



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CIRUGIA PREPROTETICA TOTAL INMEDIATA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
RAMON RAMOS SALAZAR

1984.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE GENERAL

	Pagina
INTRODUCCION	1
CAPITULO PRIMERO	3
ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA OPERATORIA DENTAL Y SUS PRINCIPALES OBJETIVOS.	
CAPITULO SEGUNDO	9
ETIOLOGIA DE LA CARIES.	
CAPITULO TERCERO	14
NOMENCLATURA Y CLASIFICACION DE LAS CAVIDADES	
CAPITULO CUARTO	31
ASPECTOS GENERALES PARA LA PREPARACION DE CA- VIDADES.	
CAPITULO QUINTO	41
PREPARACION DE CAVIDADES.	
a) CAVIDADES DE PRIMERA CLASE	
b) CAVIDADES DE SEGUNDA CLASE	
c) CAVIDADES DE TERCERA CLASE	
d) CAVIDADES DE CUARTA CLASE	
e) CAVIDADES DE QUINTA CLASE	
f) CAVIDADES PARA INCRUSTACION METALICA	
CAPITULO SEXTO	71
MATERIALES DE OBTURACION	
CONCLUSIONES	91
BIBLIOGRAFIA	92

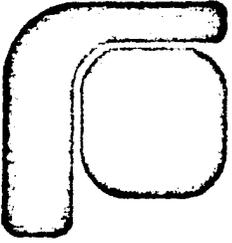
I N D I C E

- I.- Introducción.
- II.- Anatomía y Fisiología de Cavidad Oral en Desdentados.
- III.- Zonas de Influencia Protética y Estructuras Anatómicas.
- IV.- Historia Clínica:
 - a) Análisis de Laboratorio
 - b) Estudios Radiográficos
 - c) Modelos de Estudio

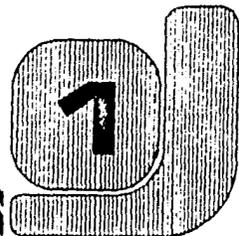
- V.- Clasificación de Técnicas Quirúrgicas:
 - a) Extracciones Simples
 - b) Alveoloplastia
 - c) Frenectomías
 - d) Torus (Palatinos y Mandibulares)
 - e) Hipertrofias Tuberales
 - f) Técnicas de Extensión del Reborde
 - g) Leucoplasia.
 - h) Biopsias
 - i) Creación Quirúrgica de Retención.

- VI.- Prótesis Total Inmediata:
 - a) Modelos Anatómicos
 - b) Modelos Fisiológicos
 - c) Registros:
 - 1) Dimensión Vertical
 - 2) Relación Céntrica
 - 3) Transporte y Montaje en Articulador.
 - d) Selección de Dientes
 - e) Articulación y Balance
 - f) Pruebas en el Paciente
 - g) Terminación y Ajustes
 - h) Cuidados de la Prótesis Total.

- VII.- Conclusiones
- VIII.- Bibliografía.



INTRODUCCION



La cirugía pre-protética total inmediata, tiene por objeto corregir las formas anatómicas a las conveniencias de una capacidad máxima de soporte y retención para la prótesis completa.

Considerando que el promedio de casos edéntulos que requieren una adecuada rehabilitación protética aumenta cada vez más en el mundo; y así mismo, -tomando en cuenta la enorme dependencia que presenta el cirujano dentista hacia el técnico del laboratorio dental, me permito presentar éste trabajo.

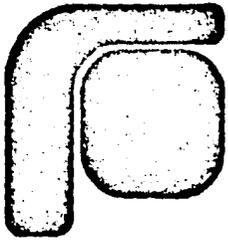
El tener conocimiento amplio de las diferentes técnicas quirúrgicas usadas en la remodelación o reconstrucción de procesos, de pacientes que usarán prótesis dental completa; nos permite poseer un claro concepto de elección de la técnica o técnicas que nos brinde mayores ventajas, tanto en el propio plan quirúrgico, como en el protético total inmediato; y de ésta forma, desde el momento en que se inicia el tratamiento, estemos convencidos que dicha técnica será la que nos ha de ofrecer mayores posibilidades de éxito.

Ante todo debemos efectuar un diagnóstico apropiado, valorar cuidadosamente la información que se obtiene sistemáticamente del paciente, a través de su historia clínica, exámen físico general y local, modelos de diagnóstico, radiografías y análisis de laboratorio indicados.

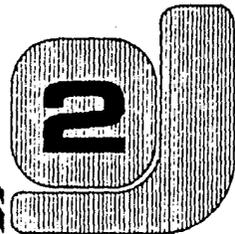
Es responsabilidad del profesionista, entender, ordenar y dirigir todas las etapas de construcción que comprende el tratamiento protético del enfermo.

En la actualidad ésta responsabilidad se ha transferido con mucha frecuencia al técnico de laboratorio, dándole a la vez mayor participación y creciente dependencia de desafortunados resultados.

Si no se quiere que la prostodoncia degenera, es necesario que el cirujano dentista entienda que es él quién realiza el contacto directo con el paciente, y por lo tanto, está mayormente capacitado para el diagnóstico y tratamiento de la reconstrucción y elaboración de la prótesis total.



**ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE
CAVIDAD ORAL EN DESDENTADOS**



II.- ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE CAVIDAD ORAL EN DESDENTADOS

Debe entenderse por anatomía prostodóntica o protética, el conocimiento de la anatomía del aparato estomatognático en sus relaciones con la prótesis. Su estudio conduce a fijar el valor de las formas anatómicas y sus modificaciones funcionales como guía para las restauraciones; permite determinar las alteraciones de las formas por obra de las mutilaciones y su subsecuente cicatrización; facilita apreciar la significación de las formaciones anatómicas remoyentes para la retención y soporte de las prótesis; es imprescindible en fin, para investigar las deformaciones, desorganización y transformaciones orgánicas bajo las condiciones que las prótesis imponen.

Por todo ello la anatomía prostodóntica de la cara, boca y dientes constituye una justa introducción al estudio de la edentación total.

OSTEOLOGIA DEL MAXILAR SUPERIOR

El maxilar superior consta de dos maxilares y dos superficies horizontales de los huesos palatinos.

Las apófisis alveolares maxilares, las apófisis cigomáticas y las apófisis palatinas son las estructuras óseas más directamente relacionadas con el soporte de las prótesis. En la línea media la superficie labial del maxilar termina superiormente en una proyección anterior afilada, conocida como espina nasal anterior, una exagerada resorción de la cresta del reborde alveolar lleva a ésta a una proporción cercana a la espina nasal.

La fosa canina se encuentra formando una depresión a un lado de la línea media, encima de las posiciones ocupadas por los incisivos laterales y en una mitad de la eminencia canina.

En la eminencia del canino, el reborde residual empieza a volverse más posteriormente para asumir su forma parabólica general.

La apófisis cigomática del maxilar superior sobresale superolateralmente de la superficie bucal del reborde alveolar en la región ocupada anteriormente por las raíces del primer molar superior. Si una resorción avanzada del reborde alveolar la lleva a un nivel próximo de ésta estructura ósea, será necesario acortar un poco el borde de la prótesis en ésta área.

La apófisis alveolar termina posteriormente en una prominencia redonda llamada tuberosidad del maxilar, es decir, distal a la posición anteriormente ocupada por los terceros molares superiores. Por detrás de la tuberosidad se encuentra la extensión inferior de la región del pterigoideo y la apófisis piramidal del hueso palatino, que sale entre estas dos regiones. La escotadura entre la tuberosidad y la estructura superior se conoce como hendidura pterigo maxilar o hamular. El hamular, en forma de gancho, representa la proyección inferior de la región pterigoidea; se encuentra generalmente, en línea con la extensión posterior de la pared palatina de la apófisis alveolar. La hendidura pterigomaxilar representa en la prótesis la extensión posterior detrás de la tuberosidad. La superficie palatina de la apófisis alveolar forma a través de la región posterior casi un ángulo recto con el paladar óseo. De canino a canino se forma un ángulo más obtuso en ésta unión.

La fosa incisiva está en la línea media del paladar anterior, continuando la superficie palatina por reborde alveolar. Los nervios y las arterias del paladar se comunican a través de los canales incisivos con la cavidad nasal. Cuando existe una resorción extrema, este canal puede quedar en la cresta - del reborde residual; se evitará ejercer presiones excesivas, en ésta zona - será no interrumpir las estructuras vitales y nervios.

El paladar duro está limitado anteroposteriormente por la sutura palatina media. En los ángulos rectos a éstos, otra sutura separa el tercio posterior del paladar duro (los huesos palatinos) de los dos tercios anteriores (maxilares). Cuando la sutura palatina se confunde con el reborde alveolar, se dirige posterior y lateralmente para continuar con la sutura a la profundidad de la hendidura pterigomaxilar ó hamular. En el extremo posterolateral del - paladar duro a los lados de la línea media están los agujeros palatinos posteriores por donde pasan venas y nervios.

El borde posterior libre del paladar duro es cóncavo bilateralmente.

Se extiende hacia atrás a la línea media; su superficie superior se llama espina nasal posterior. Este borde realiza la unión de la aponeurosis palatina del paladar blando y de los músculos de la úvula.

OSTEOLOGIA DE LA MANDIBULA

La mandíbula consta de una porción en forma de herradura llamada cuerpo, de cuya parte superior se continúa con la apófisis alveolar, y desde la parte posterior y superior del cuerpo y a cada lado, se proyectan dos porciones planas con una ligera angulación obtusa e inclinación lateral conocidas como ramas ascendentes.

Las ramas constan en su parte superior de apófisis; una anterior que es la apófisis coronoides y una posterior que es la apófisis condílea, limitada a su vez por una zona comprimida inferior conocida como cuello del cóndilo. Entre las apófisis coronoides y condílea se localiza la escotadura mandibular que es cóncava en su parte superior.

Desde la parte más baja de esta escotadura y aproximadamente a la mitad con la superficie inferior de la mandíbula y a una altura media de la rama, se localiza el conducto dentario a través del cuál penetran los nervios y venas alveolares inferiores. El borde anterior de la rama ascendente presenta dos rebordes: uno lateral que se continúa hacia el cuerpo mandibular con el nombre de línea oblicua externa, y otro medio que se llama cresta temporal y casi se confunde con la prolongación del reborde del milohioideo del cuerpo de la mandíbula.

El reborde milohioideo limitado prominentemente en su comienzo muy cerca de la parte posterior y superior de la apófisis alveolar, se inclina en dirección anteroinferior a través del área molar hasta cerca de la sínfisis, pero su prominencia se reduce considerablemente a través de la zona sublingual anterior. En el área premolar se encuentra la fosa sublingual, encima de la línea milohioidea, y la fosa submaxilar se localiza en la zona molar y por debajo de ésta línea.

La línea oblicua externa, continuación del borde anterolateral de la rama ascendente, se extiende prominentemente con un reborde fácil de distinguir en el área del último molar y termina gradualmente su extensión hacia el tubérculo mentoniano, que se localiza precisamente a un lado de la protuberancia mentoniana, que es la parte más elevada del borde anterior de la mandíbula.

la en la línea media.

El agujero mentoniano se encuentra en la proximidad del vértice de los premolares inferiores y puede progresar hacia la cresta alveolar cuando se pierden los dientes naturales y se agrava la resorción.

En la superficie lingual a ambos lados de la línea media se encuentran los tubérculos genianos superiores e inferiores, que dan inserción al músculo geniogloso y geniohioideo respectivamente.

MUCOSA ORAL

En la mucosa bucal superior conviene distinguir: la mucosa palatina anterior y posterior, la gingiva y la mucosa superior del surco vestibular que se continúa con la de la mejilla a través del fórnix o fondo de surco.

La mucosa palatina anterior y gingival, gruesas y resistentes mucosa masticatoria de Orban (1952), adhieren firmemente al hueso, sin interposición de submucosa. Hacia adelante emergen las rugosidades palatinas, con sus dibujos característicos, entre los que se destacan la anterior y mediana, o papila incisiva, que cubre el orificio palatino anterior.

Schiffman (1964) en más de 500 modelos dentados, encontró que una línea transversal a través del centro de la papila incisiva pasa por las cúspides de los caninos, en 80% de los casos.

La mucosa central del paladar suele ser muy delgada, especialmente cuando la sutura intermaxilar es prominente. Hacia atrás se espesa nuevamente, por la aparición de una submucosa que aloja tejido adiposo y glándulas mucosas cuyo número calcula Ostlund (1962) entre 200 y 300. La mucosa gingival gruesa y adherente, también masticatoria, forma parte del parodocio de protección. Habitualmente de color rosado claro, forma por vestibular un festoneado característico al engrosarse alrededor de los cuellos dentarios.

Por encima de la gingiva, la mucosa se hace movable, por la aparición de una submucosa, en la cuál se alojan músculos y ligamentos que se prolongan,

justamente, hasta el borde de la gíngiva estacionaria.

Por ésta razón se denomina línea de inserción a la que separa la mucosa vestibular estacionaria de la movible. Esta última, delgada y lisa (mucosa de recubrimiento), suele ser más rojiza, por menos grueso y queratinizado - el epitelio, que permite ver los vasos por transparencia. Por su escasa movilidad, la zona movible próxima a la línea de inserción suele denominarse zona marginal neutra.

La mucosa de la parte inferior de la boca responde a los tres tipos, que Orban (1952) califica de mucosa masticatoria (la que forma la gíngiva), de revestimiento simple (de los surcos vestibulares, piso bucal y surco lingual) y especializada (dorso lingual). Podrían todavía reconocerse otras - variedades en labios y mejillas.

En todos los casos el epitelio es pavimentoso estratificado, recubierto por una delgada capa córnea. Sólo es estacionaria la mucosa gingival; todas las demás son móviles y de extensión y plegabilidad suficientes para permitir esta movilidad facilitada por la viscosidad salival. Los músculos corren bajo la mucosa movible.

Aparte las variadas papilas especializadas del dorso lingual, las papilas coriales son más desarrolladas en ésta región y en la gíngiva y bastante menores en el resto de la mucosa, que resulta por ello mucho más lisa y de color más rojizo debido a su mayor transparencia.

Dos pliegues de la mucosa sublingual lateral, las carúnculas sublinguales que cubren las glándulas del mismo nombre, crean a veces problemas con las impresiones o las prótesis. En el centro del piso lingual delantero se destaca el ostium umbilicale, desembocadura de los conductos de Wharton.

LENGUA

Unida al piso bucal, al cuello, a la faringe y laringe, a la mandíbula superior y lo demás de la inferior (de la que puede considerarse parte), la lengua por su posición, funciones y movilidad tiene una importancia capital

dentro de la anatomía protética.

La notable actividad, como órgano de la articulación de la palabra, del gusto, de la masticación, de la formación del bolo alimentario, de la deglución y de grán variedad de gestos y sonidos, se realiza con la ayuda de los músculos propios o intrínsecos y de los llamados extrínsecos que la conectan con los órganos vecinos.

Una característica de la lengua, de notable importancia en relación con la prostodoncia, es su adaptabilidad, que es funcional y volumétrica, La adaptabilidad funcional le permite desempeñarse en las más variadas circunstancias.

Por ejemplo, tráguese saliva con la boca abierta: la punta y los bordes de la lengua se adaptan para hacer el cierre anterior necesario al acto, en tanto el centro desempeña la función proyectora.

La adaptabilidad volumétrica no es menos notable. Con excepción del espacio de Donders, la lengua llena siempre la cavidad bucal cerrada, si un acto voluntario no lo impide. La pérdida de los dientes provoca inmediatamente una enorme expansión lingual, con la ayuda de la elevación del piso bucal, - que la colocación de una prótesis reduce, también de inmediato, como se verá.

MUSCULOS DE LA LENGUA

La masa de la lengua ubicada en el piso de la boca y recubierta de mucosa se divide en dos mitades simétricas por un tabique fibroso, el séptum lingual. Sus músculos se dividen en dos grupos: dos músculos intrínsecos: consiste en la musculatura longitudinal superior e inferior, además de la transversal y la vertical: son aquellos que producen considerables cambios en el tamaño y forma de la lengua; los extrínsecos, que unen la masa de la lengua a otras estructuras y hacen que la lengua se mueva en relación a otras estructuras bucales, son responsables de los cambios de posición.

La musculatura extrínseca se compone del palatogloso, unido al paladar blando y a la lengua; el hipogloso, unido al hueso hioides y a la lengua; el

estilogloso, unido a la apófisis estiloides y a la lengua, y el geniogloso, unido por delante a la apófisis geni de la mandíbula y la lengua.

OSTEOLOGIA DEL HIOIDES

El hioides es un hueso visceral que en su forma semeja al de la mandíbula. Consta de tres partes: el cuerpo, pieza impar y media, y las astas mayores y menores insertadas en él.

El cuerpo es una estructura aplanada de adelante a atrás, cuya superficie posterior, excavada, está orientada hacia abajo. La superficie anterior muestra varias crestas y depresiones destinados a inserciones musculares.

El asta mayor, unida al cuerpo de un cartilago osificado en las edades avanzadas, está dirigida hacia atrás y algo hacia afuera, se estrecha en su parte posterior y termina comúnmente por un pequeño engrosamiento en forma de botón.

El asta menor es un pequeño núcleo óseo, de forma cónica, no osificado. Se une con el borde superior del extremo lateral del cuerpo en forma articular o sindesmóticamente. Por su vértice se continúa con un cordón conjuntivo extendido hasta la apófisis estiloides.

MUSCULOS SUPRAHIOIDEOS

La musculatura suprahioidea con inserción en la mandíbula o en la lengua, y otra en el hueso hioides, se compone del vientre anterior del digástrico, el milohioideo, el geniogloso y el hiogloso.

La musculatura antagónica infrahioidea está integrada por el esternohioideo, tirohioideo, omohioideo y esternotirohioideo.

Los digástricos con sus dos vientres anterior y posterior, formando ángulos obtusos abiertos hacia arriba, presentan una noble unidad funcional.

Los músculos milohioideos y geniohioideos unen al hioides directamente al cuerpo mandibular: los hioglosos lo unen a la lengua; los estilohioideos a -

la base del cráneo. Todos ellos llevan al hueso hacia arriba y adelante, - atrás o a los lados, y cuando es necesario son neutralizados por el grupo de músculos infrahioides.

MUSCULO DIGASTRICO (Porción Anterior)

La inserción de la porción anterior del músculo digástrico se encuentra próxima al borde inferior de la mandíbula y a la línea media. La inervación de ésta porción del digástrico está a cargo del nervio milohioideo - que es una rama del nervio maxilar inferior del trigémino.

La porción anterior del digástrico está relacionada con la abertura de la mandíbula junto con otros músculos suprahioides y el músculo pterigoideo externo. Sin embargo la actitud del digástrico es de mayor importancia al final de la depresión de la mandíbula y, por lo tanto no se le puede - considerar de importancia como iniciador de los movimientos de abertura.

El músculo pterigoideo externo resulta de mayor importancia en el co - mienzo de la abertura mandibular y la porción anterior del músculo digás - trico en la culminación de dicho movimiento (sec, Sicher).

Cuándo la mandíbula esta fija, éste músculo eleva al hueso hioides, y - con éste la laringe, desempeñando una función importante en el acto de la deglución.

MUSCULO DIGASTRICO (Porción Posterior)

La porción posterior nace en la ranura digástrica del temporal y en oca - siones de la cara interna de la apófisis mastoides, dirigiéndose luego - oblicuamente hacia abajo y adelante; se continúa reduciendo su volúmen ha - cia el tendón intermedio de forma cilíndrica, cuya inserción no es directa en el hueso hioides, sino que se fija a él en la región entre cuerpo y as - ta mayor por medio de fibras de la aponeurosis cervical externa. Este ten - dón se continúa con la porción anterior del músculo, grueso en su porción lateral y aplanando de arriba a abajo en la parte próxima a la línea media, que converge ligeramente con el del lado opuesto y se dirige hacia la fosa

digástrica de la mandíbula, donde termina.

La porción posterior de éste músculo esta inervada por el nervio facial.

MUSCULO MILOHIOIDEO

Forma con el del lado opuesto una amplia lámina muscular convexa hacia abajo, que cierra inferiormente el piso de la boca hasta límites bastantes posteriores. La zona de origen del músculo ocupa toda la línea milohioidea extendiéndose, desde la región del tercer molar y la cara interna del mentón de un lado, hasta la misma región del lado opuesto. Las fibras más posteriores de éste músculo descienden hacia adentro, insertándose por fibras tendinosas en la superficie anterior del cuerpo del hioides. Las fibras restantes están dispuestas cada vez menos oblicuamente, concluyendo con las del lado opuesto en una franja tendinosa denominada rafé milohioideo, la cuál, situada en la línea media, y a partir de una zona localizada entre las dos focitas digástricas y algo por encima de las mismas, se dirige hacia atrás, ensanchándose hacia el cuerpo hioides.

La lámina muscular es más delgada en la parte anterior que en la posterior y termina hacia atrás en un borde liso y libre.

Está inervado por el nervio milohioideo que procede del maxilar inferior o tercera rama del trigémino.

MUSCULO GENIOHIOIDEO

En íntima relación con la del lado opuesto, el músculo se dirige desde el mentón al cuerpo del hioides. Su zona de origen está por encima del extremo anterior de la línea milohioidea, junto a la espina mentoniana en la denominada apófisis geniinferior. Durante su curso hacia el hueso hioides se ensancha y se aplana simultáneamente y termina en la mitad anterior de la cara anterior del hueso, extendiéndose sus inserciones por la parte inicial del asta mayor del mismo hioides.

Está inervado por el nervio hipogloso y dirige al hueso hioides hacia

adelante.

MUSCULO ESTILOHIOIDEO

Su forma delgada y ténue se origina en la cara externa y borde posterior de la apófisis estiloides. Adosado primero a la cara interna del vientre posterior del digástrico y luego a su borde superior, se dirige hacia adelante y abajo. Por encima del tendón intermedio del músculo digástrico se profundiza en dos delgados fascículos que rodean a dicho tendón y que por debajo del mismo se insertan en el punto de reunión del cuerpo y asta mayor del hioides.

Está inervado por el nervio facial y actúa como elevador del hioides.

GLANDULAS SALIVALES

Se encuentran en la mucosa misma, o bien en la submucosa. Se distinguen tres de grán tamaño, la parótida, la submaxilar y la sublingual, y otras más pequeñas conocidas como glándulas labiales, bucales, palatinas y linguales. Todas contribuyen a formar la saliva y son parte importante en el acto preparatorio de la digestión.

Según la naturaleza de su unidad secretora se les puede clasificar en serosas, mucosas y mixtas. Entre las serosas se encuentran la parótida y las linguales, existentes en la zona de la papila caliciformes; a las mucosas pertenecen las glándulas mucosas palatinas, la de los carrillos y el resto de las linguales; y las mixtas en las glándulas submaxilar, y la sublingual y las labiales.

SALIVA

La cantidad y la consistencia de la saliva afecta la estabilidad y la retención de las prótesis y la comodidad con que las lleva el paciente.

Un exceso de saliva complicará la toma de impresiones y constituye una molestia para el paciente. Esto se empeora todavía más si las prótesis -

son nuevas. Las prótesis nuevas se sienten como cuerpos extraños, que lo son, y ello estimula el flujo de saliva. Se requiere explicarlo al paciente.

La ausencia de saliva, la xerostomía, presenta inconvenientes más graves. La humedad es necesaria para que actúen los factores habituales de la retención, y sino hay saliva existe la posibilidad de una retención deficiente de las prótesis. Es más, la ausencia salival a menudo produce la adhesión de mejillas y labios a la base protética de un modo incomodo. Este último problema se alivia mediante el uso de vaselina y cepacol que se aplican a las superficies de las prótesis.

Una saliva espesa y viscosa, es causa de inconvenientes. Se compone de secreciones de mucus espeso proveniente de glándulas palatinas debajo de la prótesis superior. Solamente el espesor del mucus es suficiente para desplazar la prótesis de su ubicación correcta. Así mismo la saliva espesa complica la toma de impresiones al formar poros en la superficie de la impresión mientras fragua el material. También la saliva espesa y viscosa es un factor que produce náuseas al paciente durante la toma de impresiones y después que se le colocan las prótesis. Es necesario limpiar de saliva la superficie palatina para eliminarla antes de la impresión definitiva, y previamente se masajearán con un trozo de gasa las glándulas mucosas inmediatamente antes de tomarla.

Como ideal, el flujo salival debe ser moderado, de tipo seroso y aparentemente es lo que ocurre en la mayoría de los casos.

MUSCULOS MASTICADORES

Los músculos masticadores son en número de cuatro e intervienen en los movimientos de elevación y de lateralidad del maxilar inferior.

Son los siguientes: El temporal, el masetero, el pterigoideo interno y el pterigoideo externo.

T E M P O R A L

Ocupa la fosa del temporal y se extiende en forma de abanico, cuyo vértice se dirige hacia la apófisis coronoides del maxilar inferior.

Inserciones. El temporal se fija por arriba en la línea curva temporal inferior, en la fosa temporal, en la cara profunda de la aponeurosis temporal y, mediante un haz accesorio, en la cara interna del arco cigomático. Desde estos lugares, sus fibras convergen sobre una lámina fibrosa, la cuál se va estrechando poco a poco hacia abajo y termina por constituir un fuerte tendón nacarado que acaba en el vértice, bordes y cara interna de la apófisis coronoides.

Inervación. De la inervación del temporal se hallan encargados los tres nervios temporales profundos, que son ramas del maxilar inferior y también en dirigirlo hacia atrás; en esta última actividad del temporal intervienen sus haces posteriores.

M A S E T E R O

Se extiende desde la apófisis cigomática hasta la cara externa del ángulo de la mandíbula. Se halla constituido por un haz superficial, más voluminoso, dirigido oblicuamente hacia abajo y atrás, y otro haz profundo, oblicuo hacia abajo y adelante.

Inserciones. El haz superficial se inserta superiormente sobre los dos tercios anteriores del borde inferior del arco cigomático e inferiormente en el ángulo de la mandíbula y sobre la cara externa de éste. Su inserción superior se realiza a expensas de una fuerte aponeurosis, la cuál se origina

mediante numerosas láminas aguzadas hacia el tercio medio de la masa muscular. El haz profundo se inserta por arriba en el borde inferior y también - en la cara interna de la apófisis cigomática; sus fibras se dirigen luego - hacia abajo y adelante, terminando sobre la cara externa de la ascendente de la mandíbula.

Inervación. Por su cara profunda penetra el nervio maseterino, el cuál es un ramo del maxilar inferior y que atravieza, por la escotadura sigmoidea.

Acción. Como la del temporal, la misión del masetero consiste en elevar el maxilar inferior.

PTERIGOIDEO INTERNO

Este músculo comienza en la apófisis pterigoides y termina en la porción interna del ángulo de la mandíbula.

Inserciones. Superiormente se inserta sobre la cara interna del ala externa de la apófisis pterigoides, en el fondo de la fosa pterigoidea, en parte de la cara externa del ala interna, y por medio de un fascículo bastante fuerte, denominado fascículo palatino de juvara, en la apófisis piramidal del palatino. Desde estos lugares, sus fibras se dirigen hacia abajo, atrás y afuera para terminar merced a láminas tendinosas que se ligan en la porción interna del ángulo del maxilar inferior y sobre la cara interna de su rama ascendente.

Inervación. Por su cara interna se introduce en el músculo el nervio del pterigoideo interno, el cuál procede del maxilar inferior.

Acción. Es principalmente un músculo elevador del maxilar inferior, pero debido a su posición, también proporciona a éste hueso pequeños movimientos laterales.

PTERIGOIDEO EXTERNO

Se extiende de la apófisis pterigoides al cuello del cóndilo del maxilar inferior. Se halla dividido en dos haces, uno superior o esfenoidal y otro

inferior o pterigoideo.

Inserciones. El haz superior se inserta en la superficie cuadrilátera del ala mayor del esfenoides, la cuál constituye la bóveda de la fosa cigomática, así como en la cresta esfenotemporal. El haz inferior se fija sobre la cara externa del ala externa de la apófisis pterigoides.

Las fibras de ambos haces convergen hacia afuera y terminan por fundirse - al insertarse en la parte interna del cuello del cóndilo, en la cápsula articular y en la porción correspondiente del menisco interarticular.

Inervación. Recibe dos ramos nerviosos procedentes del bucal.

Acción. La contracción simultánea de ambos pterigoides externos produce - movimientos de proyección hacia adelante del maxilar inferior.

Si se contraen aisladamente, el maxilar ejecuta movimientos laterales hacia uno y otro lados: cuándo estos movimientos son alternativos y rápidos, - se llaman de diducción, y son los principales en la masticación.

L I G A M E N T O S

Los ligamentos de la articulación temporomandibular son el ligamento capsular, el ligamento temporomandibular, el ligamento esfenomandibular, el disco articular (menisco), y el ligamento estilomandibular. La función de los - ligamentos es limitar los movimientos de la articulación.

La cavidad glenoidea se halla tapizada por una membrana sinovial que separa el cóndilo de la cavidad. La membrana sinovial empieza por delante del cóndilo, en su anchura máxima, y lo recubre hasta el cuello en su parte posterior.

LIGAMENTO CAPSULAR

El ligamento capsular envuelve la articulación en su totalidad. En su parte superior se inserta en el borde de la cavidad glenoidea y en la eminencia

articular. En la inferior, se sostiene envolviendo el cuello del cóndilo.

Sus fibras se dirigen hacia abajo y atrás.

LIGAMENTO TEMPOROMANDIBULAR

El ligamento temporomandibular se divide en dos porciones, la anterior y la posterior. Se inserta por arriba en el tubérculo cigomático o eminencia articular y en el borde inferior del arco cigomático. Luego sus fibras se dirigen hacia abajo y atrás para insertarse en el borde posteroexterno de la parte superior de la rama ascendente.

LIGAMENTO ESFENOMANDIBULAR.

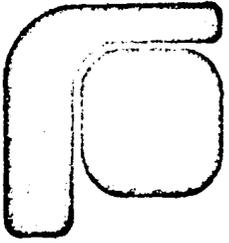
El ligamento esfenomandibular se inserta por arriba en la espina angular del esfenoides y desciende por la superficie interna de la rama ascendente para insertarse en la espina de spix.

MENISCO

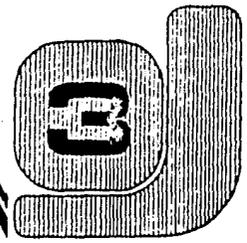
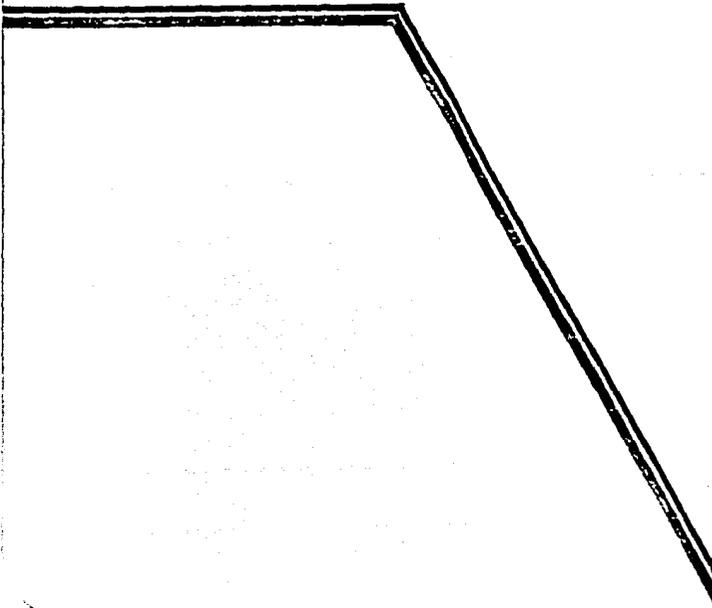
El disco articular (menisco) desempeña un papel importante en el movimiento mandibular. Se compone de tejido conectivo fibroso y se halla ubicado entre las dos membranas sinoviales de la articulación. El menisco es un disco cuya superficie superior es convexa para adaptarse a la forma de la cavidad y cuya superficie inferior es un tanto cóncava para adaptarse al cóndilo. Este disco se extiende hacia adelante sobre el tubérculo cigomático. La posición y el movimiento del menisco están regulados por su inserción en el ligamento capsular y, en la parte anterior por el tendón del músculo pterigoideo lateral o externo. Este músculo así se inserta a lo largo de su borde interno. El disco articular tiene muy poco movimiento al iniciarse el movimiento de apertura de la mandíbula, cuando el cóndilo efectúa exclusivamente el movimiento de rotación. Sin embargo, tiene movimientos extensos cuando la mandíbula realiza movimientos de apertura más amplia o movimientos de lateralidad o protusión. Entonces el menisco se traslada con el cóndilo.

LIGAMENTO ESTILOMANDIBULAR

El ligamento estilomandibular se inserta en la apófisis estilohioidea, en el ángulo mandibular y en su borde posterior.



ZONAS DE INFLUENCIA PROTETICA
Y ESTRUCTURAS ANATOMICAS



III.- ZONAS DE INFLUENCIA PROTETICA Y ESTRUCTURAS ANATOMICAS.

La designación de "Zona de influencia Protética" acordada por Villain (1923) al tercio inferior de la cara, sino totalmente correcta, tiene la ventaja de delimitar una zona dentro de la cuál puede esperarse una modificación inmediata y clara de las formas fisionómicas con el auxilio protético, ya que, como dice el mismo autor "los dientes y procesos alveolares concurren al esqueleto de la boca, sostienen las mejillas y los labios e intervienen en el desarrollo y conservación de los contornos faciales en la región comprendida verticalmente entre la base de la nariz y la del mentón, para extenderse horizontalmente hasta los conductos auditivos.

Las zonas protésicas del maxilar superior y mandíbula representan las áreas anatómicas de los rebordes residuales y estructuras adyacentes que se incluyen en el soporte de la base protética.

En el maxilar superior se estudia:

- 1) CONTORNO O SELLADO PERIFERICO
- 2) ZONA PRINCIPAL DE SOPORTE
- 3) ZONA SECUNDARIA DE SOPORTE
- 4) ZONA DE ALIVIO
- 5) SELLADO POSTERIOR

En la mandíbula se estudia:

- 1) CONTORNO O SELLADO PERIFERICO
- 2) ZONA PRINCIPAL DE SOPORTE
- 3) ZONA SECUNDARIA DE SOPORTE
- 4) ZONA RETROMOLAR
- 5) SELLADO POSTERIOR

CONTORNO PERIFERICO DEL MAXILAR SUPERIOR

El contorno o sellado periférico sigue por el pliegue mucobucal llamado fondo de saco, se extiende desde una región hamular a la otra, pasando anteriormente por la inserción simple o múltiple del frenillo labial superior en la línea media; lateralmente a ésta, a ambos lados se localizan las inserciones semitendinosas de los frenillos bucales simples o múltiples; el contorno posterior lo determina la línea vibrátil que se extiende desde la

región de una escotadura hamular a la otra, pasando por las foveolas palatinas.

VESTIBULO BUCAL SUPERIOR

Desde la escotadura hamular, hasta la inserción distal del frenillo bucal, está el repliegue de la mucosa desde el interior del carrillo a la cresta alveolar; se llama zona de repliegue de la mucosa bucal o bóveda del vestíbulo bucal.

FRENILLO BUCAL SUPERIOR

Representa el límite mesial que va de un frenillo a otro del vestíbulo labial superior; consta de un pliegue de mucosas simples o múltiples en la región de los primeros premolares. Su unión a la mucosa alveolar está más cerca de la cresta alveolar que los repliegues de la mucosa justamente anterior y posterior a él. El frenillo bucal requiere en su acción de una escotadura en forma de "V", en el borde de la dentadura.

CONTORNO POSTERIOR SUPERIOR

Las fibras del pterigoideo interno de origen en la tuberosidad del maxilar intervienen modelando funcionalmente la extensión posterior de la dentadura superior en la región bucodistal de la tuberosidad.

SELLADO POSTERIOR.

Las características de continuidad anatómica entre ambos paladares es variable en los desdentados; pueden denominarse formas continuas, curva y angulada. Se relacionan frecuentemente con la forma del paladar duro y la inclinación geométrica de continuidad, comparada en grados: rectos o de 0°, inclinación de 60° y perpendiculares de 90°; de éstos la más angulada corresponde a los paladares profundos, la angulación media a los paladares normales, y la continuidad recta a paladares planos. Con estas referencias se diseña la extensión del borde posterior de la dentadura.

LINEA VIBRATIL

Es una línea imaginaria localizada posteriormente en el techo de la cavidad bucal; se extiende de una escotadura hamular a la otra, pasando por las foveolas palatinas.

FOVEOLAS PALATINAS

Son dos pequeñas depresiones superficiales y visibles localizadas a cada lado de la línea media del paladar y referencia intermedia de la línea vibrátil.

Son conductos que se abren individualmente y corresponden al grupo de glándulas mucosas palatinas circundantes; pueden ser de un solo orificio o simples, más comúnmente, son dobles y separadas una de otra aproximadamente 3.5. mm. por la mucosa intermedia que es una banda fibrosa que se une a la aponeurosis de la espina nasal.

En prostodoncia tiene importancia como referencia en el diseño y delimitación del límite posterior de la dentadura superior, de tal manera que su sobreextensión no interfiera con los movimientos de los tejidos blandos, provoquen reflejos nauseosos, ni rompan el sellado posterior.

ORIFICIOS PALATINOS POSTERIORES.

Se localizan en la parte posterolateral del paladar duro, entre la zona horizontal del hueso palatino y la apófisis alveolar del último molar. El nervio palatino mayor emerge bajo la superficie del paladar a través de estos orificios; continúa su trayecto hacia adelante en una ranura de la unión de la porción horizontal del paladar y la superficie vertical del reborde residual. La arteria palatina mayor discurre inmediatamente a un lado del nervio.

ZONAS BASALES SUPERIORES.

Se incluyen las áreas que están dentro del contorno marginal o periférico y son: a) la zona principal de soporte, constituida por toda la cresta residual, y representa la superficie de mayor soporte y apoyo a base protética;

b) la zona secundaria de soporte es la superficie adyacente entre la zona principal de soporte y el contorno periférico; c) las zonas de alivio son aquellas superficies en donde la base protética no debe ejercer presiones discriminadas ni excesivas, tales como la papila incisiva, el rafé sutural medio o palatino, y ocasionalmente las arrugas palatinas.

CONTORNO PERIFERICO DE LA MANDIBULA

El contorno sellado periférico sigue por el pliegue mucobucal llamado fondo de saco (fórnix) del vestíbulo bucal y mucolingual, con el nombre de vestíbulo sublingual.

Se extiende desde el límite distal de la zona retromolar, de un lado a la del lado opuesto.

ZONA RETROMOLAR

La extensión distal en la zona retromolar está limitada por el borde anterior de la rama ascendente más el tendón temporal, el músculo buccinador y el ligamento pterigomandibular.

La zona retromolar es un conjunto de estructuras blandas en el extremo posterior del reborde residual, exactamente en la unión media del tendón medio temporal. Contiene glándulas mucosas, y las fibras constrictoras superiores. En su superficie sobresale una mucosa en forma oval que es la papila piriforme.

VESTIBULO BUCAL INFERIOR

Desde el borde anterior de la rama ascendente hasta la inserción del frenillo bucal, se determina la zona de repliegue de la mucosa bucal o fondo de saco del vestíbulo bucal (fórnix). Las fibras del músculo buccinador se unen a la mucosa, y el cuerpo de la mandíbula lateral a los molares y fuera de la línea oblicua externa. Estas fibras se extienden anteroposteriormente y por eso la superficie del tejido del reborde bucal descansa sobre el músculo de esta región.

FRENILLO BUCAL INFERIOR

^ Es el límite distal del vestíbulo bucal inferior; representa el pliegue de tejido de inserción semitendinosa del buccinador en el área premolar que une el labio al reborde alveolar. Los movimientos funcionales del labio y los carrillos alteran la forma, altura y tensión del pliegue; se diseña una escotadura en forma de "V" invertida en el borde de la dentadura, para el libre movimiento de este frenillo.

VESTIBULO LABIAL INFERIOR.

Es la zona de repliegue de la mucosa labial o fondo de saco del vestíbulo labial inferior (fórnix); se extiende desde la parte mesial del frenillo bucal de un lado al del lado opuesto. La posición de fijación del mediolo y el músculo orbicular de los labios afectan a esta área y determinan la extensión, profundidad y contorno labial de la dentadura.

FRENILLO LABIAL INFERIOR

El frenillo labial inferior en la mandíbula, como el superior en el maxilar, es un repliegue de tejido que une las mucosas alveolar y labial en la línea media. Para librar la posición de éste repliegue mucoso es forma de una hoz discreta, se diseña una escotadura poco profunda en forma de "V" invertida, en el borde de la dentadura.

VESTIBULO SUBLINGUAL

Se inicia distalmente desde la zona alveololingual formada por el arco palatogloso, el constrictor superior de la faringe, las fibras del músculo glosoestafilino y el músculo estilogloso.

La extensión distal y la curvatura del borde distolingual lo determinan la posición de la lengua y el estado de constricción de éstos músculos y la musculatura hioidea.

La glándula sublingual cubierta por el repliegue de la mucosa desde la apófisis alveolar hasta la base de la lengua, ocupa el espacio lateral encima del músculo milohioideo entre el cuerpo de la mandíbula y la lengua.

Inclusive, una excesiva resorción de la mandíbula lleva a la glándula sublingual a sobresalir por encima del mismo cuerpo.

FRENILLO LINGUAL

Es un pliegue de la línea media de la mucosa desde la superficie antero-inferior de la lengua al piso de la boca y de la mucosa alveolar; queda por encima del músculo geniogloso. El nivel del repliegue de la mucosa alveolar se localiza por encima de los tubérculos genisuperiores, donde se unen los genioglosos; sin embargo, con la resorción exagerada, el nivel del repliegue de la mucosa se aproxima a la unión del músculo.

SURCO ALVEOLOLINGUAL

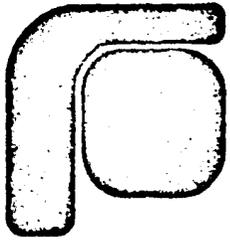
Es el espacio entre la lengua y el reborde alveolar. Su límite es la mucosa que cubre el músculo milohioideo y la región molar anteriormente. El músculo milohioideo tiene su origen en la línea milohioidea de la mandíbula - que está en la cresta de la apófisis alveolar de la zona retromolar; desciende hacia adelante para ocupar una posición en la sínfisis, arriba de la mandíbula y opuesta a la línea media.

ZONAS BASALES INFERIORES

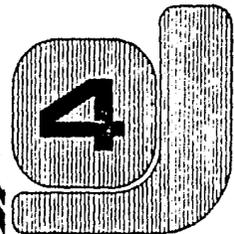
Se incluyen las áreas como en el superior, que están dentro del contorno marginal o periférico, y son: a) la zona principal de soporte, constituida por toda la cresta alveolar y representa la superficie de mayor soporte y apoyo a la base protésica; b) la zona secundaria de soporte es la superficie adyacente entre la zona principal de soporte y el contorno periférico.

En la zona retromolar, sobre la superficie del reborde residual, sobresale la mucosa en forma oval o de pera, es la papila piriforme que siempre debe cubrir la base protésica.

Entre las zonas protésicas de la mandíbula no se consideran zonas de alivio.



HISTORIA CLINICA



IV.-

HISTORIA CLINICA

La historia clínica, es en realidad, el relato fiel que puede hacer el médico respecto a la evolución clínica de su paciente.

En relación con la protodoncia total es excelente tomar nota de todo lo importante que se observa, destacando de modo especial aquellas circunstancias que son particulares del paciente y que, por su índole, pueden requerir tratamiento previo al protético propiamente dicho, sea de orden médico, quirúrgico o protético o que planteen dificultades especiales.

Comprende los antecedentes hereditarios, familiares, sociales, ambientales y personales que se consideren de interés, más los datos que surjan de:

a) ANALISIS DE LABORATORIO

b) ESTUDIOS RADIOGRAFICOS

y c) MODELOS DE ESTUDIO.

a) ANALISIS DE LABORATORIO

Los análisis de orina y de sangre deben pedirse cada vez que los exija la necesidad de aclarar dudas con respecto al estado general del paciente (sospecha de diabetes, leucemia, infección focal, deficiencias de coagulación, etc.). En estos aspectos, la clínica de prótesis crea las mismas responsabilidades que el resto de la clínica odontológica. El protesista está muchas veces en situación de orientar el diagnóstico precoz de diversos estados generales. Asimismo, está en la obligación de tomar o hacer tomar las precauciones o medidas de orden médico conducentes a poner a sus pacientes en las mejores condiciones.

b) ESTUDIOS RADIOGRAFICOS

Ningún examen oral debe considerarse adecuado o completo sin un estudio radiográfico. Si la causa más frecuente es la pérdida de los dientes son los que están excesivamente cariados o afectados por enfermedad parodontal avanzada, es necesario investigar si persisten infecciones que ocasionaron la condición edéntula.

Con este importante estudio auxiliar, el odontólogo tendrá conocimiento de la existencia de raíces retenidas, impactos, cuerpos extraños o sugestiva evidencia de lesiones que exigirán la biopsia o la intervención quirúrgica.

Las radiografías también facilitan la información sobre la hipercementosis, anquilosis, dientes incluidos, raíces extremadamente divergentes, proximidad de las fosas nasales, tamaño de los senos maxilares, trayectoria del conducto dentario inferior y altura de los agujeros mentonianos.

En términos generales, las reglas básicas de la técnica de bisección - del ángulo se siguen al exponer radiografías del paciente desdentado, cuya zona de interés, es el mismo proceso de las arcadas. Sin embargo necesariamente existe una modificación de la película y de la cabeza del tubo.

Aún cuando los dientes no existan, las radiografías seriadas completas se utilizan como para el paciente desdentado. Las exposiciones de las arcadas superior e inferior son las siguientes:

- a) Zonas de los incisivos centrales y laterales.
- b) Zona de caninos
- c) Zona de premolares y molares.
- d) Zona de terceros molares.

Excelentes películas complementarias para las radiografías seriadas son las imágenes más amplias que nos proporcionan las radiografías oclusales - superior e inferior y las radiografías panorámicas.

c) MODELOS DE ESTUDIO

Con los registros de las impresiones preliminares o anatómicas obtenemos los modelos de estudio; que serán una réplica tridimensional de las superficies de apoyo de la dentadura; podemos observar el contorno de los bordes residuales, su forma, tamaño, relieves, grado de resorción; y transferidos a un articulador de diagnóstico se aprecian las proporciones relativas maxilomandibulares y la dirección del plano de relación.

Las ventajas de este estudio son:

- 1) Los modelos de estudio permiten mayor información sobre contornos anatómopográficos del maxilar y mandíbula.
- 2) Las impresiones permiten un exámen más real de la sensibilidad transmitida por el paciente y la disposición al tratamiento.
- 3) Los registros tentativos de la relación maxilomandibular nos sirven para determinar el espacio disponible interrebordes, el control muscular y la participación funcional del paciente.
- 4) Cuando se transfiere las relaciones al articulador, se logra una consideración más objetiva de la altura y estética de las superficies protéticas; se presta a la intervención de una opinión especializada y explicaciones concretas al paciente.
- 5) Finalmente, los modelos de estudio se utilizan para diseñar y construir los portaimpresiones individuales.

HISTORIA CLINICA GENERAL Y DENTAL PARA PACIENTES QUE CONSERVAN ALGUNOS DIEN-

TES.

Nombre

Apellido

Fecha.....Enviado por.....

Fecha de nacimiento.....Edad.....

Antecedentes y Estado General

(Se ruega contestar solamente dibujando el círculo ya sea SI o NO. Si no está seguro de la pregunta déjela sin responder.).

GENERAL

- | | | |
|--|----|----|
| 1) ¿Tuvo alguna vez una enfermedad grave? | No | Si |
| 2) ¿Fue internado en alguna oportunidad o fue sometido a alguna intervención? | No | Si |
| 3) ¿Es propenso a hemorragias prolongadas después de extracciones, cortes u otras lesiones? | No | Si |
| 4) ¿Observó alguna reacción anormal o alérgica a ciertas drogas o medicación (penicilina, codeína, aspirina)? | No | Si |
| 5) ¿Tuvo alguna vez algún tumor o cáncer? | No | Si |
| 6) ¿Se le aplicaron rayos X, radiaciones o cobalto como tratamiento de algún trastorno? | No | Si |
| 7) ¿Tiene algún tipo de alergia? | No | Si |
| 8) ¿Ha perdido mucho peso últimamente sin haber hecho régimen? | No | Si |
| 9) ¿Sufre de alguna enfermedad de la sangre como anemia (sangre floja)? | No | Si |
| 10) ¿Toma en forma continuada algún específico o droga (tales como antibióticos, anticoagulantes, esteroides)? | No | Si |
| 11) ¿Se halla bajo la atención de un médico u odontólogo? | No | Si |
| 12) ¿Aproximadamente cuánto tiempo hace que no lo ha visto un médico? | No | Si |

DENTAL

- | | | |
|---|----|----|
| 13) ¿Ha tenido alguna vez dolor por ulceración bucal o frío? | No | Si |
| 14) ¿Tuvo algún inconveniente a causa de tratamientos dentales anteriores (lipotimia, desmayo reacción a la novocaína)? | No | Si |
| 15) ¿Siente dolor de dientes al morder? | No | Si |
| 16) ¿Las bebidas calientes, frías o dulces le producen dolor o molestias? | No | Si |
| 17) ¿Tiene alguna hinchazón o lastimadura en la boca? | No | Si |
| 18) ¿Piensa usted que un intento de salvar sus dientes es una pérdida de tiempo? | No | Si |
| 19) ¿Cuál fue la fecha aproximada de su última cita dental? | No | Si |

CABEZA Y CUELLO

- | | | |
|---|----|----|
| 20) ¿Tuvo alguna vez dolores intensos de la cara o cuello? | No | Si |
| 21) ¿Los gánglios del cuello estuvieron agrandados o hinchados en alguna oportunidad? | No | Si |
| 22) ¿Tiene usted trastornos sinusales? | No | Si |
| 23) ¿Sufre de ronquera o dolor de garganta? | No | Si |

RESPIRATORIAS

- | | | |
|---|----|----|
| 24) ¿Tuvo tuberculosis (tisis)? | No | Si |
| 25) ¿Tiene usted fiebre de heno o asma? | No | Si |
| 26) ¿Tiene enfisema? | No | Si |
| 27) ¿Tiene tos persistente o algunas veces esputa sangre? | No | Si |

CARDIOVASCULAR

- | | | |
|--|----|----|
| 28) ¿Tuvo alguna vez fiebre reumatoidea, dolores en aumento o temblor de extremidades? | No | Si |
| 29) ¿Tuvo un ataque cardíaco? | No | Si |
| 30) ¿Tuvo parálisis (apoplejía CVA)? | No | Si |
| 31) ¿Se le ha dicho alguna vez que su presión es muy alta o muy baja? | No | Si |

32) ¿Tiene soplo cardíaco (trastorno valvular)?	No	Si
33) ¿Sufre de endurecimiento de las arterias (arteriosclerosis)?	No	Si
34) ¿Tiene dolores en la región cardíaca o pecho (angina - de pecho)?	No	Si
35) ¿Se le hinchan a veces los tobillos?	No	Si
36) ¿El ejercicio suave le acelera la respiración?	No	Si
37) ¿Se cansa fácilmente?	No	Si
38) ¿Sufre de alguna afección cardíaca que no se halla mencionado previamente?	No	Si

GASTROINTESTINAL

39) ¿Tuvo ictericia (ojos o piel amarilla)?	No	Si
40) ¿Tuvo trastornos hepáticos (hepatitis)?	No	Si
41) ¿Tiene problemas estomacales (úlceras, gastritis)?	No	Si

GENITOURINARIA

42) ¿Tuvo trastornos renales (glomerulonefritis, pielonefritis)?	No	Si
43) ¿Tuvo sífilis o alguna otra enfermedad venérea?	No	Si
44) ¿Se levanta tres o cuatro veces a orinar de noche?	No	Si
45) ¿Tiene sed casi todo el tiempo?	No	Si
46) ¿Está embarazada actualmente?	No	Si

SISTEMA NERVIOSO

47) ¿Tuvo alguna vez depresión nerviosa?	No	Si
48) ¿Fue tratado por epilepsia?	No	Si
49) ¿Se mareas a menudo?	No	Si
50) ¿Es usted una persona nerviosa o tensa?	No	Si

ENDOCRINA

51) ¿Tuvo diabetes?	No	Si
52) ¿Tiene diabetes algún familiar suyo?	No	Si
53) ¿Tiene trastornos de la tiroides?	No	Si
54) ¿Siente usted que su salud es óptima actualmente?	No	Si

HISTORIA CLINICA Y DIAGNOSTICO PROSTODONTICO

Paciente.....

Dirección.....

Referencia.....Médico.....

Enfermedad: No.....Si.....Especifíquese.....

Desdentado:	Semanas	Meses	Años	Usó prótesis previamente
Maxilar superior.....años.
Maxilar inferior.....años.

Prótesis anterior: satisfactoria..... Tipo..... Material de base...

Razones de la pérdida de dientes.....

Quejas respecto de la prótesis anterior.....

Factores de importancia especial para el paciente.....

Oportunidad estética: Forma de la cara.....Frente.....Perfil.....

color de dientes.....forma de arco.....modelo de dientes.....si los -

hay. Cara: Tono muscular.....Desarrollo muscular.....

Labios, longitud y espesor.....

Forma de rebordes (forma del hueso alveolar residual): L. Socavado 2.grueso

y prominente 3. De lados paralelos 4. En forma de V 5.Alto 6. Bajo (plano) -

7. Estrecho 8. Ancho.

Indicar con número en compartimientos apropiados

UR..... UI..... UA..... LL..... LA.....

Raíces incluidas.....

Espacio intermaxilar: Amplio.....Mediano....Pequeño.....En tuberosidades. -

R..... L.....

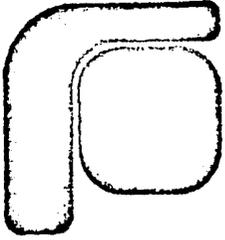
Relaciones de rebordes: Normal.... Progn..... Oclusión cruzada.....

Ubicación de la superficie de asiento: Superior: Amplia...Mediana.....

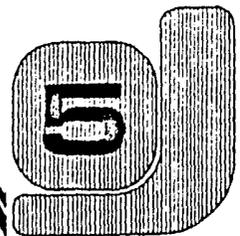
Pequeña.....

Inferior: Amplia...Mediana.....

Pequeña.....



CLASIFICACION DE TECNICAS
QUIRURGICAS



V.- CLASIFICACION DE TECNICAS QUIRURGICAS

- a) EXTRACCIONES SIMPLES
- b) ALVEOLOPLASTIA
- c) FRENECTOMIAS
- d) TORUS (PALATINOS Y MANDIBULARES)
- e) HIPERTROFIAS TUBERALES
- f) TECNICAS DE EXTENSION DEL REBORDE
- g) LEUCOPLASIA
- h) BIOPSIAS
- i) CREACION QUIRURGICA DE RETENCION.

a) EXTRACCIONES SIMPLES

Durante la extracción de los dientes residuales, generalmente sobreerupcionados, el hueso y los tejidos blandos deben tratarse con óptimo cuidado; esta maniobra da como resultado la reducción del dolor posoperatorio, control de la inflamación y hemorragia.

Los principios operatorios que deben observarse son:

- 1.- Acceso claro al campo quirúrgico y buena visión.
- 2.- Uso de la fuerza controlada.
- 3.- Trayectoria de extracción sin obstáculo.

b) ALVEOLOPLASTIA

La alveoloplastia está indicada en presencia de: 1. Rebordes bajos opuestos, 2. Falta de espacio intermaxilar, 3. Rebordes espinosos y afilados, 4. - Exostosis, 5. Irregularidades extremas de la cresta alveolar y 6. Formaciones del hueso alveolar desfavorables estéticamente.

TECNICAS

Un principio importante es ser muy cuidadoso con el tejido blando, particularmente el periostio. Una excesiva traumatización del tejido blando y del periostio puede provocar hemorragia, posible hematoma, necrosis, inflamación extensa e infección, lo que provocaría un retraso en la cicatrización y mayor pérdida de hueso.

Siempre que sea necesario un colgajo mucoperiostico se deberá proyectar de tal modo que reciba la mayor cantidad de sangre y deberá ser lo suficientemente grande, para que permita al odontólogo un libre acceso.

Si en la zona que se realizará la alveoloplastia es necesario extraer dientes, preferentemente es mejor rechazar el colgajo mucoperiostico y extirpar un poco de hueso cortical antes de extirpar los dientes. Así, la extracción - de las piezas dentarias se facilita y la cantidad de hueso perdida es mínima. Resulta muy útil en casos de anquilosis, hiper cementosis, raíces muy divergentes etc.

El hueso se puede extirpar por medio de fresas, limas, o mazo y cincel.

Cuando se utilizan fresas, se requiere irrigación constante para anular el excesivo calor y la consiguiente destrucción innecesaria del hueso.

El fin de la alveoloplastia es un reborde, en el cuál la altura sea por lo menos igual a la anchura. Muchas veces el dentista tratando de lograr lo anterior, deja crestas afiladas de hueso en la superficie lingual de la mandíbula. Se debe examinar detenidamente antes de terminar la intervención para que no se cometa este tipo de error. Aún más, no deben guardar espículas afiladas en el hueso intraseptal.

Los bordes mucoperiosticos se cierran con suturas discontinuas. Las suturas deben ser colocadas a través del tabique, no a través del hueso, con el - fin de evitar el acortamiento del surco bucal y la altura del reborde.

Esta técnica es aplicable en la mandíbula anterior y en la maxila. Posteriormente a la extracción de los dientes, se extirpa el hueso intraseptal por medio de cinceles o limas. Se produce una fractura hacia adentro de la placa bucal y la placa cortical bucal queda entónces colapsada contra el lingual. Se tendrá que extirpar un trozo de hueso en forma de cuña de la región canina para evitar una prominencia en esta zona.

Como no se usa la sutura de bordes mucoperiosticos, se evita la posibilidad de pérdida de profundidad del surco.

c) FRENECTOMIAS

La resección del frenillo lingual o labial y de las inserciones musculares está indicada cuando puede causar movilización de la dentadura o cuando impide la utilización de un área para el apoyo de la misma. Esto frecuentemente sucede cuando se ha producido una pérdida extensa de hueso alveolar y cuando la inserción del músculo o del frenillo se encuentra en el reborde a una altura fuera de lo normal.

Técnica para la resección del frenillo labial y lingual:

Después de administrar anestesia, el labio superior se levanta hacia arriba y adelante, de tal manera que el frenillo quede tirante. Se sostiene el frenillo con dos pinzas hemostáticas, de modo que apresen una cuña de tejido en forma de rombo, con el vértice hacia el pliegue mucobucal. Se secciona el tejido justamente por debajo de las pinzas. De ésta forma el tejido y las pinzas quedan liberados. Hay que tener cuidado en apresar con las pinzas las fibras subyacentes que puedan persistir. Esto es posible evitarlo usando el bisturí o la tijera.

El espacio en forma de rombo puede ser cerrado con suturas discontinuas después de desbridar los márgenes por debajo con la tijera.

Un procedimiento sencillo para rebajar la inserción del músculo es practicar una insición semilunar a través de la mucosa en el punto donde el músculo se une al alveolo. El borde de mucosa que contiene las fibras musculares puede ser suturado al periostio a un nivel más bajo después de exponer y seccionar las fibras musculares en el periostio a la altura de su inserción.

d) TORUS

TORUS PALATINO

Si el torus es pequeño, la dentadura se podrá construir encima de él sin ninguna dificultad. Se hace así cuando la mucosa que lo cubre no es muy fina. Si el torus es sumamente grande o multilobular o la mucosa que lo cubre es muy delgada, se procede a extirparlo.

TECNICA. El torus palatino se extirpa mejor mediante una incisión en doble "Y". Se debe tener cuidado en evitar traumatizar la mucosa perióstica cuando se repliega. El torus puede subdividirse en secciones con las fresas para facilitar su extracción. Estas secciones se pueden ensanchar con una fresa de cono invertido y extirparlas fácilmente con una lima o mediante un golpe suave o con un escoplo. Nunca debe golpearse fuerte ya que existe la posibilidad de perforación a través del paladar a la nariz.

Los bordes de la mucosa perióstica deben aproximarse mediante suturas discontinuas. Debido a la delgadez de la mucosa en esta zona, se evitarán las excesivas suturas a fin de prevenir la isquemia. Una placa acrílica para sostener y proteger los bordes y para evitar la formación de un hematoma debajo de las mismas resultará sumamente útil.

TORUS MANDIBULAR

Generalmente es de forma semiesférico y puede ser uni o bilateral, a veces múltiple. Se presentan en la superficie interna de la mandíbula en la región de los premolares.

La incisión se practica en la cresta del hueso alveolar, y el reborde de la mucosa perióstica se repliega. Con frecuencia se puede encontrar una vena nutricia bastante gruesa cuando entra en los torus mandibulares desde el periostio. Si se pinza esta vena durante unos minutos en su extremo proximal, se obtendrá una hemostasia adecuada, evitándose la posibilidad de hemorragias y de que se forme un hematoma. Se coloca una esponja debajo del torus, para que de esta forma ayude al repliegue del colgajo y mejore la visibilidad; así mismo la esponja absorberá cualquier resto suelto, evitando que se pierda dentro del espacio sublingual. Haciendo una hendidura recta con las fresas o con los escoplos y aplicando un golpe seco con el mazo o el cincel, se facilitará la extracción sin trauma de los torus. Se deberá tener cuidado en dirigir el escoplo en ángulo recto con los torus para no dejar un reborde lingual afilado. Cuando la zona queda áspera, se alisa con una lima de hueso. El colgajo con mucosa perióstica puede ser adherido con suturas discontinuas. Una coaptación cuidadosa contribuye a evitar la formación de hematomas.

e) HIPERTROFIAS TUBERALES

En este caso pueden presentarse problemas en dos sentidos: Hacia vestibular o hacia oclusal, donde pueden llegar a suprimir totalmente el espacio protético. En el último caso se puede decidir entre una prótesis que no cubra la zona correspondiente, ya sea, haciéndola corta o con perforaciones a nivel de los sitios de falta de espacio, o la realización quirúrgica del espacio.

El diagnóstico quirúrgico puede presentar tres situaciones.

1) La hipertrofia es puramente mucosa. En éste caso, basta levantar uno o dos colgajos, adelgazarlos y suturarlos en posición luego de cortar excedentes.

2) La hipertrofia ósea u osteomucosa. Aquí se realiza alveolectomía con o sin adelgazamiento de la mucosa.

3) El crecimiento sucede en el seno maxilar (hipertrofia). En realidad hipertrofia ósea por el lado bucal y atrofia por el lado sinusal. Esta situación nos indica preferentemente, prescindir de la intervención quirúrgica, que podría terminar en una comunicación antrobucaal o considerar la posibilidad de un traslado de la pared ósea del seno.

f) TECNICAS DE EXTENSION DE REBORDE

Se han ideado varias técnicas y medios con el propósito de dar alguna apariencia de reborde donde ha tenido lugar una extensa atrofia.

Dos zonas en las cuales se ha obtenido algunas ventajas con las técnicas de extensión del reborde son el área labial de la mandíbula anterior o maxilar y la región lingual de la mandíbula posterior, donde un ligamento alto del músculo milohiideo evita se utilice esta porción de mandíbula.

La técnica más aceptada en la región anterior de la mandíbula o maxilar, es la que se describe a continuación: Se practica una incisión en la mucosa y el tejido conjuntivo subyacente, justamente anterior a la cresta del reborde. Se realiza entonces una disección supraperióstica, y el colgajo se inmoviliza y se sutura al periostio a la profundidad deseada. Se emplea una férula acrílica

para cubrir el periostio descarnado y para ayudar a la inmovilización del colgajo y de la sutura. La férula se puede colocar con un apósito quirúrgico, como el cemento quirúrgico de ward; esto alivia el dolor y parece que contribuye a la curación. El periostio descarnado se reepiteliza entonces.

Para la extensión del reborde en el área lingual de la mandíbula. Se practica una insición por encima de la cresta y se rechaza un colgajo perióstico lingualmente hasta que el músculo milohioideo quede expuesto. Este músculo se desinserta entonces del reborde del milohioideo y el reborde se extirpa con escoplos. El colgajo se vuelve a suturar después. Se usa una férula acrílica o una prótesis, colocada en el surco lingual e inmoviliza mediante suturas llevadas a la piel.

g) LEUCOPLASIA

El término leucoplasia significa "parche blanco".

Con el fin de diferenciar la leucoplasia de otras lesiones blancas, como la hiperqueratosis, liquen plano etc. se deben hacer una biopsia. El diagnóstico de la leucoplasia no se puede establecer por un examen clínico únicamente.

Una vez establecido que el paciente tiene leucoplasia, la lesión se extirpa quirúrgicamente. Se realiza practicando una incisión elíptica alrededor de la lesión y reducirla. Primero se procede a destruir la mucosa de alrededor. Si la lesión es extensa serán necesarias múltiples reducciones quirúrgicas del epitelio, con el fin de eliminar completamente el tejido lesionado.

Si es necesario extirpar la leucoplasia del tejido que cubre al hueso, como la cresta alveolar o el paladar duro, el uso de una férula o dentadura para facilitar la curación del periostio ayudará bastante a la pronta cicatrización y disminuirá el dolor. Todo tejido extirpado deberá ser sometido al anatomopatólogo.

h) BIOPSIAS

La mayor parte de las biopsias se hacen por incisión o excisión. Con biopsias punzantes y por aspiración, a menudo no se obtiene suficiente cantidad de tejido o de la porción representativa de la lesión.

BIOPSIA POR EXCISION DE TEJIDO BLANDO

Después de ser administrada la anestesia, se practica una incisión elíptica alrededor de la lesión que tiene que analizarse. la cuál incluirá un margen de tejido normal. Se elige la forma elíptica para facilitar el cierre primario después que la lesión haya sido totalmente excindida. La longitud de la incisión debe ser aproximadamente de dos veces su anchura. Se procurará no magullar la lesión con los instrumentos. Se pueden emplear suturas de tracción para inmovilizar los tejidos durante la intervención.

BIOPSIA POR INCISION DE TEJIDO BLANDO

Después de haber administrado la anestesia, se puede extirpar un trozo de tejido en forma de cuña. El vértice de la incisión debe estar en el centro de la lesión que se tiene que examinar; la periferia deberá incluir una cantidad adecuada de tejido normal. Se procurará tomar la muestra lo suficientemente profunda para que el patólogo pueda examinar la parte más recondita de la lesión. Esto es particularmente acertado si se sospecha un carcinoma.

BIOPSIA OSEA

La biopsia de tejido duro se puede hacer de varias formas. Una es resecar un colgajo mucoperióstico adecuado, exponer el hueso a extirparlo con cincels y/o brocas. Si se emplean brocas, se procurará irrigar con una solución, como la salina, para evitar el calentamiento excesivo de la muestra y, por tanto, la destrucción del detalle celular.

i) CREACION QUIRURGICA DE RETENCION

Los medios quirúrgicos, para crear condiciones favorables a la retención de las prótesis completas se han multiplicado a lo largo de este siglo con el progreso de la cirugía plástica. De ésta forma se las puede clasificar en seis grupos que comprenden: a) Bolsillos, túneles y depresiones retentivas - en la mucosa o en el hueso.

b) Profundización de surcos o traslado de la línea de inserción.

c) Formación de nuevos surcos o superficies mediante trasplantes mucosos o -
de piel.

d) Ensayos de formar hueso nuevo (injertos, trasplantes).

e) Modificación de las formas por injertos o implantes submucosos.

f). Implanto transmucoso de elementos retentivos.

VI.- PROTESIS TOTAL INMEDIATA

Se entiende por prótesis total inmediata, la colocación de aparatos de prótesis inmediatamente después de una intervención quirúrgica, ya sea extracciones o regularización de procesos.

El principal motivo para la mayoría de los pacientes que buscan el tratamiento de dentadura inmediata es evitar cualquier cambio en su aspecto que informe a sus amistades que usan dentaduras completas. La dentadura inmediata les capacita para seguir sus negocios y actividades sociales sin el período azaroso durante el cuál no tienen dientes naturales ni artificiales.

Otra ventaja de éste tipo de dentaduras, es el efecto de apósito que la prótesis ofrece a las heridas de la extracción o de la intervención quirúrgica que se trate. Existe mayor control de la hemorragia y evita en gran medida la contaminación de las heridas del exterior, y a mantener los fármacos y otros agentes terapéuticos en el lugar de las heridas.

No es necesario un período largo de cambios de dieta; ésta se limita a comidas blandas sólo durante unos días y no durante semanas o meses, como sucedía antes de aparecer el tratamiento de dentadura inmediata.

El único paciente en quién esta contraindicado el tratamiento de dentadura inmediata es el que ha sufrido terapia de irradiación, y en una persona así incluso el tratamiento de dentadura convencional está contraindicado. El peligro de que ocurra una osteorradionecrosis en tales pacientes, es considerablemente mayor cuando usan dentaduras completas. Sin embargo, algunas veces se debe equilibrar el perjuicio causado por una aplicación oral que sirve para ocultar un defecto, además de su función como dentadura completa, contra los beneficios de poder hablar bien, masticar y deglución, que estas prótesis ofrecen. Esto se convierte en un problema filosófico que se resuelve en una discusión entre el oncólogo, el radiólogo y el dentista.

a) MODELOS ANATOMICOS

Son aquellos con los cuáles se inicia la etapa clínica de registros de impresiones, con los tejidos bucales en posición pasiva o estática.

Estas impresiones conocidas también como preliminares o estáticas deben registrar la mayor superficie disponible, sin limitar ni restringir el movimiento del músculo; obtener con nitidez amplitud y fidelidad el negativo de las estructuras o detalles anatómicos de los tejidos y lograr la adaptación periférica.

Las impresiones se toman con cubetas metálicas perforadas, adaptandolas a los tejidos mediante el agregado de cera en los bordes y el doblado de los flancos. También en el centro de la zona palatina de la cubeta superior se cubre con cera para que exista una mayor aproximación de la cubeta al paladar. Los bordes de cera proporcionan la extensión adecuada de la impresión junto con un soporte para el alginato. Cuando la cera se transparenta a través de la impresión, por el contacto que presenta con los tejidos, esto no deteriora a la impresión debido a su consistencia blanda no produce sobrecompresión. Los modelos de diagnóstico realizados de ésta manera, generalmente son bastante adecuados para la confección de las cubetas individuales.

CUBETAS INDIVIDUALES.

La cubeta individual debe ser planeada de acuerdo a la forma del maxilar y de los dientes remanentes. Así mismo el material con el que se tomará la impresión.

El acrílico autopolimerizable es el material más utilizado en la elaboración de las cubetas individuales.

a) PARA IMPRESION DOBLE. Actualmente se justifican poco los elaborados métodos de impresión (seccionales con godiva, pasta cinquenólica y yeso o alginato), en cubetas seccionales o dobles. No ofrecen ventaja particular sobre los elastómeros, excepto en casos de gran saliencia del reborde alveolar y dientes delanteros.

En las zonas de alivio de la cubeta individual haremos unas pequeñas perforaciones, o sea donde se desee una mínima presión, para que de esta manera, nos permitan la salida de aire y se evitan las burbujas en la impresión; - así mismo facilitan el escape al exceso de pasta e impiden por lo tanto la - compresión en la zona central.

b) Se envaselinan previamente los labios al paciente, para que los exce-- dentes no se adhieran a los tejidos.

c) Según el tamaño de la impresión se extienden de 6 a 10 cm. del conteni-- do de los tubos, sobre una loseta de vidrio o en una de papel encerado, y se mezcla con movimientos de rotación con una espátula de acero inoxidable - preferentemente ancha, hasta obtener una mezcla homogénea. Se carga la cubeta, procurando una distribución completa del material en toda su superficie interior.

d) Se lleva la cubeta individual a la boca del paciente, situandola prime-- ro en la zona anterior, mientras que con la mano opuesta separamos el labio y permitimos que el material de impresión cubra bien el surco vestibular.

En la parte superior presionamos en forma suave con el dedo medio apoyado en el centro del paladar, hasta que se ve aparecer un exceso de pasta en el borde posterior. La parte inferior se presionará preferentemente con los dedos índices apoyados a ambos lados a la altura de los premolares, y los pulgares por debajo del borde mandibular, hasta que aparezca el exceso por lingual.

Toda la pasta cinquenólica que haya sobrepasado el límite posterior se re-- corta y ajusta con cuidado hasta el borde de la modelina de baja fusión.

Debe mantenerse inmóvil la posición alcanzada durante el tiempo suficien-- te para que empiece el fraguado, lo que sucede más rápidamente en la boca - que en la loseta, por la humedad salival y el aumento de temperatura.

SELLADO POSTERIOR

Se pincela o añade cera en el área de la línea vibrátil a la temperatura de la boca se le indica al paciente que diga ahí para que el velo palatino -

suba; posteriormente que se tape la nariz y la boca, e intente expulsar el aire por las mismas, con el fin de asegurar el sellado posterior. La impresión con cera añadida se mantiene y sujeta inmóvil durante 5 a 7 minutos.

Para el registro es necesario separar el labio, facilitar la entrada de aire, y traccionar firmemente, para eliminar la adhesión de la pasta cinquenólica sobre los tejidos.

Una impresión correcta de pasta cinquenólica muestra gran nitidez en los detalles de superficie; el recorte muscularbién definido, sigue el contorno de la cubeta, mostrando el rechazo por los tejidos periféricos, especialmente los frenillos.

IMPRESION CON ELASTOMERO

También son llamadas gomas o cauchos sintéticos, son materiales de impresión de excelentes cualidades para la prostoncia total, por adaptarse a cualquier caso edéntulo, por la fidelidad de reproducción de los detalles, por el buen moldeo de los bordes, por su excelente tolerabilidad por el paciente y por su elasticidad.

Los dos elastómeros más utilizados son los mercaptanos y las siliconas. Ambos son fraguables y de empleo y resultados clínicos similares.

MERCAPTANO

Se llama también polímero polisulfuro, y se presenta en dos pastas que deben mezclarse en partes iguales.

Como el mercaptano, una vez fraguado, es una goma carente de adherencia, se debe utilizar un adhesivo en la cubeta antes de cargarla.

SILICONAS

Se les llama también silastómeros; se presenta en forma de pasta, básicamente por dimetilpolisiloxano, al que se mezcla un activador químico de polimerización, generalmente octoato de estaño, en proporción de 6 a 8 cm. de pasta, al que se añade el catalizador por gotas según indicaciones.

Cualquiera de los materiales utilizados se prepara igualmente, cubriendo la superficie interna de la cubeta individual y se lleva a la boca del paciente en la forma descrita y se procede al registro de la impresión fisiológica.

Los materiales mercaptano o silicona no requieren cubetas individuales perforadas. Dependiendo de la cantidad de aceleradores el fraguado inicial oscila entre 2 a 4 minutos, tiempo en que se realiza la rectificación final del nivel muscular de todas las zonas. El fraguado final dura de 3 a 4 minutos más.

Cuando se presentan náuseas en una técnica de impresión se indica al paciente que respire varias veces por la nariz; contenga la respiración y repita el ciclo. Si ésto no funciona aplicamos un anestésico tópico con atomizador en la zona de la bóveda palatina.

El retiro de las impresiones con mercaptanos o siliconas no ofrece dificultades por tener propiedades elásticas.

Todos los excedentes del material de impresión deben eliminarse con una navaja o tijeras antes del vaciado.

No es conveniente que el registro de la impresión quede más de una hora sin vaciarse con yeso.

c) REGISTROS

1) DIMENSION VERTICAL

La relación vertical del maxilar inferior con el maxilar superior se establece mediante dos factores, pero en diferentes condiciones: la musculatura mandibular y el tope oclusal dado por los dientes o los rodetes de oclusión.

LAS DIMENSIONES VERTICALES MAXILOMANDIBULARES SE CLASIFICAN EN:

- a) POSICION FISIOLÓGICA DE REPOSO
- b) RELACION VERTICAL DE CONTACTO
- c) DISTANCIA DEL ESPACIO LIBRE

POSICION FISIOLÓGICA DE REPOSO. Es una posición postural que es controlada por los músculos que abren, cierran y protuyen la mandíbula. Así mismo es modificada por la posición de la cabeza, que altera el efecto de la gravedad. La fuerza de la gravedad se suma a la fuerza aplicada por los músculos de apertura mandibular cuando la cabeza está erecta. Cuando la posición del paciente es reclinada, la gravedad no hace descender la mandíbula; así al observar la posición de reposo se puede constatar que la distancia intermaxilar es menor que cuando la cabeza está erecta. Por ello, es conveniente, que el paciente mantenga derecha y sin soporte cuando se observa la posición fisiológica de reposo.

Los músculos de apertura y cierre contribuyen también en la posición de reposo.

RELACION VERTICAL DE CONTACTO

Establece la relación vertical del maxilar inferior con el superior, es el tope oclusal proporcionando por los dientes o los rodetes de oclusión.

A este tipo de relación se le llama relación vertical de oclusión. Los dientes naturales establecen la dimensión vertical oclusal mientras crecen y se hallan en su lugar.

Los músculos de cierre, que se involucran en el establecimiento de las relaciones verticales de los maxilares son los maseteros, pterigoideos internos y los temporales. Los músculos de apertura son: el grupo muscular infra-mandibular y el suprahiideo que incluye el milohiideo, el geniohiideo, el digástrico y el cutaneo del cuello.

DISTANCIA DEL ESPACIO LIBRE

Es un espacio que se forma entre la distancia vertical del reposo postural y la distancia vertical de las superficies de orientación de contacto.

Colocadas ambas dentaduras se le llama espacio interoclusal, y representa la diferencia o abertura que hay entre las superficies oclusales superiores e inferiores cuando la mandíbula se halla en posición de reposo. Equivale a 2 o 4 mm. de separación vertical si se observa a nivel de los premolares.

TECNICAS FISIOLÓGICAS PARA LA DETERMINACION DE LA DIMENSION VERTICAL

- 1.- POSICION FISIOLÓGICA DE REPOSO
- 2.- FONETICA Y ESTETICA COMO GUIA
- 3.- UMBRAL DE DEGLUSION
- 4.- SENSACION TACTIL

1.- POSICION FISIOLÓGICA DE REPOSO

En esta posición de reposo muscular, los músculos elevadores como los de-

presores se encuentran en equilibrio de tal manera que la mandíbula estará en reposo, que es una separación de 2 a 4 mm. del contacto entre ambas superficies orientadas de los rodillos de relación.

Esta técnica consiste, en que, el paciente pronuncie las letras "S", "M" y "F". Debe observarse una separación de 2 a 4 mm.; si la diferencia es menor de 2, la dimensión vertical oclusal sería demasiado reducida. Si supera los 4 mm. se considerará que es demasiado grande.

2.- FONETICA Y ESTETICA COMO GUIA

La pronunciación de los sonidos "CH", "S" y "J" hacen que los rodillos de relación se aproximen en la parte anterior. Cuando están correctamente ubicadas, el rodillo anterior se traslada ligeramente hacia adelante casi por debajo del superior y contactándolos.

Si la distancia es muy extensa, significa que se estableció una dimensión vertical de contacto demasiado pequeña. Si las superficies anteriores contactan cuando se emiten esos sonidos, indica que la dimensión vertical de contacto es demasiado grande.

La estética así mismo, se ve afectada por la relación vertical intermaxilar. Es una guía el estudio de la piel de los labios comparada con la de otras partes de la cara.

La forma de los labios depende de su estructura intrínseca y del soporte provisto por detrás de ellos. Por lo que se modelarán las superficies vestibulares de los rodillos de relación de forma tal que reproduzcan la posición anteroposterior de los dientes y la forma de la base protética, que, a su vez, debe copiar la de las estructuras normales.

3.- UMBRAL DE DEGLUSION

La posición de la mandíbula al iniciarse el acto de deglución se utilizó como guía para determinar la relación vertical. La teoría que respalda este procedimiento es que cuando el paciente deglute, los rodillos se encuentran en contacto ligero.

Sobre esta base, se usa como dimensión vertical de contacto el registro de la relación intermaxilar.

4.- SENSACION TACTIL

El sentido táctil del paciente se utiliza como guía para la determinación de la relación vertical de contacto.

Esta técnica consiste en adaptar aditamentos intraorales (tornillo ajustable inferior y platina de soporte superior) que se van ajustando gradualmente a través del tornillo como lo indica el sentido táctil del paciente, hasta lograr el contacto adecuado.

PLANO DE ORIENTACION INFERIOR

SECUENCIA CLINICA.- Plano inferior del rodillo de relación para determinar a la vez la distancia vertical en contacto.

I) Coloque en la boca la base y el rodillo superior de relación correctamente orientado.

II) Se coloca la base y el rodillo inferior de relación que aún conserva su altura arbitraria, indique al paciente que cierre y observe las zonas de contacto prematuro.

III) Corrija este defecto agregando o recortando cera al rodillo inferior de relación hasta lograr que ambos rodillos entren en contacto. Esta posición se verifica con los puntos de referencia obtenidos de la distancia vertical en reposo, con la cuál debe coincidir.

IV) Enseñe al paciente a cerrar en retrusión. Desgaste la cera rosa del rodillo inferior en forma uniforme de 2 a 4 mm., que corresponde al espacio libre.

V) Lleve la base y rodillo inferior a la boca del paciente y que cierre en posición retrusiva. Controle constantemente éste cierre mandibular hasta el contacto correcto y uniforme con el plano orientado del rodillo superior.

Verifique esta posición utilizando los mismos puntos de referencia, y la medida obtenida será la distancia vertical con las superficies en contacto, es decir, de 2 a 4 mm. (espacio libre) menos que la distancia vertical en reposo.

RELAJACION MANDIBULAR

Coloque únicamente la base y el rodillo de relación superior previamente orientado en la boca del paciente. Que éste adquiera una posición sentada, bien erguido, sin apoyar su espalda sobre el respaldo del sillón, las piernas extendidas sin cruzarlas, y los brazos caídos con ligero apoyo de los codos.

El paciente debe estar relajado, con tranquilidad psíquica y respiración normal.

La mandíbula se lleva a su posición de reposo postural inmediatamente después de la abertura y el cierre habituales de deglutir, y después de haber pronunciado ciertos sonidos o sílabas. Para orientar al paciente pueden emplearse los siguientes métodos:

- 1) Indicarle que se relaje e intente deglutir.
- 2) Indicarle que se relaje y pronuncie varias veces la letra "S" y la "M" - castellana.
- 3) Indicarle que se relaje y humedezca sus labios con la punta de la lengua.

Las distancias se miden marcando la posición superior fija en la cara, y determinar la posición inferior móvil en la mandíbula.

METODO CON CALIBRADOR

Se utiliza un calibrador milimétrico que mide la separación entre el borde inferior del séptum nasal y el borde inferior del mentón.

a) El aditamento inferior que tiene la forma curva del mentón se apoya sobre su borde, se extiende la regla de medición hasta que el extremo circular del ángulo recto toque la base del séptum nasal.

b) Anote la medida obtenida con la mandíbula en posición de reposo; es la distancia vertical postural de reposo.

METODO DE LA REGLA MILIMETRICA

Se marca un punto superior fijo de referencia en la cara y otro inferior en la parte prominente del mentón que es móvil, y se mide la distancia entre ellos.

a) Pinte un punto en el borde inferior del séptum nasal y otro horizontal sobre la prominencia del mentón. Esto debe hacerse con un lápiz dermográfico o bolígrafo mediano que pueda borrarse después fácilmente, o fijar pequeños trozos de tela adhesiva en forma triangular..

b) Cuando considere que la mandíbula está en posición de reposo registre la medida entre el punto nasal y la marca del mentón, mediante un compás o una regla flexible milimétrica y anote esta medida.

2) RELACION CENTRICA

La relación céntrica, es la relación más posterior de la mandíbula respecto del maxilar superior a una relación vertical establecida. Todas las demás posiciones mandibulares son relaciones excéntricas, referidas a la relación céntrica sin cambiar ni modificar su significado.

PARTICIPACION MUSCULAR EN LA RELACION CENTRICA

La relación céntrica no es una posición de reposo o postural de la mandíbula. Se requiere una determinada contracción muscular para mover y fijar la mandíbula en esa posición, sin embargo, esa actitud neuromuscular no altera la validez de la definición de relación céntrica.

Las inserciones anatómicas de las porciones posterior y media de los músculos temporal y suprahioides principalmente el geniohioides y el digástrico y los estudios electromiográficos indican que esos músculos mueven y fijan la mandíbula en su relación más retruida respecto del maxilar.

El temporal, el masetero y el pterigoideo interno elevan la mandíbula a una relación vertical determinada respecto del maxilar. Los pterigoideos externos tienen escasa actividad cuando la mandíbula esta en relación céntrica.

REGISTRO DE LA RELACION CENTRICA

Para su obtención se cuenta con los siguientes métodos:

- 1) METODOS ESTATICOS
- y 2) METODO FISIOLOGICO

En cualquiera de estos métodos pueden incluirse las técnicas extra o intra orales.

1) METODOS ESTATICOS

Son aquellos que involucran primero la colaboración de la mandíbula en relación céntrica con el maxilar, y fijar después entre sí este registro de re-

lación entre las superficies de contacto de los rodillos de relación.

I) PREPARACION. Se colocan los aditamentos intraorales del punto central de apoyo en ambos rodillos.

El aditamento superior consiste en una pieza metálica de aproximadamente 2 mm. de grosor, de forma casi triangular terminada en punta, dos superficies rectas en ángulo y una superficie en curva. El largo anteroposterior es de 45 mm. y ancho de 20 mm.

Se adapta centrándola en la superficie palatina de la base de relación con cera fundida o cera pegajosa, de tal manera que la superficie curva apoye en la concavidad palatina y la superficie recta quede a nivel exacto con la superficie orientada del rodillo de relación superior.

El aditamento inferior consiste en una barra metálica recta de 2 mm. de grosor, 5 mm. de ancho y 55 mm. de largo.

Con una navaja cortamos fragmentos de cera a la altura de los premolares y se fija la barra con cera fundida de tal manera que la superficie superior recta quede exactamente a nivel del rodillo de relación orientada individualmente.

II) RELACION CENTRICA GUIADA Sentado el paciente, cómodamente en el sillón, colocamos en su boca, las bases y rodillos de relación individualmente orientados, y con sus aditamentos intraorales del punto central de apoyo, procedemos a obtener la relación céntrica guiada:

a) Se toma entre los dedos índice y pulgar el mentón del paciente, y se le indica que relaje la mandíbula. Realizamos pequeños movimientos de elevación y descenso ejecutados con la mano que sostiene el mentón.

b) Suavemente se presiona el mentón hacia atrás y arriba, para que los cóndilos alcancen las posiciones más profundas y posteriores de sus cavidades glenoideas, mientras continuamos con los movimientos. Sentirá la relajación muscular, y el contacto de las superficies de orientación, uniformemente en ambos rodillos a la altura de los premolares, y el entrecruce equilibrado de -

los aditamentos intraorales del punto central de apoyo que distribuye activamente las presiones.

2) METODO FISIOLÓGICO

Son aquellos procedimientos que comprenden en el momento del registro la actividad funcional o movimiento de la mandíbula, incluye también técnicas de movimientos masticatorios y posiciones para la función de deglución.

a) ADITAMENTOS EXTRAORALES. El arco gótico o punta de flecha se realiza con una punta registradora extraoral que se coloca centrada a la parte anterior del rodillo superior; estos puntos son móviles, permitiendo de ésta manera ajustes suaves de resorte subiendo o bajando el trazador.

La mesa registradora extraoral consiste en una superficie sensibilizada con cera, o cubierta con negro de humo (flameado con monómero o eugenol empapado en algodón). Esta mesa registradora se coloca y se fija a nivel de la superficie orientada del rodillo inferior, exactamente por debajo de la punta marcadora.

TECNICA

1.- Coloque en la boca del paciente las bases y rodillos de registro que sujetan el aditamento intraoral (punto central de apoyo) y el extraoral (trazador del arco gótico).

a) Indique que adquiera la posición retrusiva terminal de su mandíbula, o sea que cierre en céntrica activa; con su musculatura voluntaria y control neuromuscular entrenado y guiado previamente.

b) De aquí haga un movimiento lateral derecho y

c) Regrese a la posición céntrica activa y se detenga.

d) Que haga un movimiento lateral izquierdo y se detenga.

e) Regrese a la posición céntrica activa y se detenga.

f) De aquí realice un movimiento protrusivo y regrese a su posición retrusiva terminal.

2.- Si ha obtenido con nitidez la coincidencia de la punta registradora con el vértice del ángulo gnato-gráfico del arco gótico:

a) Marque un triángulo en la superficie vestibular de ambos rodillos de relación a la altura de premolares. De vértice superior (rodillo superior), con base inferior (rodillo inferior).

b) Retírense las bases y rodillos de relación; se enfría y enjuaga en agua. Con una navaja recorte la forma triangular de la cera rosa en todo el ancho vestibulo-lingual; aplique vaselina en la escotadura del vértice y parte de la superficie de orientación.

3.- Coloque nuevamente las bases y rodillos de registro en la boca del paciente e indique que cierre en relación céntrica:

a) Observamos que la punta marcadora coincida con el vértice de la punta de flecha o arco gótico (relación céntrica); preparamos pasta cinquenólica y la introducimos en la escotadura triangular de la cera y esperamos el fraguado del material.

b) Para evitar deslizamientos del rodillo inferior hacemos 4 grapas de alambre en forma de "U" (5 mm de alto y 10 mm. de ancho), las calentamos a la flama y con las pinzas rectas de contornear las fijamos en la cera rosa. En forma cruzada y a cada lado, y por delante del triángulo de fijación.

4.- a) Introducimos los dedos índices de cada mano y sostenemos el borde inferior de la base; hacemos presión hacia arriba indicándole el mismo tiempo al paciente que abra la boca; en esta acción desprendemos la base inferior y el resto queda sujeto en el superior.

b) Ahora cambiamos la posición de los dedos sosteniendo el borde de la base superior, y levantando ampliamente los labios y carrillos, se presiona hacia abajo. El conjunto se desprende sin deformaciones.

3) TRANSPORTE Y MONTAJE EN ARTICULADOR

ARTICULADORES

El articulador es un dispositivo mecánico al cuál se fija los modelos de las relaciones verticales y horizontales, de la relación maxilomandibular.

Los modelos definitivos de trabajo que sujetan las bases y rodillos de registros se fijan en sus ramas superior e inferior que representan respectivamente al maxilar superior y a la mandíbula; así mismo reproducen los movimientos y posiciones mandibulares a través de los aditamentos condilares que representan a las articulaciones temporomandibulares.

Existe una gran variedad de articuladores, sin embargo en prostodoncia por su finalidad y aplicación específica (plano oclusal balanceado) requiere como mínimo un articulador semiajustable. Este es un instrumento con trayectorias condilares individualmente ajustables tanto en el plano vertical como en el horizontal.

Las características que determinan si un articulador es o no ajustable para adaptar registros intermaxilares incluyen los siguientes controles:

- 1) Control de las guías condilares horizontales ajustables individualmente.
- 2) Controles condilares simplemente laterales (movimiento de Bennett).
- 3) Control de la distancia intercondilar variable.
- 4) Controles seccionados de las guías condilares de lateralidad protrusivo y de lateralidad retrusivo.
- 5) Controles incisales horizontales, verticales y laterales, ajustables.

Cualquier articulador ajustable determinado incluirá uno o más de estos controles.

Las trayectorias condilares laterales pueden ser arbitrarias (promedio de 30°) o ajustadas con registros intermaxilares derecha e izquierda.

Las guías laterales de Bennett se gradúan en las partes del articulador (promedio de 15°) y por registros previos.

La platina del articulador es ajustable anteroposteriormente para proveer - la inclinación que se requiere para el movimiento protusivo (promedio de 20°).

El articulador posee un vástago incisal recto (bayoneta) y otro curvo para adaptar una superficie triangular de referencia oclusal (dientes monoplanos). Ambos poseen su extremo terminado en punta, que facilita los movimientos sobre la platina incisal ajustable. Además sirve para controlar la distancia vertical transferida sin que ésta se desvíe del centro de la platina incisal.

EJE INTERCONDILAR. Es una línea imaginaria entre las articulaciones temporomandibulares alrededor de las cuales la mandíbula puede girar sin movimientos de - traslación.

Es necesario e importante para transferir al articulador con el arco facial estático:

- a) La distancia cóndilo-maxilar-condilar.
- b) Las inclinaciones de las vertientes protrusivas de los dientes posteriores.
- c) La referencia del punto central de apoyo y los registros extraorales obtenidos.

Se localiza de las siguientes maneras:

- 1) Por palpación sobre la piel y meatos auditivos, e indicando movimientos habituales de abertura y cierre.
- 2) Se marca a la altura del tercio inferior del tragus, en el lugar donde la piel de la cara se transforma en piel de la oreja.
- 3) Se marca a 11 o 13 mm. por delante de la parte posterosuperior del tragus al ángulo externo del ojo.
- 4) A partir de esta marca, a 2 mm. por debajo y 6 mm. por detrás.
- 5) Conducto auditivo externo orientado al plano prostodóntico.

PROCEDIMIENTO CLINICO DEL ARCO FACIAL

Su uso es esencial para relacionar el maxilar superior al punto promedio - del eje intercondilar arbitrario. Tiene como finalidad determinar en la cabeza del paciente y transferirla al articulador, la posición del maxilar superior respecto a las articulaciones temporomandibulares.

- a) Permite montar con referencias precisas al modelo superior de trabajo.
- b) Permite mejores reproducciones de posiciones y movimientos maxilomandibulares.
- c) Permite analizar y eventualmente modificar las posiciones registradas.

Por ésta razón se utiliza en relación con articuladores semiajustables condilares (arcón).

1) Levante la punta trazadora del aditamento extraoral y retire las grapas cruzadas de fijación de ambos rodillos de cera rosa, y se les repara cuidadosamente. Notará el vértice del triángulo con pasta cinquenólica sobresaliendo con nitidez, de la superficie orientada del rodillo de relación inferior y la base queda sujeta a él.

2) Coloque en la boca del paciente, la base y los rodillos de registros con sus respectivos aditamentos extraorales, e indíquele que cierre en relación - céntrica activa, o sea voluntaria y entrenada.

El vértice de la pasta cinquenólica coincidirá con la escotadura envaselinada del plano orientado del rodillo superior; ahora, baje la punta trazadora extraoral; esta también debe coincidir con el vértice del gnatograma del arco - gótico.

3) Coloque el arco facial centrado a la cabeza del paciente, y oriente las varillas auriculares e introduzca la oliva de plástico en los agujeros auditivos externos. Sumar las marcas de las dos varillas y dividir por dos, mover - las dos varillas hasta ubicar ambas en el número resultante, adaptarlas y ajustarlas firmemente mediante su tornillo.

La punta complementaria por delante de la varilla hará un centrado mejor al enfrentarse ligeramente en la piel a las marcas de referencia.

4) Adapte los dispositivos del extremo horizontal del vastago en bayoneta

en la mesa registradora extraoral. Haga pasar a continuación el vástago rec- to a través de la hendidura del tornillo derecho que es el que corresponde al arco facial y atornille el ajuste telescópico.

Tome el vástago del marcador infraorbitario y páselo a través de la hendi- dura del tornillo izquierdo, colocando por palpación el extremo de la punta roma en el borde inferior de la órbita izquierda, ajuste y fije correctamen- te esta referencia bicóndilo suborbitario.

5) Levante la punta trazadora del aditamento extraoral, afloje únicamente los tornillos de fijación de las varillas condilares y muévalas hacia afuera de los conductos auditivos externos; indique al paciente que abra grande la boca y retire con cuidado el arco facial que incluye la base y el rodillo, y la mesa registradora extraoral unida a la barra anterior.

Retire ahora la base y el rodillo superior que incluye la punta trazadora del aditamento extraoral.

MONTAJE EN EL ARTICULADOR

Previamente, prepare las retenciones en los modelos superior e inferior de trabajo; que consisten en una ranura vertical de 3 mm. de profundidad y 5 - mm. de ancho, en el centro anteroposterior del modelo y otro horizontal que cruce a la anterior a la altura de premolares.

1o. Se coloca el arco facial con los registros obtenidos al articulador.

Introduzca las varillas condilares a los pernos de referencias posterio-- res bicondíleas que sobresalen de la parte externa de las esferas condilares; ajústelos simétricamente centrados a la rama superior del articulador.

2o. Establezca la altura y orientación del modelo superior en la rama su- perior del articulador que representa el maxilar superior en el cráneo del - paciente. Suba la parte anterior del arco facial hasta que el vástago indica- dor del punto infraorbitario que representa la referencia anterior, señale - la altura que le corresponde, indicando por la pieza en media luna del arti- culador, por detrás del vástago incisal.

3o. Se coloca firmemente el modelo superior en la base de relación. Se sostiene la base de relación inferior a la altura de la barra intraoral de soporte central mediante un tope auxiliar de montaje que soporta el peso adicional del modelo superior y del yeso de retención.

4o. Se envaselina la superficie interna de la rama superior que tiene el cilindro de sujeción. Se humedece la superficie retentiva del modelo y se prepara para el yeso piedra de fraguado rápido o yeso paris.

5o. Se coloca un poco de yeso sobre el modelo, se baja la rama superior del articulador hasta que el vástago incisal contacte con la platina incisiva, y se procede al montaje. Mientras fragua el yeso se retira el exceso de material y se modela el contorno para dejar descubierto el cilindro de sujeción; esto permite posteriormente quitar y reponer con facilidad el modelo en el articulador.

6o. Una vez completamente fraguado el yeso, se retira el arco facial y el vástago en bayoneta que cumplieron su función de transferencia y ubicación de registros.

Procedemos ahora al montaje del modelo inferior en la rama inferior del articulador que representa la mandíbula del paciente. Invierta el articulador y coloque el modelo inferior en la base de relación. Respete la relación céntrica registrada, ensamble correctamente el recurso de fijación (llave de pasta cinquenólica), y coincidiendo la punta trazadora en la gráfica del arco gótico (vértice).

7o. Humedezca la superficie del modelo inferior y envaseline el cilindro de sujeción de la cara interna de la rama inferior del articulador; prepare el yeso a su consistencia adecuada, coloque un poco de yeso y cierre el articulador hasta que el vástago incisal contacte con la platina incisiva. Es importante asegurarse de que los elementos condilares estén cerrados contra sus topes en el articulador. Se recorta todo exceso de yeso, se modelan sus contornos hasta el cilindro de sujeción. Se coloca un elástico grueso alrededor de ambas ramas del articulador para contrarrestar el efecto de la expansión del yeso, y espere su fraguado.

80. Recorte y retire todo exceso de yeso y alise las superficies. Dedique los mismos cuidados y atención en las superficies metálicas del articulador; retire los aditamentos intraorales (punto central de apoyo), y los aditamentos extraorales (trazador del arco gótico); los recursos de fijación (llave - de pasta cinquenólica), y finalmente proceda a reconstruir las superficies de cera rosa.

d) SELECCION DE DIENTES

La selección de dientes artificiales para el desdentado requieren el conocimiento y la comprensión de numerosos factores físicos y biológicos que se relacionen directamente con cada paciente.

Fórmulas, valores, porcentuales y medidas sirven como punto de partida pero no sustituyen un juicio artístico adecuado. La observación atenta de caras y dientes de personas con dientes naturales desarrollará el sentido de la armonía dentofacial que es el objeto de la selección de dientes y del efecto estético que se busca. Debe existir armonía de color, forma, tamaño y disposición de los dientes si se pretende que las prótesis pasen desapercibidas.

La selección de los dientes se facilita cuando el paciente presenta dientes remanentes por extraer. Son un excelente punto de partida, ya que el modelo de estudio puede utilizarse para seleccionar el tamaño y forma de los dientes, así como las guías de tono para seleccionar el color apropiado.

Cuando el paciente no presenta dientes remanentes, la selección de los dientes anteriores y posteriores se realiza bajo los siguientes factores:

- 1) Color
- 2) Forma
- 3) Tamaño
- y 4) Material

1) COLOR

Por lo general, en el paciente de más edad, es más natural elegir colores de dientes más oscuros. Pero se debe recordar también que los colores de los dientes guarden relación en el color de la piel. Un determinado color de dientes puede parecer muy claro en un negro y muy oscuro en un escandinavo de piel clara.

En definitiva, las reglas que se apliquen en un paciente no serán aplicables en otro. La selección de colores distintos para caninos, o para laterales, a menudo mejora el aspecto estético.

El color de los dientes posteriores debe ser igual al de los dientes anteriores.

2) FORMA

Clínicamente se considera a los dientes anteriores como estéticos y a los posteriores como funcionales.

En la actualidad muchos autores siguen las variantes de la "Ley de la Armonía", que provee una técnica definitiva y correcta para elegir formas dentarias satisfactorias.

Al seleccionar los dientes, referidos a la forma, no únicamente debe tomarse en cuenta un tipo clásico, en el sentido del contorno proximal y de ángulos con respecto a la forma de la cara (cuadrada, triangular y ovoide), sino que es necesario, además, considerar el contorno de la superficie labial del diente comparado con el perfil de la cara; esto nos conduce a observar los puntos prominentes de la frente, nariz, y mentón, de las que surgen formas: rectas, cóncavas y convexas.

3) TAMAÑO

La anchura total de los seis dientes anteriores superiores. Se toma como referencia el trazo que se marca sobre los rodillos superior e inferior. Es una línea vertical que se extiende del implante inferoexterno del ala de la nariz al plano de orientación. La línea media es la referencia que nos proporciona la simetría facial. Se extiende y se traza con la espátula de cera rosa (punta) una trayectoria vertical y perpendicular al plano de orientación a partir de la parte media del septum nasal, incluyendo ambas superficies vestibulares del rodillo superior e inferior.

Se mide con una regla milimétrica desde la línea media de esta referencia y se le aumenta de 2 a 2.5 mm., que corresponderán a la ubicación aproximada de la cara distal de los caninos superiores.

La longitud de los dientes anteriores se determina por la distancia intermaxilar del paciente y por las posiciones del labio en descanso y el sonreír.

El labio normal en reposo debe cubrir de 1 a 2 mm. de dientes. Un labio más corto debe mostrar de 5 a 6 mm. y labios más largos no debe enseñar nada.

La altura de los dientes posteriores se determina midiendo la distancia del arco interno y luego eligiendo el diente más largo que llenará el espacio sin tallar.

La longitud mesiodistal de los dientes posteriores puede escogerse midiendo la distancia en el canino mandibular y el límite anterior de la senda retro molar.

4) MATERIAL

Si su facilidad de trabajarlos es una consideración principal, los dientes de plástico son preferibles a los de porcelana. Pueden ser colocados para adaptar a casi cualquier situación y ser fácilmente alteradas y pulidas.

En cuanto a los dientes posteriores es aconsejable colocarlos de porcelana a causa de su bajo coeficiente de desgaste.

e) ARTICULACION Y BALANCE

La articulación de los dientes se simplifica en el tratamiento de la prótesis total inmediata cuando existen dientes naturales por extraer. Estos dientes nos ofrecen una guía perfecta para una buena articulación y balance.

El mayor grado de perfección se puede conseguir duplicando los dientes naturales del paciente cuando esto sea preferible.

COLOCACION DE LOS DIENTES ANTERIORES

Existe una variedad muy amplia de métodos, aplicables a la colocación de dientes anteriores, que no es posible referir un método particular. Nos basaremos en varios aspectos generales para ello.

La consecuencia más importante a este respecto es que los dientes tienen que aparecer como entidades separadas. Se puede conseguir usando diastemas con

Este propósito; se puede aconsejar montar los dos laterales de modo que se inclinen hacia los centrales, o colocar uno o ambos centrales ligeramente anteriores a los laterales. A veces se puede usar un disco separador delgado para separar los bordes incisales. Estas zonas se deben pulir cuidadosamente de modo que los bordes asperos no retengan alimentos, como carnes y cítricos.

Otra norma general es evitar la simetría absoluta de los lados derecho e izquierdo. Por otra parte, la simetría no deberá ser grotesca. Será necesaria una ligera alteración en forma, posición o tamaño.

Para conseguir mayor realismo en los dientes artificiales, limaremos los bordes incisivos para imitar el desgaste que se produce en los dientes naturales.

Si se examinan desde el aspecto oclusal, los dientes anteriores deben seguir una curva que se aproxime a la del reborde alveolar. Los dientes superiores pueden estar colocados algo anteriores al reborde, pero los inferiores deben colocarse bien sobre el reborde, o por lo menos, por encima del pliegue mucobucal. Cualquier posición más adelantada causará una retención menor de la dentadura inferior.

La curvatura del reborde o de la forma del arco debe servir como guía en las colocaciones de dientes, de modo que no parezca que el paciente "tiene demasiados dientes" o "demasiado pocos".

Las personas que tienen un escalón y resalte grande en sus dientes naturales pueden sufrir un cambio de aspecto drástico, si se hiciera una dentadura inmediata con una guía incisiva de cera de 0°. Además existe la posibilidad de que esos pacientes no usen los movimientos excéntricos, sino que empleen una función directa de abrir y cerrar durante la masticación. Sin embargo en los veteranos usuarios de dentaduras, probablemente es bueno seguir el consejo de que la guía incisiva se mantenga cerca de los 0°.

COLOCACION DE LOS DIENTES POSTERIORES

Tanto si se usan formas de dientes anatómicas como no anatómicas, son esenciales ciertos requisitos básicos para su colocación. A causa de que la -

dentadura inferior es más susceptible a las fuerzas que la desalojan que la superior, los dientes tienen que estar colocados de tal forma en la dentadura inferior que se logren todas las ventajas de retención. Por tanto hay que colocar los dientes posteriores inferiores de modo que queden en el centro del reborde. La colocación de los dientes superiores debe hacerse de forma que ocluyan con los de abajo. Esto es cuando se usan formas no anatómicas.

Cuando se usan formas anatómicas, los dientes superiores a causa de la intercuspidad, deben ser colocados en una determinada relación bucolingual con los inferiores, y esta colocación no siempre ayuda a la retención de la prótesis superior.

En la relación normal, si se ponen primeros todos los dientes maxilares, la anchura mesiodistal de los primeros premolares inferiores deberá ser disminuida. Si se colocan primeros los dientes mandibulares puede haber un diastema entre el canino y el primer premolar.

Quizá resulte más fácil colocar primero los inferiores por dos razones:

- 1) Los dientes pueden colocarse encima del reborde inferior directamente, y
- 2) Si se usa un articulador anatómico, como el Hanau H2, la relación de la curva compensadora en las guías condilares e incisivas pueden verse fácilmente porque el modelo inferior va unido a la parte del articulador que lleva a éstas guías.

A pesar de que es necesario colocar cada diente por separado, ese diente es una parte de una unidad que funciona y, si su colocación no está de acuerdo con los movimientos de esa unidad, no funcionará. Esta unidad funcionará cuando lo hagan todos los dientes posteriores en ambas dentaduras; no sólo los dientes superiores, ni sólo los de un lado, sino todos los dientes posteriores. (los dientes anteriores también deben estar equilibrados durante uno u otro movimiento pero no necesariamente en todos) los dientes estarán colocados de modo que cuando los de un arco se muevan sobre las del otro, todos los dientes posteriores toquen en todos los movimientos sólo cuando se produce contacto así puede ser completo el equilibrio excéntrico.

Se tiene que examinar continuamente la curva compensadora y observar que todas las inclinaciones de las cúspides deben estar colocadas para que toquen la curva, y no encima o debajo de ella. Esta observación simplificará la colocación del diente posterior para el balance. La curva puede ser demasiado grande o demasiado plana pero si se consigue que las cúspides se toquen, el ajuste de la curva se consigue por si misma, Es todo lo que se necesita considerar para el balance. Por otro lado, hay que tener en cuenta la compleja combinación de la curva más los dientes mal colocados individualmente por condiciones estéticas.

TECNICA DE COLOCACION DE LOS DIENTES ANTERIORES

Se requiere como punto de partida, para el estudio de la inclinación del eje longitudinal vestibulolingual y mesiodistal de los dientes anteriores superiores, respecto de la perpendicular al plano de orientación, únicamente como guía, a partir de la cuál surgen las variaciones y giroversiones.

INCISIVO CENTRAL SUPERIOR

(mesiodistal, vestibulolingual, giroversión)

Eje longitudinal, casi vertical al plano de orientación. La cara vestibular es paralela a la línea del perfil facial que es casi perpendicular. Está ligeramente girado respecto del paralelismo a una tangente a la línea del contorno del arco.

INCISIVO LATERAL SUPERIOR

(mesiodistal, vestibulolingual, giroversión)

Eje longitudinal, inclinado más distalmente que cualquiera de los otros dientes anteriores. La cara vestibular está más profunda en su porción cervical que la de los dientes contiguos. Tiene su cara distal girada lingualmente en ángulo considerable a una tangente de la línea del contorno facial.

CANINO SUPERIOR

(mesiodistal, vestibulolingual, giroversión)

Eje longitudinal, distalizado en el cuello, es mayor que el del incisivo central y menor que el del incisivo lateral. La cara vestibular sobresale en el extremo cervical más que en los demás dientes anteriores superiores. Está girada de manera que la mitad distal de la cara vestibular mira en la dirección de la porción posterior del arco.

INCISIVO CENTRAL INFERIOR

(mesiodistal, vestibulolingual, giroversión)

Eje longitudinal, casi perpendicular al plano de orientación. La cara vestibular está más hacia adentro de su extremo cervical que la del incisivo lateral o el canino. Tiene una posición de rotación que generalmente es paralela a la tangente del contorno del arco.

INCISIVO LATERAL INFERIOR

(mesiodistal, vestibulolingual, giroversión)

Eje longitudinal, casi perpendicular al plano de orientación. La cara vestibular es más prominente en su extremo cervical que el incisivo central, así que es casi perpendicular. Tiene una posición de rotación casi paralela a la tangente del contorno del arco.

CANINO INFERIOR

(mesiodistal, vestibulolingual, giroversión)

Eje longitudinal, con inclinación distal referido a la línea media. La cara vestibular sobresale en su extremo cervical con el mismo grado de inclinación que el superior. Está girado de manera que la mitad distal de la cara vestibular mira en la dirección de la porción posterior del arco.

PRINCIPIOS QUE RIGEN LA OCLUSIÓN BALANCEADA

Vigente el concepto clásico de oclusión balanceada o aquella que tiene como mínimo tres puntos de contacto, uno anterior y dos posteriores, uno a cada lado de la línea media, a pesar de un estado de oclusión a otro; es fundamental

considerar los principios que la rigen al utilizar dientes anatómicos o semianatómicos (con cúspides).

Una oclusión balanceada exige el conocimiento y la aplicación de una serie - de principios o leyes que aseguren el éxito estático y dinámico.

f) PRUEBAS EN EL PACIENTE

Quizas el principal inconveniente de ésta prótesis es que no pueden ser colocadas hasta que no están terminadas. No hay prueba anterior. El dentista duplicará la colocación de los dientes anteriores (en caso de existir), y el color - exactamente de acuerdo con el paciente. Sin embargo, a veces, el dentista y el paciente desean introducir algunas modificaciones en la colocación y en éstos - casos la apreciación tiene que ser aplazada hasta que se pueda colocar la dentadura.

Al tener aún sus dientes naturales en boca o al no realizar aún la reconstrucción del proceso, no tenemos la posibilidad de colocar las placas para probar.

g) TERMINACION Y AJUSTES

ENCERADO Y COLOCACION EN MUFLA

Se llena con cera el borde vestibular superior de la prótesis de acuerdo con el ancho del borde en el modelo. Es necesario un graser adecuados de los bordes de las prótesis para que los flancos de la dentadura no lesionen los tejidos si hay edema después de la intervención quirúrgica y la colocación de la prótesis. Una vez terminada la prótesis se reduce el grosor del borde cuando ya no existe el peligro del edema quirúrgico, no puede haber otra prueba de la prótesis que la de controlar la exactitud del montaje en articulador antes de enfilar los - dientes anteriores.

La postura en mufla se realiza como de costumbre. Una vez eliminando el yeso con agua hirviendo y limpiar los moldes, se estudia atentamente las radiografías para determinar la cantidad de hueso que se ha destruido por la enfermedad - periodontal. Se recorta la zona de los rebordes de acuerdo con lo que especifica el odontólogo a éste respecto, o lo efectúa el mismo, ocasionalmente, es necesario estimar la cantidad de hueso que se quitará durante el proceso quirúrgico si está indicada una alveolectomía. Se recorta el modelo para reducir y alisar la prominencia alveolar anterior para la recepción favorable de la prótesis. Cualquier irregularidad sobre el reborde se eliminará antes de colocar al paciente la prótesis terminada. Un reborde bien redondeado, plano, que sea convexo de forma esférica ayudará a que la prótesis vaya a su lugar y la oportunidad al reborde futuro de retener la forma adecuada.

PREPARACION DE LA TRASBASE QUIRURGICA

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

Una vez recortado el modelo, se toma una impresión del mismo con alginato. Se moja con agua el modelo, que está colocado en la mufla y se coloca el material de impresión en la misma cubeta con la que se tomó la impresión original. La cubeta cargada se calza en su posición sobre el modelo, se retira la impresión, y se hace el vaciado del modelo.

Sobre el modelo se adapta un trozo de cera y se confecciona un patrón de cera para la trasbase. Se incluye en la mufla el modelo, y se adapta un papel de estaño sobre el patrón de cera. Se termina de poner en la mufla. Se calienta en agua hirviendo, y se elimina la cera como cuando se trata de una prótesis. Una vez limpia la mufla, se adapta sobre el modelo una hoja de papel de estaño.

Las trasbases confeccionadas con sustituto de la hoja de estaño son un tanto lechosas en vez de transparentes.

Se carga en el modelo resina acrílica incolora y se cura de la misma manera que una prótesis. Si así se desea, es factible confeccionar una trasbase quirúrgica transparente mediante la técnica al vacío.

La trasbase quirúrgica es un elemento esencial cuando se requiere algún tipo de recorte óseo.

TERMINACION Y AJUSTES

Se colocan alivios en todas las zonas duras, si fuera necesario mediante el uso de una hoja de estaño de calibre 20 - 24 o plomo que se bicela en los bordes y se bruñe para adaptarlo. Se curan las prótesis previo retiro de sus modelos, para el pulido se corrige la oclusión. Se utiliza papel de articular para localizar contactos oclusales prematuros en oclusión céntrica, y se las desgasta con pequeñas piedras montadas. Las oclusiones excéntricas no se corrigen

en esta oportunidad, puesto que las correcciones oclusales definitivas no se hacen hasta la cicatrización completa de los tejidos.

Previo a la cirugía se afina el flanco vestibular de la prótesis hasta el mínimo, salvo el borde que debe ser bien redondeado.

Es necesario que no se ejerza presión enseguida después de las extracciones inmediatas. La porción anterior del alvéolo es particularmente sensible porque la lámina vestibular es especialmente delgada y filosa.

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

Una vez bien calzada la trasbase quirúrgica contra el paladar o sobre el reborde alveolar inferior, por transparencia se verán zonas izquémicas del campo operatorio donde son comprimidos los tejidos blandos.

Se retira la trasbase, se recortan los tejidos blandos o el hueso para aliviar el sitio de la presión excesiva. Al efectuar este paso, la trasbase quirúrgica debe calzar perfectamente, o no revelará las zonas para recortar. El no recortar suficiente tejido como para que la trasbase vaya a su lugar, el recorte excesivo causará la posición incorrecta de la prótesis. Estos errores, a su vez, serán causa de una oclusión inadecuada y causará necesariamente dolor e incomodidad al paciente. Las prótesis deben calzar en la boca exactamente en la misma posición que se pretendió que ocuparan. Se acercan los bordes de los colgajos, se sutura, y se coloca la prótesis previamente esterilizada en una solución antiséptica fría. Se le indica al paciente que cierre para el primer control de la oclusión.

h) CUIDADOS DE LA PROTESIS TOTAL

INSTRUCCIONES POSOPERATORIAS

La dentadura inmediata se coloca cuando se han terminado las intervenciones quirúrgicas. Es muy importante dejar las prótesis en la boca durante las primeras 24 horas. El paciente deberá tener conocimiento de ello, y así, evitar que por el hecho de dejar las prótesis fuera de la boca al comienzo, se produzca un edema de los tejidos, y nos sea imposible o muy doloroso el recolocarlas. El dolor producido por el trauma de la intervención quirúrgica no se alivia retirando las prótesis de la boca. Dentro del período de las 24 horas se puede colocar hielo en la cara, durante 15 minutos cada hora. Esto se sugiere a manera de precaución, ya que generalmente el paciente no sufre dolor intenso ni incomodidad. Se prescribe un sedante en el caso de que el paciente no pueda dormir por nerviosismo o molestias.

Las prótesis inmediatas actúa como una férula sobre el campo quirúrgico y evita la pérdida del coágulo, que a menudo se destruye a causa de los flujos bucales; por consiguiente es raro que se produzcan hemorragias profusas.

Se aconseja al paciente que no mastique durante las primeras 24 horas, y se le indica una dieta líquida.

Pasadas las 24 horas se examina la boca para detectar si hay compresión de bordes y sitios de presión excesiva. Estos sitios se manifiestan por un aspecto típico de rojo frambuesa. Se les marca pintado alrededor del círculo con lápiz tinta y la marca se transfiere a la superficie interna de la prótesis mediante la presión de la misma en su lugar. Mediante un raspador o piedra se alivia la zona así marcada en la prótesis. Durante el período posoperatorio es factible utilizar la trasbase para detectar áreas de presión de la base protética.

La oclusión se ajusta definitivamente hasta que desaparezca el edema y esto se hace generalmente de 48 horas a 1 o 2 semanas después de haber colocado las prótesis. La corrección oclusal nos mejorará la estabilidad de la prótesis y la masticación será más eficiente.

La comodidad de la prótesis aumenta notablemente en cuanto se hayan corregido las imperfecciones de la oclusión.

El registro interoclusal de relación céntrica se toma en la misma forma que para las prótesis completas. Se coloca yeso de impresión en los premolares y molares inferiores y se le indica al paciente que lleve hacia atrás el maxilar inferior tanto como sea factible y que cierre con los dientes de atrás.

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

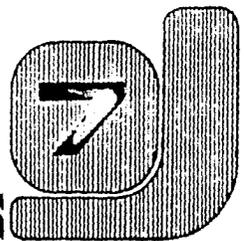
ATENCIÓN POSTERIOR DE LA PRÓTESIS INMEDIATA

Es importante citar al paciente por lo menos cada tres meses para determinar cuándo tienen que ser rebasadas (algunos pacientes pierden el hueso alveolar rápidamente, y sus dentaduras necesitan rebase a los pocos meses. La mayoría lo necesita de los 10 a los 14 meses).

Si hay dificultades de retención durante el período inicial, se puede usar sobre la superficie tisular de la prótesis algún acondicionador de los tejidos. Estos materiales se caracterizan por la propiedad de conservar su fluidez durante un cierto período, lo cuál permite equilibrar el tejido y la presión oclusal. Una vez fraguados, los acondicionadores de tejidos generalmente soportarán las cargas del uso durante varias semanas. Si así se requiere es factible repetir este procedimiento y permite al odontólogo mantener la adaptación de las prótesis durante el tiempo de los rápidos cambios tisulares. De esta manera se controla en forma bastante efectiva el peligro del cambio de la relación oclusal.



CONCLUSIONES



VII.- CONCLUSIONES

Se admite que un buen tratamiento prostodóntico en el desdentado total, es difícil y lleva tiempo, aunque al final sea gratificante.

El cirujano dentista está conciente del compromiso que ha adquirido con la sociedad actual; como consecuencia de los adelantos en las ciencias médicas y paramédicas, la gente vive más tiempo y más productivamente. De ahí que el dentista, debe ahora proporcionar al paciente desdentado la comodidad de dentaduras funcionales.

Los tejidos de la cavidad oral están cambiando sin cesar; como consecuencia, periódicamente se deberán construir nuevas dentaduras para preservar la integridad de las estructuras de apoyo. Los cambios que aquí se susciten pueden variar, de grandes a pequeños y rápidos a lentos, dependiendo de la preparación quirúrgica de los rebordes. El tratamiento quirúrgico conservador, nos indica preservar las estructuras; no se debe nunca extirpar, sin pensarlo o sin motivo, ningún tejido sano. Cada persona es diferente de otra, y a causa de esta diferencia, el tratamiento deberá ser individualizado.

La cirugía preprotética total inmediata, deberá conseguir un reborde que pueda soportar una serie de prótesis que sirvan al paciente durante el resto de su vida. La responsabilidad de preservar éstas estructuras, depende de la adecuada aplicación protética y también de la educación de los pacientes para percatarse de que, según van cambiando las estructuras orales, se deben construir nuevas prótesis.

De todos modos, éste método para tratar al paciente que necesitará una prótesis total, es preferible, al usado en épocas anteriores, consistente en desdentar o tratar quirúrgicamente al paciente y esperar varios meses para que cicatricen los tejidos bucales, para después confeccionar las prótesis completas. Poco se gana con éste último tratamiento; y por las ventajas obvias, mucho se beneficia al paciente con el tratamiento de dentadura inmediata.

VII.- CONCLUSIONES

Se admite que un buen tratamiento prostodóntico en el desdentado total, es difícil y lleva tiempo, aunque al final sea gratificante.

El cirujano dentista está conciente del compromiso que ha adquirido con la sociedad actual; como consecuencia de los adelantos en las ciencias médicas y paramédicas, la gente vive más tiempo y más productivamente. De ahí que el dentista, debe ahora proporcionar al paciente desdentado la comodidad de dentaduras funcionales.

Los tejidos de la cavidad oral están cambiando sin cesar; como consecuencia, periódicamente se deberán construir nuevas dentaduras para preservar la integridad de las estructuras de apoyo. Los cambios que aquí se susciten pueden variar, de grandes a pequeños y rápidos a lentos, dependiendo de la preparación quirúrgica de los rebordes. El tratamiento quirúrgico conservador, nos indica preservar las estructuras; no se debe nunca extirpar, sin pensarlo o sin motivo, ningún tejido sano. Cada persona es diferente de otra, y a causa de esta diferencia, el tratamiento deberá ser individualizado.

La cirugía preprotética total inmediata, deberá conseguir un reborde que pueda soportar una serie de prótesis que sirvan al paciente durante el resto de su vida. La responsabilidad de preservar éstas estructuras, depende de la adecuada aplicación protética y también de la educación de los pacientes para percatarse de que, según van cambiando las estructuras orales, se deben construir nuevas prótesis.

De todos modos, éste método para tratar al paciente que necesitará una prótesis total, es preferible, al usado en épocas anteriores, consistente en desdentar o tratar quirúrgicamente al paciente y esperar varios meses para que cicatricen los tejidos bucales, para después confeccionar las prótesis completas. Poco se gana con éste último tratamiento; y por las ventajas obvias, mucho se beneficia al paciente con el tratamiento de dentadura inmediata.

VII.- CONCLUSIONES

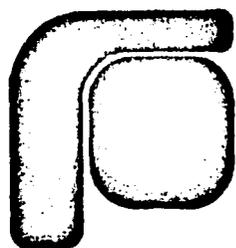
Se admite que un buen tratamiento prostodóntico en el desdentado total, es difícil y lleva tiempo, aunque al final sea gratificante.

El cirujano dentista está consciente del compromiso que ha adquirido con la sociedad actual; como consecuencia de los adelantos en las ciencias médicas y paramédicas, la gente vive más tiempo y más productivamente. De ahí que el dentista, debe ahora proporcionar al paciente desdentado la comodidad de dentaduras funcionales.

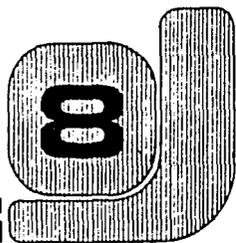
Los tejidos de la cavidad oral están cambiando sin cesar; como consecuencia, periódicamente se deberán construir nuevas dentaduras para preservar la integridad de las estructuras de apoyo. Los cambios que aquí se susciten pueden variar, de grandes a pequeños y rápidos a lentos, dependiendo de la preparación quirúrgica de los rebordes. El tratamiento quirúrgico conservador, nos indica preservar las estructuras; no se debe nunca extirpar, sin pensarlo o sin motivo, ningún tejido sano. Cada persona es diferente de otra, y a causa de esta diferencia, el tratamiento deberá ser individualizado.

La cirugía preprotética total inmediata, deberá conseguir un reborde que pueda soportar una serie de prótesis que sirvan al paciente durante el resto de su vida. La responsabilidad de preservar éstas estructuras, depende de la adecuada aplicación protética y también de la educación de los pacientes para percatarse de que, según van cambiando las estructuras orales, se deben construir nuevas prótesis.

De todos modos, éste método para tratar al paciente que necesitará una prótesis total, es preferible, al usado en épocas anteriores, consistente en desdentar o tratar quirúrgicamente al paciente y esperar varios meses para que cicatricen los tejidos bucales, para después confeccionar las prótesis completas. Poco se gana con éste último tratamiento; y por las ventajas obvias, mucho se beneficia al paciente con el tratamiento de dentadura inmediata.



BIBLIOGRAFIA



VIII.-

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

Alcaraz del Río, Ignacio.

Anatomía Humana para Odontología

2ª Edición México, Francisco Méndez Oteo - 1977.

(pag. 80 - 90 y 303 - 317)

Quiroz Gutiérrez, Fernando

Tratado de Anatomía Humana

Tomo I

México, Ed. Porrúa, 1962

(pag. 99 - 103, 230 - 234 y 314 - 320)

Boucher, Carl O.

Prótesis para el Desdentado Total.

Ed. Mundi S. A. I. C. Y F.

Buenos Aires Argentina

(Pag. 51 - 69, 261 - 290, 309 - 326 y 493 - 513).

Nagle J. Raymond, Sears H. Victor and Silverman I. Sindney.

Ed. Toray, S.A.

Barcelona, 1965

(Pag. 186- 244 y 268 - 311).

Neil, D.J.

Prótesis Completa (Manual Clínico de Laboratorio)

Departamento de Prótesis Dental, Hospital Guy's, Londres.

Ed. Mundi, S. A. I. C. Y F.

Buenos Aires, Argentina.

(Pag. 32 - 38 y 94 - 102)

Osawa Deguchi José Y.

Prostodoncia Total

U.N.A.M.

Dirección General de Publicaciones.

Ed. Andrómeda, S.A.

Tercera Edición, Octubre 1979.

(Pag. 39 - 59, 123 - 127, 153 - 162, 320 - 340 y 352 - 366).

Saizar, Pedro
Prostodoncia Total
Editorial Mundi
Buenos Aires, 1972,
(Pag. 152 - 162 y 456 - 476)

Sharry, John J.
Prostodoncia Dental Completa
Primera Edición, Mayo 1977.
Ediciones Toray, S.A. Barcelona
(Pag. 177 - 192 y 297 - 312).