

Ly. 435



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

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

PROTESIS TOTAL INMEDIATA

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

PATRICIA GUERRA ROJANO



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.

I N D I C E

Introducción	1
Historia	2
Capítulo I Anatomía	5
a) Osteología	
b) Miología	
c) Artrología	
Capítulo II Historia Clínica	47
Capítulo III Historia Protésica	50
a) Aspectos Patológicos	
b) Diagnósticos	
c) Pronósticos	
d) Plan de tratamiento	
Capítulo IV Prótesis Inmediata	54
a) Definición	
b) Ventajas	
c) Desventajas	
d) Indicaciones	
e) Contraindicaciones	
Capítulo V Tipos de Prótesis Inmediata	57
a) Prótesis parcial aditiva	
b) Férula transitoria	
c) Prótesis sin flanco vestibular	
d) Prótesis con encía completa	
Capítulo VI Materiales de Impresión	59
Capítulo VII Registros para conservar	62
a) Objetivo	
b) Color	
c) Modelos Frontales	
d) Impresiones para colocar los dientes naturales	
e) Perfil	
f) Fotografía	

Capítulo VIII Impresiones y Modelos 64

- a) Impresión Preliminar Anatómica o Primaria
- b) Portaimpresión Individual
- c) Impresiones Finales
- d) Modelos Fisiológicos Secundarios o Finales
- e) Orientación de Rodillos

Capítulo IX Relaciones Intermaxilares 74

- a) Dimensión Vertical
- b) Oclusión central real
- c) Relación central
- d) Montaje en el articulador

Capítulo X Elaboración de la Prótesis Inmediata..78

- a) Cambio de dientes
- b) Terminación en el Laboratorio
- c) Transbase o guía quirúrgica

Capítulo XI Preparativos Quirúrgicos con fines Protésicos..82

- a) Instrumental
- b) Técnica
- c) Diferentes tipos de alveolectomía

Capítulo XII Colocación de la Prótesis87

- a) Postoperatorio
- b) Fallas

Capítulo XIII Servicio de Transición y duración de la Prótesis..89

- a) Duración de la Prótesis Inmediata
- b) Primer Rebasado
- c) Cambio de base

Conclusiones 91

Bibliografía 93

INTRODUCCION

Al comenzar a escribir esta tesis, por mi mente fueron pasando gran cantidad de ideas de sobre que tema sería más importante en el futuro, tanto para mi vida profesional, como para otros compañeros de generaciones posteriores; por la que decidí hacerla sobre la prótesis total inmediata de la cual no se habla mucho en las libras, ya que ésta técnica ofrece grandes beneficios a aquellas personas que la requieren.

A continuación hago un breve resumen de dicha técnica y se ha recurrido a la experiencia y prestigio de muchos autores, para darle una sólida validez a éste trabajo.

También se desea poder incrementar, reafirmar a dar a conocer alguna nueva técnica sobre los conocimientos que se han obtenido con anterioridad.

A todas aquellas que ejercemos la profesión de C.D., a que estamos en preparación de la misma, deseamos que les sirva como un estímulo más, y a mí me sirva para seguir superándame.

Que los propósitos aquí se lleguen a lograr, el ideal de éste trabajo, es que los conocimientos aquí vertidos satisfagan el mismo.

HISTORIA

La prótesis es de origen Etrusco, aunque se encontraron rasgos de esto en una tumba Fenicia. Estos eran aparatos fijos, retenidos por bandas en oro o por ligaduras que se aproximan más o los puentes que o las - placas.

En el año 400 A.C. Etruscos y Romanos - hacían coronas artificiales y sustituían los dientes ausentes por medio de primitivos dientes sujetos a los vecinos mediante coronas y bandas de oro o ligaduras de alambres - de oro.

En el siglo VI San Benito yo portaba una dentadura sólo que muy rudimentaria.

En el siglo VII en la época de Ambrosio Paré se sustituyen los dientes de hueso y marfil de elefante, por el marfil del colmillo de hipopótamo, lo base y dientes tallados en la misma pieza de marfil.

En 1692 Nuck habla por primera vez de la posibilidad de confeccionar una dentadura inferior completa de un sólo bloque de marfil.

En 1717 Dionis habla de un tal Guillemeau - que hacía unos dientes artificiales de una pasta fabricada - por él.

En 1718 Heister menciona por primera vez piezas de prótesis parcial removible.

En 1728 Fauchard nos habla en su libro - sobre la colocación de dientes de pivote de la prótesis - completa y de la construcción de obturadores palatinos. - Fauchard hace también la base de colmillo de hipopótamo pero sustituye los dientes anteriores por una lámina - metálica esmaltada con un color imitación de los dientes, fijando la lámina a la base con tornillos.

Mauton en 1746 habló sobre la posibilidad de retener los aparatos parciales por medio de bandas de oro elásticas o ganchos adaptados a los dientes - naturales. También cita por vez primera la construcción de coronas de oro para reconstruir dientes muy destruidos.

En 1756 Bourdet muestra la posibilidad de colocar dientes humanos en la base hecha con calmillos - de hipopótamo en la cual se fijan con espigas, las que iban remachadas por el lado palatino.

En la segunda mitad del siglo XVII tiene mayor auge la demanda de dientes humanos para las dentaduras artificiales

En 1776 Dubois de Chemant a solicitud de un farmacéutico de Saint Germain llamado Duchateau -- construye por primera vez una dentadura de porcelana. - El mismo Dubois crea la corona de porcelana en 1802.

En 1840 aparecen las primeras coronas de porcelana a tubo para montar sobre raíz.

En 1841 Maury describe el estampado del oro sobre modelos metálicos comenzando a hacer aparatos con base de oro y dientes a tubo o dientes y encías de porcelana.

John Allen crea en 1845 la encía continúa y los rellenos en las prótesis para restaurar los casos de estética facial disminuída.

A mediados del siglo XIX con el descubrimiento de la vulcanización, Giusepangelo Fonzi hace la aplicación de ésta a la prótesis por vez primera.

En 1860 nace la prótesis inmediata y fue hasta 1920 cuando adquiere un desarrollo considerable debido al progreso de la anestesia, la radiología y el mayor auge de la cirugía.

CRANEO EN GENERAL

Considerando en su conjunto, debemos estudiar en el cráneo:

- 1.- Su configuración interior
- 2.- Su configuración exterior.

1).- Configuración Interior

La caja craneana se divide en dos regiones: La Bóveda y la Base. El límite respectivo de estas dos regiones está formado por un plano transversal, que pasaría 1° Delante, por la protuberancia frontal media; 2° Detrás, por la protuberancia occipital externa.

1° Bóveda. - Está formada: delante, por el frontal; en su parte media, por los dos parietales, y detrás por la parte más elevada de la concha del occipital. En ella encontramos:

a).- En la línea media: 1°, la cresta frontal, para la hoz del cerebro; 2°, el canal longitudinal, para el seno longitudinal superior.

b).- En los lados: 1°, la fosa parietal, la fosa parietal y la fosa cerebral del occipital; 2°, entre estas tres fosas, las dos suturas frontoparietal y parietooccipital. Recuerdese la presencia, a cada lado del canal longitudinal, del agujero parietal (para una vena emisaria) y de numerosas depresiones debidas a los corpúsculos de Pacchioni.

2° Base. - La base del cráneo, muy inclinada de delante atrás y de arriba abajo, se divide en tres compartimientos: anterior, medio y posterior.

A).- Compartimiento Anterior. - Limitado por delante por el plano convencional que separa la bóveda de la base, está limitada netamente por detrás por el canal óptico y el borde posterior de las alas menores del esfenoides. Presenta:

a).- En la línea media: 1º la parte inferior de la cresta frontal; 2º el agujero ciego; 3º la apófisis crista-galli; 4º una pequeña cresta media; 5º el canal óptico, dirigido transversalmente y terminado a cada lado en el agujero óptico.

b).- En los lados: 1º los canales olfatorios (para las nervias y bulbos olfatorios), con los agujeros olfatorios la hendidura etmoidal y el agujero etmoidal; 2º, por fuera de estos canales y limitándolos, la sutura frontoetmoidal, a lo larga de la cual se ven dos agujeros que son los orificios internos de las dos conductos orbitarios internos anterior y posterior; 3º, por fuera de esta sutura, las protuberancias orbitarios, con sus eminencias mamilares e impresiones digitales.

B).- Compartimiento Medio. - Conocemos ya su límite anterior, que está formado por el límite posterior del plano que acabamos de estudiar. Su límite posterior está formado: 1º en su parte media, por la lámina cuadrilátera del esfenoides; 2º, a los lados, por el borde superior del peñasco. En este compartimiento encontramos:

a).- En la línea media: la silla turca que está limitada, delante, por el canal óptico; detrás por la lámina cuadrilátera; a los lados, por el canal cavernoso, y en sus cuatro ángulos, por las cuatro opófisis clinoides (dos anteriores y dos posteriores).

b).- En los lados: excavaciones profundas, llamadas fosas esfenotemporales, muy abundantes en impresiones digitales y eminencias mamilares. Se encuentra, además, en la cara anterior del peñasco, la depresión de Gasser, para el ganglio del mismo nombre, y además nueve agujeros, que son, siguiendo de delante a atrás, 1º la hendidura esfenoidal, que hace comunicar la

cavidad craneana con la órbita y por la cual pasan los nervios motores del ojo, el nervio oftálmico (o sus tres ramas), la vena oftálmica y algunas ramas de la arteria meníngea media; 2º el agujero redondo mayor, para el nervio maxilar superior; 3º el agujero oval, para el nervio maxilar inferior y la arteria meníngea menor; 4º el conducto inominado de Arnold (que no es constante), para el nervio petroso superficial menor; 5º el agujero redondo menor, para la arteria meníngea media; 6º el agujero de Vesalio (que tampoco es constante), para dar pasa, cuando existe, a una vena emisaria; 7º el hiato de Falopio y los hiatos accesorios, para los dos petrosos superficiales (ramas del facial) y los dos petrosos profundos (ramas del nervio de Jacobson que procede del glossofaríngeo); 8º el agujero rasgado anterior, cerrado en estado fresco por una lámina fibrocartilaginosa, que atraviesa el nervio vidiano; 9º por último, el orificio interno del conducto carotídeo, por el cual entra la carótida interna en el cráneo.

C).- Compartimiento Posterior.- El compartimiento posterior de la base del cráneo, limitado por delante por la lámina cuadrilátera del esfenoides y por el borde superior del peñasco, tiene por límite posterior el compartimiento convencional que separa la bóveda del cráneo de su base. En el deben estudiarse las partes siguientes:

a).- En la línea media siguiendo de delante atrás: 1º el canal basilar (para la protuberancia y parte del bulbo raquídeo); 2º el agujero occipital; 3º la cresta occipital interna (para la hoz del cerebelo); 4º la protuberancia occipital interna (en relación con la presa de Herófilo).

b).- En los lados: 1º las fosas cerebelosas (para los hemisferios cerebelosos); 2º el canal petroso superior (para el seno del mismo nombre); 3º el canal petroso inferior (para el seno del mismo nombre); 4º el canal lateral, con su porción horizontal y su porción descendente (para el seno del mismo nombre); 5º el conducto auditivo interno (para los tres nervios auditivos, facial e intermediario); 6º el acueducto del vestíbulo (para el conducto endolinfático); 7º el agujero-

condíleo anterior (para el hipogloso mayor); 8º, el agujero condíleo posterior (que no es constante, para una vena anastomótica); 9º, el agujero mastoideo, situado a nivel de la porción descendente del canal lateral (para una vena anastomótica); 10º, el agujero rasgado posterior, gran abertura situada entre el borde anterior del occipital y el borde posterior del peñasco (para la yugular interna y los tres nervios glosofaríngeo, neumogástrico y espinal.

2).- Configuración Exterior

Atendida su configuración exterior, el -- cráneo presenta tres regiones: la región de la bóveda, - la región de la base y la región temporal.

1º.- Bóveda. - Se extiende, en sentido anteroposterior, de la protuberancia frontal media a la protuberancia occipital externa, y, en sentido transversal, - de una a otra línea temporal superior. Presenta:

a).- En la línea media: 1º, la sutura medio frontal, que desaparece en el adulto; 2º, la sutura biparietal o sagital, con el agujero parietal, colocado algo por fuera de esta sutura; 3º, la parte más elevada de la cancha occipital.

b).- En los lados: 1º, las tres protuberancias: Frontal, Parietal y Occipital; 2º, entre estas - eminencias, las dos suturas frontoparietal (o coronal) y occipitoparietal (o lambdaica).

2º.- Región Temporal. - Situada en la parte lateral del cráneo, la región temporal está limitada, - por arriba y por detrás. por la línea temporal que, partiendo de la apófisis orbitaria externa, termina en la fontanela pósterolateral o asterión de los antropólogos. Simple en su origen, la línea temporal, al llegar a la proximidad de la sutura coronaria, envía una prolongación inferior que se continúa, por detrás, con la rama ascendente de la raíz longitudinal de la apófisis cigomática. -

Hay pues dos líneas temporales: una superior, mayor, -- en la cual se inserta la aponeurosis temporal; otra inferior, más pequeña, que sirve de inserción al músculo temporal.

Por delante y abajo, la región temporal -- presenta una abertura, de forma oval, por la cual comunica directamente con la fosa cigomática.

Esta abertura está circunscrita: por dentro, por la cresta esfenotemporal; por fuera, por el arco cigomático.

La región temporal está formada por el parietal, el frontal, el temporal y el ala mayor del esfenoides. Recibe el nombre de pterión el punto o línea donde se encuentran estos cuatro huesos

3.º - Base. - Si trazamos una línea transversal que comprenda los dos tubérculos cigomáticos (línea bicigomática) y otra línea también transversal que pase por las dos apófisis mastoideas (línea bimastoidea), dividimos la base del cráneo en tres zonas: anterior, media -- y posterior.

A). - Zona Anterior o Facial. - La zona anterior, situada por delante de la línea bicigomática, -- corresponde al macizo óseo de la cara, y de aquí su -- nombre. Presenta:

a). - En la línea media: 1.º la espina nasal del frontal; 2.º la lámina perpendicular del etmoides; 3.º la cresta esfenoidal inferior.

b). - En los lados: 1.º la bóveda de las fosas nasales, formada por la lámina cribosa del etmoides -- por delante y el cuerpo del esfenoides por detrás; 2.º por fuera de la lámina cribosa, las masas laterales del etmoides; 3.º por fuera de estas masas laterales, la mitad superior de la órbita. - En la zona facial se encuentran los agujeros siguientes: los agujeros olfatorios, la hendidura etmoidal, el agujero etmoidal, los dos conductos etmoidales o conductos orbitarios internos (que son uno anterior y otro posterior), el agujero óptico, la hendidura-

esfenoidal y el orificio del seno esfenoidal.

B).- Zona Media o Yugular.- La zona media está comprendida entre las dos líneas transversales b1 cigomática y bimaistoidea. Presenta:

a).- En la línea media: la superficie basilar del occipital, con el tubérculo faríngeo y la fosita - novicular de Pöelchens.

b).- En los lados: dos cuadriláteros, bastante regulares, uno a derecha y otro a izquierdo.- Cada uno de estos cuadriláteros presenta en sus cuatro ángulos, cuatro eminencias óseas (el tubérculo cigomático, la -- apófisis pterigoides, el cóndilo del occipital y la apófisis mastoideas), quedando de este modo circunscrito por las cuatro líneas rectas que unirian entre sí o estas eminencias.- Uno serie lineal de crestas y eminencias extendidas desde la apófisis mastoideas a la apófisis pterigoides -- (apófisis estiloide, apófisis vaginal, espina del esfenoides y lámina ósea, prolongación del borde interno del ala mayor del esfenoides) divide nuestro cuadrilátero en dos triángulos iguales: un triángulo ánteroexterno y otro pósterointerno.- El triángulo ánteroexterno contiene el -- conducto auditivo externo, la cavidad glenoidea del temporal (con la cisura de Gosser), el agujero redondo menor y el agujero oval, estas últimas descritas ya anteriormente.- El triángulo pósterointerno presenta, a su vez: -- 1º el agujero estilomastoideo (para el facial y la arteria estilomastoidea); 2º el agujero rasgado posterior y -- la fosa yugular hacia afuera y un poco por delante del mismo; 3º el orificio inferior del conducto carotídeo; -- 4º el conducto de Jacobson; 5º el ocueducto del coracol -- (en el borde posterior del peñasco); 6º la fosita condílea anterior, en su fondo, el canal condíleo anterior; 7º el agujero rasgado anterior por delante del cual (en la base media de la apófisis pterigoides) se ve el conducto vidiano.

C).- Zona Posterior u Occipital.- La zona posterior está situada por detrás de la línea bimaistoidea. En esta línea se encuentran seis eminencias, tres --

a derecha y tres a izquierda: 1º, el cóndilo del occipital, con su superficie articular para el atlas; 2º, la apófisis yugular, con su superficie rugosa para el músculo - recto lateral del cuello; 3º, la opófisis mastoides, con, - en su lado interno la ranura digástrica.

a).- En la línea media, la zona occipital presenta el agujero occipital y la protuberancia occipital externa, unidos entre sí por una cresta, la cresta occipital externa.

b).- En los lados, se ven dos líneas curvas, muy rugosas, la línea curva occipital superior (que va de la protuberancia a la apófisis mastoides), y la - línea curva occipital inferior (que parte de la mitad de la cresta occipital para ir a parar a la apófisis yugular).

Entre las dos líneas curvas y por debajo - de la línea inferior existen dos superficies muy rugosas - para inserciones musculares.

CARA EN GENERAL

El conglomerado óseo de la cara puede considerarse como un prisma triangular, cuyas dos bases son laterales y cuyas tres caras son: una superior, otra anterior y la tercera posterior.

1.º - Bases. - Las dos bases o caras laterales están constituidas por la cara externa del hueso maxilar, la porción posterior del reborde alveolar del maxilar superior y la cara externa de la rama de la mandíbula. Se encuentran en ellas: 1.º, el agujero malar, que se abre en la cara externa del hueso del mismo nombre; 2.º, la escotadura sigmoidea de la mandíbula, con el arco cigomático por encima y limitada por delante, por la apófisis coronoides, y por detrás, por el cóndilo; 3.º, las tres suturas que unen el hueso malar con sus limítrofes.

2.º - Cara anterior. - Limitada, por arriba, por una línea transversal que pasaría por las dos suturas frontomalares, tiene por límite, por abajo, el borde inferior del cuerpo de la mandíbula. Presenta:

a). - En la línea media, siguiendo de arriba abajo: 1.º la articulación nasofrontal; 2.º, la sutura medionasal; 3.º, el orificio anterior de las fosas nasales; 4.º, la sutura bimaxilar; 5.º, la sínfisis mentoniana, que termina por abajo en la eminencia mentoniana.

b). - A cada lado de la línea media, y siguiendo también de arriba abajo: 1.º, la cara externa del hueso nasal; 2.º, la cara externa de la apófisis ascendente del maxilar superior; 3.º, la base de la órbita;

4.º el agujero suborbitario (para el nervio del mismo - nombre); 5.º la fosa canina, la eminencia canina, y - la fosita mirtiforme; 6.º los dos bordes alveolares, con los dientes; 7.º la cara externa de la mandíbula, con - la línea oblicua externa y el agujero mentoniano (para el nervio y los vasos mentonianos).

3.º - Cara superior. - Está en relación, - en toda su extensión, con la base del cráneo. - Está - formada, en la línea media, por la articulación del - vómer, primero con la lámina perpendicular del etmoides, y luego con la cresta inferior del esfenoides. En los lados forma la parte más elevada de las fosas nasales por dentro, y por fuera del suelo de la órbita.

4.º - Cara posterior. - Representa una vasta cavidad que se encuentra circunscrita: 1.º por detrás, por una línea convencional que pasa por las dos cavidades glenoideas; 2.º en su restante contorno, por el borde inferior del cuerpo del maxilar y el borde posterior de su rama. En ella encontramos:

a). - En la línea media, siguiendo de - - atrás adelante: el borde posterior del vómer, la espina nasal posterior, la sutura mediopalatina, el conducto palatino anterior y la sínfisis mentoniana (con sus cuatro apófisis geni).

b). - En los lados, y siguiendo la misma dirección: los orificios posteriores de las fosas nasales - o coanas la mitad corresponde a la bóveda palatina, - los dos rebordes alveolares con sus dientes y, por último, la cara posterior del maxilar (con el orificio superior del conducto dentario, la espina de Spix, el canal milohioideo, la línea oblicua interna y las tres fositas submaxilar, sublingual y digástrica).

ANATOMIA PROTÉSICA

La cara es un conglomerado óseo, situado en la parte inferior y anterior de la cabeza, que -- contiene en sus cavidades la mayor parte de los aparatos.

La cara está dividida en dos porciones -- una llamada mandíbula, que en el hombre está constituida por un solo hueso. La otra, más complicada se compone de trece huesos, que se agrupan alrededor de un solo, el maxilar superior. De estos trece huesos sólo uno es impar, el vómer; los demás son pares y están dispuestos simétricamente a cada lado de la línea media. Son el maxilar superior, el hueso malar, el unguis, los cornetes inferiores, el hueso propio de la nariz y los palatinos. Pero sólo describiremos los siguientes:

MAXILAR SUPERIOR

Hueso par, de forma cuadrilátera, ligeramente aplanado de fuera adentro, presenta una cara -- interna, otra externa, cuatro bordes y cuatro ángulos.

1.º - Cara Interna. - Presenta en la unión del tercio inferior con sus dos tercios superiores una eminencia transversal, la apófisis palatina, la cual, articulándose en la línea media con la del lado opuesto, forma un tabique transversal, que constituye a la vez el -- suelo de las fosas nasales y la bóveda palatina. En su parte anterior se ve el conducto palatino anterior (para el nervio esfenopalatino interno). - Por debajo de la apófisis palatina, nuestra cara interna forma parte de la bóveda palatina. - Por encima de la apófisis palatina, -

presenta sucesivamente, siguiendo de atrás adelante: 1º - rugosidades, para el palatino; 2º, el orificio del seno maxilar; 3º, el canal nasal; 4º, la apófisis ascendente del maxilar superior.

2º - Cara Externa. - Encontramos primero, en su parte anterior y a nivel de los dos incisivos, la fosita mirtiforme, limitada por detrás por una eminencia longitudinal, llamada eminencia canina. - Toda la parte restante de la cara externa está ocupada por una gran eminencia transversal, que es la apófisis piramidal del maxilar superior; su base forma cuerpo con el hueso: - su vértice, rugoso, se articula con el hueso malar; su cara superior, plana, forma parte del suelo de la órbita (en ella se ve el canal suborbitario); su cara anterior presenta el agujero suborbitario (para el nervio del mismo nombre); su cara posterior, ligeramente convexa forma parte de la fosa cigomática (se ve en ella los agujeros dentarios posteriores para los nervios del mismo nombre); su borde inferior, cóncavo y redondeado, se dirige hacia el primer molar; su borde anterior forma parte del reborde orbitario; su borde posterior corresponde a ala mayor del esfenoides (forma, con este último hueso, la hendedura esfenomaxilar).

3º - Bordes. - Se distinguen en anterior, posterior, superior e inferior. - El borde anterior, muy irregular, presenta, siguiendo de obajo arriba: la semiesquina nasal anterior, la escotadura nasal (que corresponde al orificio anterior de las fosas nasales) y el borde anterior de la apófisis ascendente. - El borde posterior, grueso y redondeado, constituye la tuberosidad del maxilar. Libre por arriba, se articula por su parte inferior con la apófisis pterigoides del esfenoides y con la porción vertical del palatino (entre la tuberosidad y este último hueso se encuentra el conducto palatino posterior) El borde superior, muy delgado, se articula con el unguis, el hueso plano del etmoides y la apófisis orbitaria del palatino. El borde inferior o borde alveolar presenta los alvéolos de los dientes, cavidades más o menos espaciosas, simples o tabicados.

4°- Ángulos.- Son en número de cuatro: ánterosuperior, ánteroinferior, pósterosuperior y pósteroinferior.- Los tres últimos no presentan ninguna particularidad.- El ángulo superior está representado por la apófisis ascendente del maxilar superior: su base forma cuerpo con el hueso; su vértice, rugoso, se articula con la apófisi orbitario interna del frontal; su cara interna forma parte de las fosas nasales; su cara externa, lisa, da inserción a diversos músculos; su borde anterior, rugoso, se articula con los huesos propios de la nariz; su borde posterior limitada por dentro el contorno de la órbita - (en este borde se ve un canal que contribuye a formar, con el unguis, el canal lácrimonasal).

5°- Conformación Interior.- El maxilar superior está formado casi exclusivamente de tejido compacto; sólo hay una pequeña masa de tejido esponjoso - en la parte anterior de la apófisis palatina, en la base de la apófisis ascendente y en el borde alveolar. En el centro del hueso se encuentra una vasta excavación, que tiene la misma forma general que el hueso; es el - llamado seno maxilar o cuevo de Hígmoro. Tiene la forma de una pirámide triangular, cuyo vértice corresponde de al vértice de la apófisis piramidal, y cuya base corresponde a su orificio de entrada.

MANDIBULA.

Hueso impar, medio, simétrico, situado en la parte inferior de la cara, forma por sí solo la mandíbula inferior. Se divide en dos partes: una parte media y cuerpo y dos partes laterales o ramas.

1°- Cuerpo.- Tiene la forma de uno herradura con la concavidad dirigida hacia atrás. Se estudian en él una cara anterior, otra posterior, un borde --

inferior:

a) Cara Anterior. - Presenta: 1º en la línea media, la sínfisis mentoniana, que termina, en su parte inferior, con una pequeña eminencia piramidal llamada eminencia barbal o mentoniana; 2º a derecha e izquierda de la sínfisis, una línea oblicuamente ascendente, la línea oblicua externa (va de la eminencia barbal al borde anterior de la rama); 3º un poco encima de esta línea, a nivel del segundo premolar, el agujero barbal (para el nervio y los vasos mentonianos).

b) Cara Posterior. - Presenta: a su vez: 1º en la línea media, cuatro eminencias dispuestas dos a dos, las apófisis geni (las dos superiores para los genioglosos, las dos inferiores para los geniohioideos); -- 2º una línea oblicua ascendente, la línea oblicua interna o milohioidea; 3º por encima de esta línea y un poco por fuera de las apófisis geni, la fosita sublingual - (para la glándula del mismo nombre); 4º por debajo de esta misma línea y a nivel de los dos y tres últimos molares, la fosita submaxilar, (para la glándula del mismo nombre).

c) Borde Superior o Alveolar. - Está ocupado por las cavidades alvéolodentarias (para la implantación de los dientes).

d) Borde Inferior. - Redondeado y obtuso, presenta, en su parte interna, inmediatamente por fuera de la sínfisis, la fosita digástrica (para el músculo del mismo nombre). En su parte externa, en el punto donde comienzan las ramas, se encuentra ordinariamente un pequeño canal, por el cual pasa la arterio facial.

2º - Ramas. - Cuadriláteras, más anchas que altas, están dirigidas de abajo arriba y de delante atrás. Cada una de ellas presenta dos caras y cuatro -

bordes.

a) Caras. - De las dos caras, una es externa y la otra interna. - La cara externa, plana, presenta (sobre todo en su parte inferior) líneas rugosas para el masetero. - La cara interna presenta, en su centro, el orificio superior del conducto dentario (para el nervio - y los vasos dentarios inferiores). En el borde de este orificio, por delante y debajo del mismo, se encuentran una laminilla ósea triangular, llamada espinas de Spix. - De la parte pósteroinferior de este orificio parte un canal oblicuamente descendente, que se denomina canal milohioideo (para el nervio y los vasos milohioideos).

Por toda la parte inferior de esta cara - se ven rugosidades para el ptorigoideo interno.

b) Bordes. - Se distinguen en anterior, - posterior, superior e inferior. - El borde anterior es cóncavo, formando canal. - El borde posterior, ligeramente encorvado en forma de S itálica, redondeado y obtuso, - está en relación con la parótida (borde parotídeo). - El borde superior presenta, en su parte media, una gran escotadura, la escotadura sigmoidea por la cual pasan el nervio y los vasos masetérimos. Por delante de esta escotadura se levanta una eminencia laminar en forma de -- triángulo, llamada apófisis coronoideas (para el músculo temporal). Por detrás de la escotadura sigmoidea encuentra una segunda eminencia, el cóndilo del maxilar - es elipsoide, aplanado de delante atrás, con su eje mayor dirigido oblicuamente de fuera adentro y de delante atrás; está sostenido por una porción más estrecha, el -- cuello, en cuyo lado interno se encuentra una depresión rugosa para el ptorigoideo externo. - El borde inferior se continúa directamente con el borde inferior del cuerpo. El punto saliente en que se encuentra, por detrás, al -- borde posterior de la rama, constituye el ángulo del maxilar o ángulo mandibular (gonión de los antropólogos) mide de 150 a 160° en el recién nacido, de 115 a 125°

en el adulto y de 130 a 140° en el anciano (por falta de dientes).

3°- Conformación Interior.- El maxilar inferior o mandíbula está constituido por una masa central de tejido esponjoso, circunscrita en toda su extensión por una cubierta, notablemente gruesa muy resistente, de tejido compacto.

Recorre cada una de sus mitades un conducto, el conducto dentario inferior; comienza en la espina de Spix, se dirige oblicuamente hacia abajo y adelante hasta el segundo premolar, dividiéndose en este punto en dos ramas: una externa (conducto mentoniano), que termina en el agujero mentoniano, y otra interna (conducto incisivo), que termina debajo de los incisivos.

TEMPORAL

Hueso par, situado en la parte inferior y lateral del cráneo, entre el occipital, el parietal y el esfenoides. En el feto de siete y ocho meses se compone de tres piezas óseas distintas: la escama, lámina aplanada y muy delgada; el peñasco, a expensas del cual ha de desarrollarse más tarde la apófisis mastoideas; el hueso tímpanal, especie de anillo incompleto (le falta su parte superior), que desarrollándose hacia afuera, ha de formar la mayor parte (las tres paredes anterior, posterior e inferior) del conducto auditivo externo. Estas tres piezas se unen más tarde, formando una pieza única. En esta forma está constituido el temporal del adulto. Conviene, sin embargo, dividirlo también en tres porciones: 1° Porción escamosa, que representa la escama del hueso fetal; 2° Porción mastoidea, precedente de la parte externa del peñasco fetal; 3° Porción petrosa o peñasco, que representa a la vez la parte interna del peñasco fetal y el hueso tímpanal.

1°- Porción escamosa.- Aplanada lateralmente e irregularmente circular, que presenta una cara externa, otra interna y una circunferencia.

a) Cara externa. - La cara externa, -- convexa y lisa forma parte de la fosa temporal. Presenta, por detrás, un surco vascular para la arteria temporal profunda posterior. - De su parte inferior se desprende una apófisis de dirección anterior, llamada apófisis cigomática. Presenta a nuestra consideración: 1.º una cara externa, convexa, cubierta por la piel, 2.º una cara interna, cóncava, en relación con el músculo temporal; 3.º un borde superior, delgado y cortante, para la aponeurosis temporal; 4.º un borde inferior, más grueso, - que da inserción al masetero; 5.º una extremidad anterior o vértice, muy dentellada, para articularse con el hueso malar; 6.º una extremidad posterior o base, que se divide en dos ramas o raíces: una raíz transversa o condílo del temporal, dirigida hacia adentro, convexa, cubierta por cartilago, que forma parte de la articulación temporomaxilar; una raíz longitudinal, que se dirige hacia atrás y también se bifurca a su vez. - El punto de unión de las dos raíces está señalando por una eminencia, el tubérculo cigomático (para el ligamento lateral externo de la articulación temporomaxilar). - El espacio angular formado por la separación de las dos raíces está ocupado por una excavación ovoide, cuyo diámetro mayor es transversal: constituye la cavidad glenoidea del temporal. Por detrás de esta cavidad se encuentra una hendidura transversal que recibe el nombre de cisura de Glaser.

b) Cara Interna. - Es cóncava y está en relación con el cerebro; tiene numeroso surcos vasculares correspondientes a la meníngea media.

c) Circunferencia. - Libre en sus tres cuartos anterosuperiores, se articula, por delante, con el ala mayor del esfenoides y por detrás con el parietal. En su cuarto pósteroinferior; está unida, por una parte, con la porción mastoidea (sutura escamamastoidea), y por otra con el peñasco (cisura de Glaser en la superficie exocraneana del hueso y algunas veces, en la superficie endocraneana, fisura petroescamosa).

2.º - Porción Mastoidea. - Aplanada de fuera adentro, presenta, como la porción escamosa, una cara externa, otra interna y una circunferencia.

a). Cara Externa. - Plana, rugosa, termina por aboja con una eminencia voluminosa, la apófisis mastoideas. Por dentro de está apófisis se ve la ranura digástrica, para el músculo del mismo nombre. Por encima de la base de la apófisis mastoideas, el hueso está atravesado de parte a parte por un conducto oblicuo, llamado conducto mastoideo.

b). Cara Interna. - Es cóncava, irregular y corresponde al cerebro. - En su parte anterior, cerca del peñasco, se encuentra un surco vertical para el seno lateral.

c) Circunferencia. - Queda libre solamente en su parte superior y posterior: se articula con el parietal y el occipital. En su restante extensión, se confunde con la escama y con el peñasco. En el punto de contacto de la circunferencia de la escama con la circunferencia de la porción mastoidea, se ve una escotadura angulosa, denominada incisura parietal del temporal.

3.º - Porción Petrosa. - La porción petrosa o peñasco comprende la parte interna del peñasco fetal, a la cual se ha unido toda la porción timpánica. Tiene la forma de una pirámide cuadrangular y presenta, por consiguiente, una base, un vértice, cuatro caras y cuatro bordes.

a) Base. - La base, dirigida hacia afuera, se interpone entre las dos partes anteriormente descritas, con las cuales está fuertemente unida. Presenta un ancha orificio ovalar, que es el orificio del conducto auditivo externo. Es de notar que este orificio está formado (como el conducto): por arriba, por la porción escamosa, por delante, abajo y atrás, por la porción timpánica. En la parte superior y posterior del orificio se ve una pequeña lámina ósea (spina supra meatum), -- con una pequeña fosita en su parte superior.

b) Vértice. - Dirigido hacia adentro y adelante, el vértice se corresponde, en el cráneo articulado, con el ángulo entrante que forman, al unirse, el cuerpo del esfenoides y su ala mayor. Muy truncado, - presenta un agujero, que es el orificio interno del conducto carotídeo.

c) Caras. - En número de cuatro, se -- distinguen en ánterosuperior, pósterosuperior, anteroinferior y pósteroinferior.

1).- La cara ánterosuperior está en relación con el cerebro. Presenta sucesivamente, de dentro afuera: 1º una fosita ovalar, para el ganglio de Gasser; 2º el hiato de Falopio, para el nervio petroso superficial mayor (con frecuencia se encuentran, alrededor del hiato principal, hiatos accesorios, para el nervio petroso superficial menor, y los dos nervios petrosos profundos); 3º dos pequeños surcos de dirección transversal, que van del hiato de Falopio y de sus accesorios al agujero rasgado anterior; 4º en la unión del tercio medio con el tercio externo y cerca del borde superior del hueso, la eminencia arcuata, eminencia determinada por el conducto semicircular superior; 5º por delante de esta eminencia, el tegmen tympani, lámina muy delgada que forma la bóveda de la caja del tímpano.

2).- La cara pósterosuperior está en relación con el cerebelo y el istmo. Presenta: 1º el orificio del conducto auditivo interno (al cual sigue el conducto del mismo nombre), para el auditivo, el facial, - y el intermediario; 2º por fuera de este orificio, una -- hendidura estrecha el acueducto del vestíbulo, para el conducto endolinfático y una prolongación tubular del -- vestíbulo membranoso; 3º entre los dos, y cerca del borde superior, los vestigios de una depresión muy marcada en el feto, llamada fosa subarcuata.

3).- La cara pósteroinferior, muy compli cada, puede dividirse en tres zonas, que ocupan, las -- tres, la superficie exterior de la base del cráneo.- La zona externa presenta sucesivamente: 1.º la apófisis estiloides, para el ramillete de Rioloano; 2.º por detrás de la apófisis, el agujero estilomastoideo, para el nervio facial; 3.º por detrás de este agujero, una carita rugosa, para el occipital.- La zona media está ocupada por una depresión profunda, la fosa yugular, donde se aloja el golfo de la vena yugular interna.- La zona interna, que es la mayor de las tres, presenta el orificio inferior del conducto carotídeo, y, por dentro del mismo, una superficie rugosa para el músculo peristafilino interno.

Entre el orificio carotídeo y la fosa yugular se levanta -- una cresta, en cuyo vértice (muchas veces en su vertiente externa) se ve un pequeño orificio; el orificio inferior del conducto de Jacobson (para el nervio de Jacobson).

4).- La cara anteroinferior pertenece, -- como la precedente, a la base del cráneo. Está representada: 1.º en sus dos tercios externos, por una superficie cóncava, lisa y uniforme, que pertenece al hueso -- tímpanal y forma la pared anterior del conducto auditivo externo; 2.º en su tercio interno, por una pequeña superficie triangular, que pertenece al peñasco y está en relación con el músculo del martillo.

d) Bordes.-- En número de cuatro (como las caras), se distinguen en superior, inferior, posterior y anterior.

1).- El borde superior, el más largo de los tres, tiene en toda su extensión un canal, el canal petroso superior (para el seno del mismo nombre).

2).- El borde inferior lleva el nombre -- de cresta petrosa. Por delante de la apófisis estiloides forma la apófisis vaginal.

3).- El borde posterior se articula con el borde inferior del occipital. Presenta sucesivamente, siguiendo de dentro afuera: 1º, el canal petroso inferior (para el seno del mismo nombre); 2º, una pequeña excavación de forma piramidal, la fosita petrosa (para el ganglio de Andersch), en cuyo fondo se abre el acueducto del caracol; 3º, en el ángulo externo de la fosa petrosa la espina yugular del temporal; 4º, hacia afuera una lámina delgada y cortante, con una ranura; la ranura del temporal; 5º, la carita yugular y la corredera petrosa lateral del temporal.

4).- El borde anterior, libre en su mitad interna (que corresponde al agujero rasgado anterior), está unida, en su mitad externa, a la porción escamosa: esta unión viene señalada exteriormente por la cisura de Glaser. La porción libre del borde anterior del peñasco forma con la escama un ángulo entrante, de unos 70º, - en cuyo fondo se ven dos conductos óseos superpuestos como los cañones de una escopeta doble: uno superior, - conducto del músculo del martillo; otro inferior, - presenta la porción ósea de la trompa de Eustaquio.

4º.- Conformación interior.- La porción escamosa está formada como el ala mayor del esfenoides. - La porción mastoidea presenta numerosas cavidades, llamadas células mastoideas. - El peñasco está formado casi por completo de tejido compacto. - (Para las cavidades y conductos del temporal).

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

La articulación de la mandíbula con el cráneo o articulación temporomandibular pertenece, en el hombre, al género de las articulaciones bicondíleas.

1º.- Superficies articulares.- De las dos superficies articulares, una pertenece a la mandíbula y otra al temporal.

a).- Superficie mandibular.- Está representada por el cóndilo. Forma una eminencia elipsoide, y se dirige oblicuamente de fuera adentro y de delante atrás; los ejes mayores de los dos cóndilos, prolongados por adentro, se encontrarían un poco por delante de la parte central del agujero occipital.- Cada cóndilo presenta: una cara o vertiente anterior y una cara o vertiente posterior, que se unen entre sí en el punto culminante del cóndilo, formando una arista obtusa de dirección transversal (es digno de mencionar que el revestimiento de la superficie articular es una formación conjuntiva y no cartilaginosa).- El cóndilo descansa sobre una porción más estrecha, llamada cuello (en su parte anterointerna se encuentra una depresión para el pterigoideo externo).

b).- Superficie Temporal.- El temporal para esta articulación presenta: 1º, por delante, una eminencia transversal, marcadamente convexa de delante atrás, ligeramente cóncava de dentro afuera, llamada cóndilo del temporal; está formado por la raíz transversal de la apófisis cigomática; 2º, por detrás del cóndilo, la cavidad glenoidea, depresión profunda, de forma elipsoidea, con su eje mayor dirigido transversalmente, dividida por la cisura de Glaser en dos porciones, una anterior y otra posterior; de estas dos porciones, únicamente la primera es articular, esto es, está cubierta de cartilago (también aquí el revestimiento es conjuntivo y no cartilaginosa). Unidos entre sí, el cóndilo del temporal y la porción articular de la cavidad glenoidea representan una especie de cuadrilátero.

2°- Menisco interarticular. - Como la superficie mandibular es muy convexa y la superficie temporal es a la vez cóncava y convexa, las dos superficies no se corresponden. La concordancia se establece por la interposición de un menisco interarticular. Este menisco es de forma elíptica y tiene su eje mayor dirigido transversalmente, y está orientado de manera que una de sus caras mire hacia arriba y adelante, y la otra hacia abajo y atrás: la primera, en relación con el cóndilo, es cóncava en su parte anterior y convexa en su parte posterior; la segunda, en relación con el cóndilo, es cóncava en toda su extensión. De los dos bordes del menisco, el posterior es siempre más grueso que el anterior.

De sus dos extremos, el interno y el externo se doblan ligeramente hacia abajo y se fijan, por medio de delgados fascículos fibrosos, a los extremos correspondientes del cóndilo: de esta disposición resulta que, al ejecutarse los movimientos, el menisco acompaña siempre al cóndilo.

3°- Medios de unión. - Existe un ligamento capsular, llamado también cápsula articular, reforzado a los lados por dos ligamentos laterales y tres ligamentos auxiliares.

a) Ligamento capsular o cápsula articular. - Forma una especie de manguito dispuesto alrededor de la articulación, y se inserta: 1° por abajo, por su circunferencia inferior, alrededor del cuello; 2° por arriba, por su circunferencia superior, en el borde anterior de la raíz transversa del arco cigomático, en el tubérculo cigomático, en el fondo de la cavidad glenoidea (un poco por delante de la cisura de Glaser) y en la base de la espina del esfenoides. Es de notar, que a nivel de los bordes del menisco, el ligamento capsular está íntimamente adherido a estos bordes.

b) Ligamento lateral externo. - Situado por fuera de la cápsula, se inserta, por arriba, en el tubérculo cigomático y, por detrás del mismo, en la raíz

longitudinal, desde donde desciende para terminar insertándose en la parte pósteroexterna del cuello del cóndilo.

c) Ligamento interno. - Situado en el lado interno de la cápsula, se extiende desde el reborde interno de la cavidad glenoidea a la parte pósterointerna del cuello. Presenta grandes analogías con el precedente, pero es mucho más delgado.

d) Ligamentos accesorios. - Son el ligamento esfenomaxilar, estilomaxilar, y el pterigomaxilar. Que son unas formaciones fibrosas o pseudoligamentos.

1.º - Ligamento esfenomaxilar, cinta rectangular, que parte del lado externo de la espina del esfenoides y termina cerca del orificio superior del conducto dentario, unas veces en la espina Spix, otras por detrás de ésta.

2.º - Ligamento estilomaxilar, por arriba se inserta en la apófisis estiloides y por abajo en el borde posterior de la rama ascendente de la mandíbula.

3.º - Ligamento pterigomaxilar (o aponeurosis buccinatarafaríngea), hoja fibrosa, más o menos marcada, que va desde el gancho del ala interna de la apófisis pterigoides al extremo superior del borde alveolar de la mandíbula y da inserción al buccinador y al constríctor superior de la faringe.

4.º - Sinoviales. - Existen dos sinoviales: una superior, situada entre el menisco y el temporal, y otra inferior, situada por debajo del menisco, entre éste y el cóndilo. A veces las dos sinoviales se comunican entre sí por un agujero que ocupa la parte central del menisco.

5.º - Relaciones. - Por la cara externa la articulación está cubierta por tejido celular, en el cual pasa la arteria transversal de la cara y el nervio tempo

rofacial, el tejido celular está cubierto por la piel. Por la cara interna se relaciona con los nervios dentaria inferior, lingual y cuerda del tímpano y con la arteria maxilar interna y sus ramas timpánica, meníngea media y meníngea menas y con la inserción del pterigaídea externa. - Par delante se relaciona con haces del masetera y con la escatadura sigmaídea, por donde atraviesan la arteria y el nervia maseterina. Por atrás está en relación con el conducta auditiva externa, por medio de la pralangiación superior de la parátida. Está compuesta por dos articulaciónes, una meniscatemporal y la otra meníscamaxilar, realiza su movimiento bilateral simultánea por el deslizamiento de los cóndilas, gracias a la interposición del menisco, a la laxitud de la cápsula y la poca resistencia que presentan los ligamentos, lo que ayuda a la luxación de la mandíbula.

6.º - Movimientos. - La mandíbula puede ejecutar tres clases de movimientos: 1.- Movimientos de descenso y de elevación (movimientos de rotación alrededor de un eje transversal, que pasaría por la parte media de la rama de la mandíbula, un poco por encima del arificio del conducta dentaria). 2.- Movimientos de proyección hacia adelante y atrás. 3.- Movimientos de lateralidad o de diducción, por las cuales el mentón se dirige alternativamente a izquierda y a derecha de la línea media (movimientos de rotación alrededor de un eje vertical que pasaría alternativamente por el cóndilo izquierdo y el cóndilo derecha).

MIOLOGIA

Principales músculos que intervienen en la masticación. - Estos son cuatro: el temporal, el masetero y los dos ptérgoideas externo e interna.

1.º - Temporal. - Alisado, aplanado, triangular o en abanico, ocupa la fosa temporal.

Inserciones. - 1.º Por arriba, se inserta en la línea curva temporal inferior, la fosa temporal, la aponeurosis temporal y el arco cigomático; 2.º Desde este punto sus fibras se dirigen hacia la apófisis coronoides y se insertan en su cara interna, su vértice y sus dos bordes.

Relaciones. - Se consideran en él dos caras y dos bordes. - La cara interna está en relación con la fosa temporal, y por debajo de ella con dos músculos ptérgoideas y el buccinador. - La cara externa está en relación con la aponeurosis temporal, el arco cigomático y el masetero. - El borde posterior ocupa un canal labrado en la base de la apófisis cigomática. - El borde anterior está en relación con el canal alveolar.

Aponeurosis temporal. - Esta aponeurosis se extiende desde la línea curva temporal superior al borde superior del arco cigomático. Simple en su origen, se desdobra, al aproximarse al arco cigomático, en dos hojas, que se insertan cada una en una de las caras del arco cigomático. Directamente en relación con el músculo en su parte superior, está separada de él, en su parte inferior, por tejido céluoadiposo. Está separada de la piel por una capa de tejido celular y una prolongación lateral de la aponeurosis epicraneal.

Inervación. - Se hallan encargados los tres nervios temporales profundos, que son ramas de la mandíbula

Acción. - Es elevador de la mandíbula y también la dirige hacia atrás; en esta última actividad - del temporal intervienen sus haces posteriores.

2° - Masetero. - Es un músculo corto, -- grueso, adosado a la cara externa de la rama de la mandíbula.

Inserciones. - Comprende dos fascículos - superficial se extiende del borde inferior del arco cigomático al ángulo de la mandíbula. - El fascículo profundo, - situado por dentro del precedente, se extiende desde el arco cigomático a la cara externa de la rama ascendente. Estos dos fascículos están separados entre sí por tejido conjuntivo y a veces por una bolsa serosa.

Relaciones. - Se consideran en él dos caras y cuatro bordes. - La cara interna está en relación con la rama de la mandíbula, con la escatadura sigmoidea -- (paquete vasculonervioso maseterino), con la apófisis coronoides y con el buccinador (bola de Bichat). - La cara externa está cubierta por la aponeurosis maseterina y - después de ésta se encuentran los músculos cutáneos de la cara, la arteria transversal de la cara, el conducto de Sténon (con la prolongación maseterina de la parótida) - y las ramificaciones del nervio facial. - El borde superior se corresponde con el arco cigomático. - El borde inferior, con el ángulo de la mandíbula. - El borde anterior, con el maxilar superior, con el buccinador y con la arteria facial en su parte más inferior. - El borde posterior, situado por delante de la articulación temporomandibular, está en relación con la rama de la mandíbula.

Aponeurosis maseterina. - Esta aponeurosis tiene la misma forma y las mismas dimensiones que el masetero. Insertada por arriba en el arco cigomático, por abajo en el borde inferior de la mandíbula y por atrás - en el borde parotídeo, se fusiona por delante con la aponeurosis buccinadora, formando así el músculo masetero -

una especie de vaina, abierta únicamente a nivel de la -
escatadura sigmoidea.

Inervación. - Por su cara profunda pene-
tra el nervio maseterina, el cual es una rama de la man-
díbula y que atraviesa, como ya se ha dicho, por la es-
cotadura sigmoidea.

Acción. - Es elevador de la mandíbula.

3° - Pterigaideo interno. - Situada por den-
tra de la rama de la mandíbula, tiene la misma dispo-
sición que el masetero, por la cual ha recibido el nombre
de masetero interna.

Inserciones. - Por arriba, tienen lugar en
forma pterigoidea. - Desde este punto el músculo se dirige
hacia abajo, atrás y afuera, en busca de la cara interna
del ángulo de la mandíbula, en donde termina frente por
frente de las inserciones del masetero.

Relaciones. - Por dentro, está en relación
con la faringe (espacio maxilofaríngeo). - Por fuera, con
el músculo pterigoidea externa (por la aponeurosis inter-
ptérgoidea), y se aproxima paulatinamente a la mandí-
bula, formando con ella un ángulo diedro, en el cual se
encuentran el nervio lingual y las vasas y nervios denta-
rios inferiores.

Inervación. - Por su cara interna se in-
troduce en el músculo el nervio del pterigoideo interno,
el cual procede del mandibular.

Acción. - Es principalmente un músculo-
elevador de la mandíbula, pero debido a su posición, tam-
bién proporciona a esta huesa pequeños movimientos later-
ales.

4º- Pterigoideo externo. - Tiene la forma de un cono, cuya base corresponde al cráneo y el vértice al cóndilo. Ocupa la fosa cigomática.

Inserciones. - Empieza por dos fascículos que parten de la base del cráneo: el fascículo superior (esfenoidal) se inserta en la parte del ala mayor del esfenoides que forma la fosa cigomática; el fascículo inferior se inserta en la cara externa del ala externa de la apófisis pterigoideas. Desde este punto dos fascículos se dirigen hacia atrás, en busca de la articulación temporomandibular, se unen entre sí y se insertan juntos en el cuello del cóndilo y en el menisco articular.

Relaciones. - La cara superior está en relación con la bóveda de la fosa cigomática (nervios maxilares y temporal profundo y medio), siendo de notar que el nervio bucal pasa entre los dos fascículos del músculo. - La cara anteroexterna está en relación con el maxilar por la escotadura sigmoidea, con la apófisis coronoides y con la bola de Bichat. - La cara posterointerna está en relación con el pterigoideo interno, con los nervios lingual, dentario inferior, auriculotemporal y con la arteria maxilar interna; ésta pasa algunas veces por debajo del músculo y otras entre sus dos fascículos.

Inervación. - Recibe dos ramas nerviosas procedentes del bucal.

Acción. - La contracción simultánea de los dos músculos determina la proyección hacia adelante de la mandíbula, y la contracción aislada de uno de ellos, movimientos de lateralidad, cuando estos movimientos son alternativos y rápidos, se llaman de diducción, y son los principales en la masticación.

MUSCULOS DE LA BOCA

Los músculos de la boca son once: uno rodea el orificio bucal, a manera de anillo (músculo orbicular), y los otros diez, colocados a los lados, se insertan alrededor del mismo orificio.

1º- Orbicular de los labios.-Es un músculo elíptico situado alrededor del orificio bucal.

Inserciones.- El orificio se divide en dos mitales distintas: semiorbicular superior y semiorbicular inferior.

a) El semiorbicular superior se extiende de una comisura a la otra y desde el borde libre del labio superior a la base de la nariz. Está constituido por dos órdenes de fibras: 1º, unas se extienden en arco de una comisura y la otra (porción principal); 2º, las otras (porciones accesorias) comprenden dos fascículos en cada lado, que se desprenden del subtabique de las fosas nasales (fascículo nasolabial), después de la fosita mirriforme (fascículo incisivo superior), y luego se dirigen a las comisuras, para confundirse con el fascículo principal.

b) El semiorbicular inferior ocupa toda la altura del labio inferior está formado de fibras que -- van de una comisura a la otra, y de un fascículo de refuerzo (fascículo incisivo inferior).

Relaciones.- El orbicular se encuentra - más aproximado a la mucosa labial que a la piel; por su cara profunda está en relación con las glándulas de los - labios y las arterias coronarias.

Inervación.-Una rama del temporofacial

inerva el semiorbicular superior; en cambio la inervación del inferior se hace mediante un nervio procedente del - cervicofacial.

Acción. - Constituye el esfínter del orificio bucal. La contracción de las zonas periféricas del orbicular frunce los labios y los proyecta hacia adelante; la de las zonas marginales frunce los labios y los proyecta hacia atrás.

2º- Buccinador. - Es un músculo plano, situada por detrás del orbicular y por delante del masetero.

Inserciones. - 1º por atrás, se inserta en el borde alveolar del maxilar y de la mandíbula, y entre las dos, en el ligamento ptérigomaxilar (aponeurosis buccinatófaríngea); 2º por delante, termina, a nivel de las comisuras, en la cara profunda de la mucosa bucal.

Relaciones. - Se consideran en este músculo dos caras y dos extremidades. - Por detrás, está en relación con el constrictor superior de la faríngea, del cual está separada por la aponeurosis buccinatófaríngea. Por delante, está en relación con el orbicular de los labios. - La cara interna está en contacto con la mucosa bucal. - La cara externa, con la posterior de la rama ascendente de la mandíbula, con el músculo masetero, el conducto de Stenon (que lo perfora al nivel del 2º molar superior), el nervio bucal, la arteria facial y las ramas del facial. Está separada de estos órganos por la aponeurosis buccinatriz (buccinadora).

Inervación. - Recibe ramas del temporofacial y cervicofacial; en cambio, el nervio bucal, rama de la mandíbula que la atravieza, no interviene en su inervación motora, pues se trata de un nervio puramente sensitivo.

Acción. - Aumenta el diámetro transversal de los labios tirando la comisura hacia atrás. Procura la salida a presión del aire contenido en la cavidad bucal (uso de los instrumentos de viento a al silbar).

3.º - Elevador común del ala de la nariz y del labio superior. - Es un músculo delgado, verticalmente extendido desde el ángulo interno del ojo al labio superior.

Inserciones. - Por arriba, se inserta en la apófisis ascendente del maxilar. - Por abajo, en el ala de la nariz y en el labio superior.

Relaciones. - Cubierto por la piel, cubre a su vez algunos músculos cutáneos.

Inervación. - Del temporofacial.

Acción. - Eleva el ala de la nariz y el labio superior.

4.º - Elevador propio del labio superior. - Es un pequeño músculo en forma de cinta, situado por fuera y debajo del precedente.

Inserciones. - Por arriba, se inserta en el maxilar, cerca del reborde de la órbita, y, por abajo, en el labio superior.

Relaciones. - Está situada entre el músculo precedente y el cigomático menor. Cubre el canino y el orbicular de los labios.

Inervación. - Rama del temporofacial.

Acción. - Levanta hacia arriba el labio superior.

5°- Canino. - Es un músculo aplanado, cuadrilátero, que ocupa la fosa canina.

Inserciones. - Por arriba, se inserta en la fosa canina, y por abajo, en la piel, cerca de la comisura.

Relaciones. - Está cubierto por el músculo precedente.

Inervación. - Recibe ramas del temporal facial.

Acción. - Atrae hacia arriba la comisura.

6°- Cigomático menor. - Es un músculo prolongado que se extiende del hueso malar a la comisura.

Inserciones. - Por arriba se inserta en el hueso malar; se dirige luego hacia abajo y adelante para terminar en la cara profunda de la piel del labio superior, por fuera del elevador propio del mismo.

Relaciones. - Se halla parcialmente cubierto en su origen por el orbicular de los párpados y la piel lo cubre en el resto de su extensión; su cara profunda está en relación con el hueso malar y con los vasos faciales.

Inervación. - Recibe filotes del temporal facial.

Acción. - Desplaza hacia arriba y hacia fuera la parte media del labio superior.

7°- Cigomático mayor. - Es un músculo en forma de cinta que va desde el hueso malar a la comisura, por fuera del precedente.

Inserciones. - Por arriba, se fija sobre la cara externa del hueso malar por fuera del anterior; se dirige luego oblicuamente hacia abajo y adelante para terminar en la cara profunda de la piel de la comisura labial correspondiente.

Relaciones. - Está cubierto por una densa capa de grasa y por la piel, y a su vez cubre por su cara profunda a parte del masetero, del buccinador y de la vena facial.

Inervación. - Recibe filetes del temporofacial.

Acción. - Desplaza hacia arriba y afuera la comisura labial.

8° - Risorio de Santorini. - Es un músculo triangular situado a cada lado de la cara.

Inserciones. - Por atrás, se inserta en el tejido celular de la región parotídea, y, por delante, en la comisura.

Relaciones. - Es un músculo superficial cubierto por la piel, que descansa sobre la parótida, el masetero y el buccinador.

Inervación. - Recibe filetes del nervio cervicofacial.

Acción. - Es el músculo de la sonrisa -- (risorius).

9° - Triangular de los labios. - Es un músculo ancho y delgado, que va de la mandíbula a la comisura.

Inserciones. - Por abajo, se inserta en -

el tercio interno de la línea oblicua externa de la mandíbula, y, por arriba, en la comisura, en donde se entremezcla con los fascículos de los músculos canino y cigomático.

Relaciones. - Es superficial; está cubierto por la piel y él a su vez cubre el buccinador y el orbicular.

Inervación. - Recibe filetes procedentes del cervicofacial.

Acción. - Hace bajar la comisura (antagonista de los cigomáticos), es, por lo tanto, el músculo que proporciona a la cara expresión de tristeza.

10.º - Cuadrado de la barba. - Es un músculo cuadrilátero.

Inserciones. - Como el anterior, se origina inferiormente en el tercio interno de la línea oblicua externa de la mandíbula. Después se dirige arriba y adentro hasta alcanzar por su borde interno, y en la línea media, a su homónimo del lado opuesto; termina, finalmente, en la cara profunda de la piel del labio inferior.

Relaciones. - Se halla cubierto por el triangular en su tercio inferior y está en relación con la piel en sus dos tercios superiores. A su vez cubre la cara externa de la mandíbula y se entrecruza con el orbicular inferior. En el espacio triangular limitado por los bordes internos de los dos cuadrados y el borde de la barbilla se encuentran situados los músculos borlas de la barba.

Inervación. - Recibe filetes del nervio cervicofacial.

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

Acción. - Desplaza hacia abajo y afuera el labio inferior

11°- Borla de la barba. - Son dos músculos conoides, derecha e izquierdo, comprendidos en el intervalo triangular que dejan los dos músculos precedentes.

Inserciones. - Por arriba se inserta en la mandíbula, a los lados de la línea media y por debajo de la mucosa gingival; sus fibras se dirigen después hacia abajo y adentro para terminar en la cara profunda de la piel del mentón.

Relaciones. - Está cubierto por la piel y en relación por su parte más superior con el semiorbicular inferior. Se halla separado del opuesto por un tabique fibroso, que se extiende de la sínfisis del mentón a la piel que cubre la eminencia mentoniana.

Inervación. - Recibe filetes del nervio - cervicofacial.

Acción. - Al contraerse los músculos de ambos lados levantan la piel del mentón y la aplican -- contra la sínfisis.

MUSCULOS DEL PISO DE LA BOCA.

Son cuatro: digástrico, estilohioideo, -- milohioideo, geniohioideo.

1°- Digástrico. - Forma un largo arco de la concavidad hacia arriba, que va de la base del cráneo a la parte media de la mandíbula.

Inserciones. - Consta de dos porciones o vientres:

a) Ventre posterior: se inserta en la parte interna de la apófisis mastoideas (ranura digástrica), desde este punto se dirige hacia abajo y adelante, forma un tendón que alcanza al músculo estilohioideo en su inserción sobre el hioides, lo atraviesa y llega así a la parte superior del cuerpo del hioides.

b) Ventre anterior: de nuevo este tendón da origen a un cuerpo muscular, que se dirige hacia arriba y adelante, y va a insertarse en la fosita digástrica. Al salir del ojal del estilohioideo, los dos tendones intermediarios del músculo digástrico están unidos por una aponeurosis transversal u oblicua, formada de fibras que se entrecruzan en la línea media; llámase aponeurosis interdigástrica.

Relaciones. - El vientre posterior está cubierto, en su cara externa, por los músculos que se desprenden de la apófisis mastoideas; cubre, por su cara interna, los músculos estilohioideos, el paquete vásculonervioso del cuello, la arteria lingual y la arteria facial. -- También está en relación, por arriba, con la parótida, y por abajo, con la submaxilar. - El vientre anterior es superficial; forma con el del lado opuesto un triángulo de base inferior, ocupados por los dos milohioideos. - El tendón intermedio envuelve en su concavidad la glándula submaxilar; forma, con el hipogloso mayor, un pequeño triángulo, que da paso a la arteria lingual.

Inervación. - El vientre posterior recibe una rama del nervio facial y otra del glosofaríngeo, en tanto que el vientre anterior está inervado por una rama del milohioideo, nervio procedente de la mandíbula (rama del trigémino).

Acción. - El vientre anterior, fijándose

en los hioides baja la mandíbula; fijándose en la mandíbula, eleva el hioides. El vientre posterior arrastra al hioides hacia atrás.

2º - Estilohioideo. - Es un músculo delgado, prolongado y fusiforme.

Inserciones. - Por arriba, se inserta en la parte externa de la apófisis estiloideas; por abajo, en la cara anterior del cuerpo del hioides.

Relaciones. - Acompaña al vientre posterior del digástrico, por delante del cual está colocado; se divide, cerca de su inserción, en dos fascículos para dar paso al tendón intermedio de este último músculo.

Acción. - Eleva el hioides.

3º - Milohioideo. - Es un músculo aplanado, delgado, cuadrilátero, que forma el suelo de la boca.

Inserciones. - Por arriba, se inserta en la línea oblícuca interna de la mandíbula. - Por abajo, en el hioides y en la línea blanca suprahioides.

Relaciones. - Su cara superficial está cubierta por el cutáneo del cuello y el vientre anterior del digástrico. Su cara profunda está en relación con el geniohioides, con los músculos de la lengua, con la glándula sublingual, con el conducto de Wharton y con los nervios lingual e hipogloso mayor.

Acción. - Eleva el hueso hioides y la lengua.

4º - Geniohioides. - Es un músculo cilindroide situado por encima del precedente, es decir, más profundamente.

Inserciones. - Por una parte, se inserta - en la apófisis geniinferiores de la mandíbula, y, por otra, parte, en la cara anterior del hioides (inserción en U, - en la cual penetra la del hiogloso).

Relaciones. - Los dos músculos están en contacto con la línea media. Están cubiertos, inferiormente, por el milohioideo. Su cara superior está en relación con la mucosa sublingual y con la glándula del mismo -- nombre.

Acción. - Es depresor de la mandíbula, - si toma por punto fijo el hioides, y elevador del hioides, si se fija en la mandíbula.

MUSCULOS DE LA LENGUA

Los músculos de la lengua son ocho pares y uno impar. De estos, tres se originan de huesos -- cercanos: el geniogloso, hiogloso y estilogloso. Tres tienen su origen en órganos cercanos; palatogloso, faringogloso y amigdalogloso; dos proceden de huesos y órganos -- próximos y son: el lingual superior y el lingual inferior. - El músculo impar es el transverso de la lengua.

1.º - Geniogloso. - Es el más voluminoso de los músculos de la lengua y tiene la forma de un triángulo de vértice anterior.

Inserciones. - Por delante, se inserta en la apófisis genisuperior. - Desde este punto se dirige hacia atrás, desplegándose a manera de un abanico, para venir a terminar: 1.º por sus fibras inferiores, en el hioides; 2.º por sus fibras superiores, en la punta de lengua; 3.º por sus fibras medias en la cara profunda de la mucosa, desde la membrana glosohioidea hasta la punta.

Relaciones. - Su cara externa está en relación con la glándula sublingual, el conducto de Wharton,

la arteria lingual, el nervio hipogloso y los tres músculos hiogloso, estilogloso y lingual inferior. - Su cara interna está en relación con el geniogloso del lado opuesto (excepto a nivel del septum medio). - Su borde anterior, cóncavo, está en relación con mucosa de la cara inferior de la lengua. - Su borde inferior descansa sobre el geniohioideo.

Acción. - La lengua se apelotonā sobre sí misma, aplicándose fuertemente sobre el suelo de la boca y contra la cara posterior de la mandíbula.

2º- Estilogloso. - Es un músculo largo - que va desde la apófisis estiloideas a las partes laterales de la lengua.

Inserciones. - Por atrás, se inserta en la apófisis estiloideas y en las partes próximas del ligamento estilomaxilar. - Desde este punto se dirige oblicuamente - hacia abajo y adelante, ensanchándose. Al llegar a los lados de la lengua, se divide en tres grupos de fascículos:

1º- fascículos inferiores, que se introducen en las dos porciones del hiogloso y se continúan, por debajo de este músculo, en parte con el lingual inferior y en parte con el geniogloso; 2º fascículos medios, que costean el borde de la lengua hasta la punta; 3º fascículos superiores, que se doblan hacia adentro para venir a terminar en el septum lingual.

Relaciones. - Por fuera, con la parótida, el pterigoideo interno, la mucosa lingual y el nervio lingual; por dentro, con el constrictor superior de la faringe y el hiogloso.

Acción. - Dirige la lengua hacia arriba y atrás, aplicándola fuertemente contra el velo del paladar.

3°- Hiogloso.- Es un músculo delgado, aplanado, cuadrilátero, situado en la parte lateral e inferior de la lengua.

Inserciones.- Nace, por debajo, por dos porciones: 1°, en el cuerpo del hioides (llámese basiogloso); 2°, en el asta mayor (llámese ceratogloso).- Estas dos porciones se dirigen hacia arriba y un poco adelante, ganan la parte interna de la porción media del estilogloso. En este punto se doblan hacia adentro, se hacen -- horizontales y se mezclan con los fascículos superiores -- del estilogloso para venir a terminar, como estos últimos, en el septum medio, desde la base de la lengua hasta la punta.

Relaciones.- Está en relación: 1°, por su cara profunda con el constrictor medio de la farínge, el faringogloso y la arteria lingual (que cruza oblicuamente de atrás adelante y de abajo arriba); 2°, por su cara superficial, con los músculos milohioideo, estilohioideo y digástrico, con la glándula submaxilar, el conducto de Wharton y los dos nervios lingual e hipogloso mayor.

Acción.- Los dos hipoglosos bajan de la lengua, al propio tiempo que la comprimen transversalmente.

4°- Palatogloso.- Llamado también gloso estafilino, está situado en el espesor del pilar anterior -- del velo del paladar.

Inserciones.- Se inserta, por arriba, en la cara inferior del velo del paladar.- Por abajo, termina en la base y el borde de la lengua, confundiendo sus fibras con las del faringogloso y de la porción media del estilogloso.

Relaciones.- Con la mucosa lingual en -- la mayor parte de su extensión.

Acción. - Dirige la lengua hacia arriba y atrás.

5° - Farínogloso. - Está representado por un paquete de fibras musculares, que el constrictor superior de la farínge manda al borde lateral de la lengua. - Terminan: 1° las superiores, confundiéndose con los fascículos del glosostafilino y del estilogloso; 2° las inferiores, continuándose (por debajo del hiogloso) con las fibras del lingual inferior. - Cuando se contrae, el farínogloso dirige la lengua hacia atrás y arriba.

6° - Amígdalógico. - Es un pequeño músculo aplanado y delgado, situado en la parte externa de la amígdala. - Nace, por fuera de esta glándula, en la aponeurosis faríngea y desciende hacia la base de la lengua. En este punto, cambiando de dirección para hacer se transversal, gana la línea media (pasando por debajo del lingual superior) y se entrecruza con el del lado opuesto. - Unidos entre sí, los dos músculos forman una especie de cincha: dirige hacia arriba la base de la lengua y la aplica contra el velo del paladar.

7° - Lingual superior. - Es un músculo -- impar y medio, situado en la cara superior de la lengua, desde la base hasta la punta.

Inserciones. - Nace en la base de la lengua por tres fascículos: un fascículo medio, que se desprende del repliegue glosopiglótico medio, dos fascículos laterales que parten de las astas menores del hioides. Desde sus puntos de origen posteriores, los tres fascículos precitados se dirigen hacia arriba y adentro ensanchándose, y pronto se fusionan con una lámina única, que ocupa la porción media de la lengua y puede seguirse hasta la punta.

Relaciones. - Está en relación: 1° por su cara superficial, con la mucosa lingual; 2° por su cara profunda, con los músculos adyacentes; 3° por los lados,

con el glosopalatino, el glosofaríngeo y el estilgloso.

Acción. - Eleva la punta de la lengua, - y al mismo tiempo la dirige hacia atrás (elevador y retractor de la punta).

8°- Lingual inferior. - Situado en la cara inferior de la lengua, su principal origen parte de las astas menores del hioides (va reforzado por fascículos -- del glosofaríngeo y del estilgloso). - Desde este punto se dirige hacia adelante y arriba, para venir a terminar en la mucosa que reviste la punta de la lengua. - Desde el punto de vista de su acción, recorre la lengua en sentido ánteroposterior, al mismo tiempo que dirige su punta hacia abajo y atrás (depresor y retractor de la punta).

9°- Transverso. - Está constituido por fascículos transversales, que, tanto al uno como al otro lado, toman origen, por dentro, en el septum lingual y -- vienen a terminar, por fuera, en la mucosa de los bordes de la lengua. - Estos fascículos, al contraerse, aproximan los bordes de la lengua sobre la línea media: la lengua se pone redonda y afilada, proyectando su punta hacia fuera de la cavidad bucal.

HISTORIA CLINICA

Se da el nombre de Historia clínica, a una serie ordenada, y detallada de datos, que se obtienen mediante el interrogatorio que se hace al paciente.

Las preguntas que se hagan deben ser -- concretas de acuerdo con lo que se trata de investigar, -- no deben sugerir las respuestas y hacerlas de acuerdo con la capacidad intelectual del paciente.

Generalmente la Historia Clínica se divide en las siguientes partes:

- 1.- Interrogatorio
- 2.- Exploración física
- 3.- Exámenes de laboratorio

Interrogatorio. - Son una serie de preguntas ordenadas y lógicas, que se dirigen al paciente o a sus familiares y que tienen por objeto informarnos sobre -- aquellos datos que no podemos saber por la observación -- personal del paciente.

Durante el interrogatorio vamos a proceder a la elaboración de la ficha de identidad:

- | | |
|--------------|-----------------------------------|
| a) Nombre | e) Estado Civil |
| b) Edad | f) Escolaridad |
| c) Sexo | g) Lugar de nacimiento |
| d) Ocupación | h) Domicilio y número telefónico. |

Exploración Física. - Aquí se observará la integridad, simetría y armonía de sus partes, es decir co-

mo ejemplo que los brazos sean iguales.

Antecedentes personales y costumbres. -

Aquí se pregunta sobre enfermedades anteriores, lugares - en que ha habitado, etc.

Antecedentes Hereditarios. - Cómo son -

las enfermedades que han padecido los ascendientes del - paciente.

Aparatos y Sistemas. - Pondremos una lis

ta de las manifestaciones que deben investigarse en esta - parte del interrogatorio, por lo que se debe estudiar ca - da uno de los aparatos órganos de los sentidos, etc.

Exámenes de Laboratorio. - Serán análi

sis de orina y sangre y se realizarán cada vez que sea - necesario para aclarar dudas con respecto al estado gene - ral del paciente.

Los exámenes que se aplicarán serán:

Química sanguínea.

Curva de Tolerancia a la glucosa

Tiempo de Coagulación

Tiempo de Protrombina

Metabolismo Basal

Examen Radiográfico.

Si hubiera alguna alteración en los resul - tados de los exámenes de laboratorio, se consultarán con - el médico general del paciente y en caso de que éste ne - cesite algún tratamiento, se pospondrá la intervención has - ta que el tratamiento se ha terminado.

Examen Radiográfico. - Este debe ser un -

requisito indispensable debido a que todo diente o foco in - feccioso incluido es un fuerte potencial de molestias, reac - ciones, dolores directos y neurálgicos.

Aunque la desdentación sea real esto no quiere decir que el maxilar está en perfecto estado de salud por lo que es conveniente tomar dos radiografías, o sea una para el maxilar y otra para la mandíbula estas -- deben ser oclusales, o bien una serie de radiografías apicales.

Consultas con el médico. -Estas pueden ser por teléfono, lo cual permite ponernos en contacto con el médico del paciente, las veces que sea necesario, sobre sí se trabaja bajo su colaboración. Muchos casos se realizan así debida al estado general del paciente, o cuando psíquicamente se ven afectados.

HISTORIA PROTESICA

Es la que se refiere al estudio de los - aparatos dentales, que lleva el paciente y todo lo que - se pueda averiguar respecto a la experiencia de ellos. - Esto nos puede llevar a la elaboración correcta de un diag- nóstico y a un tratamiento adecuado.

A) Aspectos psicológicos .- Desde este punto de vista, los pacientes pueden pertenecer a tres - grupos:

- 1).- Los que no tienen experiencia pró- tésica.
- 2).- Los que la tienen favorable.
- 3).- Los que la tienen desfavorable.

Lo importante no es clasificar de alguna manera al paciente sino comprenderlo, estudiar sus proble- mas y dificultades mentales y tratar de ayudarlo, darle in- formación adecuada, sobre todo, hacerle comprender y - compartir la parte de responsabilidad que le corresponde.

El exceso de confianza como de descon- fianza por parte del paciente tienden a ser perjudiciales. El paciente debe confiar en el C.D., pero sabiendo que éste no es infalible. Y el C.D., no debe iniciar el tra- tamiento ante un paciente mal dispuesto para comprender la realidad o someterse al período de adaptación y adies- tramiento que requiere la prótesis.

Por lo que se deben atender con mayor cuidado a los pacientes que hayan tenido fracasos ante- riores. Averiguar si el fracaso se debió a fallas de téc- nicas o de tolerancias.

Las técnicas son frecuentemente por los defectos de la prótesis que tienen alguna insuficiencia en el momento de su elaboración.

La intolerancia prótesica es el conjunto de reacciones que pueden observarse en los portadores del aparato prótesis como consecuencia de la inadaptación - orgánica o mental que impide la incorporación satisfactoria de las mismas en el esquema orgánico.

B) Diagnóstico. - Con las observaciones documentadas en la historia clínica, permite llegar al -- diagnóstico. Este representa la observación recogida de observaciones detalladas y sistemáticas. Se planea el tratamiento y se proyecta al diagnóstico.

Para llegar a un buen diagnóstico es necesario tomar las impresiones preliminares, que se explicarán posteriormente

C) Pronóstico. - Es un complemento obligado e inmediato del diagnóstico. Ambos integran el concepto que se hace el C.D. sobre el enfermo y su estado. Pero en tanto el diagnóstico expresa la síntesis de una -- realidad actual, el pronóstico anticipa el futuro, no es -- posible sin pronóstico una conducta acertada ni apropiada, ni indicación de tratamiento.

El pronóstico referido al tratamiento protésico comprende dos partes: El pronóstico próximo, o sea la probabilidad de éxito protésico inmediato y el pronóstico mediano o pronóstico de durabilidad en servicio.

Pronóstico inmediato. - Estadísticamente, el pronóstico de éxito inmediato en el tratamiento de la edentación es satisfactorio, especialmente en personas -- jóvenes en buen estado general con sus maxilares sanos-- y carentes de trastornos psicomotores, a condición de -- que las prótesis llenen las cualidades técnicas que les --

den retención, soporte y estabilidad, con estética, confort y salud.

El mal estado orgánico puede influir o no es el pronóstico protésico, por lo que las dificultades-protésicas se clasifican en tres grupos: Mecánicas, orgánicas y psicósomáticas.

Pronóstico mediato. - Aquí la estabilidad de las dentaduras protésicas, dependen fundamentalmente de la estabilidad orgánica y que normalmente las prótesis van perdiendo cualidades de, adaptación, retención y -- eficacia frecuentemente sin conciencia de los pacientes.

El paciente debe estar conciente de los cambios orgánicos y del desgaste a modificación del material del cual están elaboradas dichas prótesis.

Pronóstico en función de la historia protésica:

1).- Prótesis correctas sobre maxilares sanas: Buen pronóstico, especialmente si una prótesis ha sido admitida durante varios años.

2).- Prótesis inmediata a sobre cirugía reciente: El pronóstico señalará la probable necesidad de pronto rebasado y quizá, la conveniencia de prótesis nueva al cabo de un año.

3).- Prótesis rehechas a causa de manifestaciones paraprotésicas: El pronóstico inmediato suele ser buena, pero debe advertirse al paciente sobre la necesidad de estricta vigilancia, porque la condición puede repetirse.

4).- Reparaciones: Señalar al paciente la posibilidad de desajuste y la probabilidad de repetición del accidente.

5).- Rebasados: Prótesis nuevas, el pronóstico como en la (1 y 2) prótesis antiguas, pronóstico dudoso o muy dudoso.

6).- Casos difíciles o intolerancia prátésica: Pronóstico reservado.

D) Plan de tratamiento. - Debe cubrir - todo el período de transición entre el estado actual y la normalidad del paciente con la prótesis.

Para una prótesis monomaxilar: si se conserva la altura morfológica actual o alterada: si se conserva el aspecto dentario a no; si se articula con oclusión o en relación central; si corresponden, intervenciones quirúrgicas sucesivas o sólo una; si se utilizara prótesis - aditiva o no; si conviene la prótesis previa o posterior a las extracciones finales, con flanco vestibular o no, con alveolectomía prevista o no, duplicada o no.

Tanto más complejo sea un plan de tratamiento, tanto más importante en su formulación escrita. Una técnica consiste en:

a) Determinar si habrá cambios de altura y en las posiciones, tamaños, formas y colores de los dientes.

b) 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.

c) Considerar las medidas auxiliares inmediatas que puede requerir su estado actual y en cada etapa (curaciones, obturaciones, prótesis de emergencia).

d) Establecer el tipo de cirugía adecuada para cada intervención.

e) Calcular los presupuestos y sus variaciones de acuerdo con el plan que se adopte.

f) Estimular los cuidados posoperatorios y la atención protésica adecuada para mantener al paciente convenientemente asistido durante un período no menor de seis meses.

El paciente debe saber también de la probabilidad de requerir nuevas prótesis después de seis meses o un año, para restaurar pérdidas de altura consecuentes a la atrofia de los maxilares que la prótesis inmediata no puede compensar.

PROTESIS INMEDIATA

A) Definición. - Es el procedimiento que consiste en colocar los dientes inmediatamente después de las extracciones y regularización de los maxilares, en caso necesario. Es imprescindible la preparación previa de la prótesis, con el objeto de aplicarla en el acto quirúrgico.

Sáizar dice: Se entiende por prótesis inmediata, la colocación de aparatos protésicos inmediatamente después de las extracciones.

Debemos referir al paciente que este tipo de prótesis va a sufrir algunas modificaciones, tales como resorción de hueso.

B) Ventajas. - Se pueden clasificar de la siguiente forma:

- 1.- Anatómicas
- 2.- Funcionales
- 3.- Estéticas
- 4.- Psíquicas

1.- Anatómicas. - Mantención de la di-
mensión vertical, evita trastornos a la articulación tempo-
romandibular, evita ensanchamiento lingual, colapso la-
bial y hundimiento de carrillos.

2.- Funcionales. - Los músculos se encuen-
tran en su posición normal, evita trastornos fonéticos y fa-
cilita la masticación.

3.- Estéticos. - Impide el colapso facial,
permite introducir mejoras considerables a esas dentaduras.

4.- Psíquicas. - Elimina la humillación -
del sentirse sin dientes, facilita seguir la vida de relación
o evita el que dirán, reduce los trastornos de acostumbra-
miento a la prótesis.

Algunos autores encuentran ventajas qui-
rúrgicas y orgánicas que son:

1.- Actuar como vendaje protector de -
las heridas, durante los primeros días.

2.- Frenar la atrofia ósea, manteniendo
mayor proporción de rebarde residual.

C) Desventajas. - Son únicamente las -
exigencias de que requiere una prótesis inmediata.

a) La buena coordinación quirúrgico--
protésica exige precisión en la técnica, establecida en ba-
se a exactos diagnósticos y ajustadas indicaciones en am-
bos sentidos.

b) La selección de casos es una exigen-
cia inexcusable. Ante la edentación total, sino hay con-
traindicación formal, el C.D., no tiene ninguna causa -
porqué no actuar, sino la incomprensión del paciente o -
la incapacidad del C.D.

Ante la ed entación futura, entran en -
juego factores de estado general, utilidad, ventajas, que
deben ser evaluados en cada paciente.

c) Está es muy cara debido a la nece-
sidad de reajustes, rebases a de requerir una nueva próte-
sis.

d) Debido a fallas técnicas o de labo-
ratorio sólo se puede comprobar después de la intervención
quirúrgica final.

D) Indicaciones.-Aparte de las que ne-
cesitamos para hacer una buena dentadura, que ya se sa-
ben de antemano, son las que exige está:

- 1.- Edad y estado general para intervenir.
- 2.- Que la boca y los dientes permitan-
la espera requerida antes del entregado final.
- 3.- Que el paciente desee este tratamien-
to y esté dispuesto a aceptarlo con las limitaciones anter
referidas.

E) Contraindicaciones.-Tiene las mismas
contraindicaciones de toda buena prótesis, y además:

- 1.- No hacerlo en pacientes física y --
psíquicamente negativos, de esto se desprende, que, a me
jor estado general y local, mayores posibilidades de éxito
tendremos.

TIPOS DE PROTESIS INMEDIATA

Existen cuatro tipos de prótesis inmediata, que son:

1.- Prótesis parcial aditiva. - Es la transformación de la prótesis parcial que usa el paciente, a la cual se le van agregando dientes después de las extracciones. Tiene como ventajas: Evitar las extracciones masivas, lo cual permite un desdentamiento gradual, facilitando la extracción previa de los dientes posteriores, ayudando como placa de transición hacia la prótesis total inmediata. - El tratamiento puede ser más económico a facilitar su financiamiento y a veces llega a prestar servicio durante largo tiempo.

2.- Férula transitoria. - Puede ser considerada como una prótesis económica, la cual consiste en reemplazar por férulas de acrílico los dientes posteriores, articulándolos directamente en la boca, añadiendo acrílico autopolimerizable.

Los dientes anteriores se hacen mediante el vaciado de la impresión de los dientes naturales con acrílico de color adecuado. Este tipo de prótesis inmediata puede ser la solución de algunos casos, debido a la rapidez y economía con que se realiza.

3.- Prótesis sin flanco vestibular o abierta. - Por lo general sin la encía anterior simplifica su elaboración, ya que sólo es necesario excavar un poco el alveolo del modelo de yeso e introducir 2 o 3 m.m. el diente por reemplazar. El resultado inmediato es muy favorecedor, ya que los dientes se ven emergiendo de la encía.

Tiene como ventaja permitir la atrofia - vestibular sin perturbación. Pero si existiera inconveniente sería que necesita la encía artificial al cabo de 15 ó 20 días.

4.- Prótesis inmediata con encía completa o cerrada. - Esta prótesis es más exigente en su elaboración, es la preferida por la mayoría debido a que reduce el peligro de retención deficiente, la cual se puede presentar en la prótesis abierta y da mayor facilidad para la atención del paciente.

MATERIALES DE IMPRESION

Las características de los materiales de impresión que el protesista necesita son las siguientes:

- 1.- Reproducir la zona por impresionar.
- 2.- Que no sufra cambios dimensionales.
- 3.- Que sea elástico, para poder eludir retenciones o en su defecto que se fracture con nitidez - para poder ensamblarlo y reconstruir el molde.
- 4.- Que se puede manejar y conservar fácilmente.

Químicamente los materiales de impresión utilizados en el tratamiento de la prótesis total son muy diversos. Además de las características que deben tener se requieren las cualidades de sabor, olor y falta de efectos tóxicos o irritables que los hagan incompatibles con el empleo bucal.

Los materiales más usados para las impresiones se pueden clasificar en: los que sufren cambios químicos, los que no sufren cambios químicos o por sus propiedades físicas.

Los que sufren cambios químicos son: yesos, compuestos zinquenólicos y elastómeros; dentro de estos tenemos el hule, silicón, etc.

Hidrocoloides irreversibles como el alginato.

Los que no sufren cambios químicos son: modelinas, ceras, etc.

Por sus propiedades físicas se clasifican en:

a). - Rígidos. - yeso, compuestos zinque-
nólicos, etc.

b). - Semirígidos. - modelinas, ceras, etc.

c). - Elásticos. - hidrocoloides, reversibles
e irreversibles, silicones, hules, etc.

Pasta zínquenólica.

Ventajas:

- 1.- Reproduce con fidelidad los detalles de los procesos.
- 2.- Fácil manejo.
- 3.- Permite hacer ligeras correcciones - con el mismo material.
- 4.- Alto índice de duplicidad.
- 5.- No sufre cambios dimensionales de importancia después de su endurecimiento.

Desventajas:

- 1.- Es un material frágil que se quiebra si hay zonas retentivas, por lo que no es aconsejable en procesos muy retentivos y en prótesis inmediata.
- 2.- Es irritante para la mucosa bucal.
- 3.- Es de sabor picante.

Hule de polisulfuro.

Ventajas:

- 1.- Fidelidad en la reproducción
- 2.- No es irritante

3.- Su elasticidad, es adecuada para - todo tipo de casos; en prótesis inmediata es muy útil.

4.- Permite hacer rectificaciones con el mismo material.

5.- Es de fácil manejo.

Desventajas:

- 1.- Es de olor desagradable
- 2.- Falta de adhesividad al polimerizar, por lo que se desaloja del portaimpresiones si no se usa un adhesivo, antes de colocarlo en él.
- 3.- Su costo es elevado.

Alginato.

Ventajas:

- 1.- Permite impresiones de excelente fidelidad en pocos minutos.
- 2.- Equipo muy simple para su manejo.
- 3.- Es económico
- 4.- Su flexibilidad es buena para obtener zonas retentivas.

Desventajas:

- 1.- Sufre cambios dimensionales si no se vacía en poco tiempo
- 2.- Los portaimpresiones deben tener zonas retentivas para este material.

REGISTROS PARA CONSERVAR

1.- Objetiva. - Conservar la posibilidad de reproducir exactamente el tamaño, la posición, la forma y calor de los dientes, su articulación la forma de las encías, la altura facial y la forma de la cara.

Por lo que debemos anotar las medidas de las distancias siguientes:

- a).- Con la boca cerrada, la distancia entre la base de la nariz y la base del mentón.
- b).- La del borde incisiva superior a la base de la nariz.
- c).- La del borde incisivo inferior a la base del mentón.

El registrador de Willis o algo parecido suele ser lo más apropiado para esta medidas. En su defecta, se anotarán sobre una hoja de papel doblada dos veces a la largo, la cual se puede archivar en la historia clínica. Si se confecciona un perfil, es necesario--anotar estas medidas y bastará marcar en él las posiciones de los bordes incisivas.

El articulador de diagnóstica es un buen registra de la forma, tamaño, posición, disposición y articulación de los dientes naturales antes del tratamiento.

2.- Calar. - Si se desea reproducir los colares de la dentadura natural se debe de anotar el colar antes de las extracciones.

3.- Modelas frontales. - Son de obtención fácil y muy útiles cuando se pueden conservar -

los modelos de estudio, las cuales se pueden tomar con yeso, modelina o alginato, está última es la más sencilla, para la cual se debe hacer un portaimpresiones con cera o una lámina metálica con perforaciones para la retención del material.

4.- Impresiones para colocar los dientes artificiales. - Las impresiones destinadas a recibir los dientes artificiales después de las extracciones tienen que ser hechas en materiales que resistan el tiempo necesario. - Los más usuales son la cera y la modelina.

5.- Perfil. - Un perfilómetro es lo más usual para reproducir el perfil de una persona o bien se puede hacer adaptando con los dedos un alambre de plomo o de cobre sobre el perfil del paciente. Colocar el alambre en un cartón y dibujar su contorno, después cortar el cartón según el dibujo obteniendo el perfil.

6.- Fotografías. - Las fotografías de frente y perfil a boca cerrada y, mostrando los dientes sirven para conservar el registro del aspecto del paciente antes de la intervención y compararlo con los resultados del tratamiento.

IMPRESIONES Y MODELOS

a). - Impresiones preliminares. - Estas son - llamadas también de estudio o anatómicas. Seleccionamos el portaimpresión adecuado para el uso del alginato, que es el material de elección para este tipo de impresiones. Las características que debe tener este portaimpresiones deben ser: que sea de aluminio por la facilidad al doblarlo y recortarlo de acuerdo con los requerimientos del caso, debe ser perforado para que tenga retención el material de impresión que se usará.

Debe quedar holgado unos 5 m.m. en toda su extensión, incluyendo las piezas dentarias que existan.

Las superficies que se deben incluir en dicha impresión deben ser de la siguiente manera:

Abarquen la totalidad del maxilar, es decir, hasta el límite protésico que es la escotadura Hamular de cada lado; en la mandíbula totalidad de ésta, hasta las papilas piriformes de cada lado, también los dientes y socavados-retentivos para que estén fielmente reproducidos.

Las cualidades que deben reunir estas impresiones son: que deben mostrar nitidez y extensión general en - detalles de las superficies mucosas, y abarcar íntegramente la zona soporte de los rebordes alveolares, así como los dientes - en caso de existir y bien sobreextendida en la región posterior; además que sobrepase hacia atrás los surcos hamulares del maxilar, los límites del paladar duro y las foveolas palatinas. - Debe cubrir los surcos vestibulares incluyendo el frenillo labial superior, los frenillos bucales y accesorios si los hay, así como la tuberosidad del maxilar.

En el inferior se debe extender hasta la zo na retromolar incluyendo las papilas piriformes.

Las impresiones anatómicas deben tener so porte suficiente, que se comprueba colocándola en la boca del paciente y haciendo presión de ambos lados a la altura de los segundos premolares; si al presionar de un lado la impresión se desprende, eso indica que la impresión tiene un punto de apoyo que actúa como palanca, el cual se debe eliminar o bien repetir la impresión. Si al presionar de los dos lados sólo se desprende el del lado opuesto, pero la viceversa no se cumple, aquí ya no hay punto de apoyo sino que del lado de la impresión que se desprende faltará adaptación por escases de material, por lo tanto se repetirá la impresión.

Una vez verificada la impresión, se pro cederá a obtener en yeso piedra el modelo de estudio.

b). - Portaimpresión Individual. - Sobre el modelo de estudio que obtuvimos procederemos a elaborar el portaimpresión individual, que debe tener una delimitación precisa, que permite aprovechar al máximo las ventajas del material elegido que en este caso será el hu le de polisulfuro, para impresiones fisiológicas.

Es conveniente que el portaimpresión -- quede perfectamente adaptado al modelo.

Las condiciones fundamentales que debe reunir este portaimpresión son las siguientes:

1. - Perfecta adaptación entre su superficie de asiento y mantenimiento de una superficie unifor me con la del modelo de estudio.

2. - Rigidez suficiente para eliminar toda posibilidad de deformación elástica.

3.- Forma inalterable frente a cambios de temperatura que originan las condiciones de trabajo.

4.- Resistencias suficiente para que puedan elaborarse impresiones fisiológicas sin riesgo de fractura, ni deformación, por lo que debe de ser de un material resistente y debe tener un grosor apropiado.

Por lo que es conveniente hacerlo con acrílico, ya sea autopolimerizable o termopolimerizable.

Con el acrílico autopolimerizable, se pueden utilizar los métodos de laminado y de goteo. Y con el acrílico termopolimerizable se utiliza el método de enfrascado: este se realizará en el laboratorio.

Examen de los modelos y diseño. - Sobre el modelo de estudio se diseña con lápiz tinta el contorno periférico, siguiendo el fondo de saco vestibular por labial y bucal, la escotadura hamular y continuándose con la línea vibrátil del paladar en el proceso superior; en el inferior incluimos el fondo de saco vestibular, labial y bucal, el área retromolar y piso de la boca. Los dientes, las zonas retentivas así como los socavados, deben ser cubiertos por cera rosa o papel de asbesto, para que toda la superficie involucrada en el diseño se pueda retirar con facilidad.

Técnica del acrílico laminado. - En un recipiente de vidrio o porcelana se colocan 27 (c.c.) de polímero o polva y 5 (c.c.) de monómero o líquido, se mezcla con una varilla de vidrio o una espátula de acero, se tapa y se deja repasar unos instantes. La masa pasa por una serie de estados físicos; en tiempo variable, según la temperatura ambiente, la proporción palvo y líquido en cantidad relativa de aceleradores en uso de dicho material, etc.

El material o mezcla se retira del reci-

piente una vez que pueda desprenderse de las paredes -- del envase, la que permite levantarla con la varilla a la espátula, amasarla con las manos húmedas y limpiarlas y darle forma de pelotilla llevando los bordes hacia el centro. La pelotilla de acrílica se prensa entre unos cristales con hajas de celofán o de plástico humedecidas hasta obtener una lámina cuya espesor es de unas 2 m.m., que asegura la regularidad y resistencia del portaimpresión. - Para lograr este espesor se explicará una de tantas técnicas que existen; consiste en colocar a la largo de los extremos del cristal que sirve de base, dos espesores de cera rasa superpuestas, que actúan de tape cuando se prensa el acrílico con el otro cristal. Si la masa fue prensada a punto, la lámina plástica se separará de los hules o celofanes, sin adherirse.

Adaptación. - Previamente diseñadas los modelos de estudio, y adaptado sobre éste la tira de papel de asbesto humedecida o algún separador comercial, que se colocará sobre toda la zona prevista y a una a 2 m.m. más corta que el contorno periférico en caso de colocar papel asbesto, se procede a hacer una correcta adaptación manual del material en su estado plástica sobre el modelo, que se adapte al proceso alveolar, los -- excesos deben recortarse de inmediato con un bisturí cuidando pasar por los límites periféricos diseñados en el modelo, es preferible realizar cortes pequeños y alternados para evitar la desaptación de dicho material. A dicho portaimpresión se le colocará una asa, la cual debe ser de un grosor apraximado de 3 m.m., 12 m.m., de ancho 14 m.m. de larga; esta irá colocada en la línea media y sobre la parte anterior de los rebordes alveolares, en posición casi horizontal con una ligera inclinación labial; en el caso de la existencia de dientes se colocará de tal forma que no impida el movimiento normal de los labios.

Una vez ya polimerizado el portaimpresión, se retira del modelo y se recortan los excedentes con piedra para acrílico, y se pulen las superficies exter

nas, nunca las internas ya que se alteraría el portaimpresión, por ejemplo, que pueda quedar sin retención, etc.

Prueba en la boca del paciente. - Una vez terminado el portaimpresión individual, la llevaremos a la boca del paciente; debe tener soporte, tener extensión hasta el límite de flexión de los tejidos, dejar amplia libertad de movimientos a las inserciones musculares y frenillos.

El límite posterior del paladar lo comprobaremos indicando al paciente que pronuncie varias veces la letra "A", y se marcará con lápiz tinta, y al colocarlo en la boca del paciente dejar marcado en la mucosa hasta donde llega el límite posterior y si es necesario se modificara. Es decir, que el portaimpresión debe quedar adaptado al proceso su propia retención o con una suave presión de los dedos cuando se efectúe el estiramiento de los labios y carrillos o cuando se hagan movimientos de lateralidad o una apertura suficiente.

c). - Impresiones Finales. - También fisiológicas o dinámicas. Cuando la impresión anatómica se registró correctamente y se contruyó un portaimpresión individual ajustado y exacto, se procederá a delimitar las zonas de reflexión en el contorno periférico, es decir, se procede al registro de la impresión fisiológica. Este registro consta de dos etapas: 1º Rectificación de bordes; 2º Toma de la impresión fisiológica, que consiste en el registro total de las estructuras residuales áreas alveolares de soporte.

1. - Rectificación de bordes. - Maxilar. - Para hacer dicha rectificación utilizaremos modelina de baja fusión, la cual se ablandará en la flama de una lámpara para Hanau o de alcohol, y un recipiente con agua tibia, para templar la modelina y no quemar al paciente. Se coloca en el borde del portaimpresión individual con un grosor y altura de 3.m.m., suficiente cantidad para po

der rectificar las zonas siguientes:

Para poder rectificar la zona del vestíbulo labial y del frenillo labial, se le indica al paciente que proyecte sus labios en forma circular, es decir, lateralmente y hacia adelante; al mismo tiempo que lleve el labio hacia abajo para marcar la inserción del frenillo, si este no es muy prominente bastará con los movimientos que efectúe el paciente, en caso contrario se le ayudará al paciente manualmente, efectuando movimientos un poco más acentuados hacia abajo y lateralmente, entrando en acción los músculos siguientes:

- a) Semiorbicular superior
- b) Compresor de los labios
- c) Canino
- d) Risorio de Santorini

Para poder rectificar la zona del frenillo bucal y fondo de saco vestibulo bucal. Para rectificar el frenillo se le dice al paciente que pronuncie varias veces la letra " E " y llevando la comisura hacia atrás y hacia adelante, como al sonreír, también se hace que el paciente proyecte varias veces sus labios hacia adelante en forma circular chupándose el dedo índice, como al besar. Aquí entran en acción los músculos siguientes:

- a) Orbicular de los labios
- b) Risorio de Santorini
- c) Buccinador
- d) Compresor de los labios
- e) Canino

Para rectificar el fondo de saco vestibulo bucal, se le indica al paciente que nos chupe el dedo índice, por lo que la modelina sube por la acción de los músculos que constituyen la región de los carrillos, ahora que el paciente abra la boca lo más grande posible, lo-

grándose que la mucosa baje y determine la altura del --
vestíbulo bucal; después con la boca menos abierta que -
haga movimientos de lateralidad para que se defina lo an
cha del borde. Aquí entran en acción los siguientes mús
culos:

- a) Buccinadar
- b) Cigomática mayor
- c) Cigomático menor
- d) Orbicular de los labios

Para rectificar la zona del sellada pos-
terior. Se le tapa la nariz al paciente y se le dice que
expulse el aire por la boca, y que pronuncie la letra "A"
Aquí entran en acción las siguientes músculos:

- a) Palatagoso
- b) Ligamento pterigomandibular

MANDIBULA

Para rectificar la zona del frenillo y --
fondo de saco vestibulo labial. Se le indica al paciente
que lleve el labio varias veces hacia arriba y que lo pra
yecte hacia atrás dirigiéndolo hacia adentro de la boca,-
al mismo tiempo se marcará la inserción del frenillo, si -
éste es muy prominente, se le ayudará manualmente al pa
ciente llevando el labio hacia arriba y lateralmente. --
Aquí entran en acción los siguientes músculos:

- a) Semiarcular de los labios
- b) Borta de la barba
- c) Triangular de los labios
- d) Cuadrado de la barba

Para rectificar la zona del frenilla y --
fondo de saca vestibulo bucal. Primero rectificaremos el
fondo de saco, se le dice al paciente que con la punta-

de la lengua hace la modelina, y que abra ampliamente la boca, logrando que suba la mucosa del carrillo y marque el contorno y profundidad del fondo de saco. Aquí entran en acción los siguientes músculos:

- a) Maseteros
- b) Buccinador

Para rectificar el frenillo bucal se le indica al paciente que lleve varias veces el labio inferior hacia arriba. Aquí entran en acción los siguientes músculos:

- a) Triangular de los labios
- b) Cuadrado de la barba
- c) Cuatárneo del cuello

Para obtener la rectificación del sellado posterior, se le pedira al paciente que haga movimientos de lateralidad. Aquí entra en acción:

- o) El ligamento pterigomandibular

Para obtener la rectificación de la zona del borde lingual anterior.

Se le indica al paciente que haga varias veces los movimientos de lateralidad de la lengua, sobre el labio inferior, tocandose las comisuras de los labios. Aquí entran en acción los siguientes músculos:

- a) Geniogloso
- b) Milohioideo
- c) Digástrico (vientre anterior)

Para obtener la rectificación de la zona del borde lingual posterior.

Se le indica al paciente que repita va-

rias veces los movimientos de deglución con lo cual se logra la elevación del piso de la boca. Aquí entran en acción los siguientes músculos:

- a) Milohioideo
- b) Constrictor de la faringe

Una vez llevada a cabo correctamente la rectificación de bordes y que a sido correctamente verificada en la boca del paciente se procede a tomar la impresión fisiológica o secundaria.

Para tomar dicha impresión utilizaremos hule de polisulfuro que en este caso es el material más apropiado, por sus propiedades ya que se usa en procesos retentivos:

Una vez que tenemos el portaimpresión con la rectificación correcta con navaja de buen filo se quitarán los excedentes de la modelina que haya por fuera y por dentro del portaimpresión, hecho esto, con un pincel se le pondra adhesivo por toda la parte interna del portaimpresión, se deja que repose unos minutos y se coloca el hule, esto es con el fin de evitar que el hule se separe del portaimpresión al sacarlo de la boca del paciente, para preparar el hule primero, se bate y se coloca en el portaimpresión, en el superior se presiona en la parte media con el dedo índice, y se hacen los movimientos indicados en la rectificación de bordes, se espera a que polimerize y se saca; en la parte inferior se hará lo mismo y se presiona con los dedos pulgares en la parte que forma el reborde del portaimpresión aquí también se haran los movimientos que se hicieron en la rectificación de bordes, se espera a que polimerize se saca y se revisa que todo este perfectamente registrado tanto en el superior como en el inferior, una vez hecho esto, con una navaja de buen filo se cortaran los excedentes procurando no alterar la impresión, para que al hacer el vaciado no haya ninguna retención, este se hara en yeso piedra.

Una vez obtenidos los modelos fisiológicos, se construirán las placas de registro, que pueden ser de acrílico o de placa base de Graff, en éste caso utilizaremos la placa base de Graff, ya que deja más espacio para el terminado de dicha placa, y con el acrílico queda más ajustada la placa y tal vez no entraría o lastimaría al paciente al colocarla.

Colocación de rodillos. - Estos deben ser de cera para evitar que exista algún traumatismo sobre los dientes remanentes. Los rodillos pueden ser comprados o elaborados haciendo rodetes de hojas de cera o bien reblandeciéndolos o elaborarlos en conformadores de hule o metálicos, una vez obtenidos éstos con una espátula carente, hacemos la unión del rodillo con la placa de Graff, hechos éstos se lleva a la boca del paciente la placa con el fin de tomar la relación intermaxilar, pero primero procedemos a la orientación de los rodillos.

Orientación de rodillos. - Trazamos una línea de cada lado en la cara del paciente que vaya, del tragus al ala de la nariz, colocamos la placa base superior con el rodillo, el cual debe sobresalir por debajo del labio 1.5 a 2 m.m. y con la platina de fox logramos que las reglas laterales sean paralelas a la línea tragus ala de la nariz, desgastando o aumentando cera en el rodillo

La regla anterior debe ser paralela a la línea bipupilar. Para orientar el rodillo inferior nos basamos en el labio inferior y el rodillo superior debe hacer contacto pleno a lo largo de todo el rodillo inferior.

RELACIONES INTERMAXILARES

Espacio intermaxilar o espacio de la dentadura. - Es la distancia entre el maxilar y la mandíbula en descanso.

a) Dimensión vertical. - Cuando se desea aumentar la dimensión vertical, el problema debe verse como un desdentado completo los rodillos se dejan más largos que los dientes, se toma dimensión, relación y se articulan dientes. En el caso de querer disminuir la dimensión que rarísimos son los casos en que se hace por no decir casi nunca, se rebajan los dientes por sus caras oclusales hasta el tamaño que se quiera y se trata como desdentado completo.

Establecida la altura se debe estudiar la altura morfológica que se estime adecuada cuidando de no sobreparar la altura postura.

Aquí se le pide al paciente que abra y cierre; cuando se considere que la mandíbula esta en posición de reposo, se registrará la medida entre el punto nasal que va a estar marcado con la base de la nariz y la parte más prominente del mentón, con una regla flexible milimétrica tomaremos dicha medida.

b) Relación central presuntiva u Oclusión Central Real. - Cuando existen dientes antagonistas que ocluyen y queremos mantener la altura oclusal basta recortar los rodillos poco a poco y reblandecer los últimos 2 milímetros, para obtener un registro de oclusión central, haciendo que el paciente muerda los rodillos, y quede marcada sobre ellos la mordida.

Un registro en relación central presuntiva exactamente como de un desdentado da las posiciones a los modelos para llevarlos al articulador.

c) Relación central o dimensión horizontal. - Cuando no se utilizará la relación central de los dientes naturales, las precauciones para lograr la relación central son más exigentes.

La relación central es la posición del cóndilo en la cavidad glenoidea, más superior, más posterior y media.

Existen tres tipos de llevar a relación céntrica: Guiada, forzada y activa.

Guiada. - Es cuando el operador guía la mandíbula hacia atrás, aquí no es posible una relación céntrica exacta. Se levanta la bolita de la grasa que se siente en el mentón con el dedo pulgar y llevamos la mandíbula hacia atrás y hacia arriba.

Forzada. - Como su nombre lo indica es adquirida por un aparato que es el arco gótico de Gyse, consta de una especie de alfiler en la parte superior y una platina con cera azul en la parte inferior y se le dice al paciente que haga los siguientes movimientos.

Que lleve la mandíbula hacia retrusiva, de aquí que haga un movimiento lateral derecho, y regrese a su posición céntrica, de aquí haga un movimiento lateral izquierdo y regrese a su posición céntrica y se detenga, de aquí haga un movimiento protusivo y regrese a su posición retrusiva terminal. En el punto donde coinciden las líneas ahí es la relación céntrica.

Activa. - Es cuando el paciente lleva su mandíbula hacia atrás o hacia relación céntrica, por él mismo, esto ocurre más fácilmente en personas desden-

tadas porque no hay contacto entre cúspides.

Cuando el paciente está en relación --
céntrica se hacen unas muescas a nivel de premolares en
las rodillas de cera en forma de ramba a triángula y se
coloca un separador como vaselina, se pone yeso a mode
lino esperamos a que frague y se procede al montaje en
articulador, de manera que coincidan.

c) Montaje en el articulador. - Una vez
obtenidas las registros anteriores procedemos a montar nues
tros modelos en el articulador, este montaje sera arbitra
ria debida al tipo de articulador que usaremos, que es de
valor relativo.

Se majan los modelos superior e infe
rior se hacen las retenciones en el centro del modelo -
de 5 m.m. de profundidad. Al articulador como a sus -
otras partes se les pondra vaselina como separador para -
evitar que se pegue el yeso. Montaje del modelo supe
rior.:

Hay que fijar bien el vástago y otras -
partes del articulador, el extremo superior del vástago que
quede a nivel del brazo superior; a la capa superior y al
pasador de sujeción le aplicamos vaselina y se coloca el
plano de oclusión, para obtener mejor unión del modelo -
y el yeso, se moja la parte superior del modelo. Caloca
mos el modelo superior hacienda coincidir el borde del ra
dilla con la línea horizontal y la línea media con la ver
tical del plano y prolongandola posteriormente con la lí
nea trazada en el modelo, después de confirmar la posi
ción correcta del modelo superior, corremos el yeso sobre
el modelo, hasta que cubra la capa superior, teniendo -
cuidada de no mover el modelo, antes que frague por cam
pleto el yeso eliminamos el excedente, después del fragua
da completa del yeso, se retira la platina de oclusión. -
En este montaje observamos el paralelismo del plano con
el brazo superior e inferior y la línea media del paciente
a la línea media del articulador a la vez.

Montaje del modelo inferior:

Aplicamos vaselina en la copa y al pasador inferior, volteamos el articulador, hacemos coincidir los rodillos en oclusión céntrica utilizando la relación que teníamos de las muescas o rombos de modelina o yeso. - Mojamos el modelo inferior, ya con las retenciones se procede a correr en yeso blanco como en el caso superior, - como ya se dijo hacemos coincidir dichas muescas para colocar el modelo inferior.

Construcción de las placas de registro - con placa base de Graff.:

El modelo de yeso se moja o bien se coloca talco en toda la superficie donde ira la placa base de Graff para evitar que se adhiera o llegue a fracturarse, dicha placa se reblandece en forma uniforme con una lámpara para quemar alcohol, se lleva sobre el modelo de trabajo y se coloca en su superficie, con los dedos un poco húmedos se hace una ligera presión con el fin de marcar las zonas protésicas y de ajustarlas, hace esto hasta que este perfectamente adaptada, los excesos de material que sobresalgan se cortan, en caso de quedar algun borde cortante se lima para evitar que lastime el paciente, cuando se lleva a la boca. También debemos de tener en cuenta que ésta placa no penetre entre los espacios que existen entre diente y diente, ni en los socavados si los hay, para evitar alguna retención éstas se cubrirán de papel asbesto.

ELABORACION DE LA PROTESIS INMEDIATA

Selección de dientes. - Para la selección de los dientes se puede tomar como base los dientes existentes o hacer caso omiso de los mismos. En este caso la forma de los dientes puede ser funcional y estética. Una combinación de ambas es lo más apropiado para mejores resultados.

Tamaño. - El tamaño de los dientes, es importante, debido a que éste cambia a lo largo de la vida del paciente, por lo tanto entre más edad tenga el paciente de menor tamaño serán sus dientes, tomando en cuenta la abrasión que tendrían sus dientes naturales.

En base a estos dos últimos puntos, se deberán seleccionar dientes de 0°, 20°, 30° y 33° según el caso.

Color. - El color se seleccionará de preferencia en el día y a la luz del sol; de lo contrario se tratará de seleccionarlos en el consultorio evitando los colores llamativos en cortinas, alfombras, paredes y el vestido del paciente.

Prueba de Articulación de Dientes Faltantes. - Se probarán tanto los anteriores como los posteriores en la boca del paciente, haciendo las correcciones necesarias.

Cirugía del Modelo. - Una vez hecha la prueba de articulación y corregidos los detalles de ésta sobre el modelo, se realizan los desgastes necesarios que posteriormente se harán sobre hueso; con el objeto de eliminar retenciones y elaborar la guía quirúrgica, la cual-

tomaremos como base al intervenir al paciente ayudándonos a evitar que la prótesis lastime y provoque zonas isquémicas.

Cambio de Dientes. - El cambio de dientes puede ser de tres tipos:

- 1.- Imitar lo existente
- 2.- Imitar lo existente con ligeras modificaciones.
- 3.- Modificación total en la colocación de dientes artificiales.

1. - Imitar lo existente. - Se pega cuidadosamente los bordes de la placa de prueba al modelo, - después de esto, se elige, se talla y prepara un incisivo central, lo más parecido al del modelo.

Con un disco de carborundo, se separa - de sus vecinos el incisivo central imitado, cortándolo por el cuello, se rebaja el yeso de manera que por palatino quede al nivel de la encía y por vestibular lo que se haya previsto de alveolectomía. En general no es mayor o 2 m.m. por debajo del borde gingival.

Se pega con cera el diente artificial de manera que el borde incisal y el cuello queden en la misma posición que el anterior. Se repite la maniobra para todos los dientes existentes.

2. - Ligeras modificaciones a la reproducción de los dientes naturales. - Es lo más común en prótesis inmediata. Se debe imitar las características esenciales de los dientes y corregir los defectos mayores, una forma para lograrlo suele ser: Preparar los dientes artificiales imitando a los naturales. Es recomendable preparar - dos juegos al mismo tiempo para hacerlos iguales y reproducirlos en la prótesis mediata. Se prepararán las prótesis en base al procedimiento anterior del cambio de dien-

tes, corrigiendo las posiciones que se desean enmendar.

En algunos casos, principalmente cuando hay aumento de dimensión vertical u otras correcciones -- importantes, el cambio no se hará diente por diente, sino que, según el grado de modificación necesaria, se cortarán todos los dientes de un lado, se arreglará la encía - del modelo y se articularán los dientes de ese lado prime ro, conservando el otro lado para control, o bien se cor-tarán todos los anteriores, se arreglará el modelo y se co-locarán los reemplazantes del modo que se juzgue conve-niente.

3. - Modificación total en la colocación de los dientes artificiales. - Esto por lo general, se debe- a grandes aumentos de dimensión vertical, a grandes cam-bios de la articulación o a la indicación de alveolectomía correctora.

El procedimiento es, en principio, siem- pre el mismo, pero el criterio necesario cada vez mayor. En todos aquellos casos en que la prótesis inmediata está indicado para ambos maxilares, es necesario planear con- ciencia de cambio, y si es posible conviene operar ambos maxilares por separado. Generalmente el mejor es quema se obtiene operando primero el maxilar inferior, - donde la articulación de los dientes superiores naturales - favorece a la estabilidad de la prótesis. No es convenien- te colocar una prótesis inmediata completa en el maxilar- superior sin que existan los dientes posteriores, inferiores. En el caso de la prótesis inmediata sin flanco vestibular- el grado de desgaste del modelo puede ser un poco ma-- yor en cada vello, en base a lo anterior, pues el borde- gingival del diente se introducirá ligeramente en el alvéo- lo al colocar la prótesis.

Terminado de la prótesis. - Terminando - el enfilado y completada la articulación, se debe encerar - la pieza, tallando y alisando la cera como corresponde.-

La postura en la mufla hasta la terminación sigue ahora - el procedimiento habitual. Los defectos del modelo cortado al quitarle los dientes pueden corregirse en la mufla abierta.

Los aparatos terminados no deben diferenciarse de las prótesis mediatas sino por dos características: un abultamiento mayor en la encía anterior y la zona lisa carente de detalles de mucosa, donde se cortaron los dientes del modelo.

Guía quirúrgica o transbase. - Su elaboración se lleva a cabo después de haber hecho los desgastes de las extracciones en el modelo de trabajo. Antes de llevarlo a la mufla se le toma una impresión con alginato, después se corre en yeso y se deja fraguar. Se obtiene el modelo en el cual se elaborará la guía quirúrgica. Esta se realiza igual que el portaimpresiones individual por la técnica del acrílico enfrascado, con la diferencia que ésta se hace con acrílico transparente y no - lleva mango.

Es una replica exacta de la base de la placa, permite adaptar quirúrgicamente el maxilar a la -- prótesis, pues probando ésta base luego de las extracciones, se verán por transparencia los sitios isquémicos debidos a la compresión de la mucosa en la zona operada, - y se puede rebajar el hueso hasta lograr su correcto calce.

PREPARATIVOS QUIRURGICOS CON FINES

PROTESICOS

Alveolectomía. - Es la intervención quirúrgica después de las extracciones, que tiene como fin el desgaste óseo de los procesos para permitir la colocación de la placa sin causar molestias y procurar una mejor adaptación de ésta.

Dentro de ésta tenemos tres tipos: Avulsora, estabilizadora, correctora.

Avulsora. - Es aquella que se realiza para cualquier extracción y consiste en el corte óseo necesario para realizar la avulsión.

Estabilizadora. - Se concreta a eliminar las aristas y crestas óseas que pronto serán reabsorbidas y que, por otra parte, tienden a lacerar la mucosa a la que comprimen contra las placas.

Correctora. - Es la destinada a la corrección de la forma o tamaño de los procesos.

Indicaciones. - La alveolectomía está indicada: en todas las extracciones, en dientes incluidos, en tratamientos parodontales, focos residuales, quistes, tumores y en las intervenciones para la colocación de alguna prótesis, como son: la eliminación de crestas y aristas residuales, eliminación de salientes óseos que impidan el sellado periférico, la creación de espacio intermaxilar, y la obtención de estética satisfactoria.

Instrumental. - El instrumental necesario-

para llevar a cabo la alveolectomía es el siguiente:

- 1.- Bisturí
- 2.- Alveolótomo
- 3.- Legras
- 4.- Separadores de Farabeuf
- 5.- Escoplos a mano o martillo automá-
tico.
- 6.- Fresas para hueso o de carburo
- 7.- Elevadores
- 8.- Forceps
- 9.- Porta-agujas
- 10.- Agujas (curvas o rectas)
- 11.- Hilo de seda, catgut, crín nylon -
(de preferencia el último)
- 12.- Limas para hueso
- 13.- Tijeras para cortar encía

Técnica. - La alveolectomía y la exodon-
cia, con el fin de preparar un maxilar para la prótesis, -
pueden hacerse en toda la extensión de la arcada, o de
otro modo dividir la operación en dos o tres zonas: estos
procedimientos están en relación al número de dientes a
extraer y el estado físico del paciente.

En general se prefiere dividir la arcada-
en tres segmentos:

- 1.- Un segmento posterior derecho que-
se extiende desde el espacio interdentario entre el cani-
no y el primer premolar hacia atrás.
- 2.- Un segmento posterior izquierdo que
tiene los mismos límites que el anterior.
- 3.- Un segmento anterior que va de ca-
nino a canino.

Bloqueo. - Este tratamiento puede reali-

zarse bajo anestesia local, regional o general. Es necesario aplicar la anestesia lejos de la zona a operar, con el objeto de no edematizar la región que luego va a soportar la prótesis, ya que la zona edematizada 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 territorio 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 intervenir, con fines hemostáticos y para que no resulte dolorosa la primera sensación de la prótesis colocada.

Incisión. - Se trazan dos incisiones: la primera ubicada en el espacio entre canino y primer premolar, por la cara bucal y ligeramente inclinada hacia adelante, para después contornear los cuellos dentarios hasta llegar al límite distal de la última pieza dental existente en la arcada. Después se hace la incisión en la cara palatina, la cual se efectúa de manera similar que a la de la cara bucal, sólo difiere en que el colgajo debe ser mínimo para no traumatizar la fibromucosa en las maniobras operatorias.

Preparación de los colgajos. - Con una legra se levanta el colgajo mucoperióstico bucal, así como el palatino, éste puede ser separado con un hilo que se fija a un molar del lado opuesto.

Osteotomía. - De acuerdo con el tipo de extracciones a realizarse, será la magnitud de la osteotomía de la tabla externa.

Exodoncia. - Se realizan las extracciones, que se hayan previsto para el caso.

Alveolectomía. - La cantidad de hueso a reseca debe ser sumamente escasa y conservar todo el borde alveolar posible para que sirva de apoyo a las futuras prótesis. Únicamente se eliminarán las aristas óseas,

los bordes óseos filosos y cortantes, los tabiques interdentarios e interradiculares hasta una altura prudente. Esta parte de la operación se realiza con alveolótomo, para terminar de alizarlo con la lima para hueso.

Corte del tejido excedente del colgajo. -

Una vez regularizada la arcada alveolar se vuelve el colgajo a su lugar y se afrontan los lados de la herida para después, con tijeras, cortar el excedente de tejido gingival, tanto bucal y palatino, de manera que ambos colgajos se adapten sin sobrantes. En caso de que uno de los lados de la herida quede más grueso, éste se adelgazará con bisturí para después llevarlo a su lugar.

Se prueba ahora la guía quirúrgica y por transparencia se verán las zonas isquémicas, en estas zonas se hace una incisión de profundidad hasta el hueso, en los extremos de ésta se realizan otras incisiones liberatrices, una a cada lado, con el objeto de que el separar los colgajos se consiga una adecuada exposición de la zona

Preparación de los colgajos. - Se desprenden los colgajos mucoperiosticos mediante una legra, con el objeto de dejar al descubierta la zona por resecar. Los colgajos deben mantenerse alejados, con separadores para que no sean traumatizados durante la intervención.

Osteotomía con ayuda del alveolótomo. -

Se resecan las crestas, puntas aristas o bordes óseos, colocando un bocado del alveolótomo contra la cresta alveolar y el otro debajo de la protuberancia por extraer. Una vez reseca las crestas o bordes, se alisa el hueso con una lima; el resultado se determina por inspección y palpación de la zona. Cuando se termina de alisar el hueso, se procede a irrigar la zona con suero fisiológico por medio de una jeringa hipodérmica, con el fin de retirar todos los restos y polvos óseos; para --

conseguir esto nos valemos del eyector quirúrgico. Inmediatamente después se llevan los colgajos a su posición y con tijeras quirúrgicas se recorta el excedente de tejido blando.

Una vez que la base llega a su sitio se suturan los colgajos, colocando puntos aislados a todo lo largo de la herida con hilo de seda.

Los puntos se deben quitar a los 3 ó 5 días después de la intervención.

Se coloca la placa y se corrigen los defectos de articulación hasta obtener una oclusión central-equilibrada.

COLOCACION DE LA PROTESIS

Pasoperatorio.

Es conveniente que el paciente no se quite la prótesis hasta volver al consultorio 24 ó 48 horas - más tarde. Si hay dolor en ese lapso el paciente tomará analgésicos.

En la visita siguiente a la intervención, se le hará un lavado y los retoques que requiera la placa. En los siguientes días se seguirán vigilando las heridas y retocando la prótesis en los puntos dolorosos o en los defectos de articulación y se hará un rebasado si fuera necesaria.

Fallas. - Una técnica cuidadosa los reduce, los defectos se hacen natar al colocar la placa y éstos pueden ser:

1.- Evidente es la falta de retención activa. Si el defecto es ligero, éste se supera colocanda en la placa polvo adhesivo. Si es mayor es conveniente hacer un rebase inmediato con material acondicionador, con un elastómero o en último caso con acrílico autocurable, protegiendo previamente las heridas con gasa estéril.

2.- La mala articulación. Papel de articular y piedras montadas son los materiales más adecuados para lograr una oclusión central balanceada, dejando para después las oclusiones excéntricas.

3.- La estética. En este caso el remedio suele ser tranquilizar al paciente inmediato y rehacer

le la prótesis tan pronto se pueda.

El criterio general frente a los defectos es corregirlos de inmediato cuando sea posible. 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.

SERVICIO DE TRANSICION Y DURACION DE LA PROTESIS

a) Duración de la prótesis inmediata. -

La duración de esta prótesis es muy variable, debido a las reacciones orgánicas no pueden preverse en cada caso. Lo importante es que el paciente sepa que es un servicio transitorio, es decir, de cambios dependiendo de cada caso. No es conveniente llamarla provisional, ya que traería muchos problemas, y la mayoría de los pacientes piensan que va a ser más económicas sin mencionar las consecuencias.

b) Primer rebasado. - Este es muy variable, ya que puede ser inmediatamente después de la intervención quirúrgica, a los 15 días, al mes, a los 3 meses, a los 6 meses, etc.

Lo importante de éste es que se hará sólo cuando éste sea necesario procurando que este lapso sea lo mayor posible. Conviene dar a los rebasados carácter temporio, y reajustar por lo menos en los primeros rebasados, tan sólo frente o la parte operada y el borde correspondiente.

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

Un segundo rebasado es generalmente necesario sólo cuando el primero se ha hecho antes de los 3 primeros meses, habiendo desajuste de la placa y falta de altura.

Este puede ser un material acondicionador acrílico autocurable.

c) Cambio de base o renovación. - El paciente debe ser instruido de la necesidad de vigilar sus prótesis y de reajustarlas después de algún tiempo, para evitar el riesgo de las hipertrofias marginales, así como de trastornos en la altura y en la estética.

El renovar por completo las prótesis tiene las siguientes ventajas:

1).- Se puede llevar a cabo una técnica correcta sin recurrir a procedimientos de urgencia.

2).- Si se produce cualquier falla en la nueva prótesis, en caso de tener otra se recurre a ésta.

3).- Una vez instalada la segunda prótesis, puede remontarse la primera y el paciente se queda con dos placas, por la que sirve como respuesta en caso de accidente y presenta menos urgencias.

La prótesis inmediata sirve como guía para prótesis definitiva, tanto en la colocación de los dientes como en la altura facial, facilitando el trabajo del C.D.

Con la construcción y adaptación de la prótesis convencional se da por terminado el tratamiento de la prótesis inmediata.

CONCLUSIONES

1.- La prótesis inmediata como se ha es todo viendo a lo largo de éste trabajo, en cada caso es muy diferente, por lo que se tratará individualmente, no sin antes hacer una buena evaluación y planeación del caso o realizar y así evitar mayor número de errores o fracasos.

2.- La prótesis inmediata causa muchos problemas al C.D., tanto en su elaboración, como en aspectos legales por los resultados obtenidos, ya que no siempre son como se desea, y es más problemático que cualquier otro tipo de trabajo.

3.- A los pacientes que se tratará con ésta técnica descrita, es más conveniente que psíquico y médicamente se encuentren bien, debiendo llenar el mínimo de requisitos necesarios para evitar fracasos y obtener los resultados deseados.

4.- Debido a que en la mayoría de los casos es un tratamiento transitorio, lo poco elaborado puede servir como convencional, evitando que el paciente quede desdentado al morir o ajustar lo segundo prótesis.

5.- Debe recordarse que gracias a ésta técnica al paciente no se tiene que apartar de la vida social, ni el temor al que dirán, y que ésta prótesis en algunos casos puede ser de carácter definitivo.

6. - Con este tratamiento también podemos reproducir lo existente, hacer algunas modificaciones o mejorar la estética de nuestro paciente.

7. - El paciente se adapta en muy poco tiempo a la prótesis total inmediata.

BIBLIOGRAFIA

GUZMAN HERNANDEZ SERGIO ENRIQUE. Principios básicos sobre prótesis inmediata. UNAM 1978.

KRUGER GUSTAVO. Tratado de Cirugía Bucal. Editorial Interamericana. 1960. págs. 125 - 129.

LERMA SALVADOR. Historia de la Odontología y su - Ejercicio Legal. Editorial Mundi 2a. Edición 1964 Cap. XXXIV. Págs. 329 - 338.

MARTORELLI HECTOR. Técnica de Prótesis completa - equilibrada Mundi. 1967. págs. 56 - 92

ORTEGA CARDONA MANUEL. Propedéutica Fundamental 8a. Edición 1973. págs. 13 - 42

OZAWA DEGUCHI JOSE. Prosthodontia Total. Ediciones Universitarias. 1973. Cap. X. 125 - 134. Cap. XI págs. 135 - 138. Cap. XII. págs. 136 - 139. - - - Cap. XIII. págs. 140 - 145.

QUIROZ GUTIERREZ FERNANDO. Tratado de Anatomía Humana. Editorial Porrúa. 1974. Tomo I. 99 - 122, 314-319, 324 - 338.

RIES CENTENO GUILLERMO A. Editorial Ateneo. 7a. Edición. 1975. Cap. XI. págs. 554 - 563. Cap. X.- 545 - 553 Cap. XXIX.

SAIZAR PEDRO. *Prostodoncia Total*. Editorial Mundi - 1972. Cap. I. págs. 8 - 15 Cap. VII págs. 127 - 147. Cap. XI. 198 - 213. Cap. XII págs. 215 - 228. Cap. XIII. págs. 231 - 244. Cap. XIV. págs. 251 - 271. - Cap. XVIII. págs. 329 - 341. Cap. XXIV. págs. 450 - 477.

TESTUT L. *Compendio de Anatomía descriptiva*. Editorial Salvat. XI Edición. 1922. págs. Cap. III. págs. 19-53. Cap. II. págs. 102 - 104. págs. 157 - 165. - - 499 - 502.