámina de cera rosa a la llama y adaptarla al rodete de protección, pasando una espátula caliente a lo largo de la línea de unión con ésta, para obtener - cierrehermético y solidez; se completa con otra media hoja. Es importante cuidar de la impresión quede bien orientado para que el modelo adquiera buena forma.

VACIADO. El yeso piedra se mezcla en la práctica según la misma técnica que para el yeso París; cuando se desea trabajar con mayor exactitud es preferible atenerse a las indicaciones de los fabricantes y mezclar proporciones exactas pesando el yeso. Batir hasta que la mezcla sea completamente homogénea para el vaciado sigue el mismo procedimiento indicado para el yeso París, haciendo correr pequeñas porciones desde las partes más altas de la impresión y agregando más yeso, siempre sobre la anterior, hasta llenar el encofrado a la altura necesaria para dar al zócalo un par de cm. de alto, sino se ha hecho encofrado, hacer correr el yeso de apoyo ibrándolo ligeramente, hasta cubrir la superficie de la impresión. Luego se puede invertir la impresión sobre un cono de yeso y bajarla hasta la altura que corresponda al zócalo, se le da forma con la espátula, procurando paredes verticales hasta el borde externo del rodete de protección y dejar fraguar perfectamente.

Recuperación. Es excelente técnica, separar la impresión de pasta zinquenólica sin deformarla para utilizarla posteriormente, aprovechando su perfecta adaptación, en el registro de la relación céntrica y eventualmente las relaciones excéntricas. Esto no es posible cuando la impresión es de godiva o yeso.

- 1) Cortar la cera de encofrado y desprenderla.
- 2) Separar el zócalo de yeso.
- 3) Eliminar el rodete de cera de protección.
- 4) Eliminar cualquier exceso de cera o yeso corrido sobre la cubeta.
- 5) Si la impresión es de material elástico separarla con cuidado.

Si es de pasta zinquenólica, poner la cubeta con el modelo durante dos min. en el termostato para que se reblandezca la godiva del recorte periférico, y se plastifique un tanto la pasta. Desprender la impresión mediante un ligero palanqueo que seprne primero los flancos vestibulares posteriores.

Arreglo del modelo.

- 1) Emparedar con el cerchillo el borde periférico de protección, cuidando de no rayar el borde la impresión.
- 2) Perfeccionar la base del zócalo con la re-ortadora haciéndola pa-

paralela a la superficie oclusal.

3) Perfeccionar el contorno del zócalo.

4) En el modelo inferior liberar el surco lingual, si es necesario por desgaste de los bordes del exceso central de yeso, con el cuchillo.

5) Corregir en la superficie de impresión cualquier defecto proveniente de burbuja o rotura.

PLACAS DE REGISTRO.— Pueden hacerse las bases de "Base-Plate" o de acrílico auto polimerizable, cubriendo los rebordes residuales y paladar con igual criterio que en prótesis completa. Deben cuidarse, al hacerlas las relaciones con los dientes, para no dañarlos y no debe penetrar los socavados retentivos que suele presentar hacia gingival; tampoco deben ocupar socavados retentivos en los rebordes residuales. Para mejor exactitud, conviene estabilizarlas rebasandolas con cera ó pasta alquénolica.

Cuando la índole del registro exige un aumento en la dimensión vertical, es conveniente preparar la palca de registro del maxilar al que el aumento, con el rodete de oclusión extendido — también sobre la superficie dentada. Es importante que sea de cera para evitar violencia sobre los dientes por posible discrepancia; solo posteriormente se le dará soporte mucoso puro.

REGISTROS INTERMAXILARES.— Se toman registros intermaxilares utilizando rodetes de oclusión. Aquí los procedimientos clínicos de laboratorio son los mismos que en la confección de las prótesis — completas comunes; el objetivo de una transferencia exacta de las relaciones intermaxilares se complican un tanto por el hecho de que no siempre es factible extender la parte anterior del material protético de la base de prueba hacia una zona estable sobre las superficies linguales de los dientes anteriores. Es de primordial importancia en que hayan bases protética de prueba muy estable, y también que el odontólogo emplee un tiempo suplementario para confeccionar una base de prueba que se adapte exactamente los tejidos.

Con éste propósito pueden utilizarse cera para base dura, cera reforzada ó resina acrílica de autocurado.

La presencia de dientes inferiores naturales es una guía - útil para el establecimiento de la altura del plano oclusal, si los rodetes de oclusión se confeccionan en forma tal que, corresponda su altura. Es de importancia corregir toda posición - mandibular de comodidad por causa dentaria que el paciente pudo haber adquirido a través de los años mientras iba perdiendo sus dientes. Las prótesis se confeccionan con la oclusión céntrica en una posición excéntrica adquirida, los contactos oclusales prematuros pueden aflojar las prótesis y destruir el hueso subyacente. Puede requerirse un ajuste oclusal de los dientes naturales remanentes para asegurar de que coincida la oclusión céntrica y la relación céntrica.

Se realiza un estudio al tomarse el registro de las relaciones maxilomandibulares para determinar y se reproducirá exactamente la dimensión vertical oclusal. La pérdida desigual de dientes, el aflojamiento de los dientes remanentes, y la abstracción dentaria a menudo consueven a una dimensión vertical de oclusión disminuida. Si se quiere aumentar la dimensión vertical de oclusión, se determinará en este momento la magnitud del cambio; se modela el rodete de oclusión superior en forma tal que en relación céntrica con tacto uniformemente con el rodete oclusal inferior y de modo que se logre la distancia interoclusal que se juzgue óptima. En los rodetes se recortan ranuras de 5mm. de profundidad, y se toma un registro de relación céntrica con yeso de fraguado rápido, con cera amarilla o pasta senquénolica.

En el rodete de oclusión se pega una horquilla de arco facial especialmente preparada para prótesis parcial removible e indirecta, por desgaste de las dos salientes anteriores. La transición con el arco facial se hace en forma habitual y se completa el montaje en articulador.

REGISTROS PROTUSIVOS Y AJUSTE DEL ARTICULADOR.— La toma de registro protrusiva y el ajuste del articulador son procedimientos de precisión y dependen de si se usarán dientes con o sin cúspides.

DIENTES CON CUSPIDES.— Toda vez que se use dientes con cúspides — selle en a cabo uno o dos procedimientos siguientes. Según la primera técnica se colocan cuatro capas de cera para base recortadas en forma de herradura sobre los dientes anteriores superiores y los rodetes de oclusión. Se ablandan la cera y se fija el articulador en 6 mm. de protrusión, con la lectura condilar apropiada de diez a 20 grados. luego el articulador se cierra sobre la cera blanda .

Al tomarse el registro protrusivo es muy difícil controlar la mandíbula en cuanto a la magnitud de la distancia que se adelanta para el registro. Por esta razón el registro se confecciona primero en el articulador y después se enfría y coloca en la boca para ensayar al paciente en lo que se desea; una vez que el paciente haya comprendido como protruir la mandíbula en las huellas de cera, ésta cera se calienta nuevamente en agua de 70° C ó 137° F . Se utiliza agua en lugar de una llama para que se conserven las huellas para guiar la mandíbula; cuando los dientes contactan ligeramente con las huellas, se le dice al paciente que ocluya.

La cera es suficientemente espesa como para poder registrar la posición mandibular sin perforarla; la cera se enfría en la boca y el registro de cera y rodete de oclusión se colocan en los modelos en el articulador para probar el ajuste. Se sueltan las tuercas de las trayectorias condilares para que las ranuras de ajuste se muevan libremente para adaptarse a la inclinación que el paciente ha registrado en la cera blanda; si la trayectoria del articulador es excesivamente empinada el registro no tocará el rodete en la parte posterior. Si la trayectoria es muy plana, los rodetes y los dientes no contactarán en la parte anterior, estos ajustes se ubican en una inclinación de modo que toda la superficie de los rodetes superior e inferior ésta en contacto.

Una vez que el odontólogo se encuentra satisfecho, se le ajustan los tornillos a las trayectorias condilares y se registra el retiro protrusivo. El rodete de oclusión inferior se retira del esqueleto metálico, y este se coloca otra vez sobre el modelo y se pega en su sitio.

Las placas bases y los rodetes de oclusión de los dos modelos se guardan ya que no hay más pruebas en la confección de las prótesis inmediatas.

Un sistema igualmente efectivo es tomar registro protrusivo para prótesis inmediatas es mediante el uso del yeso de impresión este procedimiento tiene la ventaja de requerir la presión mínima al tomarse el registro. El registro protrusivo se toma indicando al paciente que protruya la mandíbula y cierre ligeramente sobre los dientes anteriores; sin embargo, el cierre debe detenerse inmediatamente antes de que contacte los dientes. Después de fraguado el yeso se retiran los rodetes de la boca, y este registro se usa para ajustar las trayectorias condilares del articulador.

PIENTES SIN CUSPIDES.— Para la prótesis inmediata se aplican los mismos principios que para las prótesis completas comunes.

COLOCACION DE LOS DIENTES POSTERIORES.— Ahora se pueden usar los modelos articulados para el enfilado de los dientes posteriores se siguen los principios expuestos anteriormente, y los dientes se enfilan en oclusión céntrica exacta. Las bases de prueba se colocan en la boca del paciente y se confirman la relación céntrica si la relación intermaxilar previa no fue la correcta, la relación céntrica y la oclusión céntrica no fueron correctas no coincidirán. Se quitan de la base de prueba de los dientes posteriores, se toma un nuevo registro de relación céntrica y se remonta el modelo inferior. Después se vuelven a enfilear los dientes en el nuevo montaje en articulador y se vuelven a probar en la boca antes de despedir al paciente.

SELECCION DE DIENTES.— Es fácil realizarlo, puesto que los dientes remanentes del paciente son un excelente punto de partida en cuanto a la forma, tamaño y tono que se eligen.

COLOCACION DE DIENTES ANTERIORES.— Se colocan de dos maneras.

Primera técnica. En el modelo se recortan los dientes en forma alternativa y se excava la porción radicular anterior dándole poca profundidad del lado vestibular y al ras con el margen del gingival del lado lingual o palatino. La depresión ligera recortada en la porción vestibular acomodará los cuellos de los dientes artificiales; es obvio que en las bocas con enfermedad periodontal acompañada por retracción gingival y pérdida ósea, no se recortará el yaso, ó muy poco. El exceso modelo del recorte permitirá la confección de una prótesis que proveerá una matriz adecuada para el reborde, pleno, redondeado de la zona inmediata. Se obtiene los mejores resultados si se recorta hueso alguno en el momento de colocarse la prótesis inmediatas. Los dientes seleccionados se enfilan en sus posiciones específicas y se modifican como se requiera.

Por lo común, el incisivo central derecho artificial es el primero diente que se enfila en su posición y se pega con cera. Después se reemplaza alternativamente los dientes hasta que todos están enfilados. Al quitar solamente un diente por vez, permite que se produzcan las pequeñas irregularidades que pueden haber. Los músculos de la expresión facial dependen de la reproducción del arco dentario; por eso se coloca un diente por vez con el fin así mismo de conservar esta posición. Después de recortar los incisivos laterales y se los reemplaza por dientes artificiales; los dientes superiores remanentes se ubican en el lugar de los que están en el modelo de yaso piedra.

Con un calibre de Boley se mide en el modelo de yaso piedra de modo que sus reemplazantes tendrán una distancia idéntica entre sus caras vestibulares. Mediante el procedimiento que se acaba de describir, es más fácil lograr la reproducción exacta del aspecto, posición de los dientes individuales, y posición del arco dentario.

En el segundo sistema de los dientes se recortan de acuerdo con la línea ónica correspondiente al surco gingival. Los dientes se separan rompiéndoles del modelo en su posición cervical, y se redondea el borde para imitar el procedimiento de recorte no óseo excepto en las zonas interproximales, se lleva a cabo este procedimiento de un lado o una mitad de los dientes remanentes, y después del otro. Se pueden enfilar los dientes de los segmentos, alternativamente, o se puede desdentar todo el arco y utilizar el modelo de diagnóstico para la colocación de los dientes.

El segundo procedimiento ofrece la ventaja de asegurar que la preparación del modelo sea realizada por el odontólogo mismo, en vez de delegarlo al técnico de laboratorio. En el procedimiento el recorte definitivo del modelo se completa en el paso de la eliminación de la cera, y por razones de conveniencia frecuentemente lo hace el técnico de laboratorio, entonces se corre el riesgo de un recorte excesivo.

ENCERADO Y COLOCACION EN MUFLA.— Se rellena con cera el borde vestibular superior de la prótesis de acuerdo con el ancho del borde en el modelo, es necesario un grosor adecuado de los bordes de la prótesis para que los flancos de la dentadura no lesionen los tejidos si hay edema después de las extracciones y la colocación de la prótesis se reduce el grosor del borde cuando ya no existe el peligro del edema postquirúrgico. No puede haber otra prueba de la prótesis que la de controlar la exactitud del montaje en articulador antes de enfilar los dientes anteriores.

La postura en mufla se realiza como de costumbre, una vez eliminado el yeso con agua hirviendo y limpios los modelos, se estudia atentamente las radiografías para determinar la cantidad de que se ha destruido por la enfermedad periodontal; se recorta la zona de los rebordes de acuerdo con lo que se especifica el odontólogo a este respecto, o lo efectúa el mismo. Ocasionalmente, se hace necesario estimar la cantidad de hueso que se quitará durante el proceso quirúrgico si este indicara una alveotomía. Se recorta el modelo para reducir y alisar la prominencia alveolar anterior para la

recepción favorable de la prótesis. Cualquier pequeña prominencia que se dejará en la prótesis terminada, que se adapte a las irregularidades del reborde, se eliminará en la parte interna de la misma antes de colocársela al paciente, un reborde bien redondeado, pleno, que sea convexo de forma esférica, ayudará a que la prótesis vaya a su lugar y le oportunizará al reborde futuro de retener la forma adecuada.

CONSIDERACIONES Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN LA PRÓTESIS INMEDIATA.

Extensión de la operación.— La prótesis inmediata puede realizarse sobre el diente, sobre todo el maxilar a la vez, esto no es lo corriente, ni menos lo indicado. Lo ideal es proceder a la preparación quirúrgica y exodoncia de las posiciones A y B, es decir — desde el canino de cada lado hacia atrás, conservando el segmento el segmento C de canino a canino, para realizar la prótesis inmediata de esta región.

Algunos autores recomiendan conservar los primeros premolares de cada lado, para mantener la dimensión vertical; de tal manera que el segmento anterior sería de ocho dientes. Con respecto al maxilar inferior, las técnicas es igual que la indicada para el superior.

Preparación quirúrgica.— Anestesia, este tratamiento puede realizarse bajo anestesia local, regional o general. Hay la necesidad de practicar la anestesia lejos de la zona por operar, dos anestecias infraorbitarias sería lo ideal con el objeto de no edematizar la región que luego va a soportar la prótesis; la zona edematizada — desde luego, está aumentada de volumen y la prótesis no se adapta cómodamente sobre esos sitios; por otra parte, la presión que la prótesis ejerce sobre un terreno edematizado, resulta dolorosa una vez que ha desaparecido la anestesia. Cuando se opera bajo anestesia general, realizamos una anestesia local en la región bucal de los dientes a intervenirse, con fines hemostáticos y así mismo para que no resulte dolorosa la primera inserción de la prótesis colocada.

Incisión.— Se trazan dos incisiones desde el surco estibular hasta la lengüeta distal de cada canino, se seccionan las lengüetas intermedias y se desprende el tejido gingival del cuello de los dientes; por el lado palatino se realiza el desprendimiento de la fibromucosa y se traza una incisión pequeña, en distal de cada canino, para preparar así un colgajo mínimo con el objeto de no traumatizar la fibromucosa.

Levantamiento del colgajo.— Con la espátula o periostotomo se separa el colgajo bucal hasta la altura del tercio apical de los dientes frontales. Por el lado palatino se desprende la fibromucosa en la extensión anteriormente señalada.

Exodoncia.— Se practican las extracciones dentarias según la técnica que corresponda a cada diente, es interesante evitar la fractura de la tabla externa.

Ostectomía.— En los casos normales, es decir en aquellos que no presentan protrusión y no necesitan, por lo tanto, alveolotomía correctora, la ostectomía se reducirá a la necesaria para la exodoncia y a la eliminación de las crestas interdientarias.

La ostectomía se realiza con pinzas gubias que resacan los bordes filosos y las crestas prominentes y con limas para hueso. Con el dedo se inspeccionan crestas y bordes y donde la sensación táctil denuncia irregularidades allí se debe insistir en de suma utilidad desmenuar el colgajo y palpar a través de él para ilustrarnos de la irregularidad del borde. La porción palatina de los alvéolos excepcionalmente necesarios ser resacada; solo será menester regularizar el borde filoso de los alvéolos.

Con éstas maniobras no queda toda la terminada el acto quirúrgico, deben ser resacados los eventuales granulomas para dentículos e inhibidos las hemorragias de los vasos óseos, para prevenir hematomas.

COMPROBACION DE LAS SEMEJANZAS PROTETICO-CLINICA.— Para verificar que el caso clínico ha quedado como nos propusimos, vale decir, semejantes al modelo de yeso sobre la cual se construyó la prótesis inmediata se desdiciendo el colgajo y se adapte sobre el maxilar del paciente una base transparente de acrílico que tiene por supuesto la exacta forma de la prótesis.

En aquellos sitios que se ve empalidecer la encía o se nota exceso de presión, será necesario realizar una mayor osteotomía. Se retira la base transparente, se levanta de nuevo el colgajo con pinza gubia se resaca el hueso excedente. Se completa el alisamiento con fresas grandes y con limas para hueso y se vuelven a probar la base transparente, no necesitando nueva osteotomía y ya en condiciones de adaptar la prótesis, se corta el excedente de encía y se realiza la sutura; los nudos sobre cada cresta alveolar no sobre los alvéolos.

La maniobra siguiente consiste en la fijación del colgajo gingival, por medio de puntos de sutura que se realizan con seda fina, hilo o nylon para que no resulten traumatizantes, generalmente tres o cuatro puntos son suficientes los colgajos no deben quedar tirantes ni deben ser modificados las inserciones musculares, ni el contorno para la adaptación de la prótesis. Este último detalle es muy importante; en el afán de terminar rigurosamente el caso, siguiendo las normas quirúrgicas que fueron dadas por la exodoncia, podemos estar tentados de unir con sutura los bordes bucal y palatino de los colgajos, lo cual no siempre debe ser favorable, puesto que se modifican con esta maniobra, la altura y la zona de adaptación. Es útil seccionar con tijera o bisturí, las lengüetas intermedias en los colgajos vestibular y palatino, la readaptación de éstos colgajos se hacen más eficaces, procediendo de ésta manera; luego la sutura adaptará los tejidos en su sitio y función. La nutrición y fisiología de ambos, se logran en poco tiempo, por la formación de nuevos vasos sanguíneos y proliferación y anastomosis de los ya existentes.

Terminada la operación se lava la superficie gingival con suero fisiológico y entonces se puede proceder a la colocación de la prótesis.

CAPITULO VI

ENTREGA Y CUIDADOS POSTERIORES

La dentadura inmediata se coloca cuando se han terminado las intervenciones quirúrgicas, el paciente no debe quitar la dentadura hasta el día siguiente, cuando sea examinado por el dentista, a continuación de esta visita, el paciente se le puede quitar cuando quiera.

La entrega de la dentadura inmediata resulta penosa para muchos pacientes, el ser desdentado a menudo está asociado con la edad avanzada, y la pérdida de los dientes tan irrevocable es un recuerdo desagradable para la mayoría de las personas que se están haciendo viejas. Desde luego el proceso del tratamiento condiciona al paciente de alguna manera al darse cuenta de que está desdentado pero cuando llega la hora de entregar la dentadura, aún está emocionalmente disgustada.

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

- 1) El labio superior suele estar torcido por efecto de la anestesia y crea una impresión estética desfavorable.
- 2) Normalmente hay un poco de sangre en la dentadura, lo cual empeora su aspecto.
- 3) El movimiento normal del labio y la mandíbula son torcidos; no importe lo mucho que se les prevengan a los pacientes contra los efectos desastrosos de estos factores. Una mirada al espejo en el momento de la entrega les llama la atención desfavorablemente. Desde luego se mirarán al espejo tan pronto como lleguen a casa pero eso puede suceder al cabo de unos 30 min. o más tarde y ese intervalo de tiempo es conveniente. A los pacientes les tenemos que insistir una y otra vez que no debe juzgar el resultado en lo que se refiere al aspecto o función de la dentadura hasta la siguiente visita.

Se les debe explicar los efectos de la anestesia en el contorno del labio y el movimiento y adormirlos que presentarán mal aspecto durante 24 horas.

El paciente de dentadura inmediata debe ser llamado cada 3 meses después que las dentaduras están bien colocadas, para decidir cuando tienen que ser rebasadas; algunos pacientes pierden el hueso alveolar rápidamente y sus dentaduras necesitan rebase a los pocos meses. La mayoría lo necesitan de los 10 a los 14 meses.

El tratamiento de dentadura inmediata compensa al dentista desde el principio por que la probabilidad de duplicar el tamaño, forma y color de los dientes es grande, y frustrador por que la probabilidad de duplicar la colocación de los dientes y la relación de los dientes maxilares con los mandibulares en ocasiones es pequeña.

De cualquier forma este método para tratar al paciente que se volverá desdentado es preferible a que otro que obliga a estar varios meses sin dientes; en cambio se beneficia mucho el paciente con el tratamiento inmediato.

SOPRUEBAS.— Aunque se sabe que una técnica cuidadosa las reduce, el protésista con experiencia sabe que los defectos están agazapados a todo lo largo de su labor.

A) La primera falla evidente una vez que el aparato ha ido a su sitio, puede ser la falta de retención artificial; si el defecto es pequeño puede ser suficiente espolvorear la base con polio adhesivo; si es de cierta importancia es mejor proceder a un retocado inmediato con material acondicionador, con un elastómero o un acrílico autopolimerizable, aunque en términos generales, es preferible por tener el empleo de éste.

B) La segunda falla que puede ser de articulación; papel de articular y piedras son los materiales de elección para lograr de inmediato una oclusión central alcanzada mediante unos pocos contactos dejando para después el afinado y las oclusiones excéntricas.

C) La tercera falla evidente puede ser estética. En tal caso el remedio suele ser tranquilizar al paciente de inmediato y reacerle la prótesis tan pronto se pueda.

El criterio general frente a los defectos es corregirlos de inmediato cuando es posible sin gran tarea; si la corrección es laboriosa, es preferible limitarse a hacer llevadera la prótesis, postergando la corrección de fondo para cuando el paciente esté en mejores condiciones.

CORRECCION DE LA OCLUSION.— Es factible corregir la oclusión después del período de 48 hrs. por que entonces ya habrá desaparecido el edema casi por completo y frecuentemente se retira la prótesis sin demasiada molestia.

Sin embargo en determinados casos es necesario posponer la corrección oclusal hasta pasadas las dos semanas; la comodidad — de la prótesis aumenta notablemente en cuanto se haya corregido las imperfecciones de la oclusión.

El registro interoclusal de relación céntrica se toma en la misma forma que para las prótesis completas; se coloca yeso de la presión en los premolares y molares inferiores y se le indica al paciente que lleve hacia atrás el maxilar inferior tanto como sea factible y que cierre con los dientes de atrás; se evita la palabra morder en este momento por que para los pacientes significa protrusión.

Antes del primer contacto de los dientes se detiene el cierre, una vez fraguado el yeso los registros interoclusales se marcan para su identificación y se guarda.

El antagonista de la prótesis inmediata es un arco de dientes naturales o una prótesis parcial inferior, se toma una impresión con alginato de todo el arco con cubeta comercial, con la prótesis parcial colocada, si la hay. La prótesis parcial se calza en la impresión y se anulan los sobrecavados con cera o modelina. Se haría un modelo de yeso piedra, este modelo se monta en articulator mediante el registro interoclusal de relación céntrica, y se ajusta las trayectorias condilares mediante el registro interoclus-

sal protrusivo.

La oclusión se corrige en el articulador siguiendo los mismos principios y procedimientos que para las prótesis completas.

Después de los ajustes oclusales, usuales se atenderán a las prótesis de acuerdo con las condiciones individuales que serán ampliantes; es menester alertar al paciente por lo menos cada tres meses para determinar la magnitud del cambio que se ha producido. Si hay dificultades de retención durante este período inicial se puede usar sobre la superficie tisular de la prótesis algún acondicionador de los tejidos. Estos materiales se caracterizan por la propiedad de conservar su fluidez durante un cierto período, lo cual permite equilibrar el tejido y la presión oclusal; una vez fraguado, los acondicionadores de tejidos generalmente soportarán las cargas del uso durante varias semanas. Si así se requiere, es factible repetir este procedimiento y permite al odontólogo mantener la adaptación de las prótesis durante el tiempo de los rápidos cambios tisulares. De esta manera se controla en forma bastante efectiva el peligro del cambio de la relación oclusal.

Wirtorin señala la que la calcificación del alveolo es completa de 8 a 12 meses después de la extracción. Su comunicación indica que se requiere de casi un año para que el tejido óseo readquiera por completo sus propiedades físicas. El cálculo que el volumen óseo del reborde alveolar se redujo en un 29 a 30% durante los doce primeros meses después de la extracción.

Así mismo comparó diferentes tipos de dentaduras en el maxilar antagonista a la prótesis superior inmediata. Hayó una tendencia a mayor resorción ósea en el reborde superior operado cuando había dientes naturales remanentes en el maxilar inferior. Otros estudios señalaron que en situaciones similares, la masticación se realiza principalmente en las regiones premolar y molar cuando estos dientes fueron reemplazados artificialmente. Esto explica por que -

prótesis inmediatas superiores cuya confección se combina con la reconstrucción simultánea del maxilar inferior si faltan dientes posteriores, tiene por resultado una morbilidad menor que la prótesis superior y una masticación más normal, y por lo tanto un margen menor de reabsorción en la región anterior del maxilar superior.

SERVICIO DE TRANSICIÓN.— Duración de la prótesis inmediata; su duración en servicio es sumamente variable ya que la reacción orgánica no puede preverse exactamente en cada caso.

Lo importante es que el paciente sepa, como el profesional que se trata de un servicio de transición; el principiante puede caer en el error de llamarlas prótesis provisoria y cometer la ligereza de pensar que ésta provisionalidad admite un tratamiento más económico. Es posible que este equívoco origine gran parte de los disgustos.

PRIMER REBASADO.— En general conviene postergar el primer rebasado en lo posible. Hardy que no hacía alveolectomía, procuraba postergar el primer rebasado por 6 meses. Body piensa que debe de rebasarse con material temporario a las tres semanas y de nuevo a los dos o tres meses. Seizer reconoce casos que le exigen el rebasado inmediato pero hay otros que no lo necesitan durante meses; varios cientos de casos incorporados a su experiencia desde entonces no han modificado esta situación y se cree conveniente dar a los rebasados carácter temporario y reajustar por lo menos en los primeros rebasados, tan solo frente a la parte operada y el borde correpndiente.

El examen de la situación osea un diagnóstico es lo que debe indicar en cada caso la conveniencia del rebasado total o parcial.

RENOVACION.— Pasado el período de atención más o menos inmediato el paciente debe ser instruido de la necesidad de vigilar sus prótesis y de reajustarlas después de un tiempo, para evitar el riesgo de las hipertrofias marginales, así como de trastornos en la altura y en la estética.

Técnicos de tanta calidad como Trell prefieren la remonta de las prótesis, y muchos otros aconsejan renovar las prótesis al cabo de un año aproximadamente siempre que el paciente pueda hacerlo y tiene ventajas como:

- 1) Se puede hacer técnica correcta sin recurrir a procedimientos de urgencia.
- 2) Si se produce cualquier falla, el paciente sigue como estaba.
- 3) Una vez instalada la segunda prótesis, puede remontarse la primera y el paciente queda en posesión de dos, con lo que sufre mucho menos en caso de accidente y presenta menos urgencias.

CONSERVACION FUNCIONAL Y ESTETICA.— Los registros preextracción así como las prótesis inmediatas existentes en la boca, constituyen excelentes elementos de juicio para restaurar la posición de los arcos y la altura facial.

Cada nueva mordida debe verificarse con las mordidas anteriores que se pueden obtener con el instrumento de Willis, que destaca menos que el perfil el interés de los pacientes por conservarse y pone menos énfasis en la inevitabilidad de los inexorables cambios. El modelo de los dientes naturales permite volver cada vez al alineamiento primitivo y hasta se puede aplicarlos en yeso piedra, ponerlos en posición en el articulador, y cambiarlos nuevamente uno por uno. Con un poco de habilidad y de paciencia se logra duplicar la prótesis en todos sus aspectos exteriores, al mismo tiempo que se reajusta a las nuevas condiciones.

En los pacientes que poseen dos prótesis la remonta permite prolongarles su servicio efectivo; el desgaste de los dientes es el factor que impone en muchos casos la renovación posterior.

En prótesis con dientes de acrílico que han perdido su altura puede haberse obtenido una restitución funcional reconstruyéndoles las superficies oclales con acrílico o mejor con metal colado. Como complemento del servicio luego que se ha colado al paciente la prótesis regular, conviene rebasar, arreglar y pulir la primitiva prótesis inmediata para que su dueño la considere como repuesto.

El consejo de la Academy of denture prosthetics debe tenerse permanentemente en cuenta: "Una prótesis inmediata debería hacerse esencialmente para pacientes que correspondan a los requisitos y desean cooperar con el odontólogo."

Y agrega: "Este servicio debe considerarse laborioso y que requiere exactitud."

CONCLUSIONES

- . Debido a que la dentadura inmediata es un tratamiento protético-quirúrgico, exige gran exactitud de ambas especialidades.
- . Todo error que se cometa por pequeño que sea, será conservado en los próximos procedimientos.
- . La Historia Clínica, será la base para el correcto diagnóstico y a su vez, un buen plan de tratamiento.
- . El conocimiento de los diferentes pacientes, es primordial para la aplicación de los diferentes tipos de dentadura inmediata.
- . También el conocimiento de la Anatomía y Fisiología del organismo.
- . El Cirujano Dentista deberá usar la técnica e instrumental que exija cada tratamiento.
- . El Profesional, tiene la obligación de estudiar y aprender las nuevas técnicas debido a la evolución, que día a día tiene la Odontología.
- . La Prótesis Inmediata, tiene ventajas, pero también limitaciones. Por lo tanto debemos explicar claramente al paciente sus desventajas.
- . La comunicación con el paciente es vital, ya que técnicamente la prótesis puede ser bien elaborada, pero si el paciente no lo condiciona a recibirla estará condenada al fracaso.

BIBLIOGRAFIA

SALLAR redro

"Prostodoncia total"

Editorial Mundi

Argentina 1972

QUIROZ Fernando

"Anatomia humana II"

Editorial Porrua 1977

SIMMY J. John

"Prostodoncia Dental Completa"

Editorial Mundi

BOUCHER C. O.

"Current Clinical Dental terminology

St. Louis 1965

NANDY J. R.

"Immediate Maxillary Dentures

D. Digest 1965

GUANA Deruchi J.

"Prostodoncia total"

UNAM 1975

AKUGER O. Gustav

"Tratado de Cirugia bucal"

Editorial Interamericana 1977

Rios Centeno G.

"Cirugia bucal"

Editorial Ateneo 1977