

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



PROTESIS TOTAL INMEDIATA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

HILDEBERTO EUGENIO HERNANDEZ RUIZ

MEXICO, 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 T R O D U C C I O N

Hemos elegido el tema de esta tesis, teniendo en - - cuenta que la mayor parte de los pacientes que requieren de este tratamiento, necesitan un pronto restablecimiento para no interrumpir su vida de relación.

Con la prótesis total inmediata, el paciente conserva su aspecto natural y se evita serios trastornos al satisfacer no sólo las necesidades funcionales y estéticas, sino también las exigencias psíquicas, biológicas y mecánicas, ya que en ningún momento permanecerá desdentado.

Este tratamiento evita la necesidad de dejar pasar - un tiempo determinado de cicatrización para la colocación del aparato protésico, que se efectuará inmediatamente -- después de la preparación quirúrgica de los tejidos bucales que la soportarán.

Antes de iniciar la prótesis total inmediata, es necesario comunicar al paciente la naturaleza del trabajo - que se va a realizar, exponerle las ventajas y desventajas en el caso correspondiente, y explicarle que tendrá - un lapso de adaptación a su prótesis.

C A P I T U L O P R I M E R O

DEFINICION Y OBJETIVOS DE LA
PROTESIS TOTAL INMEDIATA

DEFINICION Y OBJETIVOS DE LA PROTESIS TOTAL INMEDIATA

1.- DEFINICION

Prótesis Dental es la ciencia y arte de reconstruir con materiales adecuados las porciones coronarias de los dientes naturales perdidos y sus partes asociadas, de -- tal modo que se restablezcan las características anatómi-- cas, así como la adecuada función del aparato masticato-- rio.

La Prótesis Dental Inmediata es el proceso de elabo-- ración en el laboratorio de un aparato dento-protésico,-- fuera de la cavidad oral, para insertarlo en ella, tan -- pronto como se hayan hecho las extracciones de las pie-- zas dentarias remanentes en mal estado.

Ampliando un poco lo anteriormente dicho se hace no-- tar que el aparato es colocado sobre brechas quirúrgicas solo cubiertas por coágulos o colgajos aun no consolida-- dos y por lo tanto hay que atender al mismo tiempo la -- instalación de la prótesis y al post-operatorio, así co-- mo a la atrofia cicatrizal que evoluciona junto con la -- prótesis.

2.- OBJETIVOS

Los objetivos de la prótesis total inmediata, son -- los siguientes:

- a) Constituye el medio de reducir los trastornos -- físicos y psíquicos que originan la edentación-- total.
- b) Procura la conservación de la salud de los des--

dentados completos mediante aparatos artificiales, aplicados a los maxilares.

- c) Conserva la masticación, estética, fonética y demás derivaciones que provoca el desdentamiento.

Para llenar sus funciones razonablemente deben:

- a) Imitar las formas, colores y funciones de los órganos, que reemplazan sirviendo de estímulo al equilibrio orgánico y psicológico.
- b) No traumatizar ni irritar los tejidos.
- c) Conservar el equilibrio funcional del aparato estomatognático.
- d) Proporcionar la confianza en si mismos al desdentado total.

En síntesis, la prótesis total inmediata debe ser útil, de buen aspecto y cómoda.

C A P I T U L O S E G U N D O

HISTORIA CLINICA. EXAMEN GE
NERAL DEL PACIENTE, EXAMEN -
LOCAL, PRONOSTICO Y PLAN DE-
TRATAMIENTO.

HISTORIA CLINICA. EXAMEN GENERAL DEL PACIENTE, EXAMEN LOCAL, PRONOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO.

En virtud de que para la aplicación de una prótesis inmediata es necesario recurrir a procedimientos quirúrgicos para la preparación de los procesos alveolares. -- Tendremos que realizar el cuidadoso estudio del paciente.

Con este fin procederemos a hacer la Historia Clínica del mismo, de acuerdo con las bases que la propedeútica nos indica. Y, determinando el diagnóstico deduciremos si esta clase de prótesis es la apropiada o no.

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

- I.- Las que proporcionarán datos subjetivos y de información (Anamnesis).
- II.- Las que nos dan datos subjetivos.

El primer grupo comprende el interrogatorio y el segundo la inspección, la palpación, la percusión, la auscultación, la olfacción, la punción exploratoria, esudio radiográfico y exámenes de laboratorio.

A).- Interrogatorio:

Se llama así el procedimiento de exploración por medio del lenguaje, este puede llevarse a cabo de dos formas: directa e indirectamente. El directo va a ser con el enfermo y el indirecto en el cual el explorador se dirigirá a la persona que acompaña al paciente.

El interrogatorio debe llevarse a cabo de acuerdo con las siguientes reglas:

I.- Usar un lenguaje adecuado a la persona que estamos explorando sin palabras técnicas que no comprenda, y si el explorador las utiliza deberá considerarse de que su significado es correcto.

II.- Todas las preguntas que haga el explorador deberán tener objeto para el diagnóstico por lo tanto, que reporten provecho a la investigación.

III.- Saber la evolución de la enfermedad desde su inicio hasta el momento del examen.

IV.- Saber las características que presenta actualmente la enfermedad y si ha sufrido alguna modificación en sus funciones fisiológicas.

El interrogatorio debe orientarse siempre hacia -- una intención diagnóstica omitiendo detalles sin importancia.

Los datos obtenidos en la anamnesis serán escritos con claridad; la redacción precisa, será siempre la característica de la Historia Clínica.

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

A continuación expondremos un esquema para el interrogatorio y exploración física.

I.- Fecha de identificación (aquí se anotarán los datos personales del paciente), nombre, sexo, edad, ocupación, lugar de nacimiento y teléfono.

II.- Antecedentes personales patológicos.

- Enfermedades de la infancia por orden cronológico, como: Sarampión, rubeola, varicela, escarlatina, - etc.
- Alguna operación y a qué edad.
- Si presenta alergia a algunos alimentos, medicamentos u otros elementos.
- En mujeres, se interroga el número de gestaciones- y abortos.

III.- Antecedentes personales no patológicos.

- Habitos: Alcohol, uso y cantidad; tabaco; sedantes; otros medicamentos y habitos de sueño.
- Antecedentes sociales; Se describen las condiciones de vida incluyendo: habitación, iluminación, ventilación, educación y puesto que ocupa en la socie--dad; ingresos y problemas económicos.
- Ocupación y medio: Trabajo actual y pasado, expocición o peligros de trabajo, satisfacción emocional y económica, lugares en los que ha vivido y ha vi--sitado. Ciertas enfermedades tienen su origen en - la ocupación del individuo.
- Antecedentes familiares: Se le pregunta al pacien--te la edad y el estado de salud al morir o causa - de muerte de: Padre, Madre, hermanos, hermanas; es--tas enfermedades son: diabetes, hipertensión, en--fermedades nerviosas y mentales, cancer, cardiopa--tias, asma y alergia.
- Trastorno principal: Descripción breve, de prefe--rencia con las propias palabras del paciente; duración y aparición del mismo.

- Enfermedad actual: En orden cronológico se hace la descripción de cada síntoma, relacionado con la enfermedad actual. Cada síntoma debe describirse en cuanto a tiempo y modo de comienzo, duración e intensidad.

Se interroga cuidadosamente la relación que guardan en los síntomas con los alimentos, trabajo, exita---ción, ingestión de medicamentos u otros factores.

Se debe investigar tratamientos seguidos por el paciente; incluyendo medicamentos, médico y hospital.

Revisión por regiones:

- a) Cabeza: (cefalgias), (dolor, duración e intensidad, carácter y sitio) se debe orservar el tamaño y su -- forma.
- b) Ojos: vista; (diplopia) imagen visual doble de un objeto único observado; enfermedades inflamatorias, intolerancia a la luz (fotofobia); visión borrosa, dolor, pérdida de la agudeza visual.
- c) Oídos: Audición; dolor en el oído (otalgfa); salida de secreciones serosas, seropurulentas o purulentas, mezcladas con sangre y de olor fétido (otorrea); infecciones.
- d) Nariz, Garganta y Boca: Amigdalitis, secreción nasal crónica; obstrucción nasal crónica, (epistaxis); sentido del olfato alterado, hemorragia gingibal; sentido del gusto, úlceras, faringoamigdalitis, ronquera, problemas con los senos paranasales.

Alteraciones hemorrágicas:

- Si alguno de sus familiares inmediatos han tenido -- episodios hemorrágicos serios.
- Si la operación de anginas o extracciones dentarias-- se llevaron a cabo sin secuelas graves.
- Si ha tomado medicamentos como: (Salicilatos), este- roides, butazolidina u otros que llegaran a interfe- rir con la coagulación.
- Ha padecido alguna enfermedad del hígado o de tipo - biliar.
- (Escorbuto).- Sensación intensa de cansancio, depre- sión neuro-psíquica, somnolencia, dejadez, indiferen- cia por lo que ocurre a su alrededor, dolores por - todo el cuerpo, pero sobre todo en los brazos y en - las piernas de naturaleza muscular, articular y neu- rológica, adelgazamiento, fenómenos hemorrágicos de- la piel, mucosas, músculos, piel con manchas hemorrá- gicas de color rojo violaceo, las encías violaceas,- tumefactas, dolorosas y sanguinolentas.
- (Anemia perniciosa).- Se cansa con facilidad, sensa- ción de ardor y dolor en la lengua que se presenta - enrojecida y a menudo ulcerosa, falta de apetito, vó- mito, diarrea, malhumor, palidez siempre evidente en la piel que tiene una tonalidad amarilla pajiza, de- bilidad y adelgazamiento progresivo.
- (Púrpura).- Aparición sobre la superficie cutánea o- mucosa de erupciones hemorrágicas espontáneas en for- ma de manchas puntiformes o más extensas e irregula- res, hemorragias nasales, vómitos sanguíneos acompa- ñados de fuertes dolores de estómago, descargas dia- rréicas mezcladas con sangre, dolor en las articula- ciones sobre todo en las rodillas que luego se hin- chan.
- (Leucemia).- Aumento progresivo del bazo y del hígao-

do, dolores en el esternón y en los huesos largos, -- aumento módico de los gánglios linfáticos, cansancio, falta de apetito, dolores de cabeza, trastornos digestivos, fiebre irregular, sensación de vertigo, reducción de percepción auditiva, hemorragias repetidas y espontáneas de las encías, nariz, etc.; la sangre se presenta más pálida y decolorada de lo normal.

- (Hemofilia).- Retrazo notable del fenómeno de la coagulación de la sangre, extrema facilidad y la gran -- abundancia de hemorragias de forma que incluso las pequeñas lesiones de los vasos sanguíneos (provocadas -- por traumas externos insignificantes, como un ligero empujón en corte pequeño y superficial, etc.), originan una hemorragia abundante y a veces incoercible localizada por doquier, hemorragias externas superficiales, nasales, gingivales, viscerales (estómago, intestino, vesícula, riñones, etc.).
- (Glomerulonefritis).- Hinchazón especial de la piel -- que invade el rostro principalmente, (especialmente -- en los párpados, carrillos y en los labios), aumento de la presión sanguínea, alteraciones urinarias, tales como la emisión disminuida de la orina o incluso completamente anulada, aumento de la emisión de orina por la noche, presencia de glóbulos rojos de la sangre; palidez de la piel, fiebre, debilidad general, -- trastornos cardíacos, trastornos nerviosos, trastornos visuales, falta de apetito, náuseas, vómito, etc.
- (Hipertensión o Hipertonía Arterial).- Diarrea, insomnio, cefalea matutina, congestión del rostro, palpitaciones cardíacas, vértigos, hormigueos, trastornos digestivos, nerviosos, auditivos, vesicales, hemorragias nasales, etc.

Sistema Cardiovascular:

Del sistema cardiovascular obtendremos datos interesantes como son:

- a) Dificultades respiratorias cuando se practican ejercicios moderados,
- b) Episodios de dificultad para respirar por las noches, cuando se permanece en la cama.
- c) Tensión en el pecho.
- d) (Ortopnea).- Dificultad respiratoria que obliga a - - adoptar una posición semisentada en la cama mediante la colocación en la espalda de varios cojines.
- e) Dolor irradiado hacia el brazo o brazos.
- f) (Cianosis).- Coloración azulada de la piel y de la mucosa, sobre todo de los labios, pómulos, nariz, orejas, dedos de las manos y pies a consecuencia de la - escases de oxígeno en la sangre.
- g) Dolor en las piernas al caminar.
- h) Palpitaciones de inicio o final brusco (taqui ardias).
- i) Cansancio.
- j) Calambres en el cuerpo.
- k) Palidez en las encías.
- l) Adormecimiento.
- m) Dolor de cabeza (cefalea).
- n) Inflamación de párpados (edema parpebral).
- ñ) Zumbido de oídos.

Aparato Digestivo:

De manera especial se interrogará al paciente acerca de alteraciones digestivas que muchas veces fomentan procesos gingivales y del periodonto.

Se le preguntará si:

- a) Tiene apetito.
- b) Distingue los sabores de la comida.
- c) Dolor al deglutir.
- d) Dolor de estomago, hacia donde se irradia y como desa parece o con qué.
- e) Distensión.
- f) Diarrea con frecuencia.
- g) Pirosis: Sensación de quemazón en el estómago, acompa ñada en algunas ocasiones de una sensación de cons--- tricción (calambre), suele presentarse después de las comidas.
- h) Vómitos, a que hora, olor, cantidad, moco, pus.
- i) Frecuencia de ir al baño.
- j) Constipación, con que frecuencia.
- k) Pujo.
- l) (Dispepsia).- Digestión pesada, trabajosa y a veces - dolorosa.
- m) (Gastritis).- Falta de apetito; sensación molesta de pastocidad en la lengua que está seca y recubierta -- por una capa blanquesina; sabor amargo de boca; alien to nauseabundo; sequedad de los labios y de las fau-- ces; sed intensa y continua; bostezos; eructos e hipo frecuentes; sensación de nauceas al ver los alimentos u olerlos; vómitos, vientre hinchado por acumulación- de gases en el estómago e intestinos.

Aparato Respiratorio:

Respecto del aparato respiratorio, podremos obtener- del paciente los datos siguientes:

- a) Dificultad al respirar.
- b) Son frecuentes los resfriados.
- c) Desviación del tabique nasal.
- d) Tos, cantidad de espectoración, sangre, olor y color.
- e) Dolores torácicos.
- f) Dolores en los senos de la cara.
- g) Tuberculosis.
- h) (Disnea).- Respiración difícil, forzada, jadeante, a veces acelerada y otras veces lentificada.
- i) Hipertrofia amigdalina.
- j) (Asma).- Ataques más o menos frecuentes de intensa -- disnea.
- k) Estados catarrales.
- l) (Bronquitis).- Síntomas de un enfriamiento corriente: estornudos frecuentes y abundante mucosidad nasal; -- tos, espectoración mucopurulenta, dolor en el centro del pecho; el enfermo se siente débil, sin apetito y con dolores reumatoides difusos.

Sistema Nervioso:

Son dignos de tomarse en cuenta los datos que nos proporciona el enfermo, así como los que aporte su familia.

- a) Pérdida del conocimiento.
- b) (Convulsiones).- Serie de contracciones bruscas o involuntarias de los músculos.
- c) (Parálisis).- Abolición o pérdida total de movimientos de los músculos voluntarios, es decir, de aquellos que movemos a placer.
- d) (Parestesias).- Sensaciones espontáneas o provocadas de hormigueo, quemazón, entorpecimiento, picazón, prurito, etc.
- e) (Tics).- Contracción muscular de brevisima duración,-

rápida e involuntaria, localizada en ciertos músculos o grupos musculares, sobre todo en la cara.

- f) Temblores.
- g) (Insomnio).- Falta de sueño.
- h) Mareos.
- i) (Amnesia).- Pérdida de la memoria.
- j) (Afasia).- Trastorno de la palabra.
- k) Reflejos osteotendinosos.
- l) Duerme bien...Cuántas horas.
- m) Carácter irritable o apesivo.

Sistema Genitourinario:

Los síntomas a que debe presentarse mayor atención -- son:

- a) (Edema).- Hinchazón o engrosamiento de los tejidos.
- b) (Oligurias).- Disminución en la cantidad de orina emitida en las 24 horas.
- c) (Nicturia).- Aumento de la emisión de orina durante las horas nocturnas con la consiguiente disminución paralela durante el día.
- d) (Hematuria).- Emisión de sangre por la orina.
- e) (Disuria).- Emisión dificultosa de la orina.
- f) Dolor al orinar.
- g) Sensación de ardor o quemazón.
- h) Presenta sangre al inicio o al término.
- i) Color y olor.

B).- Inspección:

a) Método de exploración por medio de la vista, esta puede ser directa e instrumental. La directa es la que se emplea comunmente en la clínica cuando el explorador utiliza nada más el sentido de la vista; la instrumental se --

ayuda con algún aparato.

Con la inspección se van a obtener nociones del sitio, forma, color, volumen, números, superficie, movimiento y además las separaciones de regiones simétricas.

a) Signos vitales:

- **Peso:** Es la conformación del estado de nutrición, el peso normal para 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. La desviación con respecto al término medio en una persona normal, depende del consumo de alimentos, del gasto energético de la magnitud de la estructura esquelética, del temperamento y de diferencias en la actividad de las glándulas endócrinas.
- **Temperatura:** Es el método de exploración que tiene por objeto el estudio comparativo del calor del cuerpo humano, en el curso de las enfermedades, especialmente de carácter febril. Se considera normal una temperatura bucal comprendida entre 36.1 y 37.2 grados centígrados.
- **Pulso:** La palpación del pulso puede practicarse sobre cualquier arteria que sea superficial y que descansa sobre un plano relativamente duro. La frecuencia del pulso en adultos normales es de sesenta a ochenta pulsaciones por minuto, en niños de noventa a ciento treinta; en personas mayores de setenta a ochenta.
- **Respiración:** La respiración normal consiste en la sucesión rítmica y fluida de los movimientos de expansión y retracción. Atenderemos a sus características-

especialmente a lo que se refiere a su frecuencia, - ritmo, amplitud y simetría.

- Presión arterial: Con este nombre se designa la presión que la sangre ejerce sobre las paredes de las arterias. La presión sanguínea es muy sensible a las emociones; 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 se ta nta sobre ciento veinte milímetros de mercurio.

b) Inspección general:

- Estatura, postura, estado de nutrición.
- Piel: Textura, humedad, turgencia, pigmentación, 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, examen oftalmoscópico de la retina, exudados, vasos y papilas ópticas, visión.
- Oídos: Examen externo en busca de inflamación en la membrana timpánica, exudados, agudeza auditiva.
- Nariz: Forma, desviación, perforación del tabique, - cornetes, secreción, pólipos.
- Boca y Garganta: Labios, simetría, cianosis, quielitis, herpes, hiperqueratosis o úlceras, pigmentación.
- Mucosas y encías: Palidez, úlceras, pigmentación.
- Dientes: Caries, cuello de las piezas, presencia de tártaro, piezas faltantes, restauraciones y prótesis dentales, alteraciones pulpares, restos radiculares, movilidad de las piezas por traumatismo o resorción ósea; se clasifica en: movilidad de primer grado, se

gundo y hasta quinto grado; tipo de oclusión abierta, cruzada, cerrada, prognatismo.

- Lengua: Color, atrofia de las papilas, úlceras, desviación, palpación.
- Faringe y Amígdalas.
- Cuello: Gánglios linfáticos, tiroides, ingurgitación-venosa, pulsaciones anormales, masas, tráquea en la línea media.
- Torax: Contorno, simetría, igualdad de expansión, ganglios linfáticos auxiliares.
- Pulmones: Ruidos respiratorios, frecuencia respiratoria, vibraciones vocales, sibilancias, frotos.
- Mamas: Tamaño, bultos, secreciones, pigmentación, sensibilidad.
- Corazón: Choque de la punta, frecuencia, ruidos cardíacos, ritmo.
- Abdomen: Contorno, cicatrices, dilataciones venosas.-rigidez, sensibilidad, hígado, vaso, riñones, vejiga, líquido, ganglios linfáticos inguinales.
- Genitales masculinos: Secreciones, lesiones testiculares, hernia inguinal.
- Genitales femeninos: Inspección del perinéo, cuello uterino, palpación bimanual del útero y anexos, extendido de papanicolaou.
- Recto: Hemorroides, bultos, próstata.
- Extremidades: Color de las palmas, hipocratismo digital, cianosis, tumefacciones o deformaciones articulares, pulso.
- Espalda: Curvatura y movilidad.
- Sistema nervioso: Reflejos tendinosos profundos, reflejos patológicos, pares craneales, examen del sensorio.

c) Palpación:

Es el método de exploración que se efectúa por medio del sentido del tacto. Esta puede llevarse a cabo manual o instrumentalmente y es casi exclusiva del dominio quirúrgico.

La palpación toma el nombre de bimanual cuando se ejecuta con las dos manos. Llamamos tacto a la palpación que se efectúa introduciendo uno o dos dedos en las cavidades naturales del organismo, dando ese calificativo según la calidad en que se haga y así se denominará: tacto vaginal, rectal, bucal, etc.

d) Percusión:

Es el procedimiento de exploración que consiste en dar de golpes con el objeto de producir ruidos; despertar dolor o provocar movimientos. Nos permitirá percataarnos de la macices, solides, adolorimiento, etc., de la parte enferma y muchas veces con los datos que esta maniobra proporciona, podremos por ejemplo establecer certeramente un diagnóstico diferencial entre una pulpitis y una periodontitis.

e) Auscultación:

Es la exploración que se efectúa por medio del oído. Nos proporciona datos acerca del aparato cardiovascular y sus alteraciones.

f) Olfación:

Es la exploración que nos ayudará muy eficazmente en el diagnóstico y en el curso evolutivo de los procesos infecciosos, así como el reconocimiento del carácter de las secreciones. En estados infecciosos de los conductos radicales; evolución de las estomatitis,-

alveolitis, etc., e incluso en el diagnóstico de presunción de ciertas enfermedades generales (diabetes, gastropatías).

g) La punción exploratoria:

Esta proporciona datos sobre derrames, colecciones purulentas y formaciones quísticas.

h) Exámenes de laboratorio:

Constituyen un medio decisivo de diagnóstico y a cuyo estudio e interpretación debe dedicársele mayor atención, para establecer las enfermedades bucales.

De acuerdo con la práctica establecida en toda operación quirúrgica, ordenaremos las pruebas y exámenes de laboratorio necesarios, como son: Tiempo de coagulación, tiempo de sangrado, tiempo de protombina, biometría hemática completa, índice de glucemia, determinación de úrea en sangre y colesterol.

i) Examen radiográfico:

El estudio radiográfico es de gran importancia en nuestra profesión y en el caso de la prótesis inmediata utilizaremos radiografías periapicales y oclusales. La prótesis inmediata está contraindicada en los siguientes casos: en la caquexia, el parkinsonismo grave, la senilidad avanzada; significando un riesgo en idiotas, dementes, epilépticos. Puede agravar el estado del paciente en el caso del cancer, sífilis tuberculosis bucal y otros procesos graves en evolución, como es también riesgosa en pacientes con maxilares irradiados y las probabilidades del éxito son negativas, cuando el estado mental o espiritual del pacien-

te impide su comprensión, tolerancia o confianza suficiente.

EXAMEN LOCAL DEL PACIENTE.

Antes de empezar un tratamiento para la elaboración de una prótesis inmediata, es necesario obtener del paciente la mayor cantidad de datos acerca de sus dientes naturales. Hay que saber cuanto tiempo estuvo parcial o totalmente desdentado; cual ha sido su experiencia con prótesis anteriores y como contempla la perspectiva de usar una prótesis inmediata.

Hay que obtener todos los datos que puedan tener relación directa o indirectamente con el estado físico del paciente y con su actitud mental, sobre todo en lo que se relaciona con las características anatómicas de la boca que permitan reconocer factores probables de dificultad o utilidad, o simplemente características personales que deban tenerse en cuenta.

Los datos más importantes que obtenemos son: topografía de los procesos y paladar, elevaciones y depresiones, grado de reabsorción del proceso alveolar, formaciones anormales de los rebordes alveolares, tales como: protuberancias, cuestas, hendiduras, altura, grosor, volumen, bordes agudos o romos, existencia de restos radiculares, inserciones musculares, fracturas, estudio de la articulación temporomandibular con todos sus movimientos.

Encontramos también por medio de nuestro estudio ciertas deformaciones y procesos infecciosos que fácilmente pueden existir en la cavidad bucal, tales como:

- Labio leporino, fisura labio alveolar.

- Quistes paradentarios.
- Tumores (fibroma, sarcoma, carcinoma, lipoma, etc.).
- Parodontosis.
- Gingivitis (medicamentosa, traumática, etc.).
- Abscesos agudos.
- Estomatitis (medicamentosa, ulcerosa, gangrenosa, etc)
- Parálisis facial.

Iniciamos la obtención de datos de la siguiente manera:

- a) Actitud mental.- El examen psicológico debe tomar en cuenta: Fovias, motivaciones y complejos. Los pacientes desde este punto de vista se clasifican en: receptoras, indiferentes, histéricos, pasivos y pesimistas.

La actitud mental que puede presentar un paciente es:

- Esperanza.
 - a) Exagerada.
 - b) Normal.
 - c) Pesimista.
- Indiferencia.
- Supercrítica.
- Nerviosismo.
- Adaptabilidad.
 - a) Torpe.
 - b) Mediana.
 - c) Capaz.
- Influencia de familiares y amigos.

b) Tiempo que faltan los dientes:

- Reposición inmediata.
- Menos de tres semanas.
- Más de tres meses.
- Más de un año.

- Portador de dentadura vieja.
 - a) Tipo de dentadura usada.
 - b) Dentadura vieja satisfactoria.
 - c) No satisfactoria y porqué.

- C) Oportunidad estética:
 - Favorable.
 - Desfavorable.

- d) Tamaño de los maxilares.- Pueden ser grandes, medianos o pequeños. En términos generales, cuando mayores más favorables para la prótesis.

- e) Forma general de los maxilares.- No suele concedersele importancia protética. Pueden clasificarse como las caras en: Cuadrados, triangulares u ovoides, aunque no es de gran importancia práctica.

- f) Tamaño y forma de los rebordes residuales.- La forma y el tamaño de cada reborde residual, deben considerarse en toda su extensión, pues puede ser voluminoso de un lado y muy atrofiado en el otro; así mismo, ser redondeado en la parte delantera y afilado hacia atrás. Por su tamaño los rebordes residuales pueden clasificarse en prominente, mediano y atrofiado. En contra de la creencia general no suelen ser los más ventajosos - los prominentes sino los normales.

- g) Inserción de los tejidos móviles.- Es fácil determinar la línea de inserción tomando los labios y los carrillos con los dedos y moviéndolos suavemente o bien haciendo mover la lengua. La inserción puede ser baja, mediana o alta. En el maxilar superior la inserción alta es la más favorable y la inserción baja de los frenillos, central y lateral, pueden requerir corrección-

quirúrgica, con gran ventaja para la prótesis. En el maxilar inferior, las inserciones bajas son las más favorables.

Puntos en que debe estudiarse detenidamente esta inserción, uno de ellos es la parte posterior de las tuberosidades y otro, la parte lingual del maxilar inferior. 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 separandola al mismo tiempo con el espejo.

- h) Zona del "Postdamning".- Conviene examinarla con detenimiento. A veces mucho, otras poco marcada; puede ser ancha, mediana o muy delgada; así mismo, puede ser poco, medianamente o muy despreciable. La exploración del "Postdamning" sirve también para explorar la sensibilidad de la mucosa.

- i) Bóveda palatina.- Generalmente más dura en su parte central que en el resto, puede ser muy prominente a lo largo de la línea media, constituyendo el torus palatinus. Son más ventajosos los paladares que no sean ni muy duros, ni muy blandos y no constituyen inconveniente, ni ventaja una bóveda palatina profunda. Una bóveda muy plana es desde luego la menos retentiva.

- j) Mucosa.- Cuando está sana es interesante, sobre todo desde el punto de vista de su resiliencia; pueden encontrarse mucosas tersas, resilientes y blandas. Para la prótesis las segundas son las mejores.
En los portadores de prótesis deben examinarse los signos de patología paraprotética (Estomatitis protética, atrofia ósea con hiperplasia fibrosa, hipertrofias marginales, etc.).

- k) Fosa retroalveolar.- Debe observarse 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 oblícua 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) Sensibilidad bucal.- Las pruebas que antecede sobre todo a la palpación de la resiliencia de la mucosa, la exploración digital de la fosa retroalveolar y el estiramiento un poco forzado de las inserciones, nos dan útiles indicaciones respecto a la sensibilidad del paciente a las náuseas, al dolor y aún al trabajo intrabucal.
- m) Relación labioalveolar.- El labio puede ser corto, mediano o largo y también el borde alveolar, puede ser corto, mediano o alto. Si a un labio largo corresponde un reborde corto, se puede hacer saber desde el principio que, para mostrar 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 plástico, su adaptación será directa a la encía. Cosa que no deja de tener inconvenientes mecánicos.
- n) Lengua.- Es un órgano que interviene en forma predominante en el éxito o el fracaso de la prótesis completa; observese particularmente su volumen y movilidad; puede ser grande, mediana o pequeña; mucho regular o poco movable. En términos generales una lengua alargada y -

movible es mucho más favorable que una ancha y poco móvil.

- ñ) Saliva.- Una gran mayoría de los profesionistas en esta área, le dan importancia a la saliva en cuanto a -- cantidad y calidad para la mejor retención de la prótesis. La película de saliva que se establece entre la placa y la mucosa, perfecciona la adaptación, ayuda en la adhesión. La saliva se clasifica en: espesa, viscosa, líquida y normal.
- o) La A T M, debe ser examinada cuidadosamente, la disminución del movimiento puede ser reconocido observando el movimiento del reborde anterior de abajo. Cuando -- hay una notable limitación del movimiento se puede esperar dificultades al registrar la relación céntrica. Colocando los dedos en el meato auditivo externo y presionando con suavidad hacia adelante, el odontólogo -- puede notar las crepitaciones. Las luxaciones del cóndilo pueden ser deducidas de la H. C., y estos enfermos deben tratarse con cuidado especial a la hora de tomar la impresión y D.V. La artritis de la A T M puede limitar seriamente las técnicas de impresión.
- p) Dominio muscular.- El dominio voluntario del paciente sobre sus músculos intrabucales es un detalle que influye poderosamente en el resultado final de una prótesis. Observese la facilidad con que el enfermo saca la lengua, hágasele tocar con ella el carrillo derecho y el izquierdo, hágasele ejecutar diversos movimientos con los labios y la mandíbula. El dominio muscular se puede clasificar en bueno, regular o malo. La personas de escaso dominio de sus movimientos, sea cual fuere la causa; parálisis, semiparálisis, falta de sensibilidad

dad, de sentido muscular, probablemente tendrán dificultades para aprender a usar prótesis y se adaptarán menos a sus defectos.

- q) **Facies.**- El examen fisionómico revelará mucho; en especial a quién desarrolla la necesaria capacidad de observación. En relación con la prótesis, el colapso facial; especialmente en personas relativamente jóvenes; la pérdida de altura facial, la excesiva movilidad mandibular, la prominencia del mentón, el hundimiento del labio superior. Constituyen signos de probable atrofia avanzada; prótesis desajustadas, patología paraprotética, asociadas a menudo con perturbaciones del estado general y psíquico.

El paciente puede o no tener conciencia de estos trastornos, inclusive, puede tener conciencia de ellos y negarlos; lo que puede ser, un síntoma neurótico.

Como norma general puede ser muy parco en promesas de restauración estética en pacientes que, al usar prótesis, muestran trastornos faciales importantes.

- r) **Forma de la cara.**- Hay tres tipos de perfil en el - - adulto:

- Recto.
- Convexo.
- Cóncavo.

Aprendiendo a conocerlos el odontólogo puede ayudarse a encontrar más fácilmente la línea de armonía en la restauración estética del desdentado, ya que los dientes y el mentón son factores de influencia.

Suele designarse forma facial a la representada por los contornos fisionómicos, los que dependen de la -- forma del esqueleto y pueden clasificarse en cuatro - fundamentales:

- Triangular.
- Cuadrado.
- Ovoide.
- Mixto.

La más sencilla para determinar la forma facial; consiste en contemplar al paciente de frente. En caso de duda se pueden colocar dos reglas en ambos lados de la cara, por fuera y a lo largo de los bordes posteriores de las ramas ascendentes. Toda esta información más aquella que se pueda obtener después, si está debidamente anotada; constituyen la historia clínica que no solo 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 de nuestros servicios profesionales.

PRONOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

Pronóstico.- Es un complemento obligado e inmediato del diagnóstico. Ambos integran el concepto del médico y el odontólogo, sobre el enfermo y su estado.

Frente a la edentación total, el pronóstico es sencillo en principio, limitado a preanunciar las conocidas secuelas del desdentamiento o su prevención, desaparición o compensación con la ayuda del tratamiento protético.

El pronóstico referido, comprende dos partes:

El pronóstico inmediato y el mediato, ambos de considerable importancia.

Pronóstico inmediato.- Este pronóstico inmediato en el tratamiento de la edentación es satisfactorio, especialmente en personas jóvenes en buen estado general, maxilares sanos y carentes de trastornos psicomotores a con

dición de que las prótesis llenen las cualidades técnicas que le den retención, soporte y estabilidad con estética, confort y salud.

Pronóstico mediato.- Es sabido desde hace bastante -- tiempo que la estabilidad de las dentaduras protéticas, - cuando están bien realizadas con materiales nobles; depen- de fundamentalmente de la estabilidad orgánica y normal- mente las prostodoncias van perdiendo cualidades de adap- tación, retención y eficacia frecuentemente sin concien- cia de los pacientes.

El paciente debe saber que debido a las condiciones - cambiantes de su organismo y al desgaste o modificación - del material, las prótesis completas tienen poca probabi- lidad de durar no más de tres años, sin reajustes o sin - que se imponga la necesidad de cambiarlas.

Pronóstico en función de la historia prostodónica.
Este pronóstico se divide en:

- a) Prostodoncias correctas sobre maxilares sanos.- Buen pronóstico, especialmente si la prostodoncia ha sido bien admitida durante varios años y durará todo este tiempo si la salud se conserva.
- b) Prostodoncia inmediata o sobre cirugía reciente.- El pronóstico señalará la probable necesidad de pronto- rebasado y quizá, la prótesis nueva al cabo de un -- año, aun cuando esto no es seguro, a veces no se re- quieren prótesis nuevas por varios años.
- c) Prostodoncias rehechas a causa de manifestaciones pa- raprotéticas. El pronóstico inmediato suele ser bue- no pero debe advertirse al paciente sobre la necesi-

dad de vigilancia porque la condición puede repetirse

- d) Reparaciones.- Señalar al paciente la posible deformación o desajuste y la probabilidad de repetición - del accidente.
- e) Rebasados.- Prótesis nuevas; el pronóstico es igual - que en los incisivos "a" y "b" dentaduras antiguas, -- pronóstico dudoso.
- f) Casos difíciles o intolerancia a prótesis.- Pronósti - co reservado; estudio minucioso y a fondo para consi - derar las probabilidades de mejorar la situación ac - tual.

PLAN DE TRATAMIENTO.

El plan de tratamiento debe cubrir todo el período - de transición entre el estado actual y la normalización - del paciente con la dentadura.

Siendo los casos tan diferentes, cada uno debe ser - pensado en sus distintos aspectos. Entre otros puntos se - debe resolver para una dentadura monomaxilar.

Si se conservara la altura morfológica actual o alte - rada, si se conservara el aspecto dentario o no, si se - articulara con oclusión o en relación central, si corres - ponden intervenciones quirúrgicas sucesivas o solo una, - si conviene la dentadura previa o posterior a las extrac - ciones finales con flanco vestibular o no, con alveolec - tomía prevista o no; duplicada o no.

El estado general es elemento de tal importancia que - como se señaló puede contraindicar esta experiencia o --

aconsejar las formas transicionales menos violenta como prótesis parcial o férulas quirúrgicas.

La posibilidad de ejecución no puede pasarse por alto. En prótesis inmediata la dificultad de trabajo no es excepcional por dos motivos: La presencia de dientes largos y la necesidad de portaimpresiones suficientemente grandes.

El estado del hueso es un factor importante para la indicación del tratamiento y para el pronóstico. Algunos autores creen ventajoso desdentar temprano a los pacientes con problemas parodontales para evitar la excesiva -- atrofia alveolar.

El número de extracciones es otro factor importante -- ya que la exigencia técnica para el ejecutante y la orgánica para el intervenido, se acrecientan con él. Si se trata de la reposición de un solo diente o dos, el problema es sencillo y el pronóstico inmediato, tan claro -- que suele bastar añadir el o los dientes a la dentadura en uso. En el otro extremo es cierto que se puede hacer prótesis inmediata de todos los dientes, pero el pronóstico de duración en servicio, así como el de utilidad no es el mismo.

Los prostodoncistas piensan que es mejor proceder a las extracciones posteriores para asentar la prótesis inmediata sobre hueso con más estabilidad.

Como norma general, es mejor no indicar aquello que no importe mejora y que no se esté seguro de poder cumplir.

Cuanto más complejo sea un plan de tratamiento, más importante es su formulación escrita para poder consultarla con un experto.

Una técnica consiste en:

- a) Determinar si habrá cambios de altura y en las posiciones, tamaños, formas y colores de los dientes.
- b) Estudiar si las extracciones pueden hacerse por etapas y cual puede ser la situación en que estará el paciente durante cada etapa.
- c) Establecer el tipo de cirugía adecuada para cada intervención; consultado con el cirujano, si fuera necesario.
- d) Calcular los presupuestos y sus variaciones de acuerdo con el plan que se adopte; considerando esencial el acuerdo explícito del paciente o sus familiares responsables.

Estimar también los cuidados preoperatorios y la atención protodóntica adecuada para mantener al paciente convenientemente asistido durante un período no menor de seis meses.

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

C A P I T U L O T E R C E R O

TIPOS DE PROTESIS INMEDIATA,-
VENTAJAS Y DESVENTAJAS, INDI-
CACIONES Y CONTRAINDICACIONES

TIPOS DE PROTESIS INMEDIATA, VENTAJAS Y DESVENTAJAS,
INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

A) TIPOS DE PROTESIS INMEDIATA

Los tipos de prótesis total inmediata, se pueden clasificar en:

- 1.- Prótesis parcial aditiva.
- 2.- Férula transitoria.
- 3.- Prótesis sin flanco vestibular.
- 4.- Prótesis inmediata con encía completa.

1.- Prótesis parcial aditiva

Puede ser una transformación de la prótesis parcial que usa el paciente, en la que se van agregando dientes después de las extracciones. (Fig. 1)

2.- Férula transitoria

Es una prótesis económica ya que los dientes posteriores son reemplazados por férulas de acrílico que se articulan directamente en boca añadiendo acrílico autopolimerizable. Los dientes anteriores se hacen rápidamente por vaciado de los dientes en la impresión con acrílico de color -- adecuado.

Puede ser una solución en ciertos casos por su rapidez de economía de ejecución.

3.- Prótesis sin flanco vestibular

Generalmente se coloca a aquellos pacientes que presentan un reborde alveolar tan prominente hacia el vestibular (doble protrusivo), que no nos



Fig. 1.- PROTESIS PARCIAL
ADITIVA

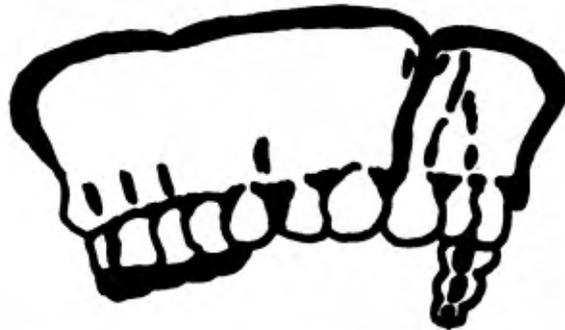


Fig. 2.- PROTESIS INMEDIATA
CON ENCIA COMPLETA



Fig. 3.- PLACA BASE GRAFF
REFORZADA

permite agregar acrílico en esa región. Simplifica la construcción, basta excavar el alveolo en el modelo e introducir en este, dos o tres mm. del diente de reemplazo (interalveolar) (Fig. 1).

El resultado inmediato puede ser espectacular al mostrar los dientes emergidos en la encía. Tiene la ventaja de permitir la atrofia vestibular sin perturbación y el inconveniente de requerir la encía artificial al cabo de 15 ó 20 días.

4.- Prótesis inmediata con encía completa

Es la más preferida, pues reduce el peligro de retención deficiente que puede presentarse sin encía artificial. (Fig. 2).

B) VENTAJAS Y DESVENTAJAS

I) Las ventajas en prótesis inmediata pueden clasificarse en:

- 1.- Anatómicas.
- 2.- Funcionales.
- 3.- Estéticas.
- 4.- Psíquicas.
- 5.- Mecánicas.
- 6.- Quirúrgicas y orgánicas.

1.- Ventajas anatómicas.

- a) Impide la pérdida inmediata de altura al reemplazar el tope oclusal, preservando o restituyendo la altura morfológica.
- b) Impide el ensanchamiento lingual.
- c) Evita molestias a la articulación temporomandibular.

- d) Impide el colapso labial y el hundimiento de las mejillas. (Fig. 2).

2.- Ventajas funcionales.

- a) Permite a la musculatura afectada seguir funcionando en sus posiciones normales.
- b) Evita la mayor parte de los trastornos y reajustes fonéticos del desdentado.
- c) Facilita la masticación rápidamente evitando o reduciendo los reajustes dietéticos y digestivos.

3.- Ventajas estéticas.

- a) Ayuda a mantener normalmente, las actividades de la vida de relación.
- b) Permite introducir mejoras realmente considerables, como son: reproducción fiel y exacta de los rasgos fisonómicos del paciente.
- c) Permite conservar atributos de forma, tamaño, color y posición particular de cada diente.

4.- Ventajas psíquicas.

- a) Elimina el trauma que sufren muchos pacientes al presentarse sin dientes.
- b) Facilita la decisión de sacrificar los dientes naturales cuando es preciso.

5.- Ventajas mecánicas.

- a) Limitan la reducción del área de soporte de la prótesis ayudando así, a la solución de problemas de carácter técnico en la colocación de los dientes artificiales.
- b) Favorece la retención física y funcional.

c) Favorece la estabilización de la prótesis.

6.- Ventajas quirúrgicas y orgánicas.

- a) Actúan como férulas protectoras de las heridas, - durante los primeros días.
- b) Disminuye la atrofia ósea, manteniendo mayor proporción de reborde residual.
- c) Existe menor dolor ya que como se dijo anteriormente la prótesis actúa como férula en las heridas en relación con el medio externo, evitando el acumulamiento de alimento, ahuyentando una posible infección y permitiendo más rápidamente la cicatrización.

II) Existen ciertas desventajas para el paciente respecto a prótesis inmediata que se clasifican en:

- 1.- Técnicas.
- 2.- Económicas.
- 3.- Temporales.

1.- Desventajas técnicas.

- a) La coordinación quirúrgica-protética exige precisión en la técnica para su ajuste y adaptabilidad, establecida en base a exactos diagnósticos, de lo contrario la prótesis provocará lesiones en proporción mayor de lo debido, dando como resultado el fracaso de la prótesis total inmediata.
- b) Las intervenciones quirúrgicas, al dejar de ser unitarias para extenderse a grupos de dientes, se hacen más traumáticas y al no existir habilidad y experiencia, el trabajo resultará intolerable.
- c) Así mismo puede transformarse en desventaja y se-

ría el hecho de que las fallas técnicas pueden -- ser clínicas o de laboratorio, solo se evidencian después de la intervención quirúrgica, situación -- que pone en juego la responsabilidad profesional -- y la amplitud de sus recursos para resolver los -- problemas que puedan presentarse.

El paciente debe tener plena conciencia de estas -- limitaciones.

2.- Desventajas económicas.

Como consecuencia aumenta considerablemente el -- precio del tratamiento, en pacientes exigentes es necesario hacer dos juegos de prótesis con el fin -- de que el paciente no se quede sin ella en caso -- de reajustes, fractura o pérdida, esto es muy im -- portante en prótesis inmediata, puesto que uno de -- los fines es que el paciente no se quede en nin -- gún momento desdentado.

3.- Desventajas temporales.

Debido al escaso tiempo disponible para las nume -- rosas visitas con el cirujano dentista, para vigi -- lar durante los primeros meses el ajuste que pue -- de cambiar debido al asentamiento desigual de las -- bases, pudiendo haber variación en los tejidos -- llegando a producirse hipertrofia.

Es conveniente indicarle al paciente la necesidad -- de efectuar rebases durante los primeros meses -- posteriores a la intervención.

C) INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.

I) La prótesis total inmediata está indicada en aque

llos pacientes que reúnan los siguientes requisitos:

- 1.- Cuando el estado de salud general y local del paciente permita hacer las extracciones masivas.
 - 2.- Cuando la irregularidad del proceso no requiera un trabajo quirúrgico extenso.
 - 3.- Cuando existan piezas inferiores que nos sirvan de guías para no perder la relación intermaxilar.
 - 4.- Cuando la dimensión vertical es favorable.
 - 5.- Que el estado de la boca esté en condiciones de espera requerida para el trabajo pre-operatorio.
 - 6.- Que el paciente desee este tipo de tratamiento y esté dispuesto a aceptarlo, con todo su contenido implícito.
 - 7.- Que el paciente cumpla sus requerimientos sociales de trabajo dándole confianza y seguridad.
 - 8.- Para una rápida rehabilitación del sistema masticatorio evitando o reduciendo los reajustes dietéticos y digestivos.
- II) La prótesis total inmediata está contraindicada:
- 1.- Cuando el estado general del paciente no sea satisfactorio.
 - 2.- En pacientes con discracias sanguíneas o deficiencias nutritivas.
 - 3.- Sifilíticos con lesiones orales, terciarias o cuaternarias.
 - 4.- Cancerosos con lesiones bucales y en todos aquellos que presentan manifestaciones patológicas.

- 5.- Enfermedades mentales irreversibles.
- 6.- Enfermedades metabólicas.
- 7.- En pacientes con enfermedades sistémicas, que es tén en relación con los procesos alveolares como, osteoporosis, osteitis quística, enfermedad de - paget, tuberculosis ósea.

C A P I T U L O C U A R T O

T O M A D E I M P R E S I O N E S

TOMA DE IMPRESIONES

DEFINICION.

La toma de impresiones, consiste en reproducir en negativo, las superficies estructurales y tejidos adyacentes, que van a entrar en contacto con las bases de las prótesis. La impresión anatómica, se hará sin tomar en consideración la actividad fisiológica muscular. La impresión funcional, es con el fin de obtener modelos de trabajo, en la cual sí es imprescindible la actividad muscular.

SELECCION DEL PORTAIMPRESIONES.

El portaimpresión o cubeta se utiliza para contener el material que se usará en la toma de impresiones. Dicho portaimpresión, se presenta en diferentes tamaños y tipos y debe tener las siguientes características:

- a) Tener la suficiente rigidez, para evitar el peligro de la distorsión.
- b) Ser lo bastante amplias, para permitir el espacio que ocupará el material de impresión.
- c) Poco voluminoso.
- d) Que se pueda cambiar fácilmente de forma, doblándola o recortándola.

Este portaimpresión, debe ser de tipo comercial, debido a que el paciente aún presenta piezas dentarias; el tamaño va de acuerdo con el volumen de los procesos portaimpresionar. A la hora de probar el portaimpresión debemos cerciorarnos que quede bien adaptado y que su línea-media coincida con la del paciente.

Los materiales de impresión para prótesis total inmediata deben tener ciertas características:

- 1.- Que el material permita la reproducción exacta de la zona impresionada.
- 2.- Que no tenga cambios dimensionales.
- 3.- Que sea elástica para poder eludir retenciones.

Estos materiales los podemos dividir en hidrocoloides irreversibles y los hidrocoloides reversibles.

Un material ideal para la toma de impresiones es - - aquel que se pondrá en las zonas por impresionar y que re producirá el más mínimo detalle, que pueda ser elástico - para poder librar retenciones.

MATERIALES PARA IMPRESION USADOS CON MAYOR FRECUENCIA EN-
PROTESIS TOTAL INMEDIATA.

- 1.- Hidrocoloides reversibles.
- 2.- Hidrocoloides irreversibles.
- 3.- Elastómeros.
- 4.- Mercaptanos.
- 5.- Silicones.

1.- HIDROCOLOIDES REVERSIBLES

Son aquellos materiales que contienen ciertas substancias que al estado coloidal pueden pasar generalmente (en función a la temperatura) del estado de gel al de sol y viceversa, y que cumplen con los requisitos de elasticidad como por ejemplo el agar-agar.

2.- HIDROCOLOIDES IRREVERSIBLES

Los hidrocoloides irreversibles son materiales que se caracterizan porque pueden cambiar de sol a gel, pero este no puede regresar a sol.

El alginato es el material que más se usa para la toma de impresiones en prótesis total inmediata.

Este material necesita una cantidad determinada de agua para cada medida de polvo, esta proporción nos la indicará el fabricante.

La forma de preparar el material es colocando primeramente el agua y en seguida el polvo, en una laza de hule y se va mezclando con una espátula de acero inoxidable por un tiempo menor a un minuto, después procedemos a colocarlo en el portaimpresión, en este momento indicamos al paciente que se enjuague con una solución astringente e inmediatamente procedemos a tomar la impresión, colocando el portaimpresión dentro de la cavidad oral manteniéndolo en posición durante cinco minutos; para retirarla deberá hacerse en un solo movimiento en dirección paralela a las piezas dentarias, una vez fuera de la boca se lava, se seca con aire y se procede a hacer el vaciado.

3.- ELASTOMEROS.

Son un tipo de materiales elásticos para impresiones, que son blandos y muy semejantes al caucho, a los cuales se les conoce técnicamente como elastómeros.

Los elastómeros están constituidos por dos sistemas de componentes los cuales en presencia de ciertos reactivos químicos, reaccionan entre sí, provocando una polimerización por condensación.

En odontología se emplean dos tipos de elastómeros como materiales para impresiones, uno de ellos tiene como base un compuesto polisulfurado; mientras que el otro un silicón.

4.- MERCAPTANOS.

Los mercaptanos se mezclan en una hoja de papel especial, se colocan porciones iguales de ambas pastas (una contiene la base de polímero sulfurado; y la otra el acelerador).

Con una espátula de acero inoxidable, la pasta marrón se aplana y alisa con los dos lados de la espátula, de manera que ambos queden cubiertos (para facilitar la limpieza de la espátula); la pasta marrón se coloca encima de la blanca y se comienza el espatulado. Primero se espatula sobre la hoja luego se le recoge y nuevamente se repite; y así continúa hasta que la masa adquiere un color -- uniforme y no se observan manchas ni blancas ni marrón en el color canela de la mezcla.

Si existieran estas manchas, la mezcla no sería homogénea y la polimerización no será uniformemente completa, por lo tanto la impresión se obtendrá distorsionada.

5.- SILICONES.

Para mezclar los silicones, si tanto la base como el acelerador se presentan en forma de pastas, la mezcla se efectúa en las mismas condiciones que el polisulfuro de caucho. Pero, como generalmente el acelerador (reactor) se muestra en forma de un líquido oleoso colorado. En caso de que la base venga envasada en un tubo, sobre la hoja de papel se esparce una determinada longitud del material y al lado de esta se depositan unas gotas de líquido. El número de gotas debe ser de acuerdo como lo especifica el fabricante.

La base se levanta con la espátula y se le impresiona contra el líquido, así hasta lograr un color uniforme, lo cual indica que los componentes se han mezclado homogéneamente.

PREPARATIVOS PARA LA TOMA DE IMPRESIONES.

- 1.- Debemos colocar de una manera conveniente el sillón para que el paciente y el operador queden en una posición cómoda. De tal manera que la boca del paciente quede a una altura entre el hombro y el codo del operador.
- 2.- En posición casi vertical para la toma de impresión inferior.
- 3.- En posición completamente vertical en la toma de impresión superior.
- 4.- Preparar el instrumental necesario.
- 5.- Se elige el material de impresión que se va a usar.
- 6.- Se le indica al paciente que se enjuague con una solución astringente para romper la tensión superficial.
- 7.- Se procede a la toma de impresión anatómica.
- 8.- Se corre la impresión en yeso piedra.

IMPRESION ANATOMICA.

Esta tiene que obtenerse sin tomar en consideración la actividad fisiológica muscular como ya se dijo anteriormente.

La impresión debe extenderse hasta el paladar blando, en maxilar superior incluyendo las formas dentarias y gingivales, bordes residuales, frenillos y forma del paladar. En mandíbula la impresión debe abarcar además de

las papilas periformes, piso de la boca con las fosas submilihioides.

Es de suma importancia, saber interpretar las impresiones, ya que de esto dependerá el obtener nuestros modelos con todas las áreas necesarias.

Una vez obtenida la impresión se precede a vaciar -- los modelos.

PROCESO DE VACIADO.

Una vez que las impresiones anatómicas son consideradas como correctas, procedemos a vaciarlas, siendo el primer paso encajonarlas (se le llama también bardeado), esto se hace con el fin de que el material sea retenido hasta que se cumpla el fraguado y obtener así el modelo, con su zócalo respectivo.

Algunas de las técnicas son:

Rodear la impresión con una tira de papel encerado, con cera rosa, o cera negra para encajonar; unir sus extremos y correr cera derretida entre la periferia de la impresión y la parte interior del papel o cera, se debe tener la precaución de no invadir la superficie impresionada. Además en el portaimpresión inferior se debe cubrir perfectamente el hueso lingual, para evitar el escurrimiento del yeso y poder confeccionar el zócalo.

También podemos hacer uso de unas bardas pre-fabricadas, que se presentan en distintos tamaños, y su principal componente es a base de hule espuma, o también zócalos pre-fabricados que vienen en varios tamaños y son de un material ahulado.

MANIPULACION DEL YESO.

Se coloca en la taza de hule la cantidad suficiente de yeso y se le va agregando agua (en la proporción que -

el fabricante indica). Se espatula por espacio de un minuto aproximadamente. Su tiempo de fraguado es de unos 20 minutos.

OBTENCION DE LOS MODELOS.

Es aconsejable que la impresión se corra inmediatamente después de haber sido sacada de la boca del paciente -- para evitar las distorsiones por cambios de dimensión que sufren los materiales de impresión.

El procedimiento es el siguiente:

- a) En la parte más prominente de la impresión se coloca una porción de yeso y se vibra; el vibrado puede ser manual o mecánicamente (este último es el más aconsejable) con el objeto de que el material se esparza -- por todas las concavidades, y las burbujas de aire -- sean repelidas.
- b) Se agrega más yeso y se repite el vibrado, hasta cubrir toda la impresión, de tal forma que se llene hasta los bordes del encajonado, y así quede confeccionado a su vez el zócalo.
- c) Se espera a que fragüe totalmente el yeso (de 20 a 30 minutos), se elimina el material de encajonado y se recortan los bordes ásperos y agudos del modelo con un cuchillo para yeso.
- d) Después de una hora aproximadamente podemos separar -- el modelo y el material de impresión, teniendo cuidado de no fracturar el modelo.
- e) Una vez que el modelo está fuera del porta impresión -- se procede a recortarlo y darle la forma característica al zócalo.

IMPRESION FUNCIONAL O DEFINITIVA.

En esta impresión se trata de reproducir las superficies estructurales y tejidos adyacentes con las modificaciones y funciones que presenta en el momento de la actividad muscular.

Los requisitos que debe llenar una impresión funcional son:

- 1.- El material de impresión debe extenderse en toda la superficie del maxilar superior o maxilar inferior - aprovechables.
- 2.- Impresionar todas las inserciones musculares con el objeto de que ya reconstruida la prótesis inmediata no sea desplazada.
- 3.- Impresionar toda la periferia con el fin de reconstruir el reborde que impedirá que penetre el aire a la prótesis.
- 4.- Comprimir con energía adecuada a los tejidos blandos donde descansará dicha prótesis.
- 5.- Respetar los sitios donde pasan nervios y vasos, para evitar atrofia ósea e irritaciones.
- 6.- Toda prótesis debe tener soporte, estabilidad y retención para poder tener éxito en la aplicación del tratamiento protético.

METODO PARA TOMAR LA IMPRESION FISIOLOGICA.

Obteniendo una impresión con un elastómero base como por ejemplo, dentosil, optosil, etc. Después de que se ha obtenido la base se retira de la boca y se coloca el rectificador como por ejemplo xantopren, silasolft, etc.

Se coloca de nuevo el porta impresión en la boca del paciente ya con el material para rectificar haciendo una-

ligera compresión.

El uso de estos materiales es de acuerdo a las especificaciones de los fabricantes.

Mientras dura la polimerización se le indica al paciente que haga los siguientes movimientos, como en la técnica de rectificación de bordes.

Para el maxilar superior:

- a) Que el paciente haga abulación de los labios.
- b) Que el paciente abra grande su boca para delimitar fondo de saco.
- c) Pronunciar la letra "A" para marcar el límite del paladar blando.
- d) Se le ayudará al paciente manualmente, llevando el labio lateralmente y hacia abajo para marcar la inserción del frenillo labial.

Para el maxilar inferior:

- a) Para marcar el bestíbulo labial y frenillo labial se llevará el labio inferior del paciente varias veces hacia atrás dirigiéndolo hacia adentro de la boca para marcar también el frenillo labial inferior.
- b) Que el paciente haga movimientos de deglución para que se logre la elevación del piso de la boca.
- c) Para marcar el borde lingual anterior el paciente tendrá que llevar su lengua con movimientos laterales sobre el labio inferior tocándose sus comisuras labiales.

Obteniendo esto se verifica la impresión, si ha quedado exacta se corre en yeso piedra.

C A P I T U L O Q U I N T O

RELACIONES MAXILO MANDI-
BULARES Y MONTAJE EN EL-
ARTICULADOR.

RELACIONES MAXILO MANDIBULARES Y MONTAJE EN EL ARTICULADOR

A) RELACIONES MAXILO MANDIBULARES

Para lograr el registro de las relaciones maxilo mandibulares en prótesis total inmediata se van a utilizar los siguientes materiales:

- 1.- Placas base graff reforzadas.
- 2.- Acrílico autopolimerizable.
- 3.- Acrílico termopolimerizable.

Lográndose con esto buenos resultados.

1.- Placas base graff reforzadas.

La placa base graff se adapta sobre el paladar contorneando los cuellos de los dientes, teniendo cuidado de que no toque la cara palatina de los dientes que aún quedan en la boca del paciente.

La placa base debe ser reforzada para que conserve su precisión y evitar que se fracture, lo cual se efectuará de la siguiente manera: con un alambre de plata se contornea con pinzas y se inserta en la base superior de 5 mm. por delante del borde posterior y sus extremos a 3 mm. por fuera de la cresta alveolar a la altura de las tuberosidades del maxilar. El alambre inferior lo insertamos entre la altura de la cresta alveolar y el borde lingual inferior de tal manera que sus extremos queden a 3 mm. por delante del borde posterior. (Fig. 3).

Usando placa base de color claro se tiene la ventaja de que en ella se va a marcar claramente la línea de vibración previamente marcada en la boca, se mide posteriormente en el paciente, se corta la placa base de modo que no toque los dientes para evitar la acción de plano inclinado que inmediatamente desalojaría la pla-

ca hacia el lado lingual por la acción de la mordida.

Es recomendable doblar los excesos de la placa base - alrededor de la periferia en vez de cortarlos.

Con un lápiz tinta se marca en la boca del paciente - la línea posterior detrás de las tuberosidades, la -- longitud posterior en la línea media se marca cerca - de las foviolas palatinas y se traza una línea que -- una las escotaduras con la línea media.

Una vez marcado esto, la placa base se lleva a la boca del paciente y así la marca de lápiz se transporta a la base. Con una lima se rebaja la placa base hasta donde está marcada la línea de lápiz.

Hecho esto se lleva de nuevo la placa base al modelo - y con un instrumento agudo se marca sobre el modelo - el límite de la placa.

Uno de los pasos más delicados en la elaboración de - una prótesis inmediata es la transferencia exacta de los registros oclusales, la dificultad consiste en -- que la placa base en su parte anterior no tiene pre-- sión de soporte sobre el rodillo por la presencia de los dientes; por esta razón, es causado un bascula--- miento de la placa base sobre su área de soporte limi-- tada. La forma de conseguir un rodillo de mordida -- más ajustado es revistiendo de modelina la placa base (ya que se ha visto que los dos materiales juntos no se deforman).

La modelina se aplica sobre parte del área, calentando una barra a la flama y pegándola a la superficie - de la placa base que va en contacto con el tejido. El modelo y la placa base se calientan en agua y se seca el modelo para quitarle el exceso de humedad, inmedia-- tamente se le espolvorea talco para impedir que se pe-- gue la modelina. Aún caliente el modelo la placa base

con la modelina se presiona sobre él. Mientras la modelina aún está caliente, la placa base se separa un poco del modelo con el objeto de que la modelina no se endurezca en las pequeñas retenciones. Se aprieta nuevamente sobre el modelo con el fin de obtener exactitud de los detalles anatómicos.

Una vez que han enfriado tanto el modelo como la placa base, se retiran, se recorta y se alisa el exceso de modelina.

2.- Acrílico autopolimerizable.

La otra forma de elaborar las placas de registro es con acrílico autopolimerizable y se pueden seguir dos técnicas diferentes:

- a) Técnica del acrílico laminado.
- b) Técnica de gotéo.

a) Técnica del acrílico laminado.

Para poder realizar esta técnica es indispensable contar con: acrílico autopolimerizable (polvo y líquido), lápiz tinta, envases de porcelana o vidrio, espátula de acero inoxidable, proporcionador de alginato, una probeta graduada, dos cristales grandes para cemento, bisturí, tijeras, cera rosa, papel celofán, lubricantes y separador a base de colorgar.

La técnica consiste en lo siguiente: se mezclan el polímero (polvo) y el monómero (líquido) - en el recipiente de crystal en proporción 27 c.c. - a 5 c.c. respectivamente, se mezclan, se dejan reposar tapando el envase. La masa atraviesa por una serie de estados físicos de los cuales el que nos

va a ser de utilidad es aquel en que la masa puede ser manipulada (a este estado se le llama filamento, por formar filamentos la espátula al ser introducida en la mezcla). Inmediatamente le sigue el estado plástico que se reconoce porque la masa se desprende del envase, lo que permite sacarlo, amasarlo con las manos húmedas y limpias y darle forma de pelotilla.

Previamente a todo esto se diseña sobre el modelo de estudio con un lápiz el contorno periférico, la línea vibrátil del paladar y el paladar duro, cuidando de no tocar las piezas existentes por su cara palatina, se liberan las zonas más retentivas del proceso con cera rosa derretida, y se le esparce al modelo el separador a base de colorgar.

Ya que tenemos la pelotilla de acrílico se coloca entre los dos cristales con hojas de celofán humedecidas, se prensa hasta obtener una lámina de unos dos milímetros de grueso (esto se logra colocando dos espesores de cera rosa superpuestos entre los dos cristales), la lámina de acrílico se desprende del papel celofán y esta lámina la llevamos al modelo que ya está diseñado y preparado, --tratando de no reducir el espesor de la lámina en ningún sitio al presionarla.

El acrílico va adquiriendo una consistencia --elástica debido a la polimerización. En este momento no debe levantarse la lámina ya que cualquier manipulación en este estado hace perder la adaptación lograda.

Los excesos deben recortarse de inmediato con bisturí, cuidando pasar por los límites diseñados en el modelo (no conviene efectuar el corte contí-

nuo de primera intención porque provoca arrastres y desadaptación) es preferible hacer cortes pequeños y alternados, los que luego se unen con un trazo -- completo.

Una vez polimerizado se retira la base del modelo y se recortan los excesos con piedra para acrílico, guiándose por las marcas del modelo (diseño) y se procede a pulir las superficies externas con piedra pómez.

b) Técnica por goteo.

Esta técnica requiere del siguiente material e instrumental: un lápiz tinta, separador, acrílico - autopolimerizable (polvo y líquido), un gotero, una espátula para cemento de acero inoxidable, piedra para acrílico, polvo de piedra pómez y cepillo para pulir placas.

Para efectuar esta técnica se procede de la siguiente manera:

Primero se pinta con el lápiz sobre el modelo - el diseño (del contorno periférico, la línea de - - unión del paladar duro y paladar blando) teniendo - la precaución de no tocar las piezas anteriores - - existentes por su cara palatina. Inmediatamente se le coloca al modelo el separador a base de colorgar. Después se esparce polvo de acrílico sobre el modelo con la espátula de acero inoxidable, y con el gotero se va goteando el líquido, así hasta darle un espesor parejo del grueso de una hoja de cera rosa. Se deja que polimerice el acrílico y se separa del modelo, se recorta con la piedra y se pule con el polvo de piedra pómez y el cepillo.

Antes de efectuar la relación central para las-

dentaduras inmediatas, debe hacerse un examen minucioso para observar las posibles malas oclusiones, que el paciente presenta debido a la constante pérdida de piezas en los últimos años.

Ya obtenida la placa base en el modelo de trabajo, se construyen los rodillos de mordida, existiendo dos formas de construirlos. Ya sea doblando cera rosa hasta la altura correspondiente y colocándola en el reborde residual en la parte posterior. La segunda forma es haciéndolos con el conformador de rodillos, el cual ya nos da la altura correspondiente (derritiendo cera).

Colocados los rodillos en el modelo de trabajo (rebordo residual) se procede a obtener la relación céntrica ya que no siempre corresponde a la oclusión céntrica. Generalmente la pérdida irregular de los dientes, el aflojamiento de los restantes, el desgaste y la extrusión provocada por la falta de piezas antagonistas, provocan desviación de la mandíbula fuera de su relación central; para producir estabilidad a la prótesis inmediata, es conveniente colocar el maxilar inferior en posición de máxima retrusión.

Cuando la índole del registro exige un aumento en la distancia vertical es conveniente preparar la placa de registro del maxilar al que corresponde el aumento con el rodillo de oclusión extendiendo también sobre la superficie dentada.

Cuando se trate de un paciente que aún presenta las 16 piezas inferiores y únicamente se va a tratar con prótesis inmediata la parte superior, las relaciones se tomarán guiadas por los dientes anteriores y posteriores inferiores.

Si el paciente presenta únicamente dientes anteriores inferiores. se construirán también rodillos en la parte posterior con la altura de los dientes anteriores inferiores.

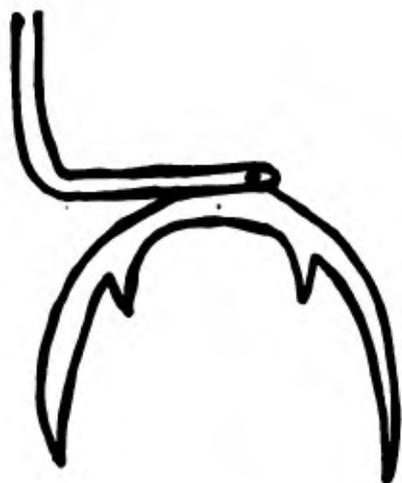
Hechos los rodillos tanto en superior como en inferior, se reblandecen los primeros, colocándolos en la boca del paciente, indicándole que cierre en relación céntrica, se espera que la cera enfríe y después se retira, eliminando excedentes de esta en los rodillos. En caso de que el paciente haya perdido la distancia vertical se procurará al cerrar la boca, que los dientes inferiores no lleguen a chocar con los superiores.

Debe indicarse al paciente que efectúe los movimientos de apertura y cierre para que por medio de fatiga muscular logre que los músculos estén relajados, quedando en posición de descanso, asegurándose que el mismo logre que los cóndilos del maxilar vayan a la posición más posterior, superior y media. Generalmente después que el paciente aprende a llevar el maxilar a la posición de relación céntrica se vuelve a calentar la cera del rodillo superior, llevándolo nuevamente a la boca para verificar dichos movimientos, registrando la posición con unas muecas que se dirigen del rodillo superior al inferior, cruzando el plano oclusal.

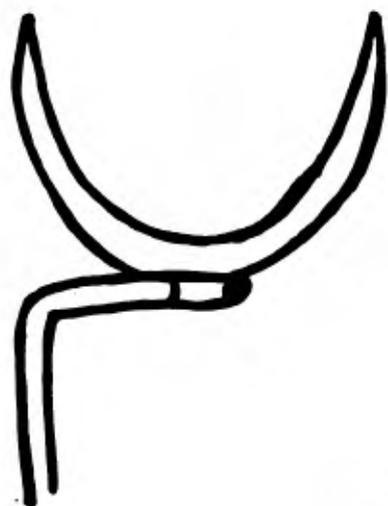
Hecho lo anterior, se prepara una horquilla de arco facial especial para dentaduras inmediatas, cortando las puntas anteriores de una horquilla ordinaria en la que entran en el rodillo correspondiente a la parte anterior, cortando a manera que la horquilla no toque los dientes. (Fig. 4).

Preparada la horquilla, se coloca en la posición bucal del rodillo superior. Se retira antes -

Fig. 4



HORQUILLA PARA PROTESIS
MEDIATA



HORQUILLA PARA
PROTESIS INMEDIATA

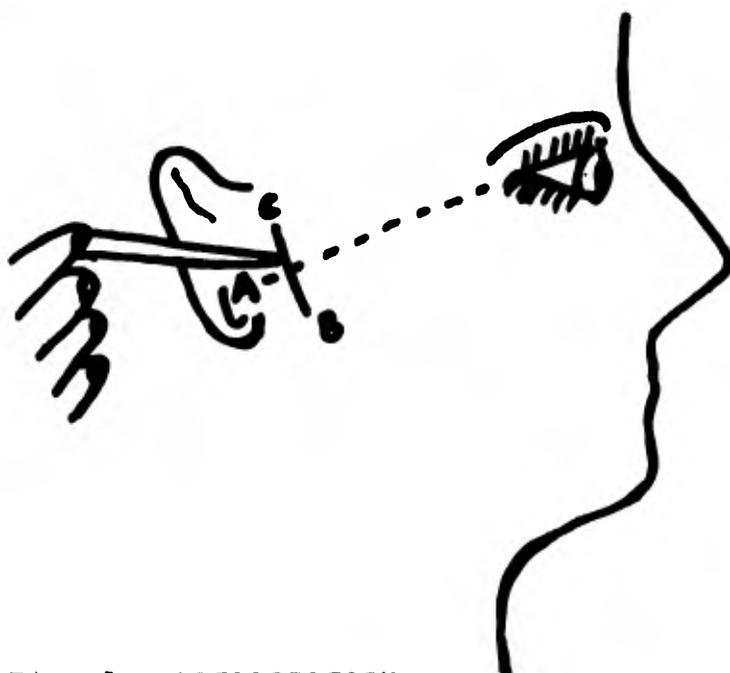


Fig. 5.- LOCALIZACION
DEL EJE CINEMATICO DE ROTACION DE
LA CABEZA DEL CONDILO

de que se enfríe la cera y se inserta varias veces hasta que pueda ser retirada con facilidad de las ranuras hechas en la cera del rodillo. Dichas ranuras deben estar lo bastante profundas con el fin de que se pueda sujetar dicha horquilla en el momento del montaje.

Por otra parte, en el paciente se busca el eje cinemático de rotación de la cabeza del cóndilo, - esto se logra marcando en la cara del paciente la porción superior del tragus al ángulo externo del ojo, con una regla flexible de celuloide. Con la regla todavía en posición se marca una línea en ángulo recto en relación con la línea trazada anteriormente; aproximadamente once milímetros delante del tragus, (Fig. 5). La intersección representará aproximadamente la posición de la cabeza del cóndilo, lo mismo se efectuará del lado opuesto. Esto - se hace dependiendo del tipo de arco facial que se utilice.

En este caso en particular hacemos uso del arco facial y articulador de hanau. (fig. 6).

B) MONTAJE EN EL ARTICULADOR

Obtenido lo anterior, se efectúa el transporte con el arco facial, comprendiendo los siguientes pasos:

- 1.- Se coloca la placa base superior y rodillo con la horquilla, (fig. 7) en posición como se indicó anteriormente, enseguida se coloca la base inferior, se le indica al paciente que cierre la boca sin apretar, con el objeto de sujetar mejor dichas bases.
- 2.- El arco facial se mueve hacia la derecha e izquierda hasta que la lectura corresponda igual en cada barra-

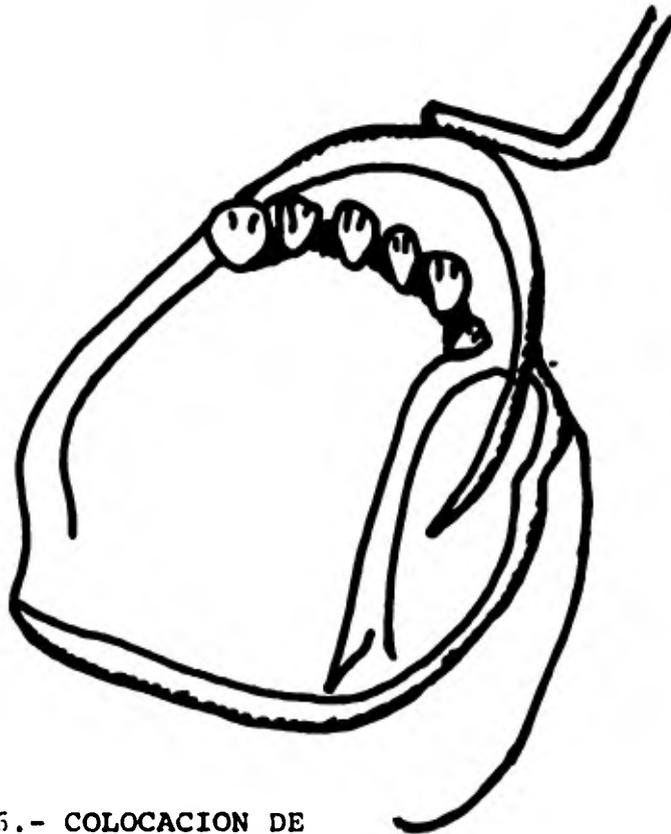


Fig. 6.- COLOCACION DE
LA HORQUILLA EN EL RODILLO

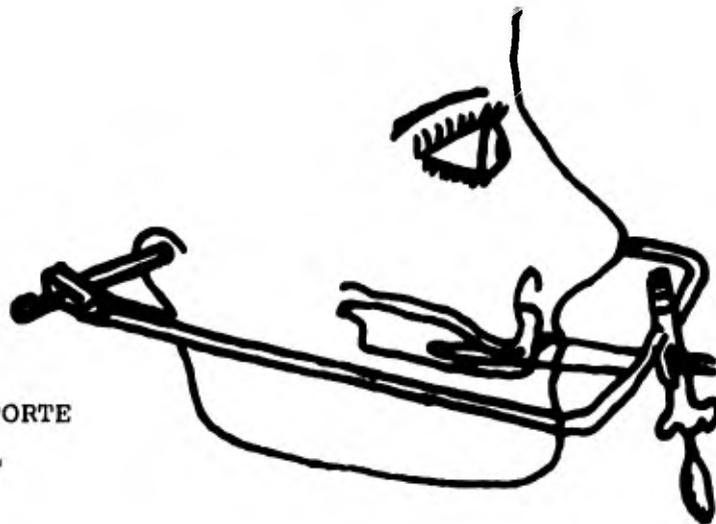


Fig. 7.- TRANSPORTE
CON ARCO FACIAL

condilar.

- 3.- Con el arco facial sostenido firmemente en esta posición se asegura el tornillo que fija la relación de la horquilla y del arco facial en cambio las tuercas de las barras condilares no son fijadas hasta el momento de llevar todo el conjunto al articulador.
- 4.- Las barras condilares se retiran hacia afuera y la base superior es retirada de la boca.
- 5.- Se quita la horquilla, dejándose a un lado el arco facial para el montaje en el articulador.

La horquilla del arco facial se coloca nuevamente en la base superior y se fija en su lugar.

El arco facial se coloca en el articulador con las barras condilares en las terminales de la barra intercondilar del articulador.

El arco facial se mueve hacia la derecha e izquierda, igual que fue efectuado con las barras de registro para obtener las lecturas iguales en cada lado, no importando que las marcas en número coincidan como en el paciente.

A continuación, por medio del tornillo de gato que se encuentra en la parte anterior del articulador, el modelo superior se monta en el articulador y se acomoda hasta que el plano oclusal de cera coincida con la marca central del indicador incisal del articulador.

Una vez orientado el modelo superior en esta posición se bate el yeso y se coloca entre el modelo y el brazo superior del articulador, el cual deberá limpiarse y ponerle un lubricante previamente.

Cuando el yeso ha fraguado, las tuercas de las barras condilares y el cierre anterior se aflojan y es retirado-

el arco facial. Para retirar la horquilla no debe usarse calor para no alterar la superficie, es más recomendable cortar la cera de fijación y desprender la horquilla con cuidado.

El modelo inferior se montará en el articulador haciendo uso de las líneas guías o muescas de ambos rodillos que construimos anteriormente, se examinan los talones artificiales de los modelos antes del montaje para estar seguros que no hay ningún contacto.

Ya que están colocados en su posición correcta, con una espátula caliente se unen los dos modelos procurando de ser posible no tocar las guías.

Se bate el yeso colocándolo entre el modelo inferior y el brazo inferior del articulador previamente envasinado, si se tienen excedentes de yeso deberán quitarse -- tanto del articulador como de los modelos.

Después de haber montado estos, en el articulador por medio del arco facial, se toma el registro de la relación de protrusión y ajuste del articulador. Dicho registro de protrusión nos va a ser de utilidad para marcar los límites de las trayectorias condilares al proyectar el maxilar inferior hacia adelante.

El registro de protrusión se construye de la siguiente manera:

- a) Se cortan cuatro capas de cera en forma de herradura, abarcando los dientes anteriores y los rodillos en la parte posterior. (fig. 8).
- b) La cera se reblandece y se coloca en el articulador, el que se moverá a un cuarto de pulgada en la posición de protrusión con la inclinación condilar de diez a veinte grados, cerrando el articulador en di-

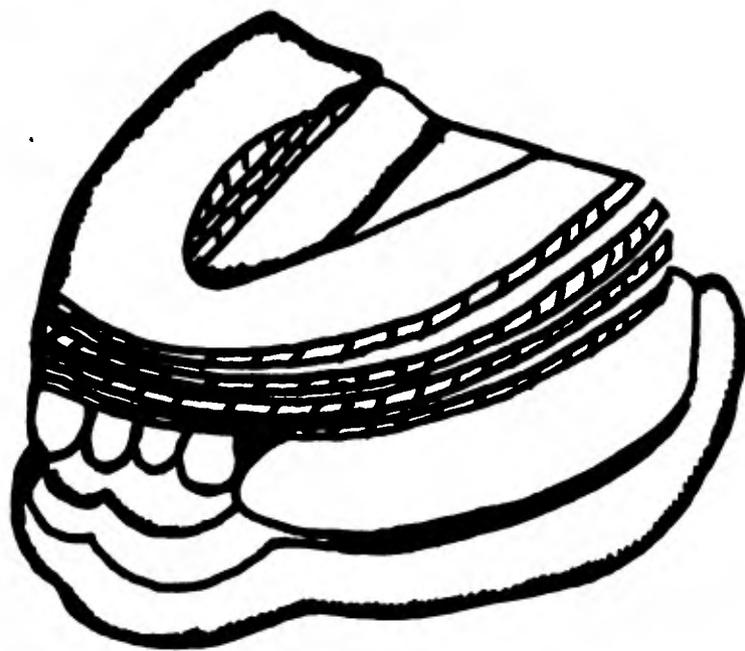


Fig. 8.- REGISTRO DE PROTRUSION

cha cera reblandecida, efectuándose el mismo procedimiento en la boca posteriormente (dicho procedimiento se efectúa primero en el articulador que en la boca, porque es difícil regular la distancia que la mandíbula va a moverse).

- c) Cuando el paciente ha practicado el movimiento protrusivo, la cera se calienta en agua y se coloca en la boca y se le indica al paciente que presione cerrando la en protrusión (la cera debe tener un espesor grueso para evitar que sea perforada).
- d) Enfriada la cera en la boca, se retira y se lleva el articulador, en el cual se aflojan las tuercas de la guía condilar para adaptarla a la posición que adquirió el paciente con la cera.
- e) Si la guía está muy horizontal, los rodillos y los dientes carecerán de contacto en el frente.
- f) Por el contrario, si la guía está muy inclinada los rodillos carecerán de contacto en la parte posterior.
- g) Estos ajustes se colocan de tal forma que la superficie de los rodillos se encuentren en contacto.

Cuando esto se logra, se aflojan las tuercas y se retira el registro de protrusión.

C A P I T U L O S E X T O

SELECCION Y COLOCACION -
DE LOS DIENTES, CORREC--
CION DEL MODELO.

SELECCION Y COLOCACION DE LOS DIENTES, CORRECCION DEL MODELO

A) SELECCION DE LOS DIENTES

La selección de los dientes en prótesis total inmediata, es más fácil que la selección para prótesis total-inmediata, debido a que en este caso, existen dientes remanentes que nos sirven de guías, respecto al tamaño, color y forma.

Para la elección de los dientes nos basamos para su efecto en seis factores principales:

- 1.- Tamaño de la cara.
- 2.- Espacio intermaxilar disponible.
- 3.- Tamaño del arco anterior de canino a canino.
- 4.- Longitud del labio superior y del labio inferior.
- 5.- Relación de tamaño de los arcos superior e inferior.
- 6.- Cantidad de resorción del hueso.

La selección cuidadosa de los dientes respecto al tamaño ahorra trabajo de desgaste y mejora la estética más que ningún otro factor.

Seleccionense los seis superiores y los seis inferiores anteriores, conforme el tamaño relativo de los modelos.

De la gafa de moldes seleccionense por ejemplo el diente más grande si la cara es de las más grandes así en esta forma primero el tamaño, después la forma.

El contorno de los dientes debe armonizar con el con

torno de la cara. El contorno labial puede ser cuadrado, triangular, ovalado y de las combinaciones de estos.

Se entiende que un cierto tipo de piel y pelo, podrá tener varias combinaciones de color de dientes, por lo tanto, el color elegido podrá ser una reproducción del color de los dientes naturales perdidos, combinando satisfactoriamente.

Se tiene que tomar en cuenta también el ancho buco lingual, el ancho total mesio distal, la longitud, la inclinación de las cúspides y el tipo, ya que una prótesis tiene un anclaje diferente del que tienen los dientes naturales.

La característica más destacada en la práctica de la laboratorio, es la colocación de los dientes artificiales del paciente.

Distintos tipos de dientes artificiales.

- 1.- Dientes anatómicos: Son aquellos que han sido diseñados siguiendo la forma de los naturales, los más representativos de estos tipos de molares son los de Trubyte 33°.
- 2.- Dientes funcionales: Desde el punto de vista estético los dientes anteriores tienen la forma más aproximada a los naturales y los molares tienen la forma más conveniente para la masticación sin modificar mucho a la anatomía, entre estos, los más representativos son los de Trubyte 20°.
- 3.- Dientes no Anatómicos: Son aquellos que carecen de la forma anatómica, considerando únicamente su calidad funcional, entre estos mencionamos las formas mecánicas de Trubyte 0°, sin embargo su real calidad funcional aún no es comprobada.

Los dientes artificiales en sus distintas categorías tienen sus propios guías de colores, formas y tamaños, -- por lo tanto al escoger los dientes debemos de tomar en cuenta la raza, sexo, edad, forma de la cara, color de -- piel.

B) COLOCACION DE LOS DIENTES Y CORRECCION DEL MODELO EN-EL LABORATORIO

Antes de colocar los dientes artificiales, es conveniente planear en detalle la intervención quirúrgica que va a efectuarse al paciente, de acuerdo a las necesidades de su boca y poder corregir el modelo de trabajo adecuadamente, para lo cual se realiza en el laboratorio a un mismo tiempo la corrección del modelo y la colocación de los dientes.

En cualquier zona de la boca en donde se aplique la prótesis inmediata, tres son los casos típicos que pueden plantearse y para lo cual requieren distinta preparación del modelo de trabajo.

- a) Extracciones simples.
- b) Extracciones con ligera alveolectomía.
- c) Extracciones con gran alveolectomía y extracciones con alveolectomía y gingivectomía.

Varía también de acuerdo en el tipo de prótesis abierta o cerrada, es decir sin o con encía vestibular.

La prótesis inmediata sin encía vestibular se puede llevar a cabo en aquellos casos que no se prevee la alveolectomía.

DISEÑO DEL BORDE OSEO

La posición del borde alveolar con respecto al gingival es el primer dato importante para corregir el modelo.

Se determina estudiando las radiografías y explorando la profundidad de las bolsas gingivales por medio de una sonda milimétrica (paradontómetro), según la profundidad a la que llega la sonda será marcado en el modelo los puntos que señale el borde óseo.

Cuando el borde libre de la encía es sano la unión entre los puntos vestibulares así marcados, determinará una línea más o menos continua a uno o dos milímetros siguiendo el borde gingival.

Si se trata de un parodonto en el cual se presentan fenómenos de atrofia vertical la línea ósea resultará fracturada siguiendo las irregularidades óseas y la distancia al borde gingival variará de tres a cinco milímetros abajo de dicho borde gingival.

PREPARACION DEL MODELO PARA EXTRACCIONES

Si la prótesis es abierta deberán cortarse los dientes en el modelo y excavar unos tres milímetros o lo que indique la posición del borde óseo, formando un alveolo, de tal manera que en este se introduzca el cuello de cada diente artificial, completándolo posteriormente de acrílico. (fig. 9).

Si dicha prótesis se construye cerrada, es decir con frente vestibular que es la más recomendable, basta cortar el diente al ras del yeso gingival y se irán colocando los dientes artificiales.

PREPARACION DEL MODELO PARA EXTRACCIONES CON LIGERA ALVEOLECTOMIA

Con una fresa de fisura, se corta el diente de yeso-

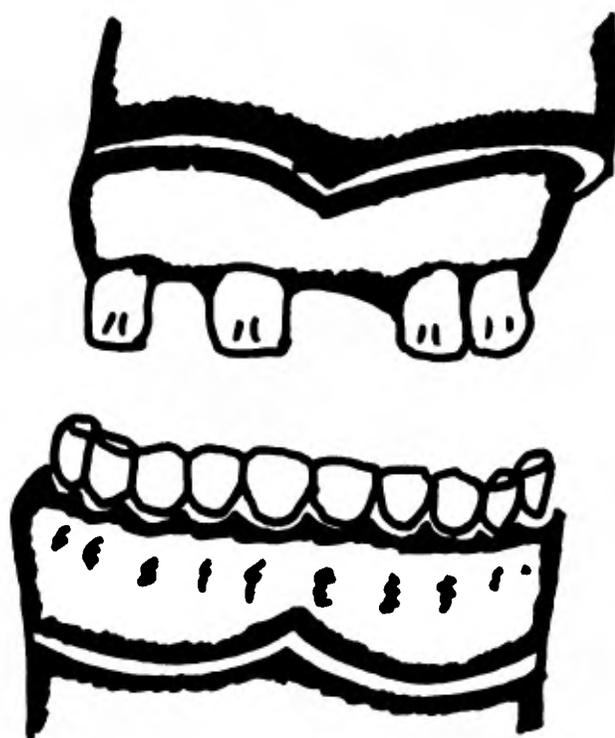


Fig. 9.- PREPARACION DEL MODELO
PARA EXTRACCIONES

por la mitad desde el borde incisal hasta la línea gingival, se empieza por un diente, se rompen las dos mitades hacia adentro para proteger los puntos de contacto de los dientes adyacentes. Se excava la porción de la raíz a una profundidad aproximada de tres milímetros. La excavación en la porción de la raíz sigue cuidadosamente la línea --gingival.

PREPARACION DEL MODELO CON GRAN ALVEOLECTOMIA

No se pueden dar normas para esta intervención; pues to que los distintos casos plantean problemas diferentes. Se debe preparar el modelo como si fuera el operado y -- una base transparente de la cual más adelante se tratará para facilitar el control quirúrgico.

Hay varios procedimientos para la colocación de los dientes anteriores. Se cortan simplemente los dientes del modelo con un cuchillo y se colocan los dientes en la misma forma que el procedimiento para la construcción de dentaduras completas. Algunos prefieren cortar tres de los seis dientes anteriores para hacer una sustitución en forma simétrica con los del lado opuesto. Pero la mayor ventaja en la construcción de dentaduras inmediatas consiste en la conservación de la relación exacta entre los dientes y la cabeza, para mantener el aspecto estético natural para que los dientes adyacentes que se cambian se orienten correctamente, respecto a la posición vertical, inclinación mesio distal, inclinación lingual y grado de rotación.

Las prótesis inmediatas requieren más tiempo y el beneficio que de ellas se obtiene debe estar en relación a la posición de los dientes naturales.

La técnica más adecuada para el cambio de los dientes naturales por los artificiales es la siguiente:

Con una fresa de fisura, se corta el diente de yeso por la mitad desde el borde incisal hasta la línea gingival.

Se empieza por un diente que tenga uno a cada lado - después se rompen las dos mitades hacia adelante para proteger los puntos de contacto. Esos puntos de contacto deben conservarse para dar el ancho exacto del diente que se va a ajustar en el espacio. Se excava la porción de la raíz a una profundidad aproximada de tres milímetros en el borde labial y al ras del borde gingival.

Cuando se colocan los dientes en esta forma la mayor dificultad se produce por no haber cortado suficiente profundidad en el alveolo. La excavación o socavado de la -- porción de la raíz sigue cuidadosamente la línea gingival.

Se coloca el diente en su lugar y se ve el largo y - el contorno, puede necesitar rebajarse en la porción gingival o en el punto de contacto y también en el borde incisal. Se arregla después para la oclusión central con -- los dientes antagonistas.

Cuando el primer diente ha sido recortado para que - ajuste en su alveolo se pulen bien las superficies recortadas a fín de que no queden manchadas y que el paciente le pueda limpiar fácilmente. El pulido se hace con disco o con rueda de trapo y polvo de piedra pómez. Después del pulido se pega fuertemente en su lugar con cera ya que -- posteriormente ha de soportar fuerzas mientras se colocan los demás dientes. (fig. 10).

En seguida se recorta el diente adyacente y se pone el sustituto en la misma forma. Se repite este procedi--- miento substituyendo los dientes naturales por los artificiales que se colocarán en el lugar que les corresponda.

Después de haber substituido dientes naturales por - artificiales, es conveniente poner un poco de yeso sobre-

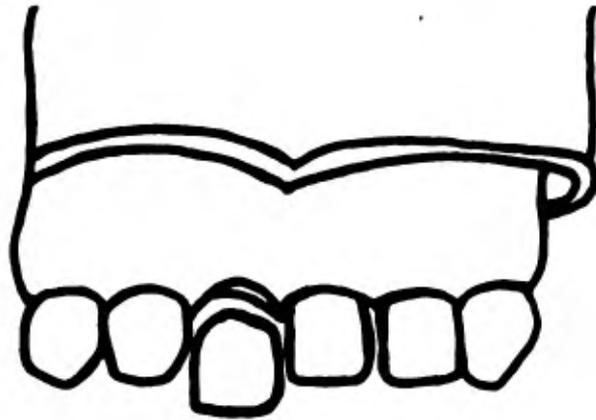


Fig. 10.- CAMBIO DE DIENTES
NATURALES POR ARTIFICIALES



Fig. 11.- GUIA TRANSPARENTE

la cara labial y borde incisal de los dientes anteriores, para que sirva de índice o de guía en el caso de que cualquier diente pierda su posición. Antes de haber concluido en la colocación de las piezas anteriores, se debe comparar con el modelo de estudio para verificar la posición de las piezas dentarias. Inmediatamente se procederá a la colocación de los dientes posteriores.

Cuando un paciente ha perdido las piezas posteriores superiores prematuramente, se reduce considerablemente el espacio entre las apófisis en la región posterior, principalmente del lado izquierdo a fin de mantener líneas favorables de fuerza para la estabilidad de la prótesis superior.

C A P I T U L O S E P T I M O

PROCESO DE ELABORACION EN
EL LABORATORIO

PROCESO DE ELABORACION EN EL LABORATORIO

Parte de la finalidad que se persigue al recortar -- los dientes y dejar los alveolos, es reproducir no solo - la posición de los dientes sino también la plenitud de la encía.

Al quitar posteriormente, en el enfrascado la piedra artificial correspondiente a la cantidad de recorte que - se vaya a hacer en la apófisis, se dejará espacio para el espesor de la dentadura. Para efectuar esta reproducción, se aplica una capa de cera delgada sobre la mitad infe--- rior de la porción labial del modelo, arriba de los dientes y se pega en su lugar a presión.

Si es preciso reducir el espesor en la parte supe--- rior de la periferia se hace cuando el caso esté terminado, porque en prótesis inmediata no puede ser verificada, ya que no hay pruebas.

Se decidió usar resina acrílica para la construcción de esta dentadura, después de encerado el modelo se prepara para el tratamiento en el frasco.

Se coloca una mezcla de yeso en la primera mitad del frasco, y el modelo previamente mojado en agua, se asienta sobre el yeso de manera que el borde artificial esté casi a nivel del borde superior del frasco. Durante el endurecimiento del yeso, este se recorta a una línea entre el - borde del modelo y el borde del frasco. Se cubre la superficie bucal y labial del caso con hoja de estaño, se corta un trozo de hoja de estaño de la forma general del paladar, pero ligeramente más grande.

Se recorta la porción del estaño palatino que se extiende más arriba de las superficies oclusales de los - - dientes.

La cara bucal opuesta y el resto de la superficie labial se cubren de la misma manera. La lámina de estaño colocada en las superficies correspondientes a la zona secundaria de soporte en la parte bucal y vestibular de la prótesis. Se coloca la segunda mitad del frasco en posición sobre la primera mitad y vierte el yeso a un nivel que deje la mitad de los dientes al descubierto. El resto del espacio en la segunda mitad del frasco, se llena con yeso piedra antes de que haya fraguado el yeso colocado anteriormente. Cuando ha fraguado el yeso incluido en las muflas se le lleva al agua en ebullición, durante diez o quince minutos; considerando que la dentadura de cera fue previamente estañada.

Se saca del agua con cuidado, se abre la mufla evitando la fractura del modelo, se lava este con agua hirviendo y un poco de detergente sintético para que nos ayude a disolver y limpiar la cera, se seca perfectamente con aire comprimido.

Ya que se ha desencerado el modelo, se procederá al prensado del acrílico.

Generalmente antes del prensado final, es el momento preciso para construir la gúfa transparente, que sirve al Cirujano Dentista como auxiliar para la inserción de la prótesis, comprobando la cantidad de hueso que debe ser eliminado para que sea posible adaptar quirúrgicamente el maxilar a la prótesis; se prueba la gúfa transparente inmediatamente después de las extracciones, se observarán los tejidos comprimidos al formarse una zona izquémica, que se podrán ver por medio de la transparencia de la gúfa, lo cual nos permite proceder a rebajar el hueso hasta lograr que la prótesis llegue a su sitio. sin lastimar la encía.

CONSTRUCCION DE LA GUIA TRANSPARENTE

Para la construcción, basta tomar una buena impresión del modelo que se encuentra en el frasco previamente desencerado. La impresión se corre en yeso piedra para formar el modelo en el cual se construye la base transparente de resina acrílica (fig. 11). Fraguado el yeso, el modelo se saca colocándolo en la primera parte de otra mufla, adaptando al modelo una capa de cera para bases, posteriormente se estaña el modelo. Se corre la segunda parte del frasco, se cierra y una vez que ha endurecido el yeso, se pone en agua caliente para desencerar, si quedan algunos residuos de cera, se lava con agua caliente y jabón, se coloca cantidad suficiente de resina acrílica transparente, repartiéndola uniformemente, se cierra el frasco haciendo el tratamiento térmico, prensado el frasco se pone a cocer a una temperatura de 140° F. durante dos horas.

Se desenfrasca, quitando rebabas sobrantes con piedras de abrasivo y fresones, para dar terminado a la guía transparente, se usa rueda de trapo y cono de fieltro; para pulir la superficie se usa un cepillo con una sola hilera de cerdas, una rueda de tela y polvo de piedra pómez.

Ya construida la guía transparente se procede al prensado final de la prótesis.

ENFRASCADO

Cuando aún permanece caliente la mufla se aplica con un pincel fino el separador líquido, teniendo cuidado de no tocar los dientes que se aplican contra el reborde, ni los pernos de los dientes anteriores y retenciones de los dientes posteriores.

Se deja enfriar el molde a una temperatura ambiente y se procede a la preparación del acrílico rosa termopolimerizable.

Para obtener una mezcla correcta se prepara en un recipiente de vidrio con fondo cóncavo que facilite retirar la masa acrílica, para revolverlo se utiliza una espátula de acero inoxidable y debe manipularse protegiendo la masa de posibles contaminaciones en el color, lo cual se logra amasando el acrílico sobre un papel de celofán humedecido. Se mezcla durante un minuto y se deja reposar tapando el recipiente para evitar la pérdida de líquido por evaporación, dándole tiempo a que el reblandecimiento sea lo más profundo posible y se efectúe un mejor acomodamiento de las partículas en el momento de empacar y dar a la masa acrílica más dureza.

Cuando la masa ha adquirido la consistencia necesaria; se retira del recipiente con una espátula inoxidable y limpia, se le amasa dándole forma de rollo.

Se coloca la masa acrílica de tal manera que tenga una condensación adecuada y quede encerrada dentro del molde. La porción de acrílico que se encuentra en el molde se cubre con una hoja de celofán humedecido, se ensambla la mufla con la contramufla, se tapa y se lleva a la prensa para cerrarlo con una presión moderada, hasta que quede una luz aproximada de un milímetro entre las dos mitades de la mufla. Si se observa escurrimiento de material en todo su contorno, significa que el modelo ha sido llenado bien. Se abre la mufla, se recorta con cuidado el excedente, volvemos a colocar otra hoja de celofán humedecido interpuesto entre el acrílico y el modelo, ponemos las contras de la mufla y lo llevamos a la prensa, se vuelve a abrir, si aún existen excedentes se eliminan cortándolos.

Colocamos la prensa y la mufla en un recipiente con agua hirviendo aproximadamente durante 45 minutos, tiempo suficiente para el endurecimiento del material.

Se deja enfriar la mufla durante media hora a temperatura ambiente, después se lleva a un recipiente que con tenga agua helada por un tiempo de 15 minutos.

Para el desenmuflado se abre la mufla, se quita la hoja de estaño y el yeso de la superficie de la prótesis y se prepara para el pulido.

Después de terminar de limpiar la prótesis se le dá el toque final puliéndola con polvo de piedra pómez; para obtener un pulido más brillante, se usa una manta con - - blanco de españa.

Por último, se lava con abundante agua y jabón y se enjuaga con agua limpia.

C A P I T U L O O C T A V O

TECNICA QUIRURGICA Y COLO--
CACION DE LA PROTESIS TOTAL
INMEDIATA

TECNICA QUIRURGICA Y COLOCACION DE LA PROTESIS
TOTAL INMEDIATA

Una vez terminado el procedimiento para la construcción de la prótesis inmediata, se puede decir que está lista para su inserción en la boca del paciente, en este momento si es necesario, se somete al paciente a una medicación pre-operatoria la cual tiene como objeto principal suprimir la aprensión, la inhibición del flujo salival y relajamiento muscular.

Para realizar cualquier operación en el organismo es necesario preparar al paciente, es decir, ponerlo en condiciones óptimas para soportar con éxito una intervención, esta preparación previa es la que en cirugía recibe el nombre de pre-operatorio, el cual Arce lo define como apreciación del estado de salud de una persona en vísperas de operarse, con el fin de establecer si la operación puede ser realizada sin peligro, y en el caso contrario, adoptar las medidas conducentes a que ese peligro desaparezca o sea reducido al mínimo.

Las operaciones de cirugía bucal no escapan a estas indicaciones. aunque por tratarse de un paciente con - -afección local, la preparación necesaria será más sencilla que la indicada para una cirugía mayor.

Como medidas generales nos basamos en los resultados de la historia clínica que hemos elaborado con anterioridad, si existen datos anormales estos exigen un tratamiento previo a la intervención.

Podemos clasificar a los pacientes en dos tipos:

- a) Estables.
- b) Inestables.

Es más fácil esperar cooperación por parte de los pacientes que presentan personalidad estable, ya que están-conscientes de la realidad con respecto a las condiciones que presenta su boca, este tipo de pacientes admite que - la prótesis es el tratamiento adecuado, muestra interés y tiene confianza en el Cirujano Dentista.

En cambio, los pacientes inestables son más difíci--les para hacerles notar la necesidad de una prótesis to--tal como tratamiento de elección y por lo tanto, presenta--rán dificultad para que cooperen, ya que son pacientes --muy irritables, siempre están nerviosos, desean que se --les asegure el éxito completo del tratamiento. En este caso, es conveniente la sedación pre-operatoria, que sirve - para aliviar las tensiones emocionales, al mismo tiempo - que se le hace entender la importancia y la necesidad de--su tratamiento para el mantenimiento de un nivel acepta--ble de su estado físico, estético, de fonación y salud.

A) TECNICA QUIRURGICA

Una vez terminada la elaboración de la prótesis to--tal inmediata, ya que está lista para su inserción en la-boca del paciente, se procede a efectuar la técnica qui--rúrgica.

Para tal efecto, el odontólogo debe contar con el --instrumental necesario y la ropa adecuada perfectamente -estéril. Se cubre al paciente con un campo quirúrgico, se esteriliza el campo operatorio con benzal, así como la mucosa bucal, procediendo a introducir profundamente la agu--ja, depositando paulatinamente anestésico conforme se va--profundizando la aguja.

Los seis dientes anteriores se anestesian por infil--tración local usando la menor cantidad posible, en el ca--

so de los premolares superiores se puede bloquear también localmente y el nervio nasopalatino. Debe asegurarse que el paciente se encuentre perfectamente bloqueado después de esperar un tiempo razonable, para que dicho anestésico logre su efecto.

1.- Incisión

Debe ser de un solo trazo, abarcando mucoperiostio, perpendicular a la mucosa incidida tan amplia como sea necesaria, sin ángulos rectos, que permita buena irrigación, la incisión deberá ser contorneante.

2.- Levantamiento de colgajo

Haciendo uso de la legra, se levanta un colgajo mucoperiostio, antes de las extracciones dentarias para quitar algunas de las prominencias del hueso, es necesario quitar una cantidad considerable de hueso debido a la prominencia de la lámina labial, lo cual facilitará las extracciones y reducirá el tratamiento. El colgajo de periostio solo debe llegar hasta la altura del hueso que va a ser quitado, de lo contrario, el periostio ocasiona la formación de tejido cicatrizal a lo largo del borde y la inflamación inmediata con la formación de coágulo. Si esto se evita, el borde de la dentadura descansará en tejido normal con lo cual se logran mejores resultados en cirugía para prótesis inmediata.

El hueso se puede cortar con fresas quirúrgicas, alveolótomo o limas.

3.- Extracciones

Teniendo levantado el colgajo, procedemos a la abul-

ción de las piezas existentes, es conveniente hacer primero la luxación de las piezas con botador recto y el bocado ancho. Posteriormente, se elimina el tejido de granulación existente, tanto en los espacios interdetales como en el fondo de los alveolos, después de haber hecho las extracciones, es el momento indicado para practicar la alveolectomía y gingivectomía, en el caso de ser necesario.

4.- Alveolectomía

Es la eliminación quirúrgica de una porción de la -- apófisis alveolar, limitadas a bordes antiguos de extracciones que se realizaron anteriormente y no se regularizó el borde, provocando con esto una segunda intervención innecesaria en la misma zona para poder regularizar el borde de la encía, protuberancias y socavados excesivos.

Está indicada cuando las apófisis alveolares o los tejidos periféricos impiden la adaptación exacta de la dentadura.

Es necesario cuando las apófisis alveolares se encuentran exageradamente grandes y sobresalientes, en el caso de labio superior corto, en extracciones múltiples, hipertrófica de los tejidos.

Existen tres casos de alveolectomía que son:

- a) Abulsora
- b) Estabilizadora
- c) Correctora o modeladora

La primera facilita las previas y posteriores extracciones u otras intervenciones.

La segunda se realiza en la tabla externa ya que generalmente presenta menos resistencia por ser más -- delgada. Elimina y alisa las crestas óseas.

La tercera modifica la forma de los procesos por razones estéticas y mecánicas.

Las alveolectomías de liberación se realiza cuando -- los cuerpos de eliminación impiden para la adapta--- ción de la prótesis, se hacen con escapelos, fresas, gubias y osteotomos.

La eliminación de crestas y aristas tienen una finalidad rectificadora y estabilizadora, que se realiza una vez hechas las extracciones o recién hechas estas. Las puntas pequeñas agudas se eliminan con lima para hueso.

Se abate el colgajo y se coloca la guía transparente de acrílico que previamente ha estado sumergida en una solución antiséptica, para observar si hay puntos de presión. Si se observan zonas de izquemia a través de la guía, se corta un poco más de hueso en estos puntos altos. Esta prueba se repite hasta que la guía asiente firmemente sin comprimir los tejidos.

5.- Tratamiento de la cavidad ósea

Observando a través de la guía transparente que no -- hay ningún punto alto que impida el perfecto asentamiento de la prótesis, se lava con suero fisiológico tibio, para eliminar las esquirlas óseas o partículas dentarias que hayan caído en los alveolos. Las -- zonas fibrosas deben ser eliminadas, con esto, se -- evitará la irritación del tejido gingival.

6.- Gingivectomía

Consiste en eliminar la mucosa excedente, extendiendo esta o el colgajo sobre la nueva superficie ósea, eliminando el exceso, siendo necesario emparejar las irregularidades principalmente de las papilas que -- han quedado del colgajo. Por regla general, habrá de recortar más el excedente en la parte anterior que -- en la parte posterior, por medio de tijeras especiales para encía, hasta su total afrontamiento de los bordes de la herida.

Hay que recordar que este tejido debe tener longitud suficiente para que debajo de él se forme un coágulo, y que resulte la cresta de la apófisis bien redondeada. Si se estira el colgajo para que cubra el hueso puede resultar una cresta angosta y aguda.

7.- Sutura

Una vez que la base llega a su sitio y que se ha observado que no hay puntos altos, ni obstáculos para impedir que la prótesis llegue a su lugar y provocar fracasos en las prótesis inmediatas, deberá suturarse el colgajo, cuyo objeto será conservar la posición correcta del mismo y corregir los defectos de articulación hasta obtener una oclusión central equilibrada. Conseguido esto, si el aparato es bien retenido, puede quitarse el eyector de saliva y darse -- por terminada la intervención.

El número de puntos de sutura varía según la incisión llevada a cabo; generalmente se practican puntos aislados. Al anudar las suturas debe evitarse -- que los tejidos queden en tensión y que el nudo quede en la línea media, para prevenir que haya infec--

ción en la herida.

B) COLOCACION DE LA PROTESIS TOTAL INMEDIATA

La prótesis inmediata se esteriliza en una solución de cloruro de benzalconio y se coloca en la boca del paciente, indicándole que cierre para observar la oclusión y en caso de que queden puntos de contacto prematuros, - estos se eliminarán hasta que la oclusión sea normal.

Se le recomienda al paciente que no retire su prótesis dentro de las veinticuatro horas siguientes.

C A P I T U L O N O V E N O

CUIDADOS POST-OPERATORIOS
E INDICACIONES AL PACIENTE

CUIDADOS POST-OPERATORIOS E INDICACIONES AL PACIENTE

A) CUIDADOS POST-OPERATORIOS

El Cirujano Dentista se encuentra con que debe asumir las responsabilidades aún después del acto quirúrgico, es decir se prolonga hasta los cuidados post-operatorios. los cuales consisten en dar las indicaciones precisas al paciente portador de prótesis inmediata, culminando cuando se logra un estado satisfactorio, tanto para el paciente como para el Cirujano Dentista.

Generalmente, el post-operatorio es favorable durante el proceso de cicatrización de los tejidos, cuando después de la técnica quirúrgica el paciente lleva a cabo -- las indicaciones exactamente como se las prescriben.

B) INDICACIONES AL PACIENTE

- 1.- Las prótesis no deben quitarse durante las veinticuatro horas siguientes a las extracciones, se le hace la advertencia de que en caso contrario se producirá una inflamación que haga imposible o sumamente dolorosa al colocar nuevamente en su sitio dicha prótesis, llegando incluso en ocasiones a perder la prótesis.
- 2.- Se le recomienda al paciente el empleo de compresas heladas durante cinco minutos cada hora sobre la cara, esto como medida de precaución para evitar hasta donde sea posible la inflamación traumática inmediata; ya que las compresas heladas actúan en la región evitándole que se extravasen mayor cantidad de líquidos tisulares después del acto quirúrgico.

- 3.- Se le prescriben analgésicos, enzimas y antibióticos según lo amerite el caso. La prótesis actúa como férula protegiendo el campo operado, evitando la ruptura del coágulo sanguíneo que con frecuencia se destruye por las secreciones de la boca e irritaciones de la misma.
- 4.- Se le mandará dieta líquida y blanda instruyendo al paciente de que no mastique durante las primeras - - veinticuatro horas debido a que la dentadura no tendrá la estabilidad necesaria, pues la función masticadora no ha sido ajustada, la cual se modificará al perfeccionar la oclusión.
- 5.- Durante las veinticuatro horas siguientes a las extracciones, el paciente deberá volver al consultorio para examinar su boca y ver si los bordes no oprimen y si no hay áreas de presión excesiva en el lugar de las extracciones. No es difícil encontrar los puntos que han sido bastante recortados después de la extracción de los dientes. Estos puntos altos se manifiestan por su color rojo cereza o ulceraciones.

Para tal objeto, se retira la prótesis teniendo la precaución de no causar dolor. Con suero fisiológico se lavan las heridas, la prótesis lo colocamos en solución antiséptica y en ese momento es cuando nos damos cuenta en que parte de la prótesis está causando las ulceraciones, se marca el sitio de estos en la dentadura y se rebaja con piedra hasta que no oprima los tejidos blandos.

- 6.- Se le explica al paciente que hablará con voz gruesa y balbuceante la cual se corregirá leyendo en voz alta, realizando esto constantemente se vencerá dicha dificultad.

- 7.- Algunos pacientes presentan reacción de náuseas en el momento de la instalación de la dentadura inmediata, debido a las alteraciones nerviosas que se solucionan apretando la boca y respirando profundo por la nariz, con movimientos de deglución, la saliva---ción tiende a ser gruesa y viscosa, la cual hay que disminuirle por medio de caramelos y frutas ácidas - ya que fluidifican la saliva.
- 8.- El aseo se hará después de cada alimento y antes de acostarse para lo cual se usará cepillo de cerdas duras y largas, bicarbonato y agua fría (se le recomienda no usar agua caliente).
- 9.- Al igual que los dientes naturales, con frecuencia se formará sarro alrededor de las piezas dentales artificiales, por lo que el Cirujano Dentista deberá - pulir nuevamente las prótesis.

C O N C L U S I O N E S

La prótesis total inmediata es de suma importancia - en la práctica odontológica, ya que ofrece significativas ventajas en beneficio de nuestros pacientes.

Debemos estimar grandemente la colaboración del paciente y poner especial atención a su estado psicológico, para llegar a conocerlo y además darnos cuenta de su estado general. Con los anteriores conocimientos, sobre el paciente, se desarrolla el plan de tratamiento elegido, tipo de material para su realización, estudiando las relaciones maxilo-mandibulares y el montaje en el articulador, para después seleccionar las piezas dentarias.

En este momento, se somete a las técnicas de laboratorio y vigilando que el especialista en esta rama realice debidamente la elaboración y terminado de la prótesis para que una vez lista para la inserción en la boca del paciente, se proceda a la técnica quirúrgica, siguiendo la secuencia de tiempos quirúrgicos ya mencionados, que representa una mejor intervención y facilita el desarrollo de esta, acompañado de un buen empleo de los instrumentos.

Ya que son frecuentes las deformidades, tanto de los tejidos blandos como duros, siendo obstáculos para el correcto desarrollo de la prótesis, como por ejemplo: Crestas alveolares agudas, mucosas blandas o exageradamente - amplias, hiperplásicas o hipertrofiadas, torus palatino, - densidad ósea, etc.

En estos casos, nos valemos de la cirugía correctora, para la perfecta adaptación de la prótesis total inmediata.

La labor del Cirujano Dentista, no termina al colocar la prótesis, ya que habrá necesidad de estar en contacto durante el tratamiento post-operatorio, hasta su total restablecimiento.

Y así el Cirujano Dentista, logra la gran satisfacción de haber conservado en nuestros pacientes, un estado de tranquilidad y confianza, así como su íntimo deseo de seguir su vida en relación.

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

- 1.- DOXTATER LEE WALTER
DENTADURAS COMPLETAS
EDITORIAL UTHEA
BUENOS AIRES, 1940
- 2.- EUGENE W. SKINNER
LA CIENCIA DE LOS MATERIALES DENTALES
EDITORIAL MUNDI 6a. EDICION
BUENOS AIRES
- 3.- GARCIA LOPEZ, HECTOR
MATERIALES DE IMPRESION EMPLEADOS EN PROSTODONCIA-
TOTAL
MEXICO, UNA - 1968
- 4.- GARIBAY CUEVAS
LA IMPORTANCIA DE LA CIRUGIA EN RELACION A LA PROS-
TODONCIA INMEDIATA
MEXICO, UNA - 1974
- 5.- GRANADOS PEON, JOSE
IMPRESIONES EN PROSTODONCIA TOTAL
MEXICO, UNA - 1974
- 6.- HONORATO VILLA Y ACOSTA
ARTICULADORES Y ARTICULACION DE DIENTES ARTIFICIA-
LES EN DENTADURAS COMPLETAS
UNION TIPOGRAFICA
EDITORIAL HISPANO AMERICANA, 1952

- 7.- ITO ARAY, ALEJANDRO
IMPRESION FISIOLÓGICA; TÉCNICA S. KAWAY Y H. VILLA
MEXICO, UNA - 1966
- 8.- ITO ARAY, ALEJANDRO
APUNTES INEDITOS PROSTODONCIA TOTAL III
- 9.- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
EDITORIAL INTERAMERICANA 1a. EDICION
MEXICO, 1960
- 10.- LEVIN, BERNARD
MANUAL CLINICO DE PROTESIS TOTALES
7a. EDICION
- 11.- NEILL, D. J.
PROTESIS COMPLETA; MANUAL CLINICO Y DE LABORATORIO
EDITORIAL MUNDI
BUENOS AIRES, 1968
- 12.- OSAWA DEGUCHI, JOSE
PROSTODONCIA TOTAL
EDITORIAL TEXTOS UNIVERSITARIOS
1a. EDICION, 1973
- 13.- ODONTOLOGIA CLINICA DE NORTE AMERICA
PROTESIS DE DENTADURAS COMPLETAS
EDITORIAL MUNDI
BUENOS AIRES, 1968
- 14.- REBOSSIO ADALBERTO, DAVID
PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE COMO LA PARTE DEL TRATA
MIENTO PARCIALMENTE DESDENTADO
ODONTOLOGIA CLINICA DE NORTE AMERICA
BUENOS AIRES

- 15.- REVISTA CIENTIFICA Y CULTURAL
VOLUMEN I NUMERO 4
ENERO - FEBRERO, 1974
REVISTA ENO
- 16.- RIES CENTENO, C.
CIRUGIA BUCAL I
EL ATENEO, 5a. EDICION
ARGENTINA, 1951
- 17.- RAMIREZ LOPEZ TELLO
PREPARACION QUIRURGICA DE LOS TEJIDOS BUCALES PARA
RECIBIR PROTESIS INMEDIATA
MEXICO, UNA - 1973
- 18.- RIVERA DE LA MORA, HECTOR
PROTESIS INMEDIATA EN CIRUGIA BUCAL
MEXICO, UNA - 1967
- 19.- SCHREINEMAKERS J.
LA LOGICA EN LA PROTESIS COMPLETA
TR. DE C. PERRON
VALENCIA, 1965
- 20.- SAIZAR PEDRO
PROSTODONCIA TOTAL
EDITORIAL MUNDI
BUENOS AIRES, 1972
- 21.- SWENSON MERRIL, G.
DENTADURAS COMPLETAS
EDITORIAL UTHEA, 4a. EDICION
MEXICO, 1969

I N D I C E

	Pag.
Introducción	3
<u>Capítulo Primero.</u>	
Definición y Objetivos de la Prótesis Total - Inmediata.	4
<u>Capítulo Segundo.</u>	
Historia Clínica, Examen General del Paciente, Examen Local y Plán de Tratamiento.	7
<u>Capítulo Tercero.</u>	
Tipos de Prótesis Inmediata, Ventajas y Des-- ventajas, Indicaciones y Contraindicaciones.	35
<u>Capítulo Cuarto.</u>	
Toma de Impresiones.	43
<u>Capítulo Quinto.</u>	
Relaciones Maxilo-Mandibulares y Montaje en - el Articulador.	52
<u>Capítulo Sexto.</u>	
Selección y Colocación de los Dientes, Correc-- ción del Modelo.	64
<u>Capítulo Séptimo.</u>	
Proceso de Elaboración en el Laboratorio.	72
<u>Capítulo Octavo.</u>	
Técnica Quirúrgica y Colocación de la Próte-- sis Total Inmediata.	78

	Pag.
<u>Capítulo Noveno.</u>	
Cuidados Post-Operatorios e Indicaciones - al Paciente.	86
Conclusiones.	90
Bibliografía.	92