





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## CONTENIDO

	Pág.
Introducción	1

### CAPITULO I

Generalidades	2
Concepto	3
Definición	3

### CAPITULO II

Historia Clínica	4
Examen Clínico	7
Exámenes de Laboratorio	9
Examen Radiográfico	11
Diagnóstico	12
Pronóstico	13
Plan de Tratamiento	13

### CAPITULO III

Ventajas	15
Desventajas	15
Indicaciones	16
Contraindicaciones	16

## C A P I T U L O   I V

## REGISTROS PREVIOS, PARA CONSERVAR LA PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA:

Modelos de Estudio	17
Altura Facial Morfológica	17
Color	17
Impresión Frontal	18
Impresiones para colocar Dientes (Naturales)	18
Perfiles	18
Fotografías	19

## C A P I T U L O   V

## CLASIFICACION DE LA PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA:

Férula Momentánea o Transitoria	20
Prostodoncia Completa sin Flanco Vestibular	20
Prostodoncia Completa	21

## C A P I T U L O   V I

## PROCEDIMIENTOS DE LA ELABORACION DE LA PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA:

Impresiones y Modelos Primarios	22
Portaimpresiones Individuales	25
Impresiones Finales	29
Vaciado de Yeso en los Modelos	30

	Pág.
Selección de Dientes	30

## CAPITULO VII

### PREPARACION QUIRURGICA DEL MODELO:

Diseño del Borde Oseo	32
Preparación para Extracciones Simples	32
Extracciones con Ligera Regularización del Borde Alveolar	33
Extracciones con Alveolectomía Modeladora	33
Reproducción de los Dientes Naturales	33

## CAPITULO VIII

### REGISTRO DE LAS RELACIONES INTERMAXILARES:

Placa Base	37
Dimensión Vertical	39
Montaje en el Articulador	40
Elaboración de la Placa Base en el Modelo	42

## CAPITULO IX

### PREPARACION QUIRURGICA EN LA BOCA:

Preparación del Paciente	43
Complementación Radiográfica	43
Preparación para una Cirugía Aséptica	43

	Pág.
Instrumentos	43
Extracción de los Dientes	44
Recorte de los Tejidos	44
Complicaciones Quirúrgicas	45
Instrucciones Postoperatorias y Medicación	47
Complicaciones Postoperatorias	48

## C A P I T U L O X

Colocación de la P.T.I.	50
Instrucciones Posteriores a la Colocación	50
Instrucciones de Higiene Bucal	51
Ajustes para Eliminar Molestias	51
Evaluación de la Cicatrización y Retiro de las Suturas	52
Rebasado de la P.T.I., para Mejorar la Retención y la Estabilidad	52
Bibliografía	53

## INTRODUCCION

La prostodoncia total se ha considerado como la etapa final del tratamiento odontológico. Si bien se han obtenido resultados satisfactorios con este tratamiento, el paciente ha tenido que soportar la difícil etapa de la edentación, lo cual produce diversos cambios en el individuo, que van desde la atrofia muscular hasta los problemas psicológicos, tomando como base que, para el paciente, es muy importante su apariencia física.

Con el propósito de solventar algunos de estos problemas, surgió la prostodoncia Total Inmediata a fines del siglo pasado. Este tratamiento proporciona grandes ventajas al paciente, al mismo tiempo que le permite desarrollar sus actividades sociales con toda normalidad.

Hablaremos de este tratamiento y trataremos de explicar su desarrollo desde la historia clínica, hasta las citas posteriores a la colocación de la prostodoncia.

Debido a los éxitos que ha alcanzado la Prostodoncia Total Inmediata, cada día son más frecuentes los pacientes que reclaman este servicio, cuando por algún motivo van a perder sus dientes. Por esta razón, el cirujano dentista debe estar familiarizado con el tratamiento y deberá saber en que casos puede llevarse a efecto con buenas posibilidades de éxito.

La obtención de buenos logros o de fracaso de este tratamiento, depende de la elaboración de un buen diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento adecuado.

Cuando el tratamiento indicado sea la Prostodoncia Total Inmediata, el paciente no sentirá demasiado temor a perder sus dientes, sabiendo que le serán restituidos inmediatamente, y de esta manera evitar, cuando se trate de pacientes jóvenes, la tendencia común, de asociar la edentación con la vejez. Así, la Odontología es capaz de proporcionar al paciente, un tratamiento que le produzca bienestar en esta nueva etapa de su vida.

## CAPITULO I

### GENERALIDADES.

Se puede decir, que la prostodoncia total inmediata se realiza en el año de 1920, como consecuencia de las extracciones masivas, - que dan como resultado una infección focal, pero con el progreso de la anestesia y la radiología, es que la prostodoncia total inmediata, hizo un gran adelanto, conjuntamente con la cirugía bucal.

Con el paso del tiempo, la influencia que iba teniendo la --prostodoncia total inmediata, fue marcando la pauta y la manera de como debe o puede practicarse.

Según Passamonti: (1964). Las prostodoncias inmediatas han ocasionado más quejas en el público, que ningún otro tipo de prostodoncias. Las quejas se refieren a los resultados estéticos e insatisfactorios, y a una función deficiente.

Klein: (1960). Para él, los fracasos se deben a un diagnóstico defectuoso o a un plan de tratamiento equivocado.

Leather: (1960). Los Odontólogos la encaran con mucho disgusto.

Hay que tener en cuenta, que también hay contradicciones como veremos en otras expresiones.

Castro y Saizar: (1968). Dicen que cada día, es más frecuente el paciente informado, y el odontólogo debe estar preparado para prestar este servicio que será muy bien recibido y resultará una fuente de satisfacción para el profesional.

Gietz: (1938). El nos refiere: "Pocas cosas he encontrado en mi práctica, que cuenten con tan decidido auspicio, por parte del paciente".

Debemos de tener en cuenta, que las malas experiencias citadas, se deben al mal enfoque del problema por odontólogos que incurren en excesivo optimismo.

La prostodoncia total inmediata, no es una alternativa frente a la odontología conservadora; no autoriza la extracción de dientes, cuya conservación satisfactoria es aun posible, no garantiza contra los fenómenos iatrogénicos que puedan sobrevenir.

Es un servicio profesional que requiere más conocimientos, habilidad y criterio, que la prostodoncia regular.

#### CONCEPTO.

Los factores que se hayan implicados en la eliminación y reemplazo de los dientes naturales por una prostodoncia total inmediata. Teniendo en cuenta la edad del paciente, el número de dientes, factores biológicos y psicológicos que han de considerarse, antes de aprobar un tratamiento. Advirtiéndole, que ningún tratamiento puede ser igual para todos los pacientes.

#### DEFINICION.

La prostodoncia total inmediata, se puede definir como la prostodoncia dental construída para sustituir la dentición perdida y las estructuras asociadas del maxilar y de la mandíbula. Adaptándola, después de la eliminación de uno, hasta 32 dientes, y pudiendo estar afectada una o ambas arcadas.

## C A P I T U L O   I I

### HISTORIA CLINICA.- EXAMEN CLINICO.

Una negligencia que ocurre a menudo con el paciente dental, es la falta de una adecuada evaluación, que sólo se adquiere mediante la elaboración de una correcta historia clínica.

Siendo la cavidad bucal el asiento de múltiples manifestaciones patológicas, que denotan las alteraciones de nuestra economía.

Debe ser ésta un estudio ordenado y sistemático, siguiendo un orden rutinario para que se supriman los problemas iniciales y se cree un hábito que facilite la recopilación de datos para el diagnóstico.

A continuación se mencionarán algunos de los datos necesarios, para realizar el interrogatorio.

### HISTORIA CLINICA.

#### 1.- Datos Generales:

Nombre, Edad, Dirección, Teléfono, Ocupación, Estado civil, Sexo, Origen, Fecha, Nivel socio-económico.

#### 2.- Antecedentes Odontológicos.

Parte importante en la historia clínica. Frecuentemente proporcionan una explicación más fiel del estado real del paciente, que el mismo padecimiento.

#### 3.- Antecedentes Familiares Hereditarios.

Los padecimientos que más interesan son aquellos que tienen un carácter hereditario bien demostrado, o los que traducen una tendencia familiar definida, a cierto tipo de patología:

Diabetes Mellitus, Enfermedades Sanguíneas (Hemofilia), Neoplasias, Enfermedades Infecciosas Transmisibles (T.B.), Insania Mental, etc.

#### 4.- Antecedentes Personales Patológicos.

Consiste en preguntar al paciente que enfermedades ha padecido durante la infancia (Paperas, Viruela, Saramplón, Escarlatina, Tosferina, Otras). También se le pregunta si ha sido hospitalizado alguna vez y por qué razón o motivo, preguntamos si ha recibido transfusiones de sangre y si es alérgico a algún alimento, medicamento o vestimenta.

#### 5.- Antecedentes Personales No Patológicos.

Se refiere a la higiene personal, tipo de casa habitación, - cuántas personas viven, tipo de trabajo, alimentación, tipo de ejercicio, descanso, hábitos como alcoholismo o tabaquismo, cantidad.

#### 6.- Padecimiento Actual.

En caso que exista una enfermedad en evolución (Cardiopatía, Infección). Durante el tratamiento dental, obtenemos un pequeño resumen que incluya tratamiento, y tratamiento prescrito.

#### 7.- Interrogatorio Por Aparatos y Sistemas.

##### a) Aparato Digestivo.

Vamos a preguntar al paciente, si hay pérdida brusca de peso en los últimos 6 meses, si hay úlceras gástricas o duodenales activas o que hayan sido, si hay diarreas frecuentes o estreñimiento, hepatitis, ictericia, colitis, gases excesivos, agruras.

##### b) Aparato Respiratorio.

Preguntamos al paciente, si padece de resfriados frecuentes, respira con dificultad, si tiene asma, fiebre de heno, sinusitis o dolores frecuentes de garganta, si padece de tuberculosis.

c) Aparato Cardiovascular.

Incluye los siguientes datos: Disnea, Dolor precordial, Palpitación, Cianosis, Epistaxis, Vértigo Cefalea. .

d) Aparato Génito Urinario.

Algunos de los datos son: Menstruación normal, Piuria, Hematuria, Diuresis normal.

Los trastornos menstruales, originan con mucha frecuencia, - diversos estados psicológicos (ansiedad, tensión), que provocan estados de stress con manifestaciones parodontales.

e) Sistema Endócrino.

Poliuria, Polidipsia, Polifagia; Datos de Hipertiroidismo: - Diarrea, Temblor digital, Intolerancia al calor; Datos de Hiperparatiroidismo: Contracciones Espasmódicas. Hiperexcitabilidad muscular, -- Etc. Existen varios casos de hiperparatiroidismo, citados en la literatura médica, que fueron diagnosticados durante un examen dental, al observarse principalmente la reabsorción ósea de la lámina dura, propia de este padecimiento.

f) Sistema Hematopoyético.

Anemia, Astenia, Palidez, Epistaxis, Gingivorrrasis, Hemorragias Prolongadas. Estos datos nos permiten identificar Anemias y Hemorragias. Enfermedades Hemorrágicas, que son las que más nos interesan, para tenerlas presentes al momento de hacer las extracciones necesarias.

g) Sistema Nervioso.

Estas preguntas no constituyen un interrogatorio completo -- del sistema nervioso, pero abarcan los trastornos característicos de -- las lesiones a nivel periférico.

Cefaleas frecuentes, regiones afectadas, sentidos normales, disminución de la memoria, trastornos de la coordinación, etc.

#### h) Estudio Psicológico.

Este renglón ofrece algunas dificultades, especialmente cuando el tiempo disponible es limitado, por lo tanto, es preferible preguntar directamente, si existen conflictos familiares, matrimoniales, ocupacionales, económicos o ambientales, y completar la impresión con una apreciación subjetiva de la conducta del paciente.

#### EXAMEN CLINICO.

El odontólogo, debe acostumbrarse a llevar a cabo el examen dental completo y metódico, no se debe limitar exclusivamente a la observación de la existencia de caries, sino de la apreciación de todos los tejidos bucales y juzgar convenientemente lo que ve, interpretando correctamente los datos y relacionando todos los signos y síntomas en función del órgano.

Tomando en cuenta el autodiagnóstico del paciente y valorándolo con sentido crítico, la secuencia del examen comprende: Examen Extra Oral, Examen Intra Oral, Examen Parodontal.

#### EXAMEN EXTRA ORAL.

- a) Cabeza: Morfología, Movimientos, Postura.
- b) Cara: Simetría, Color de la piel, Tono muscular, Características de fisonomía.
- c) Cuello: Simetría, Palpación de glándulas tiroides, Palpación de nódulos linfáticos.
- d) Articulación Temporo Mandibular:  
Desviación durante la apertura, Deslizamiento del cóndilo, Simetría y Movimientos, Sensibilidad y Chasquido, Otros.

#### EXAMEN INTRA ORAL.

- a) Labios: Tamaño, Color, Palpación, Borde del Bermellón, Comisuras Labiales.
- b) Mucosa Yugal: Consistencia, Color, Papila de Stenon, -- Frenillos Labiales y Frenillos Bucales.
- c) Paladar Duro: Forma, Anchura, Altura, Color, Palpación.
- d) Paladar Blando: Forma, Altura, Color, Palpación.
- e) Uvula: Tamaño, Color.
- f) Amígdalas: Tamaño, Color.
- g) Pared Posterior de la Faringe.
- h) Lengua: Tamaño, Color, Palpación, Superficie dorsal, -- Papilas filiformes, Papilas fungiformes, Papi-- las foliadas, Papilas Calsiformes, Superficie - ventral, Borde de 1a lengua.
- i) Saliva: Cantidad, Consistencia.
- j) Piso de la Boca: Color, Palpación, Papila de Warton, -- Frenillo Lingual, Glándulas Salivales Submaxilar, Glándulas Salivales Sublingual.

#### EXAMEN PARODONTAL.

ENCIA: Color, Textura, Tono, Encía Marginal, Encía Adherida;

- a) Papila Interdentaria: 1) rescesivo, 2) normal, 3) erupción pasiva o retardada, 4) hipertrófía, 5) hiperplasia, 6) gingivititis, 7) lesiones.
- b) Surco Gingival: 1) sangrado, 2) supuración.
- c) Periodonto : 1) profundidad y contorno.  
2) bolsas parodontales.  
3) periodontitis.

## EXAMENES DE LABORATORIO.

La prostodoncia total inmediata, involucra procedimientos quirúrgicos. Por esta razón y en cualquier cirugía que se realice, es -- conveniente someter al paciente a algunos exámenes de laboratorio, para asegurarnos de que la intervención no implica ningún riesgo para -- nuestro paciente y un problema serio para el dentista.

Algunos de los exámenes de laboratorio que vamos a utilizar en este tratamiento, son los siguientes:

a) Tiempo de coagulación: Se trata de determinar el tiempo que tarda la sangre en coagularse fuera del cuerpo, en ausencia de tejido orgánico. Esta prueba es muy importante para diagnosticar las diate-- sis hemorrágicas. Los valores normales fluctúan entre tres y ocho minutos.

b) Tiempo de protombina: Es una prueba similar a la del tiempo de coagulación, pero añadiendo a la sangre algunas sustancias. Esta prueba es de importancia, por que así obtenemos una guía de la coagula-- bilidad de la sangre en el interior vascular, y es imprescindible du-- rante los tratamientos con anticoagulantes, para prevención de trombo-- sis. Se consideran valores normales de los 12 a 14 segundos.

c) Tiempo de sangrado: Se trata de determinar el tiempo que tar-- da la sangre en dejar de brotar espontáneamente, después de una herida en la piel, lo que en condiciones normales, requiere de dos a seis minutos. Esta prueba también proporciona cierta medida de la integridad vascular, para taponar los capilares seccionados. Guarda buena rela-- ción con los valores de protombina en sangre.

d) Biometría hemática: Incluye el recuento de glóbulos rojos y glóbulos blancos.

Eritrocitos.- Este examen incluye determinación del número, tamaño, forma y calidad de las células. Las indicaciones para reali-- zar este examen, suelen basarse en la presencia de síntomas generaliza-- dos y a menudo vagos de fatiga, disnea, cefalalgia, vahídos, palidez o

glositis. Estos síntomas pueden sugerir anemia. El recuento de eritrocitos en el hombre adulto, fluctúa de 4 a 5.4 millones por milímetro cúbico, y en la mujer adulta, cifras algo menores.

Los valores de hematocrito en la mujer adulta normal, son de 38 a 46 por 100, y en el hombre adulto, de 41 a 50 por 100 de glóbulos rojos.

Los valores normales de hemoglobina, varían de 12 a 16 g. -- por 10 ml. de sangre en la mujer adulta normal, y de 14 a 18 g. por 100 en el hombre.

Glóbulos blancos.- El número normal de leucocitos circulantes, pueden variar con la edad, sexo y estado fisiológico del paciente. La fluctuación normal de los glóbulos blancos en el paciente adulto normal, es de 5 a 10,000 por mm. cúbico. Se registra aumento en el número de leucocitos circulantes, durante la actividad muscular intensa, después de las comidas, por exposición a temperaturas extremas, administración de adrenalina, y durante el embarazo y trabajo de parto.

Las variaciones en el número relativo de los leucocitos circulantes, reflejan la respuesta metabólica general a la infección y a otros procesos morbosos y pueden proporcionar datos importantes respecto a la respuesta del organismo a estos padecimientos, los valores normales del recuento diferencial son los siguientes: Neutrófilos en banda de 2 a 6%, Neutrófilos segmentados 50 a 70%, Linfocitos 20 a 40%, Monocitos 2 a 8%, Eosinófilos 1 a 3%, Basófilos 0 a 1%.

e) Índice de Glucemia: Esta prueba nos proporciona una medida exacta de respuesta del páncreas a dosis conocidas de glucosa bucal o intravenosa. En condiciones controladas, se administran durante tres días por vía bucal, dietas preparatorias a base de carbohidratos. Después se prescriben cantidades específicas de glucosa, por vía bucal o intravenosa y se mide la glucemia con intervalos de 3 horas. En el sujeto normal, la determinación de la glucemia al cabo de una hora, muestra concentraciones inferiores a 160 mg. de glucosa por 100 ml. A las

dos horas , los valores normales, serán inferiores a 120 mg. por 100 - ml. En el diabético, en la muestra de una hora, la concentración de - la glucosa sanguínea, es superior a 180 mg. por 100 ml.

f) Determinación de la Urea: Es un análisis químico cuantitati- vo. Es un valor cuyo aumento indica siempre una alteración del medio interno, por ejemplo, una insuficiencia renal. Los valores normales - son entre 20 6 40 mg. por 100 centímetros cúbicos de sangre.

g) Determinación del Colesterol: Es un análisis químico cuanti- tativo. Es un valor al que debemos dar gran importancia por su rela- ción con la arteriosclerosis. Sus valores normales son de 150 a 250 mg. por 100 centímetros cúbicos de sangre.

#### EXAMEN RADIOGRAFICO.

El estudio radiográfico, es importante en el tratamiento de Prostodencia Total Inmediata, también ayuda a obtener un buen diagnós- tico y una buena historia clínica; pero de ningún modo, sustituye una buena exploración clínica.

Después de realizar una buena historia clínica, el siguiente paso es realizar una exploración radiográfica en las zonas correspon- dientes.

Este estudio se compone de 14 radiografías, más 2 ó 3 radio- grafías interproximales y 2 oclusales.

El cirujano dentista debe conocer el estado de los tejidos, tanto debajo de la mucosa, como en las superficies visibles. Las ra- diografías, nos pueden revelar anomalías en las piezas dentales como - raíces retentivas, quistes residuales, dientes residuales, dientes in- cluídos, etc.; además de objetos extraños y profundidad de las bolsas parodontales, muestran la cantidad de hueso perdido alrededor de los - dientes remanentes y en las regiones desdentadas, también señalan el - espesor de la submucosa que recubre el hueso en las zonas desdentadas,

incluso, podemos observar la ubicación del foramen mentoneano, con respecto del apoyo basal de la prostodoncia.

Nos pueden proporcionar una idea respecto a la calidad del hueso de soporte de los dientes y que la dentadura soportará; aunque no suelen ser muy exactas, debido a las diferentes técnicas empleadas.

Cuando apreciamos que el hueso aparenta ser más denso, la probabilidad de una alteración, va a ser menor al colocar la dentadura.

#### DIAGNOSTICO.

Consiste en hacer una evaluación correcta y detallada de cada una de las fases o etapas antes mencionadas y de esta forma dar un fallo, sobre las condiciones que observamos en el paciente.

Así podremos contemplar la posibilidad de emplear una prostodoncia total inmediata

Para seguir cualquier procedimiento de diagnóstico, debemos de tomar en cuenta los siguientes factores:

a) No podrá ser el mismo procedimiento de diagnóstico para el paciente parcialmente dentado, que para el paciente dentado. En ambos casos el procedimiento debe ser minucioso y cabal, incluyendo la evaluación de los estados tanto normales, como patológicos, así como las entidades anatómicas, fisiológicas y psicológicas.

b) Debemos tomar el tratamiento como factor importante, por ser el que depende de la disponibilidad del paciente; del tiempo exigido tanto del odontólogo, como del paciente y del costo total del mismo.

c) El diagnóstico, presenta un proceso continuo que evoluciona durante todo el tratamiento, el paciente que conoce y comprende el procedimiento, no criticará al odontólogo, si por razones científicas éste modifica el plan de tratamiento.

d) Durante la evaluación del diagnóstico, el odontólogo debe de

explicar al paciente, cuales son sus obligaciones y necesidades en el tratamiento; este punto no debemos tomarlo a la ligera y descuidarlo, es el odontólogo quien tiene la obligación de educar a su paciente en este sentido.

#### PRONOSTICO.

Pocos estudios señalan contraindicaciones para el tratamiento de Prostodoncia Total Inmediata; la mayor parte de los odontólogos, consideran este tratamiento como indicado para todo el mundo, con excepción de personas que no puedan acudir al consultorio o que no puedan pagar este tratamiento. Esto no quiere decir que todos los pacientes, que serán sometidos a extracciones de los dientes que les queden, tendrán un pronóstico favorable, tampoco quiere decir que se deba negar este tratamiento a pacientes que presenten un pronóstico desfavorable.

En estos casos, se puede modificar el plan de tratamiento, pero el odontólogo tiene la obligación de informar al paciente de estos cambios. No es prudente retener parte de la información, ya que sólo mediante un conocimiento real de todos los hechos, el paciente podrá entender y aceptar su responsabilidad y obligación a lo largo del tratamiento.

#### 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 prótesis.

Presentándose los casos tan diferentes, cada uno debe ser pensado en sus distintos aspectos. Entre otros puntos, se debe resolver, para una prótesis monomaxilar; si se conservará la altura morfológica actual o alterada, si se conservará el aspecto dentario o no, si

se articulará con oclusión o en relación céntrica, si corresponden intervenciones quirúrgicas sucesivas o sólo una, si se utilizarán prótesis aditivas o no, si conviene la prótesis previa o posterior a las extracciones finales, con flanco vestibular o no, con alveolectomía prevista o no, duplicada o no.

El estado general es esencialmente de tal importancia, que puede contraindicar esta experiencia o aconsejar las formas transicionales menos violentas, como prótesis parcial aditiva o férulas quirúrgicas.

La posibilidad de ejecución no podemos pasarla por alto. Si en prostodoncia total regular excepcionalmente es problema, en prótesis inmediata, la dificultad de trabajo no es excepcional por dos motivos: la presencia de dientes largos y la necesidad de cubetas suficientemente grandes.

Cuando la toma de impresiones correctas se transforma en problema que excede la posibilidad técnica, es menester arbitrar soluciones que a veces están en las prótesis aditivas y alguna vez, en tomarlas después de las extracciones.

El estado del hueso es un factor importante para la indicación del trabajo y para el pronóstico. Frecuentemente, se cree que si, los dientes se pierden por problemas parodontales,

## CAPITULO III

### VENTAJAS.

Las ventajas de la prostodoncia total inmediata, superan las desventajas. Algunas de las ventajas comprobadas son:

1.- La dentadura actúa como vendaje o férula que ayuda a detener la hemorragia, protege contra las lesiones provocadas por los alimentos, líquidos bucales, acción de la lengua o dientes presentes en la arcada opuesta.

2.- La ferulización no sólo protege la herida, sino también el coágulo sanguíneo, lo cual permite una cicatrización más rápida.

3.- Los pacientes parecen recuperar más rápidamente las funciones del habla, deglución, masticación y respiración que cuando permanecen edéntulos un período muy corto de tiempo.

4.- Los pacientes se oponen menos a las extracciones de dientes enfermos, cuando saben que éstos serán substituídos inmediatamente.

5.- Para evitar el colapso labial y el hundimiento de la mejilla, impide el ensanchamiento lingual y evita problemas en la A.T.M.

6.- Desde el punto de vista psicológico, hay dos ventajas importantes: en primer lugar, casi siempre un enfermo que tuvo dentaduras completas inmediatas, será después un portador asiduo de dentaduras inmediatas; y en segundo, los enfermos no tienen que presentarse ante su familia y amigos en un estado edéntulo, y por lo tanto, podrán realizar sus actividades sociales y profesionales sin apuros.

7.- Para algunas personas, es una necesidad económica poder continuar su trabajo con una interrupción lo más corta posible.

### DESVENTAJAS.

1.- Ante la edentación futura y su eventual remplazo por la P.T.I.,

entran en juego factores de estado general como: utilidad, ventajas y posibilidad.

2.- Esta técnica exige precisión y diagnósticos exactos.

3.- Estos casos deben estar muy bien seleccionados; las intervenciones quirúrgicas, siendo un grupo de dientes, se hacen más traumáticas, exigiendo habilidad y dominio.

4.- La P.T.I., se encarece por su menor duración y por la necesidad de rebasados, reajustes o por requerirse nueva prostodoncia. Por fallas técnicas, que pueden ser clínicas o de laboratorio, que sólo se detectan después de la intervención quirúrgica.

#### INDICACIONES.

1.- Que el paciente esté de acuerdo con este tipo de servicio y esté dispuesto a aceptarlo, con todas sus ventajas y desventajas.

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

3.- Que el estado de la boca y dientes, admitan la espera requerida para el trabajo preparatorio.

#### CONTRAINDICACIONES.

1.- En pacientes que presenten diabetes, enfermedades venéreas, algunas formas tuberculosas, epilépticos, histéricos y en pacientes que presenten trastornos orales.

2.- En pacientes que presenten un estado de salud dudoso.

3.- En pacientes que presenten piezas con movilidad, grandes alveolotomías o intervenciones quirúrgicas, en donde se prefiere preparar la P.T.I. después de las extracciones.

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

REGISTROS PREVIOS, PARA CONSERVAR LA PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA:

### MODELOS DE ESTUDIO.

Estos modelos pueden utilizarse como parte de registros previos a la extracción, si es que se quiere llegar a una decisión acertada. Por este motivo, es necesario contar con ellos antes de llegar al fallo definitivo, respecto de las extracciones de los dientes. La impresión para los modelos de estudio, se puede tomar con portaimpresiones comerciales y alginato.

Cuando hay dientes en las dos arcadas, los modelos que se obtienen de esas impresiones, se montarán en un articulador.

Si no existe un desgaste muy marcado de los dientes posteriores, se puede registrar la dimensión vertical de la oclusión, midiendo la distancia desde el borde incisivo de un central superior, hasta el borde más bajo de la cresta gingival del central inferior correspondiente.

### ALTURA FACIAL MORFOLOGICA.

Las medidas principales son:

- a) A boca cerrada, la medida de la base de la nariz, al borde -- del incisivo central superior.
- b) La medida de la base del mentón, al borde del incisivo central inferior.
- c) La medida de la base de la nariz, a la base del mentón.

### COLOR.

Para reproducir el o los colores de los dientes del paciente, se debe hacer la anotación antes de efectuar las extracciones, inclusive si existe pigmentación o características de cada diente.

## IMPRESION FRONTAL.

Puede ser directa o indirecta, y son útiles cuando por alguna causa no se conservaron los modelos de estudio. En la forma directa, se puede hacer con yeso o modelina; en la forma indirecta, se recorta un portaimpresión que puede hacerse con una lámina metálica del tamaño de una película radiográfica, a la cual se le hacen escotaduras para los frenillos, perforaciones para la retención del alginato y un pequeño mango de alambre.

## IMPRESIONES PARA COLOCAR DIENTES. (NATURALES)

Deben ser hechas con materiales que resistan sin deformarse el tiempo necesario, ya que en ocasiones, el período de extracciones - puede variar desde semanas, hasta algunos meses. Se hacen por el método indirecto clásico, en yeso o modelina; obtenida la impresión, los dientes son colocados sobre las porciones principales de la modelina o el yeso, hasta completar el total de ellos; se vacían los modelos y se colocan en un articulador.

## PERFILES.

Las formas más usuales de obtenerlos son: tomando una fotografía del perfil del paciente, y colocando una regla milimetrada junto a su perfil. Basta con ampliar la fotografía obtenida, hasta que la regla tome sus dimensiones reales, en esta forma se obtiene un perfil en su tamaño natural, el cual puede ser fácilmente recortado.

Otra forma de obtenerlo, es tomando una radiografía del perfil del paciente. La forma más usual y utilizada de obtener el contorno del perfil, es empleando un alambre de cobre o de plomo, el cual se va adaptando con los dedos sobre el perfil del paciente, desde la frente, hasta el cuello. Se comienza por la frente y se va doblando con los dedos, salvo en la región de los labios, en donde es necesario auxiliarnos de una pinza para hacer dobleces.

Una vez obtenido el perfil del paciente con el alambre, se consigue una cartulina y sobre ésta, se coloca una hoja de papel carbón. Posteriormente, se hace presión sobre el alambre y el perfil del paciente quedará impreso en la cartulina que después se recorta. El recorte así obtenido, se aplica directamente sobre la cara del paciente y se retocan los defectos.

#### FOTOGRAFÍAS.

Se toman fotografías de frente y de perfil, y de preferencia, mostrando los dientes. Sirven para conservar el registro del aspecto del paciente, antes de la intervención quirúrgico-protética y compararse con los resultados; también sirven como pruebas en caso de problemas legales.

## C A P I T U L O V

### CLASIFICACION DE LA PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA:

#### FERULA MOMENTANEA O TRANSITORIA.

Es una prostodoncia económica. Los dientes posteriores son remplazados por férulas de acrílico que se articulan directamente en la boca, añadiendo acrílico autopolimerizable; los dientes anteriores, se hacen rápidamente por vaciado de los dientes de la impresión con acrílico de color adecuado.

Esta prostodoncia, puede ser una solución en ciertos casos por su rapidez y economía de su elaboración.

#### PROSTODONCIA COMPLETA SIN FLANCO VESTIBULAR.

Este tipo de prostodoncia ha entrado en desuso en la época actual.

Generalmente, en esta, hay ausencia de la parte vestibular anterior; se realiza con el objeto de evitar una alveolectomía exagerada, basta excavar el alveolo en el modelo e introducir en éste 2 ó 3 mm. del diente de remplazo (de ahí el nombre de intra-alveolar).

Esto dará mayor apariencia a nuestro trabajo, dando un resultado espectacular al mostrar los dientes emergidos en la encía, así, el paciente quedará más complacido, aunque posteriormente requerirá encía artificial en 15 ó 20 días, ya que para esa fecha, el desajuste de la prostodoncia es casi total.

Las desventajas de esta dentadura sin flanco vestibular son: que a veces crea neoplasias que solamente con tratamiento quirúrgico se pueden eliminar y otras veces no hay la suficiente retención en la parte posterior, para que no se desaloje la dentadura.

## **PROSTODONCIA COMPLETA.**

Es la más exigente en la técnica de construcción y la preferida por la mayoría, pues reduce el peligro de retención deficiente; - puede presentarse en la prostodoncia sin encía artificial y es más fácil la atención para nuestro paciente.

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

### PROCEDIMIENTOS DE LA ELABORACION DE LA PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA:

#### IMPRESIONES Y MODELOS PRIMARIOS.

El procedimiento de la impresión es un medio de registrar los detalles de la zona del asiento de base, de modo que puede hacerse una copia con yeso piedra. Sin esa copia, no se puede formar ni la placa de prueba, ni la dentadura.

Las impresiones primarias constituyen una parte muy importante del tratamiento. La impresión debe cubrir la mayor área posible, sin interferir con los movimientos normales del músculo. Cuando cubre la mayor zona, las fuerzas de masticación se distribuirán uniformemente, repartiendo la fuerza sobre los tejidos. Si la impresión cubre ligamentos musculares, la dentadura se desplazará con cada movimiento de los músculos, lo que producirá ulceración de la mucosa.

Una ligera sobreextensión de la impresión, se puede corregir en la dentadura final. Cuando más exacta sea la impresión, más probable es que la dentadura salga bien.

Los materiales que se utilizarán para la toma de las impresiones, también juegan un papel muy importante, aunque no se depende del material para obtener buenas impresiones. Cualquier material es bueno, sabiéndolo utilizar. Se recomienda emplear el material de impresión con el cual el dentista esté más familiarizado.

Los materiales de impresión que se utilizan en la construcción de dentaduras completas, pueden ser elásticos e inelásticos. Los materiales elásticos pueden ser alginatos, hidrocoloides reversibles, hules y compuestos de silicona. Los materiales inelásticos son: yeso, modelina, cera y pasta de óxido metálico.

En las impresiones preliminares, el alginato es el material de elección. Este material, puede crear una gran presión, dependiendo del tipo de alginato y de su manipulación. Cuando los alginatos se --

usan en una cubeta cerrada, la presión puede ser considerable. Esto presenta una ventaja cuando se emplean como material de impresión preliminar. Si se utiliza un alginato en una cubeta perforada, la presión disminuye.

Los hidrocoloides reversibles, no se emplean normalmente en la prostodoncia a causa de la necesidad de cubetas de agua fresca y la relativamente pequeña ventaja que el material ofrece sobre los alginatos.

Los hules se usan para impresiones en desdentados, pero necesitan mucho tiempo de colocación.

Los materiales de base de silicona son caros, aunque no huelen mal y no ofrecen ventajas sobre los demás materiales de impresión.

Los materiales inelásticos se han usado por mucho tiempo. No son caros, normalmente huelen bien, y se colocan en un período de tiempo razonable.

La escayola se usa como material de impresión y como correctivo o rebase. Es ideal para las impresiones superiores, pero tiende a formar escamas y a desintegrarse cuando se utiliza en el arco inferior, especialmente cuando la saliva es viscosa.

La modelina requiere de mucha experiencia, si se quiere obtener una buena impresión. Puede usarse como impresión preliminar para vaciar un molde en el cual se construye un portaimpresiones individual.

Las ceras se usan como rebases para corregir la impresión preliminar. Casi nunca se emplean en impresiones superiores a causa de su lento grado de flujo.

Las pastas de óxido metálico, son los materiales de impresión de uso más corriente en dentaduras completas. No resultan caros, se colocan fácilmente, son capaces de reproducir bien los detalles, huelen bien y son fáciles de manipular. Su principal inconveniente, es que son pegajosos, lo que los hace difícil de limpiar de la cara del paciente.

Las impresiones se toman con portaimpresiones comerciales -- metálicos, que se adaptan al tejido blando, formando el repliegue de los tejidos mediante el doblado de los flancos y el agregado de cera, utilizada en los bordes. El portaimpresión debe estar diseñado para incluir los dientes anteriores. Se cubre con cera el centro de la zona palatina del portaimpresión superior, para lograr una mayor aproximación de éste al paladar. El material de impresión tiene que ser de tal forma, que pueda ser retirado de los dientes (hidrocoloides y base de goma) o fracturado limpiamente, de modo que se pueda unir de nuevo (yeso, óxido de zinc).

Tal vez, la impresión más cómoda, es una impresión completa de un material de base de goma o alginato.

Los bordes de cera colocados en el portaimpresión, proporcionan la extensión adecuada de la impresión, junto con un soporte para el alginato. Si la cera se transparenta a través de la superficie de la impresión como resultado del contacto con los tejidos, ésto no perjudicará a la impresión, pues debido a la blandura, no produce sobrecompresión.

Se selecciona previamente el portaimpresión que se va a utilizar para la impresión superior. Se coloca la cantidad de cera necesaria, para conseguir topes que eviten que el portaimpresión quede asentado demasiado lejos hacia atrás o hacia arriba, o excesivamente lejos, hacia ambos lados. Dos de esos topes, se colocan encima de las áreas molares y se coloca una capa de cera en la zona del reborde anterior de la cucharilla. Los bordes incisivos de los dientes se verán forzados a introducirse dentro de esta plataforma, a la profundidad suficiente para colocar el borde periférico, aproximadamente a unos 7 mm. del pliegue mucobucal. Estas marcas actuarán como tope anterior. Los topes posteriores, deberán colocarse para obtener un espacio similar en el área molar. La cera se deberá colocar a través del borde posterior de la cubeta superior, para confinar el material de impresión.

Cuando estos topes se han confeccionado adecuadamente, el portaimpresión superior se carga con alginato y se asienta firmemente en la boca. Al paciente se le hace mover el labio superior hacia abajo, abrir mucho y mover la mandíbula y los carrillos.

Cuando el material ha endurecido, se retira y se examina la impresión. Esta deberá presentar una reproducción adecuada de todos los detalles del tejido; los topes serán visibles, justamente debajo de la superficie de la impresión.

Un procedimiento similar al descrito, se lleva a cabo para tomar la impresión inferior, añadiendo los movimientos de la lengua, para asegurar el modelado periférico correcto.

Una vez obtenidas las dos impresiones preliminares, se procede a efectuar el vaciado de los modelos inmediatamente.

Se prepara el yeso piedra de acuerdo a las especificaciones del fabricante. El yeso se va agregando a la impresión, la cual debe estar sobre un vibrador con el objeto de eliminar las burbujas de aire que pudieran perjudicar el modelo. Estando saturada la impresión de yeso piedra, se invierte y se coloca sobre una loseta para formar el zócalo del modelo. Esperamos a que el yeso fragüe.

Con la impresión inferior, se sigue el mismo procedimiento, salvo que se coloca cera rosa o papel humedecido sobre el área lingual del portaimpresión, antes de proceder al vaciado.

Cuando el yeso ha endurecido, retiramos con mucho cuidado el portaimpresión, y procedemos al recortado del modelo.

#### PORTAIMPRESIONES INDIVIDUALES.

Existen muchos procedimientos y materiales para construir portaimpresiones individuales. En la actualidad, el material más utilizado, es la resina acrílica de autopolimerización.

. El objetivo de su confección, es preparar un portaimpresión individual que asegure la obtención de correctas impresiones fisiológicas, con la intervención de los siguientes aspectos:

a) Resistencia adecuada para no deformarse o romperse durante -- los diferentes esfuerzos a que será sometido.

b) Rigidez suficiente, para no desplegar elasticidad durante la toma de la impresión.

c) Adaptación al modelo y por lo tanto a la boca.

d) Libre de retenciones anatómicas.

e) Espesor adecuado, para dar a los bordes el modelado correcto.

f) Tersura conveniente en toda su superficie, para no lesionar -- los tejidos.

g) Extensión y delimitación convenientes para que no sobrepasen los límites de la zona protésica.

h) Resistencia al calor, para facilitar correcciones.

i) Facilidad de preparación.

Para preparar el portaimpresión individual, primeramente rellenos con cera todas las superficies retentivas del modelo anatómico. A continuación, se delimita sobre el modelo, la extensión de la -- cucharilla individual con un lápiz tinta, librando perfectamente las -- escotaduras de los frenillos. Posteriormente, se traza una línea para -- lela a la primera a dos milímetros hacia arriba, y que siga el mismo -- trazo que delimita la extensión del portaimpresión individual.

Sobre el modelo y tomando como límite la segunda línea traza -- da, se coloca una hoja de cera rosa, la cual se reblandece previamente a la flama de una lámpara de alcohol. La hoja de cera se va adaptando cuidadosamente sobre el modelo y se recorta el sobrante.

El paso siguiente, consiste en cubrir los dientes remanentes con cera o papel de asbesto, de manera que queden protegidos y no se -- fracturen al retirar el portaimpresión individual. Después, se pince -- la el modelo con separador yeso-acrílico.

Existen dos técnicas de construcción de portaimpresiones individuales, cuando se va a usar resina acrílica de autopolimerización. La primera de ellas es la técnica del acrílico laminado, en la cual el acrílico es preparado en un recipiente de porcelana.

Primeramente se colocan 5 centímetros cúbicos de monómero y el polímero se va agregando poco a poco, hasta completar la medida de 27 centímetros cúbicos. Se tapa el recipiente y se deja reposar el acrílico por unos instantes. La reacción del acrílico, depende de la temperatura ambiente y de la cantidad de polvo, a mayor cantidad de polvo, se acelera la reacción.

Después de preparada la mezcla, se abre el recipiente cada minuto y se introduce una espátula. Si ésta llegara a arrastrar filamentos de acrílico, el acrílico se encuentra en estado filamentosos. El estado siguiente del acrílico, es el plástico, éste es el que se aprovecha, para su manipulación y es cuando se desprende de las paredes del recipiente al levantarlo con la espátula.

Se retira el acrílico del recipiente con las manos húmedas y limpias. Se procede a amasarlo con los dedos, hasta formar una masa acrílica uniforme sin arrugas. Se deposita y se aplanan sobre la superficie de un cristal previamente envasinado o húmedo y se colocan en los extremos del cristal unos topes, que podrán ser monedas o tiras de cera rosa. Sobre la masa del acrílico, se coloca otro cristal con la superficie envasinada o húmeda, la cual entrará en contacto con la masa de acrílico. Se efectúa una presión sobre este cristal, hasta que haga contacto con los topes de ambos lados. De esta manera, se obtiene una lámina de acrílico autopolimerizable, de un grosor uniforme.

Se procede de inmediato a la adaptación de la lámina acrílica. En el modelo superior, se adapta el acrílico laminado en su estado plástico, primero sobre la superficie palatina y después por vestibular, ejerciendo una suave presión con los dedos para no adelgazar el portaimpresión individual.

En el modelo inferior, se empieza por cortar la lámina acrílica en su estado plástico por en medio, para poder extenderla y adaptarla a ambos lados.

Una vez adaptada la lámina, se recorta el excedente con tijeras. Después, con un visturí, se hace el recorte aproximado al contorno diseñado en el modelo.

Adaptada y recortada la base del portaimpresión individual y antes de que termine su polimerización, con el acrílico sobrante, se construye el mango del portaimpresión. Se fija sobre la parte media y anterior de la base y se pega en posición, humedeciendo con monómero la superficie de contacto.

Se deja que polimerice la resina acrílica. Se procede a separar el portaimpresión individual del modelo y a recortar con piedras o fresones para acrílico, el borde marginal de la base, siguiendo la línea de lápiz tinta que aparece en el modelo primario y que se logró transferir en la superficie interna de la base.

La segunda técnica, para la construcción de portaimpresiones individuales, es por goteo y consiste en ir colocando polvo sobre el modelo y luego gotear líquido de acrílico autopolimerizable, hasta completar el total del portaimpresión y el grosor uniforme adecuado. Una vez completada la polimerización del acrílico, se retira del modelo y se recorta. Esta técnica es más exacta a la anterior, porque se adhiere en su totalidad al modelo.

Una vez terminados los portaimpresiones individuales, se procede a probarlos en la boca del paciente. Cada portaimpresión individual debe adaptarse en su sitio sin dificultad ni dolor, de no ser así, deberá desgastarse la zona que origine la molestia con una piedra para acrílico.

Los portaimpresiones no deben bascular bajo presiones verticales de los dedos en el centro de los rebordes, a uno y otro lado. Si es necesario, se recortan los bordes, hasta librar los tejidos móvi

les alrededor del borde periférico, de modo que las tracciones horizontales, no desalojen el portaimpresión superior ni el inferior.

Las zonas que requieren con frecuencia mayor atención son: - zona retromolar, línea oblicua externa, región temporomaxilar, fosa retromandibular, pliegue sublingual.

#### IMPRESIONES FINALES.

Una cuidadosa realización de la técnica, para tomar impresiones finales, nos dará como resultado, una impresión exacta para la construcción de una prótesis total inmediata retentiva, estable y estéticamente aceptable.

Preparados y delimitados los portaimpresiones, no difieren mucho de las impresiones anteriores, excepto en que, para desprenderlas, debe tenerse muy en cuenta la dirección de los dientes y la posición de las retenciones.

Las impresiones con alginato, tomadas en estas condiciones, suelen ser muy buenas si el portaimpresiones está bien centrado y no hay grandes retenciones. Si hay grandes retenciones, el material frecuentemente se rompe a nivel de los agujeros de retención entre los dientes. Esto último puede evitarse, poniendo cera en los espacios interdentarios. Su delimitación es un tanto imprecisa.

Las impresiones con elastómeros, permiten portaimpresiones ajustados en la parte mucosa; la delimitación puede hacerse similar a la de una impresión funcional.

Tiene las ventajas de dar impresiones bien delimitadas y fieles en los portaimpresiones.

Es probablemente el tipo de técnica más generalizada actualmente, aunque cada odontólogo tiene su técnica y su experiencia propia.

## VACIADO DE YESO EN LOS MODELOS.

En las impresiones finales, es de rigor un zócalo de yeso pa-  
rís que las asegure. En las impresiones elásticas, debe eliminar con  
cuidado toda parte fluctuante.

Los modelos deben vaciarse en yeso piedra, con refuerzos me-  
tálicos para los dientes aislados o muy largos, para evitar fracturas  
a la hora de su desprendimiento.

## SELECCION DE DIENTES.

Los dientes naturales, sirven o no como guía para la selec-  
ción de color, tamaño y forma de los dientes anteriores.

Los dientes, en la prostodoncia total inmediata, pueden ser  
colocados en la misma posición que los dientes naturales. Pero, a pri-  
mera vista, esta declaración puede ser una ventaja aceptable; sin em-  
bargo, al analizar, surgen dos puntos dudosos que son: el problema es-  
tético y la oclusión.

a) Cuando la mayoría de los individuos, llegan a la edad donde  
está indicado ya el porte de dentaduras completas o casi completas, --  
existe la posibilidad de que, debido a la pérdida de algunos dientes,  
a la erupción continua de dientes sin antagonistas y a la migración de  
otros; los dientes naturales se hallan en posiciones que ni el dentista,  
ni el paciente quieren reproducir. Estos dientes son útiles como guías,  
peró sus posiciones no deben ser necesariamente duplicadas. A veces,  
el no reproducir posiciones ocupadas por los dientes naturales, produ-  
cen mejores resultados estéticos. En estos casos, los dientes presen-  
tan aspectos más naturales; son más compatibles en el medio ambiente -  
bucal circundante, funcionan con armonía con los movimientos mandíbula-  
res y son aceptables para el paciente, desde el punto de vista estético;  
pero, desconocer las posiciones de los dientes naturales, también  
puede conducir a problemas de aceptación de la dentadura, para satisfa-  
cer las exigencias estéticas. Por lo general, se hace un mal servicio,

cuando mediante la colocación de dientes artificiales, se trata de corregir maxilares en relación defectuosa.

b) Las posiciones de los dientes, están directamente relacionadas con las relaciones oclusales de los dientes en las dos arcadas.

El análisis de numerosos elementos y factores de la oclusión, permite reconocer la diferencia que existe entre dientes naturales y artificiales. Las entidades anatómicas y fisiológicas no son las mismas.

Los dientes naturales pueden actuar separada o conjuntamente. El contacto, entre los dientes de una arcada, con los dientes de la arcada opuesta, afectan a los dientes que participan en el contacto y a los tejidos adyacentes; pero, tratándose de dientes artificiales, toda la base de la dentadura, en su relación con los tejidos de soporte, será afectada.

En ambos casos, el sistema nervioso central es notificado de la existencia de desarmonía. Es un fenómeno neuromuscular protector que no se disipa al desaparecer los dientes naturales, además de estos receptores, existen receptores nerviosos somáticos de tacto ligero, presión y dolor en la superficie de los labios, lengua y mejillas.

Estos receptores, reciben las sensaciones, estimulan las neuronas y se hallan presentes en personas con dientes y sin dientes.

## CAPITULO VII

### PREPARACION QUIRURGICA DEL MODELO:

#### DISEÑO DEL BORDE OSEO.

La posición del borde alveolar, con respecto al gingival, es importante para operar un modelo, se determina estudiando las radiografías y explorando la profundidad de las bolsas gingivales, punto por punto. La profundidad a la que llega la sonda, corroborada por el examen de las radiografías, permiten marcar en el yeso vestibular, los puntos que señalan el borde óseo.

Cuando el parodonto es sano, la unión entre los puntos vestibulares así marcados, dará una línea más o menos continua, ligeramente ondulada, siguiendo el borde gingival a un par de milímetros.

En el parodonto, especialmente cuando predominan fenómenos de atrófia vertical, la línea ósea resultará quebrada, siguiendo las irregularidades óseas y la distancia al borde gingival, variará entre 3, 5 o más milímetros.

Es fácil pensar así, que forma tendrá el maxilar ósea, una vez hechas las extracciones y además, si la alveolectomía será indispensable.

#### PREPARACION PARA EXTRACCIONES SIMPLES.

Si la prostodoncia total inmediata será abierta, deben cortarse los dientes uno a uno, y excavar unos 3 mm. o lo que indique la posición del borde óseo, formando un alveolo, dentro del cual se introduce el cuello de cada diente artificial; completándolo luego con el acrílico de base. Se espera que, al colocar la prostodoncia enseguida

de las extracciones, cada diente se introducirá en su alveolo.

Si la prostodoncia total inmediata será cerrada, como prefieren muchos, basta cortar los dientes al ras del yeso gingival, se espera que la prostodoncia total inmediata, se adaptará a la forma gingival.

#### EXTRACCIONES CON LIGERA REGULARIZACION DEL BORDE ALVEOLAR.

Al aparecer la alveolectomía, así sea ligera, se hace más clara la ventaja de la prostodoncia total inmediata con encía artificial.

En primer lugar, porque la alveolectomía requiere levantar el colgajo; y en general, resulta poco prudente dejar un colgajo en contacto con una prostodoncia movable sin suturarlo, las suturas y el colgajo estirado, a su vez, pueden entrar en conflicto con las raíces de los dientes protéticos. Además, al suprimirse las crestas interdentarias, aumentan las probabilidades de efecto estético, con la prostodoncia abierta.

#### EXTRACCIONES CON ALVEOLECTOMIA MODELADORA.

No se pueden dar normas absolutas para esta intervención, puesto que los distintos casos plantean problemas diferentes.

Se trata casi siempre del maxilar superior, la topografía del caso, el estudio radiográfico para las relaciones con los antagonistas y, a veces, la línea de los labios, es la indicadora y guía al prostodoncista para estimar la alveolectomía mínima indispensable.

#### REPRODUCCION DE LOS DIENTES NATURALES.

El cambio de los dientes del modelo, por los artificiales, ofrece tres variantes principales (Castro y Saizar, 1968).

- a) Imitar lo existente.
- b) Imitar lo existente con modificaciones en algún sentido.
- c) Los dientes remanentes no pueden servir de guía por requerirse modificación total.
- d) Posición de los dientes anteriores sin encía artificial.

a) Imitación de lo existente: Un procedimiento consiste en hacer el modelo con dientes de acrílico y su inconveniente, es, que no es sencillo hacer bien esos dientes.

Si el cambio debe hacerse en un modelo con dientes de yeso + como es lo clásico, la técnica consiste, después de pegar cuidadosamente al modelo, la placa de prueba por sus bordes, en:

1) Elegir, tallar y preparar un insicivo central, imitando el correspondiente del modelo.

2) Con una sierra de joyero o un disco de carburo, separar el insicivo central imitando y cortándolo cuidadosamente por el cuello; rebajar el yeso de modo que por palatino llegue justo a nivel de la encía y por vestibular, lo que se haya calculado de alveolectomía necesaria, en general, no pasa de un par de milímetros, debajo del borde gingival.

3) Pegar con cera el diente artificial en su sitio, de modo que el cuello y el borde insicivo, queden exactamente igual que el anterior.

4) Repetir la maniobra con los demás dientes, pegándolos siempre cuidadosamente.

Se puede lograr mejor control, si siguiendo a Dahlber (1965) se dibujan en la encía del modelo los ejes mayores de los dientes y se marcan en estos una distancia determinada, por ejemplo, 15 mm. a partir del borde incisivo.

b) Imitar lo existente con modificaciones en algún sentido: Quizá, lo más corriente en la prostodoncia total inmediata, es que la

reproducción de los dientes no deba ser absolutamente fiel, y que sea menester, imitar sólo las características esenciales corrigiendo los defectos mayores. Una manera de proceder consiste en:

1) Preparar los dientes artificiales, imitando aproximadamente los naturales. Conviene preparar dos juegos a un tiempo, -- porque es la manera más fácil de hacerlos iguales, para reproducirlos más tarde en la P.T.I.

2) Preparar la o las P.T.I., procediendo al cambio de dientes, según la técnica arriba indicada, pero corrigiendo las posiciones que se desean.

En muchas ocasiones, especialmente cuando hay un levantamiento de mordida u otras correcciones de alguna importancia, la sustitución no se hará ya diente por diente, sino que según el grado de modificación que se quiere introducir, se cortarán todos los dientes de un lado, se arreglará la encía del modelo y se articularán los dientes de ese lado primero, conservando el otro lado para control; o bien, se cortarán todos los anteriores, se arreglará el modelo y se colocarán los reemplazantes del modelo que se juzgue más conveniente.

c) Los dientes remanentes, no pueden servir de guía, por requerirse modificación total: Las modificaciones de importancia a introducir en el momento del cambio de dientes, suelen deberse a grandes levantamientos de mordida, a grandes cambios en la articulación o en la indicación de la alvéolectomía correctora.

El procedimiento es en principio, siempre el mismo; pero el criterio necesario, cada vez mayor, en todos aquellos casos en que la P.T.I. esté indicada para ambos maxilares, es necesario planear concienzudamente el cambio, pues si es posible, conviene operar ambos maxilares por separado. Generalmente, el mejor esquema se obtiene operando primero la mandíbula, donde la articulación de los dientes superiores naturales favorecen la estabilidad de la P.T.I. No conviene una P.T.I. en el maxilar superior sin que existan los dientes posteriores inferiores.

d) Posición de los dientes anteriores sin encaja artificial:  
En este caso, el grado de rebajamiento que deberá hacerse en el modelo, puede ser un poco mayor frente a cada cuello, conforme se señaló, pues, el borde gingival del diente, se introducirá ligeramente en el alveolo al colocar la P.T.I.

## CAPITULO VIII

### REGISTRO DE LAS RELACIONES INTERMAXILARES:

#### PLACA BASE.

Antes de la sesión para el registro de la relación intermaxilar, deberán confeccionarse placas bases de acrílico de autopolimerización con rodetes de oclusión de cera. Se emplea el acrílico, porque aun cuando sea delgado, sobre las crestas residuales es razonablemente rígido y dimensionalmente estable; consideración importante, ya que las placas bases se utilizarán también para enfilear los dientes.

Para construir la placa base, se emplean dos acrílicos de autopolimerización. En las zonas retentivas se puede utilizar ya sea cera, papel de asbesto o acrílico blando autopolimerizante y sobre éste, se emplea para mayor resistencia y rigidez, un acrílico autopolimerizante de dureza corriente.

Examen de las socavas del modelo: Se examina con cuidado el modelo maestro, para ver si tiene retenciones. Suelen presentarse en la vertiente vestibular de las crestas residuales, en la región de la tuberosidad en los modelos superiores y en las zonas linguales posteriores de los modelos inferiores.

Todas estas retenciones, deben rectificarse y eliminarlas o moderarlas con cera rosa. Cuando las socavas sean exageradas, deberán corregirse por medios quirúrgicos, para mejorar la retención y estabilidad de la prostodoncia.

Relleno de los espacios entre los dientes: Se rellenan los espacios existentes entre los dientes en el modelo, para impedir que el acrílico se extienda en esos espacios y fluya allí, durante la confección de la placa base.

Si el acrílico se extendiera a esos espacios, podrían fracturarse los dientes del modelo al retirar la base.

Agregado del acrílico, sobre el modelo:

- 1.- Espolvoree acrílico sobre el modelo y mójelo con el líquido.
- 2.- Añada polvo y líquido en forma alternada, hasta lograr el espesor deseado, para la placa base.
- 3.- Inclíne el modelo al espolvorear el polímero, para reducir - al mínimo, la acumulación de acrílico en el paladar de los modelos superiores, lo que produciría bases demasiado gruesas, si no se inclinara.
- 4.- Permita que el acrílico se extienda sobre las caras linguales de los dientes. Se le podrá eliminar más tarde si interfiriera en la oclusión, pero el contacto de los dientes incrementa la estabilidad de la base, al registrar las relaciones entre los maxilares.
- 5.- Llene los bordes del modelo, hasta reproducir el espesor de los bordes de la impresión. Asegurarse que la placa base sea bastante gruesa sobre los rebordes residuales, como para tener rigidez suficiente.

Polimerización:

- 1.- Invierta una taza de goma sobre el modelo y su placa base y dejar polimerizar el acrílico.
- 2.- Endurecido el material, se retira con cuidado la base del -- modelo y se examina.

Recorte y Pulido de la Base:

- 1.- Se examina la placa base y se reducen las áreas muy gruesas, mediante un fresón.
- 2.- Se recortan los bordes, para que sean redondeados y suaves, sin filos que pudieran lesionar los tejidos de la boca.

3.- Se pulen los bordes con piedra pómez, no se requiere que la base esté bien pulida y debe tener un espesor de 2 a 3 mm., salvo sobre las crestas, donde se deberá superar 1 mm. Debe ser lisa, relativamente rígida y apta para colocarla con facilidad y retirarla del modelo.

#### Adaptación del rodete de oclusión:

1.- Reblandezca cera para base (rosa), adáptela para formar un rodete de oclusión y péguelo en la placa base. Deberá ubicarse sobre las crestas residuales, algo más alto que el plano oclusal propuesto y casi 8 mm. de ancho.

2.- La cera debe alisarse y extenderse hacia arriba, atrás hacia la posición del último diente por reemplazar.

#### Conservación de la base con rodetes de oclusión:

1.- Se coloca la placa base en el modelo maestro, hasta que se le necesite.

#### DIMENSION VERTICAL.

La dimensión vertical en la dentición restante, no es necesariamente la dimensión vertical de oclusión que deba ser reproducida en las dentaduras. La erupción continua de los dientes, no estuvo necesariamente en armonía con la abrasión de las superficies de los dientes, pudiendo producirse por lo tanto un aumento de la distancia interoclusal. La abrasión de las superficies de los dientes, no siempre es un criterio para aumentar la distancia interoclusal, puesto que el proceso alveolar, los dientes o ambas estructuras, pueden seguir erupcionando, pueden migrar o conservar la distancia interoclusal aceptada, desde el punto de vista fisiológico.

El aspecto de sobre cierre (dimensión vertical oclusal demasiado pequeña) no siempre es indicación de que sea necesario aumentar la distancia interoclusal, ya que la desarmonía entre la relación ter-

minal de los maxilares y el contacto oclusal máximo, puede producir este aspecto. Los contactos de los dientes restantes, pueden utilizarse como guía, para establecer la dimensión vertical de la oclusión; pero aceptar su oclusión como correcta, podría ser un error. Un aumento en la distancia interoclusal podría perpetuar la falta de soporte muscular y conducir a una disminución y aspecto menos agradable. Una distancia interoclusal exagerada, es potencialmente perjudicial para las articulaciones temporomandibulares. Una intrusión en la distancia interoclusal, dará lugar a una pérdida ósea, hasta que sea restablecida la distancia interoclusal apropiada. En algunos pacientes, la estimulación del reflejo nauseoso, suele atribuirse a la disminución de la distancia interoclusal. Por lo tanto, el conservar la dimensión vertical correcta de la oclusión, es un factor primordial, para la aceptabilidad fisiológica de cualquier tipo de dentaduras.

#### MONTAJE EN EL ARTICULADOR.

Para la corrección de la prostodoncia total inmediata, es conveniente un articulador semiajustable; el dentista puede usar el de su preferencia.

1.- Agregue una platina de montaje al arco superior del articulador y el soporte del modelo del arco inferior.

2.- Ponga el modelo superior en la platina y establezca índices. Corrija la altura del modelo, de modo que el plano oclusal quede casi paralelo al piso. Eleve el soporte de modelos, hasta que toque la parte inferior de la orquilla del arco.

3.- Pinte un medio separador a la base del modelo superior, mezcle yeso piedra con agua e incorpore el modelo superior al arco superior del articulador. Fraguando el yeso se retirará el soporte de los modelos.

### Toma de registro de la relación céntrica:

- 1.- Se les quita cera a las superficies oclusales de los rodets superior e inferior, para crear un espacio de dos milímetros, para el medio de registro.
- 2.- Se tallan surcos como índices en los rodets y se lubrican - las caras oclusales.
- 3.- Se mide pasta de impresión de óxido de zinc, mezclándose ésta con una gota de agua, para acelerar el fraguado.
- 4.- Se coloca una cantidad pequeña de pasta para impresión, en la superficie oclusal cerca del rodete inferior y se inserta todo en la boca del paciente.
- 5.- Pídale que cierre en la posición retruída y que permanezca - así, hasta que haya fraguado el material.
- 6.- Se observa la relación de contacto entre los dientes ya toma dos con índices, para determinar si el paciente está en la dimensión - vertical correcta. Si se desea, pueden utilizarse otros materiales co mo medio de registro; por ejemplo: yeso piedra activado con agua enye sada o pasta de registro de mordida.
- 7.- Fraguado el modelo de registro, retirar las bases con sus ro detes; suelen retirarse ambas a la vez, si no es posible, pida al pa-- ciente que abra la boca; separe los rodets y retire uno por vez.
- 8.- Se examina el registro, para comprobar si la marca de los -- surcos índices es aceptable.
- 9.- Se recorta el excedente de medio de registro, si es necesaa-- rio, y se comprueba la exactitud del registro, en la boca del paciente.
- 10.- Enseñar al paciente a cerrar en la posición retruída y veri- ficar si el registro calza o no, en los surcos con presición. Si el - paciente repite el cierre inicial y se establece un buen contacto entre el rodete superior y el registro interoclusal; utilícelo para montar - el modelo inferior en el articulador.

### Montaje del Modelo Inferior en el Articulador:

1.- Se retiran las placas bases y el registro de la relación maxilar de la boca y se elimina todo el adhesivo para prostodoncia de las bases.

2.- Se ubican las bases superior en inferior, con sus rodetes, - en los modelos.

3.- Se unen los modelos y se verifica si hay contacto entre sus áreas, y se eliminan si las hay.

4.- Se pegan los modelos con cera pegajosa y se ponen en el articulador invertido.

5.- Cierre el articulador, para apreciar la cantidad de yeso requerido, para unir el modelo inferior al articulador.

6.- Se mezcla yeso piedra y se coloca en la base del modelo inferior, teniendo cuidado de llenar los surcos índices.

7.- Se cierra el articulador, se alisa el yeso con espátula y se deja fraguar. Hay que asegurarse, que el vástago incisal, toque la platina incisal de guña. Así quedan los modelos.

### ELABORACION DE LA PLACA BASE EN EL MODELO.

Después de haber seleccionado los dientes, preparado el modelo para su elaboración, enfilada y completada la elaboración; se debe encerar la pieza, tallando y alisando la cera como corresponde. La postura en mufla, hasta la terminación, sigue ahora el procedimiento habitual.

Los defectos del modelo cortado al quitarle los dientes, pueden corregirse en la mufla abierta; también, la mejor oportunidad para reproducir el modelo, con destino a una base transparente. Los aparatos terminados, no deben diferenciarse de la prostodoncia mediata, sino por dos características: un abultamiento algo mayor en la enca anterior y la zona lisa, carente de detalles de mucosa, donde se cortaron los dientes del modelo.

## C A P I T U L O I X

### PREPARACION QUIRURGICA EN LA BOCA:

#### PREPARACION DEL PACIENTE.

Se dá al paciente, por vía oral, tranquilizantes, una hora antes de la cirugía. La medicación podrá cursar su efecto, durante la preparación del paciente.

#### COMPLEMENTACION RADIOGRAFICA.

Se colocan las radiografías en el visor, para revisarlas una vez más con atención; se tendrá cuidado en las raíces de los dientes por extraer. Observar cualquier anomalía como: dilaceraciones que pueden predisponer a la fractura, durante la extracción.

#### PREPARACION PARA UNA CIRUGIA ASEPTICA.

- a) Lave la prostodoncia con solución de jabón germicida y enjuague y seque muy bien.
- b) Colocar la prostodoncia en un recipiente adecuado, esterilizado.
- c) Llenar el recipiente, hasta cubrir las dentaduras con solución de hipoclorito de sodio, donde deben permanecer durante unos 20 minutos.

#### INSTRUMENTOS.

- a) Se sacan todos los instrumentos y equipo ya usados.
- b) Se disponen los instrumentos estériles, sobre una compresa estéril en la mesa de trabajo o bandeja quirúrgica.

c) Ponerle una compresa estéril al paciente en el pecho, que cubra hasta el cuello. Es recomendable que el odontólogo use cubrebocas y gorro.

#### EXTRACCION DE LOS DIENTES.

Después de aplicar la solución anestésica local adecuada, se desbrida con cuidado alrededor de los dientes remanentes con elevador y se extraen con forceps; se harán todos los esfuerzos posibles, para evitar fracturas.

#### RECORTE DE LOS TEJIDOS.

Toda corrección quirúrgica a efectuar en este momento, estará establecida por adelantado y marcada en el modelo. Con frecuencia, es posible determinar la necesidad de remodelar el hueso, si se observan los modelos de estudio. Es importantísima la conservación del hueso alveolar y no puede exagerarse. Sin embargo, las grandes socavas y los bordes óseos filosos o las crestas tabicales, no podrán tolerarse bajo una prostodoncia y deberán extirparse. Las grandes retenciones, suelen identificarse en los modelos antes de la cirugía, pero no tanto así como las crestas filosas. Cuando se tenga duda, poco será el traumatismo adicional causado por una incisión nítida en la cresta del reborde, la elevación delicada de un colgajo perióstico y la observación del área sospechosa.

a) Eliminar las crestas óseas tabicales filosas, mediante pinzas gubias, con la única remoción del hueso, suficiente para quitar la punta afilada.

b) Recorte los bordes demasiado afilados del alveolo, por medio de pinzas gubias y termine con lima para hueso.

c) Elimine las socavas óseas mayores, con pinzas gubias o con una fresa grande para hueso y alise con una lima.

d) Antes de cerrar el colgajo perióstico, irrigue la zona con ca cuidado, con solución fisiológica estéril y busque las pequeñas esquir las óseas remanentes.

e) Eliminar todas las esquirlas sobrantes, pues resultarían muy irritantes bajo los tejidos, en especial donde soportan la prótesis.

f) Si se recorta el hueso, a menudo habrá un excedente de tejido blando y ello exige el recorte de las papilas dentales, sobre las crest tas tabicales. Un exceso de tejido blando sobre la cresta del reborde alveolar, no constituirá una base firme para la prostodoncia total inmediata; por tanto, recortar el tejido, hasta que los bordes simplemen te se pongan en contacto.

g) La extracción de dientes con enfermedad periodontal avanzada, puede resultar con mayor cantidad de tejido blando, del requerido para cubrir el hueso alveolar. Recorte ese excedente y vuelva a aproximar los bordes sin suturar.

h) Las suturas van sobre las crestas de los tabiques óseos, para formar un sostén. Nunca suture sobre un alveolo dentario vacío.

#### COMPLICACIONES QUIRURGICAS.

La cirugía para la P.T.I., es más bien simple y las complica ciones pueden ser menores, si el odontólogo toma sus precauciones y ha ce un trabajo correcto. Las complicaciones más frecuentes, corresponden a fracturas de raíces o de alveolos y hemorragias.

**Raíces Fracturadas:** Hay que tener mucho cuidado y así preve nir una fractura durante la eliminación de dientes, para una prostodon cia total inmediata. Pueden evitarse muchas fracturas dentarias, por medio de la interpretación radiográfica, cuidadosa observación de toda morfología radicular desusada y eliminación del diente con el movimien to de una fuerza que permita la extracción de la pieza, que presente raíces curvas. Otra medida preventiva, es el uso correcto del eleva-

dor, para asegurarse que el diente presente movilidad, antes de ejercer presión con los forceps. El aflojamiento del diente con un elevador, otorga al odontólogo una gran ventaja, si la raíz se fractura; -- una raíz suelta en el alveolo, es más fácil de extirpar, que otra adherida con firmeza por ligamentos periodontales.

Hemorragia: Rara vez, la hemorragia constituye un problema serio, aún cuando puede ser molesto para el paciente y el odontólogo. En ocasiones, al recortar el hueso, se encuentran puntos sangrantes -- pequeños, pero persistentes. Con mayor frecuencia, se les encuentra -- en la zona anteroinferior, en el hueso de los tabiques. Esto suele reprimirse con un instrumento como el elevador #41, empleado para oprimir el hueso que rodea ese vaso. La encía inflamada, asociada a dientes con enfermedad periodontal, suele generar un sangrado en mapa, molesto al incidir. Si es posible identificar un vaso sangrante, éste -- puede controlarse con electro-coagulación o mediante sutura de esa zona, al cerrar la herida. Normalmente, el sangrado se detiene al colocar la P.T.I. De no ser así, será necesario quitarla por un momento y aplicar presión directa sobre la zona sangrante, utilizando gasa de 5 por 5 cm., la cual el paciente presionará al morder, de 30 min. a una hora. Cuando sangra desde el alveolo, suele reprimirse mediante la introducción de surgicel o gelfoam en el mismo y la aplicación de presión como la anteriormente descrita.

Fractura del Alveolo: Del mismo modo que con las raíces, es mejor prevenir la fractura del alveolo, que tratarla; cuando se piensa que esta fractura puede producirse al extraer un diente difícil, es mejor aplicar un índice sobre el hueso alveolar, para sostenerlo, mientras se le aplica presión al diente. Si el hueso se fractura a pesar de nuestro esfuerzo, habrá que devolverlo y dejarlo en su lugar, si -- queda una buena inserción periostal a la mucosa.

Sutura: Si no se efectuó incisión, para recortar los tejidos y la papila interdental, está aún intacta, no se requieren suturas. Si se incidió el tejido, se repone el colgajo en su posición preopera-

toría y se sutura sobre el hueso interdental. Nunca se debe hacer sobre un alveolo vacío, pues ello causa el colapso de los tejidos en el mismo. El uso de sutura reabsorbible o no, es cuestión de preferencias. Es más probable que cause menor irritación la sutura de seda y su retiro, de los 4 a 7 días. Las suturas reabsorbibles que quedan en el lugar, generan una irritación leve por período más prolongado.

#### INSTRUCCIONES POSTOPERATORIAS Y MEDICACION.

El buen cuidado postoperatorio, es esencial para que el paciente progrese en un proceso normal de curación.

a) Pedirle al paciente, que use continuamente las placas, las primeras 24 hrs.

b) Si las placas se desplazaran y salieran por alguna razón, deberán enjuagarse de inmediato con agua corriente fría y vueltas a la boca. Si se las deja de poner por un tiempo, el edema podría impedir su colocación, hasta que la tumefacción ceda; esto es más probable cuando se hizo un colgajo perióstico y se recortó hueso.

c) El paciente debe llevar una dieta blanda, se le dará un analgésico, como aspirina o cetaminofén. Antes de la pérdida completa del efecto del anestésico.

d) Proporcionarle una receta, para un analgésico adecuado, según la estimación de la cantidad de traumatismo, producido por la cirugía y su reacción probable al malestar esperado. La cantidad de malestar postoperatorio en pacientes que son sometidos a este tipo de tratamiento, parece ser algo inferior, que en pacientes con cirugía similar sin colocación de prostodoncia. La presencia de las placas, actúa como una férula o vendaje que protege la zona de los traumatismos de la masticación, ingestión de bebidas y demás.

## COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.

Como las complicaciones serias son raras, mencionaré las más usuales; pues, dado el número de prostodoncias totales inmediatas que se colocan a diario, de la atención del odontólogo, de la técnica aséptica, de la habilidad de éste, la capacidad del hombre para soportar los ataques quirúrgicos y la rápida cicatrización tenemos:

**Edema:** Debe considerarse en cierta medida, como una respuesta habitual de los tejidos blandos a los traumatismos, por tanto, debe esperarse cierta tumefacción postoperatoria. La magnitud de edema causado por la cirugía, varía de uno a otro paciente y está determinada - en gran medida, por el grado de traumatismo inferior a los tejidos blandos, deben manejarse y tratarse con gran cuidado. Si se hace esto, rara vez el edema postoperatorio será severo y podrá reducirse al mínimo, mediante el empleo de bolsas de hielo aplicadas al área quirúrgica, con intermitencias de: 15 min. sí y 15 min. no, en las primeras 18 a 24 hrs. Si hay signos de infección, hay que recetar en forma consciente, antibióticos profilácticos y continuar con ellos uno o más días.

**Infección:** Aunque la adhesión estricta a una técnica aséptica reducirá al mínimo la aparición de infección postoperatoria, muchos de los dientes eliminados, pueden haber tenido tejido periodontal crónicamente infectado, que, ayudado por el traumatismo quirúrgico, conduzca a una infección aguda o se mantenga para dar lugar a una osteítis u osteomielitis crónica. La presencia de material purulento en la P.T.I., el drenaje de la zona quirúrgica o la presencia de dolor superior, factibles por la cirugía, deben alertar al odontólogo, sobre la posibilidad de infección postoperatoria. Para prevenir las infecciones, el paciente debe quitarse la dentadura después de las comidas y antes de acostarse, para enjuagar minuciosamente su boca con solución fisiológica caliente (después de las primeras 24 hrs.). Debe insistirse al paciente de la importancia en la buena higiene bucal, reforzada con las instrucciones postoperatorias. Cuando aparezcan infecciones,

se tratarán con antibióticos vigorosos y terapéutica de apoyo

**Hemorragia:** En algún momento de las instrucciones postoperatorias, debe informarse al paciente que, si sangra en alguna medida, ello es consecuencia normal de la cirugía realizada. Pero una hemorragia excesiva o prolongada, es más impresionante para el paciente y puede ser seria si no se le trata con rapidez. Si no deja de sangrar en el tiempo normal, se aconsejará al paciente, que retire la prostodoncia y aplique presión directa al área sangrante, mordiendo gasa doblada, de 20 a 30 min. Si esto no detiene la hemorragia, el odontólogo deberá volver a revisar al paciente y establecer su origen, para tratarla. Esto requiere a menudo, el uso de anestesia local, retiro de suturas e inspección del área quirúrgica en busca de posibles vasos seccionados. Los vasos sangrantes, deben suturarse o coagularse con electrocoagulación. Cuando sangre un alveolo y no se pueda identificar un solo vaso, puede reprimirse la sangre con surgicel o gelfoam en la cavidad y la aplicación firme de rollos de gasa sobre el alveolo relleno. Es necesario que el paciente se retire la prostodoncia, para morder sobre el rollo de gasa, pues con la prostodoncia en posición, no se logra presión suficiente sobre el área sangrante.

**Dolor:** El dolor y el malestar como consecuencia de la colocación de una P.T.I., muy rara vez son significativos. Como anteriormente mencioné, se indicará al paciente un analgésico adecuado. Si éste, llamara para describir un dolor superior al esperado, es importante determinar la causa; es decir, quirúrgica, infección o por presiones indebidas de la P.T.I. Es esencial, que el odontólogo esté seguro de la fuente del malestar, que trate la causa, y que no se receten analgésicos cada vez más potentes.

## CAPITULO X

### COLOCACION DE LA P.T.I.

1.- Se pinta el interior de la placa con pasta indicadora de presión y se coloca con delicadeza sobre el reborde residual. No hay que intentar el asentamiento total.

2.- Asentar la placa, hasta encontrar resistencia, retirarla y observar las zonas de interferencia señaladas por la pasta.

3.- Se retocan las áreas de presión con una fresa, se vuelve a recubrir la placa y se repite el procedimiento. Es probable que se requieran varios ajustes antes de poder asentar la prostodoncia.

4.- La P.T.I., debe ser bien aliviada para permitir su colocación y retiro sin dañar los tejidos bucales.

5.- Cuando la P.T.I. parezca asentada por completo, se controla la oclusión visualmente con papel de seda fina.

6.- Ya que se observó la oclusión de la P.T.I. y las extensiones de los bordes, se hacen los ajustes necesarios.

### INSTRUCCIONES POSTERIORES A LA COLOCACION.

a) Se debe enseñar al paciente a usar la P.T.I., hasta la siguiente sesión.

b) Se hace incapié de una dieta blanda y se le sugiere que descanse en casa, hasta el día siguiente.

c) Aunque podrá tomar líquidos, deberá cuidar de no enjuagarse la boca con energía.

d) Darle una receta adecuada, para la supresión del dolor postoperatorio.

## INSTRUCCIONES DE HIGIENE BUCAL.

a) Tenemos que enseñarle al paciente a ponerse y quitarse la P.T.I. y hay que pedirle que demuestre su habilidad para hacerlo.

b) Se explica al paciente, que durante la primera semana debe de usar la P.T.I. también de noche, para ayudar a proteger la zona quirúrgica.

c) Hay que insistir mucho sobre la limpieza de la P.T.I.; - deberá retirarla de la boca, enjuagarla y cepillarla con jabón.

d) Después de la primera semana, la P.T.I., deberá dejarse fuera de la boca de noche, en una solución limpiadora.

e) Hay que iniciar el cepillado de los dientes de la placa, para mantenerla limpia.

f) Hay que explicar al paciente que la prostodoncia se aflojará al progresar la curación y que tal vez sea probable que se requiera un rebasado en 6 u 8 semanas.

## AJUSTES PARA ELIMINAR MOLESTIAS.

Durante el período inicial consecutivo a la colocación de la prostodoncia, el paciente necesitará por lo general algunos retoques - de la P.T.I., esto sucede al progreso de la cicatrización.

a) Hay que interrogar al paciente sobre zonas particularmente sensibles y dolorosas.

b) Examinar la boca, para apreciar las zonas inflamadas o erosionadas.

c) Se correlacionan las zonas de presión en la prostodoncia con los tejidos sensibles o escoriados, vistos en la boca y se efectúan las correcciones necesarias.

## EVALUACION DE LA CICATRIZACION Y RETIRO DE LAS SUTURAS.

Se examina la zona quirúrgica y se observa el progreso de la cicatrización; si se aplicaron puntos de sutura en el momento de la cirugía, su retiro es común a los 4 ó 5 días de ésta.

## REBASADO DE LA P.T.I., PARA MEJORAR LA RETENCION Y LA ESTABILIDAD.

Al producirse la cicatrización y modificarse los contornos del reborde, el paciente puede manifestar que la prostodoncia se afloja, 6 a 8 semanas después de la inserción de la prostodoncia.

a) Se torna necesario rebasar la prostodoncia. De este modo se suele mejorar la retención y la estabilidad.

b) Se eliminan las retenciones de la P.T.I. con fresa para acrílico, para después poderla retirar del aparato del modelo sin roturas.

c) Se mezcla el material de tratamiento de los tejidos y se coloca en la prostodoncia.

d) Se asienta la P.T.I. en la boca del paciente y se le indica que cierre en posición retruida.

e) Se moldea el borde del material de tratamiento de los tejidos, como se describió en la toma de impresión.

f) Se retira la P.T.I. y se recorta el exceso de material.

g) Se indica al paciente que use la P.T.I. con ese material de tratamiento de los tejidos, hasta el día siguiente.

h) Se evalúa la oclusión, retención y estabilidad de la P.T.I. al día siguiente. Se retira y se examina la superficie de la impresión de huecos, desgarros y otras imperfecciones. Si la impresión resulta aceptable, se traslada al laboratorio, para completar el rebasado.

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

- I.- PROPEDEUTICA MEDICA.  
William L. Morgan, Jr.  
George L. Engel,  
Editorial Interamericana.  
Primera Edición, 1978, México.
  
- II.- PROTESIS PARA EL DESDENTADO TOTAL.  
Carl O. Baucher.  
Judson Hikey C.  
George Zarb A.  
Editorial Mundi.  
Séptima Edición, 1977, Buenos Aires, Argentina.
  
- III.- PROSTODONCIA DENTAL COMPLETA.  
John J. Sharry.  
Ediciones Toray, S. A.  
Barcelona, España, 1977.
  
- IV.- PROSTODONCIA TOTAL.  
Pedro Saizar.  
Editorial Mundi  
Primera Edición, 1972, Buenos Aires, Argentina.
  
- V.- PROSTODONCIA TOTAL NUCLEO II  
S.U.A.