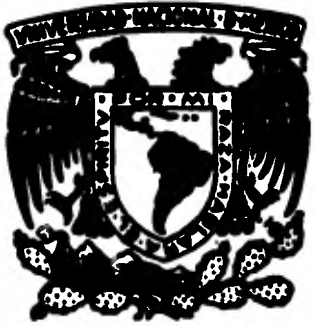


24/309



# Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

## PROSTODONCIA INMEDIATA

REUSE Y DIRIGI



## T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

Oscar Ariel Sánchez Hurtado

México, D. F.

1982





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

	Pág.
Introducción .....	1
CAPITULO I	
Definición .....	3
Objetivos de la Prostoncia Inmediata .....	4
Ventajas .....	5
Desventajas .....	8
CAPITULO II	
Indicaciones .....	10
Contraindicaciones .....	11
CAPITULO III	
Historia Clínica .....	13
CAPITULO IV	
Diagnóstico y Plan de Tratamiento .....	27
CAPITULO V	
Registros Previos a la Elaboración de la Prostoncia Inmediata: .....	32
Impresiones Preliminares y Modelos de Diagnóstico .....	35
Construcción de Porta Impresiones Individuales; Toma de Impresiones Fisiológicas y Obtención de Modelos Fisiológicos .....	35

## CAPITULO VI

Registros Intermaxilares .....	41
Dimensión Vertical .....	42
Relación Céntrica .....	43
Montaje en el Articulador .....	44

## CAPITULO VII

Selección y Articulación de los Dientes Artificiales .....	45
--	----

## CAPITULO VIII

Terminado de la Dentadura .....	48
Preparación de la Trasbase Quirúrgica .....	49
Curado, Correcciones Oclusales y Terminado de la Prostodoncia Inmediata .....	50

## CAPITULO IX

Cirugía y Colocación de la Dentadura .....	53
Diferentes Tipos de Alveolectomías .....	60
Instrucciones Post operatorias .....	62

## CAPITULO X

Ajustes Oclusales .....	64
-------------------------	----

## CAPITULO XI

Atención Posterior del Paciente, como de la Prostodoncia .....	66
Rebase y Reconstrucción de las Prostodoncias .	68

## INTRODUCCION.

Dentro de la rama de la Prostodoncia, existe un tratamiento que para mi criterio se le debe dar más atención e importancia, por su complejidad en su construcción, como, por los beneficios y ventajas, que este mismo proporciona al paciente que lo requiere, es la Prostodoncia Inmediata, la cual, parece haberse iniciado, como otro de los grandes hallazgos de la Prostodoncia a fines del siglo pasado, según los hallazgos hechos por el Dr. Zaizar.

A la Prostodoncia Inmediata debe considerársele, como un servicio profesional, que requiere más conocimiento, habilidad y criterio que la Prostodoncia regular, con una respuesta más desconcertante, ya que en ella intervienen una serie de procedimientos para su construcción y colocación, por tal motivo el profesionista debe tener un pleno conocimiento del tratamiento para poder obtener el éxito del mismo.

El profesionista que no le dé la importancia que merece el tratamiento y no posee las cualidades mencionadas, se expondrá con más facilidad al fracaso.

Datos obtenidos por Pasamonti (1964) han revelado que la Prostodoncia Inmediata ha provocado más quejas en el público que ningún otro tipo de Prostodoncia, las cuales se han convertido en demandas legales.

Las principales quejas a que se refieren los pacientes son, a resultados estéticos insatisfactorios, o bien, a un funcionamiento deficiente.

Klein (1960) los fracasos los atribuye, a un

diagnóstico defectuoso y por lo tanto un tratamiento equivocado.

Paund (1970) considera que los fracasos son - producidos por los mismos Odontólogos, los cuales, - son preparados insuficientemente desde que son estudiantes, para introducir al paciente en esta tras-cendente y nueva etapa de su vida.

En tanto que Zaizar y Castro (1968) mencionan, que cada día es más frecuente que el paciente esté - más informado de dicho tratamiento y por tal motivo el Odontólogo debe prestarle tal servicio, el cual - será bien recibido, resultando una satisfacción pa - ra el profesional.

El explicarle al paciente las dificultades que implica este tratamiento, antes de comenzarlo, nos - evitará una mala reacción por parte de él, ya que - se le formará un criterio de lo complejo que es es - te tipo de trabajo, el cual una vez colocado, al poco tiempo va a necesitar un servicio de reparación - y reajustes, el cual es normal en este tipo de tra - tamiento.

Paund nos dice, que no hay que olvidar que el - paciente necesitado de Prostodoncia Inmediata no es un desdentado y por lo tanto carece de experiencia, por lo cual hay que saberlo introducir en el trata - miento, para el éxito del mismo.

## CAPITULO I

## DEFINICION.

Baucher define a la Prostodoncia Inmediata, - aquella que se confecciona antes de hacer las ex- - tracciones y se coloca inmediatamente después de la remoción de los dientes remanentes.

Para el Dr. Zaizar este criterio lo encuentra restringido, ya que para él la Prostodoncia se puede colocar hasta algunos días después de las extracciones, llegando el paciente a acostumbrarse a estar sin dientes y colocando el aparato por lo tanto en brechas quirúrgicas solo cubiertas por coágulos, o por colgajos aún no consolidados y por lo tanto - durante el primer período se debe atender simultáneamente a la colocación de la Prostodoncia, al - - postoperatorio que evoluciona con ella y a la atrofia cicatricial.

La importancia de estos criterios radica en el pronóstico que se le dé. Como profesionalista debe estar uno consciente, que en Prostodoncia Inmediata - no importa la técnica que se lleve o el momento - - exacto en que se coloque asentándola sobre los tejidos recién operados, ya que estos van a sufrir modificaciones importantes con el tiempo. Por tal motivo el paciente debe saber, que va a necesitar un - servicio de reparación y reajustes, que en una Prostodoncia regular tiene un carácter accidental, contraria a la Prostodoncia Inmediata, considerando todos estos reajustes como parte normal del tratamiento, ya que no puede conservarse mucho en buen servicio, requiriendo por lo tanto una segunda Prostodoncia después de un tiempo.

Sólo el paciente que tenga conciencia de esta situación puede afrontar el tratamiento sin muchos sufrimientos y sin exigir al profesional una responsabilidad que no le corresponde.

De acuerdo con Salsbury, Hertwel y Zaizar - - (1965), dicen que ningún protodoncista con un criterio claro, nunca le hablará al paciente de una Prostodoncia provisional o temporal, refiriéndose a la Prostodoncia Inmediata, no porque no lo sea, sino - porque en principio todas las Prostodoncias lo son, debiéndose calificarlas como Prostodoncias de Transición.

La Prostodoncia Inmediata solo puede involu- - crar al maxilar, a la mandíbula, o, ambos a la vez. En este último de los casos, se aconseja que se confeccionen simultáneamente para evitar mal posicio- - nes estéticas u oclusales de los dientes remanentes del arco dentado interfieran en la colocación dentaria de la Prostodoncia Inmediata.

## OBJETIVOS DE LA PROSTODONCIA INMEDIATA

Uno de los principales objetivos de la Prostodoncia Inmediata, es la de evitar la tragedia física que experimenta el paciente en el momento de las extracciones, disminuyendo los cambios que pueden - sufrir los tejidos a la cicatrización de los mismos.

También la tragedia Psíquica disminuye, ya que evita la humillación que sufre el paciente al pre- - sentarse sin dientes, ayudándolo a continuar sus actividades en su vida de relación, social, comercial, profesional, o cualquiera que sea, volviéndolo a inte



tegrar a la sociedad.

## VENTAJAS Y DESVENTAJAS.

Las ventajas de la Prostodoncia Inmediata se pueden agrupar de la siguiente manera:

- I.- Anatómicas
- II.- Funcionales
- III.- Mecánicas
- IV.- Estéticas
- V.- Psíquicas
- VI.- Fisiológicas.

### I.- Anatómicas:

1.- Impide la pérdida inmediata de la altura - al reemplazar el tope oclusal, preservando o restituyendo la altura morfológica.

2.- Evita traumatismos a las articulaciones - temporomandibulares.

3.- Impide el ensanchamiento lingual.

4.- Impide el colapso labial y el hundimiento de los carrillos.

### II.- Funcionales:

1.- Permite a la musculatura afectada seguir - funcionando en sus posiciones normales.

2.- Evita la mayor parte de los trastornos y -

reajustes fonéticos del desdentamiento.

3.- Facilita la masticación rápidamente evitando o reduciendo los reajustes dietéticos y digestivos.

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

### III.- Estéticas:

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

2.- Permite introducir mejoras realmente considerables como son; reproducción fiel y exacta de los rasgos fisonómicos del paciente y características faciales que dependen de la relación craneana con la posición de los dientes.

3.- Permite si es necesario variar la distancia naso-mentoniana (dimensión vertical).

4.- Permite conservar atributos de forma, tamaño, color y posición particular de cada diente.

### IV.- Psíquicas.

1.- Elimina la humillación y complejo que significa para el paciente, el presentarse sin dientes, favoreciendo en esa forma la continuación de sus actividades en su vida o profesional, creando en él la necesidad de colaborar para el buen éxito protodóntico, ya que por vanidad, el paciente no retiraría la Prostodoncia de su boca, resignándose a sufrir las molestias inherentes al nuevo estado de su boca.

2.- Facilita el aprendizaje y reduce los trastornos de acostumbramiento, creando una habilidad favorable para cuando tengamos que construir prostodoncias ulteriores.

3.- Apresura la decisión de suprimir dientes - que estando en malas condiciones pueden constituir un serio peligro para la salud del paciente.

#### V.- Mecánicas:

1.- Limita la reducción excesiva del área de sustentación de la Prostodoncia, ayudando así, a la solución del problema de carácter técnico en la colocación de los dientes artificiales.

2.- Favorece la retención física y funcional.

3.- Favorece la estabilización de la prostodoncia.

#### VI.- Fisiológicas:

1.- Estimula la reparación de los tejidos por la suave e intermitente presión que se obtiene. La masticación se hace en mejores condiciones.

2.- Actúa como vendaje protector de las heridas durante los primeros 6 días aproximadamente.

Zaizar la encuentra un poco desbalanceada en este punto, solo en cuanto se normalizan los tejidos superficiales, ya que por la fermentación y descomposición de los coágulos, así como, la cicatricización por segunda intención, como norma, traen como consecuencia mal sabor y olor desagradable, durante los primeros 15 días.

3.- Sirve como férula de contención a la hemorragia.

4.- Mantiene la relación cráneo mandibular con servando el tono muscular y el de los tegumentos.

5.- Impide cambios morfológicos en la articulación temporo mandibular, evitando los trastornos - que frecuentemente las personas desdentadas sufren en sus oídos.

6.- Se obtiene la reproducción justa o lo más cercana a ella de la relación céntrica y la articulación puede ser más exacta.

7.- La fonación alterada en un principio, se corrige más rápidamente.

8.- La reabsorción ósea se realiza con menor intensidad, por el estímulo que le provee la base protética inmediata para la reconstrucción funcional.

#### Desventajas.

Se puede decir que son exclusivamente sus exigencias.

1.- Selección de casos, que pueden ser:

a) Incomprensión del paciente.

b) Incapacidad del dentista ante la dificultad del caso.

2.- Fallas técnicas, que pueden ser:

Clinicas o de laboratorio.- Estas solo se evidencian después de la intervención quirúrgica final,

situación irreversible, que pone al máximo la responsabilidad profesional del prostodoncista y la amplitud de recursos para resolver los problemas que pueden plantearse. El paciente tiene que tener conciencia clara de estas limitaciones.

### 3.- Inhabilidad del Operador.

Como debe emplearse de una excesiva precisión, lo que no es fácil que todos puedan dominar, como consecuencia de esta inhabilidad, los aparatos construidos, provocan lesiones graves, lo que hará que fracase la Prostodoncia y el inmediato desprestigio del sistema.

### 4.- Costo del trabajo.

Se hace privativa en aquellos pacientes que no cuenten con grandes recursos económicos, ya que tendrán que hacerse rebases periódicos, reajustes y nuevas prostodoncias.

## CAPITULO II

## INDICACIONES.

La Prostodoncia Inmediata estará indicada en los siguientes casos:

1.- Que la edad del paciente y su estado general permitan la o las intervenciones quirúrgicas - que se requieran.

2.- Que el estado de la boca y dientes permitan la espera requerida para el trabajo preparatorio.

3.- Que la irregularidad del proceso no requiera de un trabajo quirúrgico muy extenso.

4.- Que se tenga la plena certeza de que no habrá infecciones posteriores a la inserción del aparato.

5.- En pacientes jóvenes para mantener el espacio que dejan los dientes perdidos y restablecer - prontamente su fisiología.

6.- Cuando existan bicúspides antagónicas las cuales servirán de guía para no perder la relación-normal oclusal.

7.- Que el paciente desee este tipo de servicio y esté dispuesto a aceptarlo con todo y su contenido implícito.

Si el caso no llena los requisitos antes mencionados la prostodoncia estará contraindicada en todo caso que se presente.

En sí, no debe de efectuarse este tipo de tra-

tamientos en aquellos pacientes que no reúnan las condiciones necesarias, ya sean físicas o psíquicas adecuadas para recibir el servicio y afrontar su responsabilidad como corresponde.

## CONTRAINDICACIONES.

Definitivamente no debe efectuarse en aquellas personas que presenten las siguientes enfermedades:

1.- En personas Hemofílicas, ya que existe un notable retraso en el fenómeno de la coagulación de la sangre, presentándose gran abundancia de hemorragias.

2.- En personas diabéticas donde el índice de glucemia es difícil de disminuir. Si el paciente no está controlado podemos tener problemas en el acto quirúrgico, pudiéndose presentar hemorragias, ya que el tiempo de coagulación está alterado y por lo tanto habrá problemas en la cicatrización, o bien, podemos causar una gran infección, ya que sus defensas se ven disminuidas.

3.- En pacientes que presenten sífilis con lesiones orales terciarias o cuaternarias.

4.- En personas cancerosas con lesiones bucales.

5.- En general en todos aquellos pacientes que presenten manifestaciones patológicas que alteran las estructuras anatómicas bucales.

6.- En los individuos que presenten discrasias sanguíneas o deficiencias nutritivas, debe establecerse primero el tratamiento y solo se podrá hacer-

la intervención después de haber sido curados.

8.- En individuos que presenten taras mentales.

9.- En los casos de invalidez crónica.

10.- En general en todos los casos en que el -  
paciente se encuentre afectado de sus facultades -  
mentales (enfermos psicópatas o dementes), etc.



## CAPITULO III

## HISTORIA CLINICA.

A la historia clínica se le ha considerado en Odontología, como un arte científico de registrar - ordenada y detalladamente, la experiencia clínica - del cirujano dentista en su relación técnica con el paciente, la cual se debe considerar un maravilloso auxiliar, siendo el acervo de datos mínimos necesarios para sistematizar el examen, ya que sus datos - subjetivos y las observaciones objetivas, permiten - recordar, razonar, estudiar el caso y eventualmente consultarlo, además puede adquirir en cualquier momento una significación legal, técnica y la más importante, científica.

La prostodoncia inmediata al igual que cualquier tratamiento en Odontología requiere de una historia clínica bien detallada, recordando que en este tipo de tratamiento es necesario recurrir a - procedimientos quirúrgicos para la preparación de - los procesos alveolares, para lo cual es necesario - un cuidadoso estudio del paciente.

Con este fin procederemos a realizar la historia clínica del paciente de acuerdo con las bases, - que la propedéutica nos indica.

Para ello se emplearán normas exploratorias - que dividiremos en dos grupos:

I.- Las que proporcionan datos subjetivos y de información (Anamnesis).

II.- Las que nos van a dar datos objetivos.

El primer grupo va a comprender el interrogatorio y el segundo la inspección, la palpación, la percusión, la auscultación, el estudio radiográfico y exámenes de laboratorio.

Una vez obtenidos todos los datos y procedimientos con criterio clínico se elaborará un diagnóstico.

A continuación explicaré lo que puede abarcar un interrogatorio y una exploración física en la elaboración de la historia clínica para la construcción de una prosthodoncia inmediata.

El interrogatorio comenzará con:

1.- Ficha de identificación, que comprende datos personales del paciente, tales como; Nombre, edad, sexo, ocupación, lugar de nacimiento y teléfono.

Es importante saber la edad debido al estado nutricional y estado fisiológico que presenta el paciente, el cual puede influir en la capacidad del paciente a adaptarse o no a usar dentaduras, así como la posibilidad de éxito del tratamiento. Se considera pacientes ideales para el tratamiento entre los 30 y 40 años de edad, mayores de 65 años son más problemáticos.

El sexo se debe tomar en cuenta por enfermedades propias del mismo.

La ocupación es importante para saber el medio en que se desenvuelve y saber qué hábitos tiene.

2.- Antecedentes personales patológicos. Se principia con enfermedades de la infancia por orden

cronológico como; sarampión, rubeola, varicela, escarlatina, etc., y cómo reaccionó. También se le preguntará si lo han operado y a qué edad.

Si presenta alguna alergia a algún medicamento, alimento o algún otro elemento.

En mujeres, se interroga el número de gestaciones y abortos.

3.- Antecedentes personales no patológicos. - Los cuales abarcan hábitos tales como: alcoholismo, tabaquismo, uso de sedantes u otros medicamentos.

También se deben de describir las condiciones de vida incluyendo: habitación, iluminación, educación y alimentación.

En los antecedentes familiares se le preguntará al paciente si viven sus padres y hermanos, o bien de qué murieron y a qué edad.

En la enfermedad actual, el paciente deberá describir cuándo apareció, que síntomas presentó, modo de comienzo, duración e intensidad. También se le preguntará si está tomando algún medicamento y de qué tipo.

Continuaremos con el interrogatorio de aparatos y sistemas, comenzando con:

#### Sistema Cardiovascular.

Se preguntará si presenta disnea con leves esfuerzos.

Episodios de dificultad para respirar por las noches, cuando permanece en la cama.

Si existe edema con frecuencia en los tobillos,

o bien, dolor en las piernas al caminar.

Se le preguntará si presenta dolor precordial, palpitaciones, taquicardia, cianosis, cefaleas, vértigos con los cambios bruscos de posición, si presenta dolor en las extremidades, ya sea con el ejercicio o con el frío (esto puede ser por problemas por trastornos vasculares periféricos, aunque esto puede ser descartado cuando existe piel muy delgada).

#### Aparato Digestivo.

Muchas veces las alteraciones digestivas fomentan procesos gingivales y del periodonto, por tal motivo es importante hacer un interrogatorio de dicho aparato.

Se le preguntará si tiene buen apetito.

Si distingue los sabores en la comida.

Problemas al deglutir (Estenosis esofáctica).

Si presenta dolor en el estómago, hacia dónde se irradia y cómo desaparece.

Si existe náusea, vómito.

Si presenta con frecuencia diarreas, o bien, estreñimientos, digestión trabajosa o a veces dolorosa, falta de apetito, sensación de distensión, es decir, que el estómago se expande (plenitud de chapaleo).

#### Aparato Respiratorio.

Se le harán preguntas tales como:

Si tose frecuentemente, si lo hace con expecto

raciones de tipo mucoso, purulento o sanguinolento, si es escasa o abundante.

Si existe dificultad al respirar.

Son frecuentes los resfriados.

Si presenta dolores torácicos, o bien, en los senos de la cara.

Si existe disnea de esfuerzo.

Si presenta con frecuencia ataques asmáticos.

Si padece frecuentemente de Bronquitis.

Sistema Nervioso.

Se le preguntará si hay pérdida de conocimiento.

Si presenta convulsiones, parálisis, parestesias, tics y temblores.

Si tiene falta de sueño (Insomnio).

Pérdida de la memoria (Amnesia).

Trastornos de la palabra (Afasia).

Si es de carácter irritable o aprensivo.

Sistema Genito Urinario.

En caso de que el paciente sea mujer se le harán las siguientes preguntas:

A qué edad se le presentó la Menarquia (primera menstruación).

Se le preguntará la fecha de la última menstruación, si el ritmo es de 28 ó 30 días, qué dura-

ción tuvo, 3 ó 5 días y la cantidad, si fue escasa, normal o abundante.

Se le preguntará si existen dolores antes, durante o después de la menstruación.

Si existe flujo vaginal.

Si es señora se le preguntará el número de hijos que tiene, si fueron partos normales o con cesárea, si ha habido abortos y si son provocados o naturales.

Cuánto han pesado sus hijos al nacer.

En cuanto al aparato Urinario se harán preguntas tales, como:

Cuántas veces orina al día, el olor, el color y si la micción es satisfactoria.

Si hay dolor, ardor o quemazón al orinar.

Si presenta sangre al inicio o al término de la micción.

Una vez terminado el interrogatorio continuaremos con la inspección, con la cual vamos a obtener nociones del sitio, forma, color, volumen, números, superficie, movimiento, y además las separaciones de regiones simétricas.

Comenzaremos con los signos vitales, como:

Peso; el cual es la conformación del estado de nutrición, el peso normal de cada individuo guarda relación con la edad, sexo, talla, desarrollo esquelético y raza. El peso normal puede variar entre el diez y quince por ciento, por encima o por debajo de una cifra dada.

**Temperatura.** Se considera normal una temperatura bucal comprendida entre 36.1 y 37.2 grados centígrados, y se considera a la temperatura como un estudio comparativo del calor del cuerpo humano.

**Pulso.** La frecuencia del pulso en adultos normales es de 60 a 80 pulsaciones por minuto, en niños es de 90 a 130, en personas seniles es de 70 a 80.

**Respiración.** Esta consiste en la sucesión rítmica y fluida de los movimientos de expansión y retracción, por lo tanto se tomará en cuenta su frecuencia, ritmo, amplitud y simetría.

**Presión arterial.** Los valores normales de la presión arterial son difíciles de señalar, sus límites son bastante amplios y guarda relación con la edad, raza, constitución, factores hereditarios, hábitos de vida, etc.

Se considera una presión sanguínea normal de 70/120 milímetros de mercurio.

Continuaremos con la inspección general del paciente, empezando con:

Estatura, postura, estado de nutrición.

Piel - Textura, humedad, turgencia, pigmentación y lesiones.

Cabeza- Forma, tamaño, distribución del pelo.

Ojos- Conjuntivas y escleróticas, tamaño y forma de las pupilas, reacción pupilar a la luz y a la acomodación, vasos y papilas ópticas, visión.

Oídos- Se hará un examen externo en busca de -

inflamación en la membrana timpánica, exudados, agudeza auditiva.

Nariz- Forma, desviación, perforación del tabique, cornetes, secreción y pólipos.

Boca y garganta.- Se observarán los labios, simetría, cianosis, queilitis, herpes, hiperqueratosis y pigmentación.

Mucosas y enclás- Si existe palidez, úlceras y pigmentaciones.

Dientes- Se observarán el número de dientes - existentes y en qué estado se encuentran, se revisarán si no existe caries, sarro, si presentan restauraciones, alteraciones pulpares, restos radiculares, movilidad de las piezas por traumatismo o resorción ósea, al mismo tiempo se observará si el paciente - usa alguna prótesis y de qué tipo, tomando en cuenta las condiciones del mismo.

Lengua.- Se verá forma, tamaño, color y consistencia.

Cuello- Se observarán los ganglios linfáticos, tiroides, pulsaciones anormales, si existen masas y tráquea en la línea media.

Tórax- Contorno, simetría, igualdad de expansión y ganglios linfáticos axilares.

Esta inspección debe auxiliarse para recabar - más datos con la ayuda de la palpación, percusión y auscultación, junto con la ayuda del examen radiográfico, el cual en el caso de una prostodoncia inmediata utilizaremos radiografías periapicales y - oclusales.



Para tener una mayor información del estado general del paciente será necesario realizar un exa--men de laboratorio, el cual debe de constar de: - - Tiempo de coagulación, tiempo de sangrado, tiempo - de protrombina, biometría hemática completa, Indi--ce de glucemia, determinación de urea en sangre y - colesterol.

Una vez obtenidos los datos generales del pa--ciente, nos concretaremos a realizar un examen lo--cal del mismo, para obtener una mayor información - acerca de sus dientes naturales, en qué condiciones los tiene, saber cuanto tiempo ha permanecido par--cialmente desdentado, si ha tenido experiencias con algún tipo de prótesis y cuál es su opinión acerca de usar una prostodoncia inmediata.

Además hay que lograr la mayor información po--sible, que guarde relación ya sea directa o indirec--tamente con el estado físico y mental del paciente, sobre todo en lo que concierne con las caracterís--ticas anatómicas de la boca, que nos permitan reco--nocer factores probables de dificultad o utilidad - en la realización de la prostodoncia.

Los datos más importantes que podemos lograr - con este examen, son: Topografía de los procesos y--paladar, elevaciones y depresiones, grado de reab--sorción del proceso alveolar, formaciones anormales de los rebordes alveolares, tales como: protuberan--cias, crestas, hendiduras, altura, grosor, volumen, bordes agudos o romos, existencia de restos radicu--lares, inserciones musculares, fracturas, estudio - de la articulación temporo mandibular con todo sus--movimientos.

A la vez, por medio de este estudio podemos - descubrir ciertas deformaciones y procesos infecciosos que pueden dificultar el tratamiento, tales como: labio leporino, fisura labio alveolar, quistes-paradentarios, tumores (fibroma, sarcoma, carcinoma, lipoma, etc.), paradentosis, gingivitis (medicamentosa, traumática, etc.), abscesos agudos, estomatitis (medicamentosa, ulcerosa, gangrenosa, etc.) y - parálisis facial.

El examen local se iniciará obteniendo los siguientes datos:

a) Actitud mental. En el examen psicológico de be tomarse en cuenta: fobias, motivaciones y complejos, de acuerdo con esto a los pacientes los podemos clasificar en:

Receptivo.- Es el que se da cuenta de su trata miento y que está dispuesto a colaborar, este paciente coopera con todo.

Pasivo.- Es introvertido, hay que ganarse su - confianza.

Indiferente.- Son aquellos que les dá lo mismo traer o no dientes, se trata de pacientes ya muy - adultos.

Neuróticos.- Son aquellos que siempre se muestran insatisfechos, en estos casos siempre hay que poner nosotros las reglas y vamos hacer el trabajo-bajo nuestras condiciones.

b) Tiempo que faltan los dientes: Si fue reposición inmediata, lleva menos de tres semanas, más-de tres meses o más de un año, si es portador de -

dentadura vieja (que tipo de dentadura, si es satisfactoria o no).

c) Oportunidad estética. Si es favorable o no.

d) Tamaño de los maxilares. Se van a clasificar en grandes, medianos y pequeños, los más grandes son los más favorables para la prostodoncia.

e) Forma general de los maxilares. Se clasifican en: cuadrados, triangulares u ovoides.

f) Forma y tamaño de los rebordes residuales.- De acuerdo a su forma y tamaño éstos deben considerarse en toda su extensión, los cuales pueden ser voluminosos de un lado y muy atrofiados en el otro, asimismo, ser redondeado en la parte delantera y afilado hacia atrás.

De acuerdo a su tamaño se clasifican en prominente, mediano y atrofiado.

g) Inserción de los tejidos móviles. La inserción puede ser alta, mediana o baja. La inserción de los frenillos en el maxilar superior la más favorable es la alta, en cambio en el maxilar inferior las inserciones bajas son las más favorables.

Uno de los puntos que debe estudiarse detenidamente es la parte posterior de la tuberosidad, otro es la parte lingual de la mandíbula. En cuanto a las inserciones en la cara lingual del maxilar inferior se las observa; adelante, haciendo tocar la bóveda palatina con la punta de la lengua y hacia los lados haciendo sacar la lengua y separándola al mismo tiempo con el espejo. En el maxilar superior se toman los labios o los carrillos con los dedos y moviéndolos suavemente hacia los lados o hacia adelante.

h) Zona del postdamming. Puede ser ancha, mediana o muy delgada, así mismo puede ser poco, medianamente o muy depreciable. La exploración del postdamming sirve también para explorar la sensibilidad de la mucosa.

i) Bóveda palatina. Generalmente es más dura en su parte central que en el resto, cuando es muy prominente a lo largo de la línea media constituye el torus palatino. Los paladares que no son muy duros son los más ventajosos, al igual los que no son muy blandos y no constituye inconveniente, ni ventaja una bóveda palatina profunda. Una bóveda muy plana, es desde luego la menos retentiva.

j) Mucosa. Se pueden clasificar en tensas, resistentes y blandas, las segundas son las mejores para la prótesis.

k) Fosa retroalveolar. Aquí se observará con la punta de la lengua algunos milímetros por delante de la línea roja del labio. Se coloca el índice con su punta haciendo ligero contacto contra la pared cóncava de la mucosa, detrás de la línea oblicua interna y con la uña hacia la lengua. Se enseña al paciente a protuir la lengua como para mojar los labios, seis u ocho milímetros por delante de la línea rosada. El borde de la dentadura debe funcionar aquí si deseamos obtener un sellado periférico con el mayor grado de comodidad y eficiencia posibles.

l) Relación labioalveolar. Los labios pueden ser cortos, medianos o largos y también el borde alveolar puede ser corto, mediano o alto. De esto sacamos, que si a un labio largo corresponde un reborde corto, para enseñar los incisivos el aparato tendrá que ser alto. Con un labio corto y un reborde -

largo, se requerirán dientes cortos y para evitar - la visibilidad del acrílico, su adaptación sera directa a la encía.

m) Lengua. Esta puede ser grande, mediana o pequeña, a la vez mucho, regular o poco movible. La más favorable es una lengua alargada y movible.

n) Saliva. La saliva se clasifica en espesa, - viscosa, líquida y normal. Hay que tomarla en cuenta ya que es importante para la adaptación y adhesión de la prostodoncia.

ñ) La articulación temporo mandibular. Se observará si no existe limitación de movimiento, el - cual nos puede causar dificultades al tomar la relación céntrica, además si no existe crepitación, luxaciones o padecimientos tales como artritis, la - - cual puede limitar seriamente la técnica de impresión.

o) Dominio muscular. El dominio muscular voluntario sobre los músculos intrabucales es un detalle que influye poderosamente en el resultado final de la prostodoncia, por lo cual se observará la facilidad con que el paciente saca la lengua, la mueve hacia un carrillo y hacia el otro, si no existe problema ejecutar diversos movimientos con los labios y la mandíbula. El dominio muscular se puede clasificar en bueno, regular y malo.

Las personas con escaso dominio de sus movimientos, sea cual fuere la causa, probablemente tendrán dificultades para aprender a usar la prostodoncia.

p) Facies. En relación con la prótesis, el colapso facial especialmente en personas relativamen-

te jóvenes; la pérdida de la altura facial, la excesiva movilidad mandibular, la prominencia del mentón, el hundimiento del labio superior, constituyen signos de probable atrofia avanzada; prótesis desajustadas, patologías paraprotéticas, asociadas a menudo con perturbaciones del estado general y psíquico.

En ocasiones el paciente puede tener o no conciencia de estos trastornos, inclusive saber de ellos y negarlos, por tal motivo conviene ser parco en promesas de restauración estética en pacientes que, al usar prótesis, muestran trastornos faciales importantes.

q) Forma de la cara. Existen tres tipos de perfil en el adulto, que son: recto, convexo y cóncavo.

La forma facial está representada por los contornos fisionómicos y son los que dependen de la forma del esqueleto y pueden clasificarse en cuatro, que son: triangular, cuadrado, ovoide y mixto.

Toda esta información más aquella que se pueda obtener después, si está debidamente anotada, constituyen la historia clínica que no sólo ayudará a solucionar problemas de toda índole que puedan presentarse en la construcción de una dentadura bien adaptada y útil. Sino que servirá como referencia para el futuro cada vez que el paciente vuelva a necesitar nuestros servicios profesionales.

## CAPITULO IV

## DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO.

Al diagnóstico se le ha definido como un arte de reconocer, dar nombre a una enfermedad por cualquier alteración que se aparte de la normalidad, es distinguir una enfermedad de otra, así como determinar la naturaleza de la misma.

El diagnóstico se puede dividir en:

**Diagnóstico Bucal.** Es la síntesis que se obtiene del estudio del paciente y consta del interrogatorio, examen clínico, radiográfico, fotografía clínica, modelos de estudio y pruebas de laboratorio.

**Diagnóstico protésico.** Es la síntesis que se obtiene del estudio de las características del caso con ayuda del diagnóstico bucal y considerados desde el punto de vista protésico, o sea, de la conveniencia de hacer una prostodoncia, más sus cualidades y probabilidades de éxito. Podemos decir, que el diagnóstico protésico es la evaluación científica de las condiciones existentes en la boca.

Para la obtención de un diagnóstico correcto y un tratamiento adecuado deben cumplirse los siguientes objetivos:

1.- Una interpretación adecuada del estudio radiográfico y una información completa sobre el tratamiento de las prostodncias inmediatas.

2.- El examen de la boca y el registro de las alteraciones que en ella se encuentran.

3.- La elaboración de los modelos de estudio.

4.- La obtención de los datos precisos para de terminar el tratamiento que va a efectuarse en los procesos e intervenciones quirúrgicas.

5.- La suma de la evaluación de los puntos anteriores unidos a la selección de los materiales - que se van a usar.

6.- Una cronología de los pasos del tratamiento que necesite el paciente para rehabilitarse.

7.- Pláticas entre el paciente y el dentista - para despejar dudas y la solución de alteraciones - que éste padezca o que se presenten en el transcurso del tratamiento y las alternativas que pueden - ser tomadas en cuenta.

8.- La realización de los pretratamientos en - forma figurada para su aplicación posterior en el - paciente.

9.- Poner en práctica y en forma objetiva el - plan de tratamiento.

De acuerdo con lo anterior, se puede ir analizando poco a poco la trayectoria del plan de tratamiento, logrando así que el diagnóstico esté lo más apegado a la realidad y por lo mismo allanar cualquier dificultad que en el camino se encuentre.

Un complemento obligado e inmediato del diagnóstico es el pronóstico, el cual es en principio, - limitado a pronunciar las conocidas secuelas del - desdentamiento o su prevención, desaparición o compensación con la ayuda del tratamiento prostodóntico.

El pronóstico se puede dividir en:

Pronóstico prostodóntico inmediato.- Es bueno-



en personas jóvenes en buen estado general y carentes de trastornos psicosomáticos, a condición que - las prótesis tengan las cualidades de la triada pro tésica, las cuales son; soporte, estabilidad y re- tención con estética, confort y salud.

Pronóstico mediato o de durabilidad. La estabi lidad de las prostodoncias cuando se han construido con técnicas y materiales adecuados dependen fundamentalmente de la estabilidad orgánica, ya que normalmente las prostodoncias pierden sus cualidades - de adaptación, resistencia y eficacia, sin que el - paciente se percate de ello.

El pronóstico en una prostodoncia inmediata se ñalará la probable necesidad de pronto rebasado y - quizá una dentadura nueva al cabo de un año, aún - cuando esto no es seguro, a veces no se requieren - de dentaduras nuevas por varios años.

## PLANES DE TRATAMIENTO.

Deben cubrir todo el período de transición entre el estado actual del paciente hasta su normalización por medio de la prostodoncia.

1.- Plan de tratamiento en caso de una prostodoncia inmediata monomaxilar. Los diferentes puntos a evaluar en estos casos son:

1.- Si se conserva la altura morfológica ac- tual o se altera.

2.- Si se conserva el aspecto dentario o no.

3.- Si se va articular con oclusión o en rela- ción céntrica.

4.- Si es aconsejable efectuar intervenciones-quirúrgicas sucesivas o una sola.

5.- Si se utilizara prostodoncias aditivas o -mediata de todos los dientes remanentes, el pronóstico de durabilidad en servicio, así como en utilidad inmediata no es el mismo, por lo tanto es conveniente si es posible que se eliminen primero los -dientes posteriores para asentar la prótesis sobre-hueso más estabilizado.

11.- Plan de tratamiento en caso de una prostodoncia inmediata bimaxilar.

Mientras más complejo sea el tratamiento, es -más conveniente su formulación escrita, una técnica consiste en:

1.- Determinar si habrá cambios de altura, así- como de la posición, forma, tamaño, color y arreglo- de los dientes.

2.- Se estudiará si la edentación debe hacerse o no por etapas y en este caso que dientes deben - ser eliminados primero examinando la situación en - que estará el paciente en cada período.

3.- Considerar las condiciones o medidas auxi- liares inmediatas que puedan seguir al estado ac- - tual del paciente y en cada etapa.

4.- Establecer el tipo de cirugía adecuada pa- ra cada intervención, consultando con el cirujano - en caso necesario.

5.- Calcular presupuesto y sus variaciones de- acuerdo con el plan de tratamiento que se adopte y- considerando esencial el acuerdo que se hace con el paciente o con el familiar responsable.

6.- Estimar los cuidados postoperatorios así - como la atención protésica adecuada para mantener - al paciente convenientemente asistido durante un pe- ríodo no mayor de seis meses. El paciente debe es- tar consciente de la probabilidad de requerir nue- vas prostodoncias en un período de ocho meses a un- año, para restaurar sobre todo las pérdidas de altu- ra, consecuentes a la atrofia de los maxilares y - que la prostodoncia inmediata no puede compensar.

## CAPITULO V

REGISTROS PREVIOS A LA ELABORACION DE LA PROSTODON-  
CIA INMEDIATA.

Son sumamente útiles cuando se desea duplicar con exactitud ciertos aspectos del paciente, tales como: forma, tamaño, color y arreglo de los dientes, su articulación, forma, color de las encías, altura facial y eventualmente la forma de la cara. Para la obtención de tal objetivo existen numerosos procedimientos pero con criterio práctico, los más importantes son: la altura facial morfológica, el color de los dientes remanentes, la impresión frontal, impresión para la colocación de dientes naturales, el perfil facial y las fotografías.

La altura facial morfológica. Aquí las medidas principales que hay que anotar son:

1.- A boca cerrada, hay que tomar la medida - que existe de la base de la nariz al borde del incisivo central superior.

2.- La distancia que hay de la base del mentón al borde del incisivo central inferior.

3.- La distancia que hay de la base de la nariz a la base del mentón.

El articulador de diagnóstico es el registro - más completo para conservar la forma, tamaño, la posición y articulación de los dientes naturales antes del tratamiento, es útil también, en el momento de cambio de dientes cuando se recortan sobre el modelo de trabajo.

**Color.** Para poder reproducir el color lo más exacto posible de los dientes del paciente, se debe hacer la anotación del mismo antes de efectuar las extracciones, inclusive si existen pigmentaciones características de cada diente.

**Impresión frontal.** Es útil cuando por una causa o por otra no se conservaron los modelos de estudio y éstas se pueden realizar, ya sea en forma directa con yeso o modelina, o en forma indirecta, con alginato y un porta impresión que puede hacerse de lámina metálica del tamaño de una película radiográfica, a la cual se le hacen unas escotaduras para los frenillos y unas perforaciones para la retención del alginato y un pequeño mango de alambre.

**Impresiones para colocar dientes naturales.** Deben hacerse con materiales que resistan sin deformarse el tiempo necesario, ya que en ocasiones el período de extracciones puede variar desde semanas hasta algunos meses. Dichas impresiones se pueden realizar por medio del método indirecto clásico, en el cual se utiliza ya sea yeso o modelina para la impresión, colocándose los dientes extraídos en dicha impresión, para que una vez terminado las extracciones se vacíe en yeso y se coloque en un articulador.

**Los perfiles faciales.** El más usual es el que se utiliza en Ortodoncia, el cual consiste, en utilizar alambre de cobre o plomo, el cual se adapta con los dedos sobre el perfil del paciente, para después pasarlo a un cartulina, recortarlo y después aplicarlo directamente a la cara del paciente para retocar los defectos.

Fotografías. Se tomarán de perfil, de frente y de preferencia mostrando los dientes, sirven para conservar el registro del paciente antes de la intervención quirúrgica. También sirve como prueba de peritaje legal.

Una vez obtenidos los registros previos a la construcción de la prostodoncia, el paso siguiente será el de realizar las extracciones de los dientes posteriores a excepción de los premolares antagonistas unilaterales o de preferencia bilaterales. Hay ocasiones, en que pacientes que presentan clase I de Angle, se dejarán los caninos o incisivos antagonistas. Estos dientes antagonistas hacen las veces de topes en céntrica para evitar el cierre intermaxilar, que se presenta durante la cicatrización.

En aquellos pacientes cuya salud contraindica las extracciones seriadas, será posible evitar el procedimiento quirúrgico en dos etapas.

Antes de la cita protética, es indicada la realización del raspaje y curetaje, como fase sanitaria o higiénica, la cual tiene el objeto de reducir el edema y facilitar las operaciones quirúrgicas y la cicatrización postoperatoria.

Una vez hechas las extracciones y haber esperado un lapso prudente de cicatrización, comenzaremos con la técnica en sí.

La construcción de una prostodoncia inmediata es igual a la que se describe para la elaboración de una prostodoncia completa en desdentado, salvo algunas modificaciones.

## Impresiones preliminares y modelos de diagnóstico.

Para la toma de impresiones se utilizarán porta impresiones comerciales metálicos perforados, los cuales se adaptan a los tejidos blandos formando el repliegue de los tejidos mediante el doblado de los flancos y el agregado de cera en los bordes, así mismo se cubrirá el centro de la zona palatina del porta impresiones superior, para alcanzar una mayor aproximación con el paladar. Los bordes cubiertos por la cera nos proporcionarán la extensión adecuada de la impresión junto con el soporte para el alginato.

Una vez ajustado el porta impresión en la boca del paciente, se tomará la impresión con las mismas indicaciones, como si fuera para un desdentado total, con un hidrocoloide irreversible (alginato). Si al haber tomado la impresión la cera se transparenta a través de la superficie de la impresión como resultado del contacto con los tejidos, esto no perjudicará a la impresión pues es debido a su blan dura, la cual no produce sobrecompresión.

Una vez obtenido las impresiones y haber revisado su fidelidad, se correrán dichas impresiones con yeso, para proceder a obtener el modelo de diagnóstico. Estos modelos generalmente son lo bastante adecuados para la confección de los portaimpresiones individuales.

Construcción de los porta impresiones individuales; toma de impresiones fisiológicas y obtención de los modelos fisiológicos.

Una vez obtenidos los modelos anatómicos, se -

procederá a la construcción de los porta impresio-- nes individuales, los cuales antes de ser construí-- dos deberán ser eliminadas todas las retenciones - que se presenten en el modelo. Esto se logra por me-- dio de la colocación de cera, la cual debe de cu-- -- brir los espacios interproximales de los dientes, - hasta el borde incisal, de igual forma se rellena-- rán todos los socavados o ángulos muertos que pue-- dan existir en los procesos de dichos modelos, con-- el fin de que no exista retención que dificulte la-- salida del porta impresión del modelo. También se - le colocará cera en la zona principal de soporte, - haciéndole pequeñas ventanas en la cera, con el fin de darle espacio al material de impresión.

Sobre el mismo modelo se limitará con un lápiz todo el sellado periférico, por arriba de esa misma línea, aproximadamente a dos milímetros se marcará-- otra línea, la cual va hacer la que nos indique has-- ta dónde va a llegar el porta impresión.

Se coloca separador de acrílico- yeso al mode-- lo y se procede a construir el porta impresión con-- acrílico autopolimerizable, ya sea con la técnica - de laminado o bien por goteo, siendo la última la - más exacta.

Una vez polimerizado el acrílico, se retira el porta impresión y se recorta hasta donde nos marcó-- la segunda línea de lápiz, se rectifica en la boca-- del paciente para ver si se libraron los frenillos-- y que quede dos milímetros por arriba del fondo de-- saco.

Procederemos ahora a la rectificación de bor-- des, de igual forma que se hace en una prostodoncia



total para desdentados, con modelina de baja fusión, la que se coloca en los bordes de las zonas a delimitar.

Una vez rectificadas los bordes, se desgastará la modelina un milímetro y se procederá a tomar la impresión fisiológica, para lo cual se retirará la cera que tiene el porta impresión, también se desgastarán los topes formados por la cera, más o menos un milímetro y se tomará la impresión fisiológica de igual forma que en un desdentado total, es decir, primero se prepara el material de impresión (hule de polisulfuro) de acuerdo con las indicaciones dadas por el fabricante, se colocará éste en la cucharilla, sin sobrellenarla, asegurándose que el material esté colocado sobre los bordes de la modelina.

Después se colocará la cucharilla en la boca del paciente, acentándola sobre el proceso, se presionará la cucharilla superior colocando el dedo medio en la parte media del paladar inmediata al borde anterior del área del sellado posterior del paladar. Para la cucharilla inferior, se colocarán los dedos índices sobre la región de los primeros molares.

Se rectificarán los bordes de la cucharilla superior alternando ambas manos y con el dedo medio en posición sobre la cucharilla, tirando del labio superior hacia abajo y adentro de la región del frenillo bucal hacia atrás y adelante, se le indicará al paciente que pronuncie varias veces la letra "A".

Para rectificar los bordes labial y bucal de la cucharilla inferior, se tira del labio y mejillas hacia atrás y adelante y para rectificar los -

bordes linguales se le dirá al paciente que abra ampliamente la boca, que mueva la lengua de mejilla a mejilla y que finalmente coloque la punta de la lengua en el área de la papila incisiva. Será necesario repetir todos estos movimientos varias veces -- mientras se endurece el material de impresión.

Se mantendrá la cucharilla en la boca del paciente y en su lugar hasta que haya terminado de endurecer el material de impresión, para luego retirarla de la boca del paciente.

Una vez retirada la impresión y haberla revisado y sea satisfactoria, se encajona y se corre.

Cuando se ha terminado de encajonar la impresión con tiras de cera, se procederá a correrlas en yeso, este procedimiento se realizará con sumo cuidado, utilizando un vibrador, el cual hará que se rompa la tensión superficial y reducirá la incidencia de burbujas. Una vez fraguado el yeso, se retirará el modelo cuidadosamente de la impresión, si fuera necesario se seccionará la cucharilla individual con una fresa de fisura.

El modelo se deberá recortar para su terminado final teniendo cuidado en conservar debidamente la profundidad y el ancho de la vuelta muscular, así mismo se recortará la extensión distal del área de la escotadura hamular del modelo superior para permitir su montaje en el articulador sin interferencias en estas áreas.

Una vez recortado los modelos, se construirán las placas bases, sobre los mismos modelos definitivos. Su forma y cualidades de adaptación, rigidez y estabilidad son semejantes al de la base protética terminada.

Los requisitos que debe llenar una placa base son los siguientes:

1.- Que ajusten en el modelo de trabajo igual que en la boca del paciente para que la transferencia de relaciones maxilo mandibulares al articulador sea exacta.

2.- Que sean rígidas y resistentes, es decir, que no se deformen durante la etapa de registros in termaxilares.

3.- Que tengan el diseño, extensión y grosor de la base protética terminada.

A partir de un correcto modelo superior de trabajo en yeso, se procederá a diseñar el contorno periférico continuando el fondo vestibular y la línea vibrátil. Si al examinar el modelo de trabajo se detecta la presencia de socavados retentivos, éstos deben eliminarse con alivios.

Las zonas que más frecuentemente presentan retención en el modelo son:

La profundidad del vestíbulo bucal de la tuberosidad del maxilar.

La profundidad del vestíbulo labial del reborde residual superior.

Para eliminar dichas zonas retentivas se puede utilizar cera, rellenando los espacios, con la misma.

Una vez hecho esto, se procederá a construir la placa base por medio de la técnica de goteo, la cual es la más sencilla, exacta y no compresiva.

Ya polimerizado el acrílico, se retira la placa base del modelo con mucho cuidado y se procede a recortarlo con una piedra para acrílico, fresa de vulcanita o una rueda abrasiva.

## CAPITULO VI

## REGISTROS INTERMAXILARES.

Una vez obtenido las placas bases adecuadas, - el paso siguiente será, la preparación de los rodillos de cera para la oclusión.

Estos rodillos deberán estar orientados en las tres dimensiones del espacio, que son; altura, anchura y longitud, además de tener una relación clínica con las bases de las dentaduras, con los procesos óseos, las estructuras anatómicas blandas vecinas y los planos antropológicos de referencia.

Hay que recordar, que los rodillos de cera no solo representan el anticipo del plano oclusal y su contorno, sino que además reflejan el proceso de crecimiento y de desarrollo del paciente.

## Confección de los rodillos de Oclusión.

La presencia de los dientes naturales se puede tomar como una guía útil para el establecimiento de la altura del plano oclusal, por tal motivo, los rodillos de oclusión deben de confeccionarse de tal manera que, corresponda a la altura de los dientes naturales.

## Orientación de los rodillos.

La orientación del rodillo superior se realiza de la siguiente manera:

Primero se trazará con un lápiz dermográfico, - una línea imaginaria, que va de la base del tragus,

a la base del ala de la nariz, dicha línea recibe - el nombre de plano protésico, y se marcará en ambos lados de la cara.

Después se colocará la placa base superior en la boca del paciente y con la ayuda de una platina de Fox, visto de frente al paciente, se observará - que la platina debe quedar paralela a una línea imaginaria que uniera a las dos pupilas al centro, dicha línea recibe el nombre de plano bipupilar.

Visto de lado, las ramas de la platina de Fox - deben quedar paralelas al plano protésico ya marca - do anteriormente (ambos lados), es decir, que ambos planos deben quedar paralelos a la platina, sino - quedan de esa forma, se procederá a desgastar o au - mentar el rodillo según sea el caso.

En el caso del rodillo inferior, su orienta - ción es más fácil, ya que se tomó como guía los -- dientes naturales presentes para establecer su altu - ra, por tal motivo solo se checará, que al colocar - las dos placas bases con sus respectivos rodillos, - contacten uniformemente.

#### Dimensión Vertical.

Con un lápiz tinta se colocará una marca en la punta de la nariz y otra sobre el mentón. Cuando se considera que la mandíbula está en reposo, se regis - tra la medida entre las marcas anteriores, con un - compás o una tarjeta colocada sobre la nariz y el - mentón, transfiriendo las marcas sobre ella.

Después se coloca las placas bases con sus res - pectivos rodillos en la boca del paciente y se che - can las marcas de la tarjeta coincidan con los pun - tos de referencia (nariz y mentón), si no checan - igual, se irá desgastando el rodillo inferior, has -

ta que coincida.

Oclusión central real o relación céntrica de presunción.

Cuando existen antagonistas que ocluyen y se desea observar la altura oclusal basta con recortar los rodillos y reblandecer los últimos dos milímetros de la cera excedente, para obtener un registro de oclusión céntrica que en la prótesis parcial. Cuando se desea aumentar la dimensión vertical, se debe hacer como si se tratara de un desdentado total, estudiando junto con las placas de antagonismo la altura morfológica que se considere adecuada, sin sobrepasar la altura postural.

Según el caso puede ser o no necesario establecer un plano de relación, se puede conservar el existente o variarlo y en estos casos los dientes naturales pueden servir de guía o de estorbo, según el caso.

Relación central o excéntrica.

En todos los casos en que se utilice la relación u oclusión céntrica de los dientes naturales las precauciones para asegurar la relación céntrica, son tan exigentes como en la prostodoncia mediata, se puede colocar un soporte central único, preferentemente sobre bases estabilizadas. Los tiempos de obtención, mantenimiento y fijación son exactamente igual que en la prostodoncia mediata, pudiendo utilizarse llaves de modelina o de yeso. También puede registrarse la relación céntrica bajo soportes periféricos.

Los diferentes registros para su obtención son:

- 1.- Tocar con la punta de la lengua el borde - palatino posterior.
- 2.- Morder con sus molares.
- 3.- Llevar la mandíbula hacia atrás.

Montaje en el articulador.

Puede llegarse a utilizar cualquiera de los mé todos de montaje con auxilio del arco facial y el - articulador adaptable.

De igual forma que en prostodoncia parcial, el arco facial se utiliza cubriendo la pieza en herradura por sus dos caras con tres o cuatro hojas de - cera rosa plastificada, sobre la que el paciente - mordera con las placas de registro envaselinadas en la boca para estabilizar la pieza en herradura en - tanto se ajusta el arco facial.



## CAPITULO VII.

## SELECCION Y ARTICULACION DE LOS DIENTES ARTIFICIALES.

La selección de los dientes artificiales será fácil realizarlo, ya que los dientes remanentes del paciente son un excelente punto de partida en cuanto a la forma, tamaño y color que se escoja.

## Articulación de los dientes posteriores.

Se usarán los modelos articulados para el enfilado de los dientes posteriores, los cuales se enfilarán en oclusión céntrica exacta. Las placas bases se colocarán en la boca del paciente y se confirmará la relación céntrica.

En caso que las relaciones intermaxilares previas no sean las correctas, entonces la relación céntrica y la oclusión céntrica no coincidirán.

Se quitan de la base de prueba, los dientes posteriores, se toma un nuevo registro de relación céntrica y se remonta el modelo inferior, después se volverán a enfilear los dientes en el nuevo montaje en articulador y se vuelven a probar en la boca antes de despedir al paciente.

## Articulación de los dientes anteriores.

Pueden colocarse los dientes anteriores en dos formas, las cuales se explicarán a continuación.

En el modelo de trabajo se irán recortando los

dientes en forma alternativa, excavando la porción radicular anterior, sin darle mucha profundidad (1-mm. aproximadamente) del lado vestibular y al ras con el margen gingival del lado lingual o palatino. La depresión ligera recortada en la porción vestibular acomodará los cuellos de los dientes artificiales, se debe recordar que en bocas con enfermedad parodontal acompañadas con retracción gingival y -- pérdida ósea, no se deberá recortar el yeso o ya en última instancia solo un poco, éste escaso recorte del modelo permitirá la confección de una prótesis que proveerá una matriz adecuada para un reborde -- pleno, redondeado, de la zona inmediata.

Se llegará a obtener mejores resultados si no se recorta hueso alguno en el momento de colocarse la prostodoncia inmediata. Posteriormente se articularán los dientes seleccionados en sus posiciones específicas y se modificarán como se requiera.

El primer diente que se articulará será el incisivo central derecho, colocándolo en su posición, después se irán reemplazando los dientes sucesivamente hasta que estén todos articulados. El hecho de ir quitando diente por diente, permite que se reproduzcan las pequeñas irregularidades que puedan existir.

También es bueno ir articulando diente por -- diente, ya que los músculos de la expresión facial van a depender de la reproducción del arco dentario.

Después se recortan los incisivos laterales y se les reemplaza por dientes artificiales. Los -- dientes remanentes superiores (incisivo central izquierdo y los caninos derecho e izquierdo) se ubi-

can en el lugar de los que están en el modelo de yeso piedra, se medirá después con un calibrador de Boley la distancia entre las superficies vestibulares de los caninos en el modelo de yeso, de modo -- que sus reemplazantes tendrán una distancia idéntica entre sus caras vestibulares.

Por medio de este método es más fácil de re--producir el aspecto, posición de los dientes individuales y posición del arco dentario.

En el segundo método, los dientes se recortan--de acuerdo con la línea única correspondiente al --surco gingival. Los dientes se separan rompiendo--los del modelo en su porción cervical y se redondea el reborde para imitar el procedimiento de recorte--no óseo, excepto en las zonas interproximales.

Este procedimiento se llevará a cabo de un lado en una mitad de los dientes remanentes y después del otro. Se podrá articular los dientes de los --segmentos, ya sea alternativamente o se puede des--dentar todo el arco y utilizar el modelo de diagnóstico para la colocación de los dientes.

Este mismo procedimiento dá la ventaja de asegurar que la preparación del modelo sea realizado --por el mismo profesionalista, en vez de delegarlo al--laboratorista. En cambio en el primer método, el--recorte definitivo del modelo se completa en el la--boratorio, con el paso de la eliminación de cera, --por esta misma razón, es frecuente que lo realice --el técnico laboratorista, corriendo el riesgo de un recorte excesivo del modelo.

## CAPITULO VIII.

## TERMINADO DE LA DENTADURA.

Encerado y colocación en la munfla.

El borde vestibular superior de la prostodoncia se rellenará con cera, de acuerdo con el ancho del borde en el modelo, debiendo tener un grosor adecuado de los bordes de la prostodoncia para que los flancos de la dentadura no lesionen los tejidos, en caso de que exista edema después de la extracción y la colocación de la dentadura.

Una vez terminada la prostodoncia se reduce el grosor del borde cuando ya no existe el peligro del edema postquirúrgico. Se recordará que no habrá otra prueba de la prostodoncia que la de controlar la exactitud del montaje en articulador antes de enfilas los dientes anteriores. El resto del encerado se efectuará de la misma forma que en una prostodoncia convencional y de igual forma la postura en la munfla se realizará de la misma manera.

Una vez eliminada la cera con agua hirviente y limpios los modelos, se estudian atentamente las radiografías para determinar la cantidad de hueso que se ha perdido por la enfermedad periodontal.

Se recorta la zona de los rebordes de acuerdo con lo que especifica el odontólogo a este respecto, o bien el mismo lo efectúa. En raras ocasiones, se hace necesario estimar la cantidad de hueso que se quitará durante el proceso quirúrgico si está indicada una alveolectomía. Se recortará el modelo para

reducir y alisar la prominencia alveolar anterior - para la recepción favorable de la prostodoncia. En caso de que se dejara cualquier pequeña prominencia en la prostodoncia ya terminada, que se adapta a las irregularidades del reborde, se eliminará de la parte interna de la misma antes de colocársela al paciente.

Un reborde bien redondeado, pleno, que sea convexo, de forma esférica, ayudará a que la prostodoncia vaya a su lugar y la oportunidad al reborde futuro de retener la forma adecuada.

#### Preparación de una trasbase quirúrgica.

Se construirá una trasbase quirúrgica transparente como guía del modelado del reborde en el momento de la extracción dentaria y la colocación de la prostodoncia. Dicha trasbase quirúrgica revelará la ubicación de sitios en el reborde donde se requiere eliminar más hueso y reducirá la magnitud de la cirugía.

Hecho el recorte del modelo como se especificó anteriormente, se tomará una impresión del mismo - con alginato. Se mojará con agua, el modelo que está colocado en la munfla y se coloca el material de impresión en la misma cucharilla con la que se tomó la impresión original. La cucharilla cargada con el material de impresión se calza en su posición sobre el modelo, en forma tal que no queden atrapadas burbujas de aire en el material de impresión, se retira la impresión y se corre en yeso.

Sobre el modelo se adapta un trozo de cera y -

se confecciona un patrón de cara para la trasbase.- Dicho patrón debe tener un espesor uniforme de unos 2 mm., excepto en los bordes, donde debe reproducir los bordes de la impresión.

Se incluye en munfla el modelo, y se adapta un papel de estaño sobre el patrón de cera. Se termina de poner en munfla, y posteriormente se decencera como si se tratara de una prostodoncia convencional. Una vez limpia la munfla, se adapta sobre el modelo una hoja de papel de estaño, se carga en el molde resina acrílica incolora y se cura de la misma manera que para una prostodoncia.

La trasbase quirúrgica constituye una indicación para el procedimiento quirúrgico y es un elemento esencial cuando se requiere algún tipo de recorte óseo.

Curado, correcciones oclusales y terminado de la prostodoncia inmediata.

Se colocarán alivios en todas las zonas duras, si fuera necesario, como, rafé palatino medio, mediante el uso de una hoja de papel de estaño de calibre 20-24. Se curan las prostodoncia, previo retiro de las mismas de sus respectivos modelos, para el pulido se corrige la oclusión por medio de la utilización de papel de articular, localizando los puntos prematuros de contacto en oclusión céntrica y se desgastan con pequeñas piedras montadas. Las oclusiones excéntricas no se corrigen en esta etapa, ya que las correcciones oclusales definitivas no se hacen hasta la cicatrización completa de los tejidos.

Previa cirugía se afina el flanco vestibular - de la prostodoncia hasta el mínimo, excepto el borde que debe ser bien redondeado.

Se desgastarán las prominencias que se observan en la superficie interna de la prostodoncia, - que producen la ubicación de los alvéolos dentarios frescos, estas mismas alteraciones se harán en la trasbase quirúrgica. Es necesario que no se ejerza presión enseguida después de las extracciones inmediatas.

La porción anterior del alvéolo es particularmente sensible porque la lámina vestibular es sumamente delgada y filosa.

Entonces se reducirá la superficie interna de la prostodoncia en la región donde sobresalen las - prominencias alveolares, de igual forma en la zona de la lámina vestibular filosa, con una piedra capaz de cortar tanto porcelana como resina (carburotugsteno). Para evitarle al paciente un dolor innecesario de los tejidos, será necesario desgastar un exceso de material protético, ya que la forma de la superficie interna de la prostodoncia es solamente una aproximación del contorno posquirúrgico. Con - esto se permite que el reborde adquiera una superficie de soporte más favorable, es decir, que sea más amplia.

El socavado en la región vestibular que origina la inclinación de los incisivos inferiores, no - será necesario eliminar. Es factible colocar la - prostodoncia siguiendo una dirección hacia arriba y atrás, y permitiendo en esta forma que quede el ángulo muerto y proporcione una retención mejor.

Son frecuentes los ángulos muertos uni o bilaterales en el reborde alveolar posterior, por lo -- que con frecuencia llama la atención eliminarlos, - pero casi siempre el odontólogo puede manejar esos- socavados si elige una trayectoria alternativa de - inserción y retiro de la protodoncia combinada con el desgaste prudente del ancho del flanco de resina acrílica en la zona socavada.



## CAPITULO IX.

## CIRUGIA Y COLOCACION DE LA PROSTODONCIA INMEDIATA.

Cualquier operación que se efectúe en el organismo requiere de una preparación previa a fin de poner a éste en las mejores condiciones para soportar exitosamente una intervención. Las cirugías del aparato masticador no escapan a estas necesidades, aunque, indudablemente, por tratarse por lo general de un paciente con una afección local, la preparación que exige es menor que las habituales de la cirugía general.

Desde el punto de vista de la clínica quirúrgica, la preparación previa enfoca al organismo en su totalidad y es, tal como la definió Arce, la apreciación del estado de salud de una persona en vísperas de ser operado, con el de establecer si la operación puede ser realizada sin riesgo, y en caso contrario, adoptar las medidas conducentes a que ese riesgo desaparezca o que sea reducido a su mínima expresión. Desde el punto de vista de la técnica quirúrgica es, en cambio, el conjunto de consideraciones y medidas a efectuarse con referencia a la región a intervenir.

## Asepsia de la cavidad oral.

La cavidad oral deberá reunir condiciones óptimas de limpieza y desinfección, ya que no de esterilización, para lo cual, la boca debe lavarse cuidadosamente con una solución de agua oxigenada (en atomizador) o soluciones jabonosas que se preparan-

diluyendo jabón líquido y agua oxigenada en un volumen diez veces mayor de agua.

Los espacios interdentarios, las lengüetas gingivales y los capuchones de los terceros molares se lavarán con igual solución o con cualquier antiséptico y antes de la operación se pincerán con tintura de Merthiolate (timerosal).

Con tales medidas antisépticas preoperatorias de la cavidad oral, quedará en condiciones bastante óptimas para haber disminuido en gran medida los riesgos y las complicaciones derivadas de toda intervención.

#### Extensión de la operación.

La prostodoncia inmediata puede realizarse sobre un diente, sobre todo el maxilar y aun sobre los dos maxilares a la vez, aunque esto no es lo corriente, ni menos lo indicado, lo ideal sería proceder a la preparación quirúrgica y exodoncia del segundo premolar de cada lado hacia atrás, conservando el segmento del primer premolar de ambos lados, con esto conservamos la dimensión vertical, de tal manera que el segmento anterior será de ocho dientes, pudiendo realizar la prostodoncia inmediata en esta región.

Con respecto a la mandíbula, la técnica será igual que la que se usó para el maxilar superior.

#### Anestesia.

Este tipo de cirugía puede realizarse bajo anestesia local, regional o general, aunque, con el

objeto de no edematizar la región que luego va a soportar la prostodoncia, se recomienda anestesiar lejos de la zona a operar, por ejemplo, en el caso del maxilar superior se recomienda efectuar dos - - anestésias infraorbitarias y en la mandíbula cualquier anestesia regional, según el caso, pero que sea bilateral (dos anestésias mentonianas).

Hay que recordar que la zona edematizada, desde luego, está aumentada de volumen y la prostodoncia no se adapta cómodamente sobre esos sitios, por otra parte, la presión que la prostodoncia ejerce sobre un territorio edematizado, resulta doloroso, una vez que ha desaparecido la anestesia.

Cuando se realiza la cirugía bajo anestesia general, se colocará una anestesia local en la región bucal de los dientes a intervenir, con fines hemostáticos y asimismo para que no resulte dolorosa la primera sensación de la prostodoncia colocada.

### Incisión.

Es una maniobra mediante la cual se abren los tejidos para llegar a planos más profundos y realizar así el objeto de la intervención. En la cavidad oral tiene el mismo fin: abrir, por medios mecánicos, térmicos o eléctricos, el tejido gingival, aunque el más usado es el mecánico por medio del bisturí.

En cirugía existen tres tipos de incisiones que son: Parstch, Wassmund y Newman, siendo esta última la más indicada para este tipo de cirugía, la cual, se describe de la siguiente forma: Se trazando incisiones desde el surco vestibular hasta la -

lengüeta distal de cada canino. Se seccionan las - lengüetas interdentarias y se desprende el tejido - gingival del cuello de los dientes. Por la parte - palatina se realiza el desprendimiento de la fibro- mucosa y se traza una incisión pequeña, en la cara- distal de cada canino, para preparar así un colgajo mínimo, con el objeto de no traumatizar la fibromu- cosa.

Hay que recordar que al trazar una incisión de be tenerse en cuenta la anatomía de la región donde se efectuará, ya que hay que tener especial cuidado con el trayecto de los vasos sanguíneos. También - esta incisión debe ser trazada de tal manera que -- permita una buena visión del área por operar y debe ser lo suficientemente extensa para que permita un- colgajo que descubra suficientemente el campo opera- torio.

La incisión debe hacerse de un solo trazo, sin líneas secundarias, con esto obtendremos una buena- adaptación de los tejidos y la cicatrización será - mejor.

La incisión se realizará de tal modo que al - volver a adaptar el colgajo a su lugar la línea de- incisión descansa sobre un plano óseo, de no ser -- así, los puntos de sutura se desprenden.

#### Levantamiento del colgajo quirúrgico.

Se denomina colgajo quirúrgico, aquel trozo de mucoperiostio limitado por dos incisiones o la su- -- perficie de una incisión arqueada.

Una vez que se ha efectuado la incisión se co-

loca entre los labios de la herida o entre la fibro mucosa y la arcada dentaria una legra o perióstotomo, se apoya fuertemente contra el hueso y por medio de pequeños movimientos de lateralidad con los cuales gira el instrumento a expensas de su eje mayor. Se desprende el colgajo de su inserción en el hueso elevando por lo tanto la mucosa y el perióstoteo. El desprendimiento del colgajo bucal debe ser hasta la altura del tercio apical de los dientes -- frontales. Por el lado palatino se desprende la fi bromucosa en la extensión antes mencionada.

El desprendimiento del colgajo debe realizarse en toda la extensión que requiera la operación para evitar problemas con el colgajo o tener que prolongar la incisión durante el proceso operatorio.

### Exodoncia.

Se practican las extracciones dentarias según la técnica que corresponda a cada diente. Es interesante que se evite la fractura de la tabla externa.

### Ostectomía.

En casos normales, es decir, en aquellos que no presenten protrusión y no necesiten, por lo tanto, alveolectomía correctora, la ostectomía se redu cirá a la necesidad para la exodoncia y a la eliminación de las crestas interdientarias.

Este es el criterio de la hora actual: no se está en condiciones de precisar con exactitud los límites exactos de la ostectomía, en los cuales se-

detenga la resorción ósea posoperatoria o posprotética. Una ostectomía excesiva, además de inútil, sólo acarrea la formación hipertrófica de tejido blando debajo de la prostodoncia.

La ostectomía se realiza con pinzas gubias, que resecan los bordes filosos y las crestas prominentes y con limas para hueso (escofina), que actúan según ya se ha señalado anteriormente; es decir, con el dedo se investigan crestas y bordes y donde la sensación táctil denuncia irregularidades, allí se debe insistir. Es de suma utilidad descender el colgajo y palpar a través de él, para ilustrarnos de la irregularidad del borde. La porción palatina de los alvéolos, excepcionalmente necesita ser reseca y sólo será menester regularizar el borde filoso de los alvéolos.

Con estas maniobras no queda todavía terminado el acto quirúrgico, ya que deben ser reseca los eventuales granulomas paradentósicos y cohibidas las hemorragias de los vasos óseos, para prevenir hematomas.

#### Comprobación de la semejanza proteticoclínica.

Para verificar que el caso clínico quedó tal y como nos lo propusimos, es decir, semejante al modelo de yeso sobre el cual se construyó la prostodoncia inmediata, se descende el colgajo y se adapta sobre el maxilar del paciente la trasbase quirúrgica de acrílico transparente y en aquellos sitios en que se ve empalidecer la encía o se nota exceso de presión, será necesario realizar una mayor ostectomía. Se retira la trasbase quirúrgica, se levanta-

de nuevo el colgajo y con pinzas gubias se reseca el hueso excedente. Se completa el alisamiento con fresas grandes (fresas para caucho o con piedras) y con limas para hueso. Se vuelve a probar la trasba se transparente y si necesitamos nuevamente realizar la ostectomía, lo haremos de nuevo. No necesitando nueva ostectomía y ya en condiciones de adaptar la prostodoncia, se corta el excedente de la en cía y se realiza la sutura; los nudos sobre cada -- cresta alveolar y no sobre los alvéolos.

La maniobra siguiente será en la fijación del colgajo gingival, por medio de puntos de sutura, -- que se realizan con seda fina, hilo o nylon, para -- que no lleguen a ser traumatizantes. Estos puntos -- por lo general deben ser tres o cuatro, lo que será suficiente.

Se recordará que los colgajos no deben quedar -- tirantes, ni deben ser modificadas las inserciones -- musculares, ni el contorno para la adaptación de la prostodoncia.

Se recordará que no está indicado que se lle -- gue a unir con sutura los bordes bucal y palatino -- de los colgajos, lo cual no siempre puede ser favo -- rable, puesto que se modifican con la maniobra, la -- altura del vestíbulo y la zona de adaptación. Es -- útil seccionar con tijera o bisturí, las lengüetas -- interdentarias en los colgajos vestibular y palati -- no. La readaptación de estos colgajos se hace más -- eficazmente, procediendo de esta manera, luego la -- sutura adaptará los tejidos en su sitio y función. -- La nutrición y fisiología de ambos colgajos, se lo -- gra en poco tiempo, por la formación de nuevos va -- sos sanguíneos y proliferación y anastomosis de los

ya existentes.

Terminada la operación, se lava la superficie gingival con el atomizador (con suero fisiológico o agua oxigenada) y se procede a colocar la prostodoncia previamente esterilizada en una solución antiséptica fría. Se le indica al paciente que cierre para el primer control de la oclusión.

Si las prostodancias se colocaron correctamente después de la cirugía no deben haber contactos oclusales prematuros muy pronunciados. Los cambios oclusales originados por el procesado ya fueron eliminados mientras la prostodoncia o las prostodancias todavía se hallaban en el articulador. Se indicará al paciente que mantenga puestas las prostodancias durante 24 horas, después de ese lapso, las quitará el odontólogo por primera vez.

Diferentes tipos de alveolectomías y su necesidad de realizarlas.

La atrofia alveolar se agrava proporcionalmente a la extensión de la cirugía, por lo tanto los elementos quirúrgicos conservadores con trauma mínimo procuran los mejores fundamentos para la prostodoncia.

Cualquier tipo de cirugía ósea que se haya realizado, al colocar la prostodoncia causará una inminente reducción del volumen del reborde residual y también es probable que aumente el ritmo de resorciones durante el período cicatricial, por lo tanto debe evitarse.

Tres casos indicados para la alveolectomía com



plementaria de las extracciones.

1.- Alveolectomía abulsadora, para facilitar - la extracción.

2.- Alveolectomía estabilizadora, se utiliza - para alisar las crestas.

3.- Alveolectomía modeladora, se utiliza para- modelar el maxilar o la mandíbula.

1.- Alveolectomía abulsadora.

Es una indicación quirúrgica que debe ser pre- vista por el cirujano dentista, aunque puede lle- gar a requerirse de ella en el acto quirúrgico, de- biendo de realizarse la alveolectomía mínima. Solo ésta debe preverse al hacerse el recorte del modelo de trabajo, si la alveolectomía resulta ser mayor - de lo previsto, no será difícil rellenar la prostodoncia, realizando para ello un rebase.

2.- Alveolectomía estabilizadora.

Aunque no está completamente comprobado que - cumple esta función, su objeto más claro es elimi- - nar las crestas óseas que bajo la presión de la - - prostodoncia podrían transformarse en traumatizante para la mucosa. Las crestas que principalmente hay que desgastar son, las crestas interradiculares y - las interdentarias, y no se requiere otra cosa que redondearlas ligeramente, en otras ocasiones se pue- de hacer la prostodoncia holgada (ligeramente), en- estos puntos holgados desaparecen durante el primer rebase.

### 3.- Alveolectomía modeladora.

Su objetivo es modelar el maxilar o la mandíbula de acuerdo con las exigencias mecánicas o estéticas, se debe preparar además de la prostodoncia el modelo de estudio un duplicado del modelo ya recordado y una base transparente de acrílico para facilitar el control quirúrgico (trasbase quirúrgica).

#### Instrucciones posoperatorias.

El paciente mantendrá puesta la prostodoncia - en su boca durante 24 horas, y se le advertirá que si deja la prostodoncia fuera de su boca al comienzo, es posible que se produzca un edema de los tejidos y el volverla a colocar será imposible o muy doloroso. Se le indicará al paciente que el dolor - producido por el trauma de la extracción no se alivia retirando la prostodoncia de la boca, lo que será más indicado que dentro del período de las 24 horas se coloque hielo en la cara durante 15 minutos - cada hora, aunque es una mera sugerencia por precaución, ya que generalmente el paciente no sufre de dolor intenso, ni incomodidad. Puede prescribirse un sedante en el caso de que el paciente no pueda dormir por nerviosismo o molestias.

Hay que recordar que la prostodoncia inmediata actúa como una férula sobre el campo quirúrgico y evita la pérdida del coágulo, que a menudo se destruye a causa de los fluidos bucales, por lo tanto es raro que se llegue a presentar hemorragias profusas.

Se le indicará al paciente que no mastique du-

rante las primeras 24 horas, y se le indica una dieta líquida. La masticación no resulta lo suficientemente eficiente, porque la oclusión no se ha ajustado definitivamente, por lo tanto, en el momento - en que se corrija dicha oclusión, mejorará la estabilidad de la prostodoncia, pero no se podrá corregir hasta que no desaparezca el edema, dicha corrección no se hará hasta las 48 horas o bien de 1- a 2 semanas después de haberse colocado las prostodoncias.

Pasadas las 24 horas se examinará la boca del paciente para constatar si hay compresión de bordes y sitios de presión excesiva en el lugar de las extracciones recientes.

No será difícil detectar la zona que no se recortó lo suficiente después de la extracción reciente, este sitio se manifiesta por un aspecto típico de rojo frambuesa. Se le marca pintando alrededor un círculo con lápiz tinta y la marca se trasfiere a la superficie interna de la prostodoncia mediante la presión de la misma en su lugar y mediante un raspado con piedra se alivia la zona así marcada en la prostodoncia.

Una vez transcurrido 48 horas se examina nuevamente la prostodoncia por posibles extensiones excesivas de los bordes. Durante el período posoperatorio es factible utilizar la trasbase quirúrgica para detectar áreas de presión de la base de la denta dura.

## CAPITULO X.

## AJUSTES OCLUSALES.

El ajuste oclusal se podrá realizar hasta las 48 horas después de haber realizado el acto quirúrgico y haber colocado las prostodoncias, ya que para entonces ya habrá desaparecido el edema casi por completo, pudiendo retirar la prostodoncia sin demasiadas molestias, aunque hay que tomar en cuenta - que existen casos en los cuales hay que posponer la corrección oclusal hasta pasadas las dos semanas.

El paciente notará un notable cambio en cuanto a la comodidad de la prostodoncia, que irá aumentando paulatinamente en cuanto se hayan corregido las imperfecciones oclusales.

El registro interoclusal de relación céntrica se tomará de la misma forma que para una prostodoncia convencional, es decir, se coloca yeso de impresión en los premolares y molares inferior y se le - indica al paciente que lleve hacia atrás la mandíbula lo más que pueda y que cierre con los dientes - de atrás, pero sin morder ya que para los pacientes implica llevar a protrusión.

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

En el caso en que el antagonista de la prostodoncia inmediata sea un arco de dientes naturales o una prostodoncia parcial inferior, se tomará una im

presión con alginato de todo el arco con cubeta comercial con la prostodoncia parcial (si la hay) colocada. La dentadura se calza en la impresión y se anulan los socavados con cera o modelina, posteriormente se vacía en yeso piedra la impresión, y una vez fraguado, se monta en el articulador el modelo mediante el registro interoclusal de relación-céntrica y se ajustan las trayectorias condilares mediante el registro interoclusal protrusivo.

La corrección oclusal se realizará en el articulador, desgastándose las cúspides bucales en el maxilar superior y las linguales en el maxilar inferior.

El procedimiento de ajuste de la oclusión podrá realizarse más fácilmente ya que la corrección-también se produjo antes de colocar las prostodoncias en la boca del paciente, después de que fueron terminadas en la boca.

Una vez terminado el ajuste oclusal en el articulador, se podrá checar la oclusión en la boca del paciente.

## CAPITULO XI.

## ATENCION POSTERIOR DEL PACIENTE, COMO DE LA PROSTODONCIA.

Después de haber realizado los ajustes oclusales convenientes y haber dejado las dentaduras en buenas condiciones para ser utilizadas por parte del paciente por un tiempo razonable sin que causen molestias, entonces será el momento para explicarle al paciente cuáles serán sus limitaciones en cuanto a uso y función de las dentaduras por el momento. También se le explicará, cuáles van a ser los siguientes pasos de su tratamiento en lo futuro (rebases, reconstrucciones o construcciones de nuevas dentaduras).

Al paciente se le darán las siguientes recomendaciones:

1.- El paciente deberá tener una buena higiene, tanto de su boca, como de su prostodoncia, para lo cual se le explicará, como debe usar el cepillo dental sobre las dentaduras, evitando así que se acumulen restos de alimentos sobre las superficies de las mismas.

2.- El paciente deberá moderar y vigilar todas las funciones bucales y reducirlas a un nivel que sea compatible con sus necesidades diarias, por lo menos un tiempo breve, es decir por ejemplo: Se le indica al paciente que los alimentos deberá recortarlos en pequeños pedazos y que mastique con cuidado en uno o en ambos lados de la boca; se le recomendará que hable tranquilamente, sin excitación y-

que lea frente a un espejo pronunciando palabras difíciles, se le enseñará como utilizar los dedos como instrumentos cortantes auxiliares durante la comida, se le aconsejará no llevar la dentadura durante la noche en caso de que existan antecedentes de bruxismo. También se le aconsejará que no apriete los dientes durante el día, ya que esto transmite grandes fuerzas a la mucosa subyacente, con dientes todavía no equilibrados.

3.- Aquellos pacientes que no presenten antecedentes de bruxismo y que sean de carácter pasivo, podrán llevar las dentaduras durante la noche si -- así lo prefieren. Este tipo de pacientes podrán -- llegar a desarrollar mayor tolerancia a las dentaduras al cabo de un período más corto.

4.- Con respecto a los productos para dentaduras que se venden en el comercio, se le explicará -- al paciente que para el uso de los mismos deberá -- consultar con nosotros y se le hará entender que no es recomendable el uso de los mismos, ya que pueden crear zonas de presión que exceden la tolerancia fisiológica de los tejidos subyacentes, pudiendo alterar la circulación de la mucosa y de las crestas -- produciendo induración e inflamación de la mucosa, -- iniciando así necrosis y resorción de los rebordes residuales. Las alteraciones más frecuentes van -- desde el eritema hasta la ulceración.

Se le pedirá al paciente que nos visite con -- más frecuencia para poder determinar el estado de -- las prostodoncias, ya que cada paciente presentará una evolución diferente y esto está dado por patrones individuales. Se le citará por lo menos cada -- tres meses para poder determinar la magnitud del --

cambio que se ha producido.

En el caso de que exista dificultad de retención de la prostodoncia en este período inicial, se podrá llegar a utilizar sobre la superficie tisular de la prostodoncia algún acondicionador de los tejidos. Estos materiales se caracterizan por la propiedad de conservar su fluidez durante un cierto período, lo cual permite equilibrar el tejido y la presión oclusal. Estos materiales una vez ya fraguados, generalmente soportarán las cargas del uso durante varias semanas. En un momento dado si se requiere, es factible repetir el procedimiento, permitiendo al odontólogo mantener la adaptación de las prostodancias durante el tiempo de los rápidos cambios tisulares. De esta manera se controla de una forma bastante efectiva el peligro del cambio de la relación oclusal.

#### Rebase y reconstrucción de las prostodancias.

Se ha observado que los contornos de los tejidos tienden a cambiar rápidamente, después de la inserción de la prostodoncia inmediata y puede producirse durante una rápida pérdida de peso.

Victorin (1969) señala que la calcificación del alvéolo es completa de 8 a 12 meses después de la extracción dentaria. Su comunicación indica que se requiere un lapso de casi un año para que el tejido óseo readquiera por completo sus propiedades físicas. El mismo calculó que el volumen óseo del reborde alveolar se redujo en un 20 a 30% durante los doce primeros meses después de las extracciones.

Cuando estos cambios se producen hay que esco-



ger entre el rebase y la reconstrucción. El término rebase se refiere al proceso de añadir material de base a la superficie de la dentadura que hace -- contacto con el tejido en cantidad suficiente para llenar el espacio que existe entre el contorno de la dentadura original y el contorno del tejido modificado.

La reconstrucción consiste en volver a colocar toda la base de la dentadura con material nuevo, -- permaneciendo solo los dientes originales y su posición.

Tanto el procedimiento de rebase como el de la reconstrucción tienen el problema de que pueden llegar a modificar las relaciones intermaxilares correctas.

Se hace mención que no se deben reconstruir -- las dentaduras que tengan mala estética, relaciones intermaxilares muy inadecuadas o colocación oclusal incorrecta, ya que la reconstrucción no podrá corregir estas deficiencias.

Para el procedimiento clínico se deberá tomar en cuenta la salud de los tejidos de asiento de la prostodoncia, para lo cual, el paciente se quitará las prostodancias por lo menos 24 horas antes de tomar las impresiones para realizar la reconstrucción o el rebase.

Una vez que se ha checado la normalidad de los tejidos, se colocan las prostodancias en la boca -- del paciente para determinar cuáles serán los cambios a efectuar.

En la preparación de la prostodoncia para el --

material de impresión se deberán quitar todas las áreas retentivas de modo que la prostodoncia se pueda retirar del modelo sin fracturar éste. En los lugares como el frenillo puede ser necesario desgastar la periferia.

En los procedimientos de reconstrucción y rebajado será obligatorio determinar correctamente las relaciones mandibulares, por tal motivo será preferible terminar primero una y después la otra.

Se aconseja no realizar el rebaje directamente en la boca del paciente para evitarse quemaduras -- químicas en la mucosa producidas por la reacción -- termica del acrílico.

En el caso de la prostodoncia procesada, ésta sufre algunas modificaciones las cuales pueden aumentar en el procesado siguiente, por lo cual, es conveniente reconstruir las dentaduras que rebasarlas, ya que en este procedimiento, el material de base original se sustituye completamente por acrílico nuevo.

Una vez eliminadas las retenciones de la dentadura superior, se restablece la periferia de la dentadura con exactitud con un compuesto de godiva bajo presión. Se deberá rebajarse la sobre extensión desgastando la periferia de la dentadura en esa zona.

La dentadura superior se debe preparar para la impresión perforando tres agujeros pequeños en el paladar. Uno se coloca cerca de las papilas incisivas y los otros dos cerca del reborde en el área molar, sirviendo de salida de escape para el exceso del material de impresión.

El siguiente paso será cargar la prostodoncia superior con pasta de óxido metálico y se lleva a la boca del paciente, a continuación se presiona suavemente hasta que disminuya el flujo del material. En ese momento se reduce la presión y se realiza el modelado de los bordes, se espera a que el material endurezca, se retira la impresión y se verifica su exactitud. Si es satisfactoria, se corre en yeso dejando a éste que se endurezca.

En el caso de la prostodoncia inferior, ésta se manipula como un portaimpresión, sin que éste lleve salidas para el exceso del material.

No se separa el modelo de la impresión y se monta en la parte de arriba del duplicador de Hooper, después se coloca una capa de yeso en forma de plataforma en los miembros de abajo del duplicador y el miembro de arriba con su dentadura se cierra en una plataforma de yeso mojada. Los dientes deben penetrar en la plataforma de yeso aproximadamente unos dos milímetros. Cuando el yeso se ha endurecido se forma una llave dentro de la cual se pueden poner los dientes repetidamente para mantener una distancia fija y la relación entre el modelo y las superficies oclusales.

Una vez que la llave ha endurecido se separan los miembros de arriba y de abajo del duplicador. Entonces se retira la dentadura del modelo.

En este momento se escoge entre reconstruir o rebasar la prostodoncia. En caso que se haga el rebase la prostodoncia queda completamente limpia de todos los materiales de impresión y se coloca en la llave, de modo que los dientes ajusten completamen-

te en sus posiciones respectivas. En este momento - la prostodoncia se encera al modelo a lo largo de - toda la periferia y los tres agujeros a través del - paladar. Un procedimiento alternativo consiste en - cortar el paladar de la dentadura y cambiarlo por - cera bien contorneada.

El modelo y la dentadura se retiran del monta- je, se procesan y se terminan. En el caso que se - elija el procedimiento de reconstrucción, el modelo y la dentadura se montan en el duplicador de Hooper, posteriormente la prostodoncia se serpa del modelo; se elimina todo el material de la base de la prostodoncia de los dientes si estos son de porcelana, en caso que sean de resina, se quita todo menos un - - puente pequeño de conexión de acrílico.

Se colocan los dientes en la llave, la parte - de arriba se pone nuevamente en el instrumento y se vuelve a encerar el caso. Se procesan las prostodon- cias y se termina en la forma usual.

Una vez que han pasado varios días y el pacien- te ha traído la prostodoncia superior cómodamente, - entonces se podrá iniciar el procedimiento de re- - construcción de la prostodoncia inferior. Para po- - der realizar el procedimiento de reconstrucción se- rá necesario que durante todos los pasos a seguir, - la prostodoncia inferior ocluya con la prostodoncia superior terminada.

Para establecer la dimensión vertical de oclu- sión será necesario que se midan puntos colocados - en la cara del paciente. Cuando el paciente ocluye - la dentadura inferior con la superior, el asiento - basal inferior se podrá reconstruir con godiva para

alcanzar la dimensión vertical de oclusión correcta. Se moldea con mucho cuidado la periferia con gdiva de baja presión y se prueba la retención.

Se le enseñará al paciente a retruir la mandíbula y cómo cerrarla. En el caso de que la acción de retruir se haga bien, las formas de los dientes anatómicos deben interdigitar razonablemente bien, suponiendo que la relación céntrica original fuese buena. Las pequeñas modificaciones se pueden corregir al tomar la impresión. En caso de dientes no anatómicos, éstos se deben encontrar igualmente en todas las zonas.

Se colocará el material de impresión sobre la prostodoncia y se lleva a la boca, se le pide al paciente que cierre con los dientes juntos y se le mantiene esta posición hasta que el material haya endurecido. Este procedimiento nos permite registrar la oclusión en ambas prostodencias, así como la relación de los dientes inferiores con el asiento de la mucosa.

Posteriormente se colocará el modelo y la prostodoncia en el duplicador de Hooper, siguiendo los pasos antes mencionados para la prostodoncia superior.

Tanto el rebase como la reconstrucción son recursos que se utilizan para prolongar el uso de las prostodencias inmediatas, aunque tarde o temprano, estas dentaduras deberán ser sustituidas por unas prostodencias convencionales, una vez que los tejidos estén completamente estables y cicatrizados. Una de las ventajas que para entonces el paciente ya estará acostumbrado a portar dentaduras artificiales y el éxito del tratamiento podrá ser completo.

## BIBLIOGRAFIA.

Manual de Técnica Médica Propedéutica  
Dr. Francisco Cuevas  
2a. Edición, México 1969

Prostodoncia para el Desdentado Total  
Carl O. Boucher  
Judson Hickey C.  
George Zarb A.  
Editorial Mundi  
Séptima Edición, 1977 Buenos Aires, Argentina.

Prostodoncia Dental Completa  
Jhon J. Sharry  
Editorial Toray, S. A.  
Barcelona España, 1977

Prostodoncia Total  
Pedro Saizar  
Editorial Mundi  
Primera Edición, 1972 Buenos Aires, Argentina.

Dentaduras Completas  
Sears H. Victor, D. D. S. y Nagle  
J. Raymond D. M. D.  
Segunda Edición, Barcelona.

Cirugía Bucal  
Guillermo A. Ries Centeno  
Séptima Edición  
Editorial "El Ateneo"