



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PROTESIS TOTAL INMEDIATA

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A N :

MONICA GUADALUPE CORTES LAGUNA

Y

MIGUEL ANGEL ALVAREZ NIETO

MEXICO, D. F.

1983



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

Introducción.

1

CAPITULO I

I.- Historia Clínica General.

- a).- Ficha de Identificación.
- b).- Antecedentes Heredofamiliares.
- c).- Antecedentes Personales Patológicos.
- d).- Antecedentes Personales No Patológicos.
- e).- Padecimiento Actual.
- f).- Revisión de Sistemas.
- g).- Signos Vitales.

II.- Examen de Laboratorio.

- a).- Tiempo de Coagulación.
- b).- Tiempo de Protrombina.
- c).- Tiempo de Sangrado.
- d).- Biometría Hemática.
- e).- Índice de Glucemia.
- f).- Determinación de Urea.
- g).- Determinación de Colesterol.

III.- Historia Clínica Local.

- a).- Historia Dental.
- b).- Habilidad Neuromuscular.
- c).- Apariencia General.
- d).- Cara.
- e).- A.T.M.

f).- Movimientos Mandibulares.

g).- Factores Biológicos.

V.- Examen Radiográfico.

VI.- Diagnóstico.

VII.-Pronóstico.

VIII.- Plan de Tratamiento.

CAPITULO II

I.- Definición de Prótesis Total Inmediata.

II.- Ventajas

III.-Desventajas.

IV.- Indicaciones.

V.- Contraindicaciones.

CAPITULO III

I.- Registros previos a la elaboración de la Prótesis Total Inmediata.

a) - Modelos de Estudio

b).- Altura Facial Morfológica

c).- Color

d).- Impresión Frontal

e).- Perfiles

f).- Fotografías.

CAPITULO IV

- I.- Técnica para construir la Prótesis Total Inmediata.
- a).- Impresión y modelo primarios.
 - b).- Elaboración de portaimpresiones acrílicas.
 - c).- Impresión fisiológica y modelo de trabajo.
 - d).- Base de registro y rodillos.
 - e).- Relaciones Intermaxilares.
 - f).- Transferencia de modelos al articulador
 - g).- Selección y colocación de dientes.
 - h).- Procesado y terminado de la prótesis.
 - i).- Confección de la guía quirúrgica.

CAPITULO V

- I.- Cirugía Preprotética.
- a).- Programación de la Intervención Quirúrgica.
 - b).- Premediación para la Cirugía.
 - c).- Desinfección de la Boca.
 - d).- Extracción de dientes.
 - e).- Alveoloplastia y Gingivoplastia.
 - f).- Sinéresis.

...

CAPITULO VI

- I.- Colocación de la Prótesis y cuidados Postoperatorios.
 - a).- Colocación de la prótesis.
 - b).- Instrucciones Postoperatorias al paciente.

CAPITULO VII

- I.- Citas Posteriores y Ajustes.
 - a).- Corrección de la Oclusión.
 - b).- Rebase de la Prótesis.
 - c).- Instrucción sobre cuidado de la Prótesis al Paciente.

Conclusiones.

Bibliografía.

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

La Prótesis Total Inmediata es uno de los -
tratamientos finales en la Odontología. Este tra-
tamiento se sobrepone a diversos cambios Bio-Psí-
quicos-Sociales que desequilibran al individuo.

Me incliné a elaborar este trabajo porque -
considero que el Odontólogo debe evitar el temor_
del paciente a la edentación, a los cambios diges-
tivos y a las inclementes críticas que de él se -
hacen y de tal forma construir una prótesis que -
ayude al mejor desenvolvimiento social del mismo.

Con el fin de solventar algunos problemas, -
surgió la Prótesis Total Inmediata a fines del si-
glo pasado. El éxito alcanzado por este trata-
miento ha aumentado gracias al buen conocimiento -
aplicado por el odontólogo lo cual brinda mayor -
bienestar al paciente y nos renombra más.

Es benéfico decir que algunos pacientes con
dientes remanentes conservan aún detalles como -
Dimensión Vertical, tamaño de los dientes al - -
igual que su anchura, color y colocación, etc. -
Que nos brindan facilidad para la misma elabora-
ción de la prótesis y mayor funcionalidad en el -
paciente.

Deseo que este trabajo sirva de orientación_
para las nuevas generaciones aspirantes a Cirujano Dentis-
ta.

CAPITULO I
HISTORIA CLINICA GENERAL

La elaboración de la Historia Clínica para todo tratamiento nos conduce a darnos cuenta de las condiciones del paciente, las cuales indican o contraindican el tratamiento. También ayuda a la relación odontólogo-paciente siendo de mucha importancia.

Para hacer una Historia Clínica se utilizan métodos de exploración que son: Interrogación, - Inspección, Palpación, Auscultación, Olfación, - Punción Exploratoria, Exámen Radiográfico y Pruebas de Laboratorio.

A).- Ficha de Identificación:

Consiste en los datos del paciente como: nombre, edad, domicilio, ocupación, teléfono, sexo, - lugar de nacimiento y estado civil.

B).- Antecedentes Heredofamiliares:

Son datos familiares cercanos que padezcan o hayan padecido; sífilis, diabétes, tuberculosis, - discrasias sanguíneas, neoplásias, enfermedades - cardiovasculares, etc.

C).- Antecedentes Personales Patológicos:

Se pregunta las enfermedades padecidas desde la infancia como: varicela, sarampión, escarlati-

na,, parotiditis, etc. Si presentó complicaciones en el transcurso de ellas, se averigua sobre intervenciones quirúrgicas a que se haya sometido tiempo y respuesta de su organismo. Se pregunta sobre transfusiones de sangre si se le han hecho, también si es alérgico a medicamentos, alimentos o medio ambiente.

D).- Antecedentes Personales no Patológicos:

Esto se refiere a la alimentación, para darnos cuenta de su estado nutricional, modo de vida higiene personal, servicios indispensables de la casa, tabaco y bebidas embriagantes, al igual la actividad que desempeña para subsistir, también son importantes.

E).- Padecimiento actual:

Si presenta alguna enfermedad se le pregunta sintomatología, tiempo de presentarse y si ha aumentado su virulencia.

F).- Revisión de Sistemas:

Se le pregunta sobre algún padecimiento que no se considere dentro del padecimiento actual, - así como signos y síntomas. Dentro de aparatos y sistemas, se debe tomar en cuenta los siguientes:

Piel.- Se observa si hay cambios de color, -petequias, prurito, marcas de nacimiento, infecciones, erupciones, etc.

Sistema hematopoyético.- Anemia, hemorragias espontáneas, excesivas, después de alguna extracción, ganglios tumefactos o supurados y dolorosos transfusiones (fecha).

Cabeza y cara.- Cefalalgias, neuralgias o traumatismos.

Oídos.- Dolor, secreción, sordera, acufenos.

Ojos.- Dolor, inflamación, infección, visión borrosa, fosfenos.

Nariz y senos paranasales.- Epistaxis, co--tipación, secreción mucosa excesiva, dolor.

Boca, Laringe y Faringe.- Procesos inflamato--rios, encías sangrantes, dientes (abscesos, ex--tracciones, prótesis, última visita al dentista), glositis, ronquera, etc.

Mamas.- Bultos, dolor, secreción.

Vías respiratorias.- Tos, espectoración (co--lor), jadeo, hemoptosis, dolor pleurítico, difi--cultad en la respiración. Exámen radiográfico de tórax, en caso de sospecha de tuberculosis.

Sistema Cardiovascular.- Dolor torácico de -

esfuerzo, disnea nocturna, edema maleolar, taquicardia, bradicardia, hipertensión, hipotensión, -várices, parestesias, arritmias.

Sistema Gastrointestinal.- Apetito, sed, náuseas, eructos, vómitos, ictericia, peristalsis, -estreñimiento, diarreas, hemorroides, melena, hernia, dolor abdominal, idiosincrasias alimenticias.

Vías Urinarias.- Disuria, poluria, nocturia, hematuria, edema general cálculos, dificultad para orinar, anuria.

Organos genitales masculinos.- Dolor o tumefacción, secreción, o lesión del pene.

Organos genitales femeninos.- Historia de la menstruación, edad de la primera hemorragia, frecuencia, duración, cantidad (toallas) al día, fecha del último período, síntomas asociados, uso de anovulatorios, menopausia, signos y síntomas, enfermedades venereas, lesiones.

Esqueleto.- Dolor de extremidades, espalda y cuello, movimientos limitados, dolor en articulaciones, crepitación, enrojecimiento.

Sistema Nervioso.- Convulsiones, síncope, vértigos, temblor, adinamia, trastornos del habla parestesias, parálisis.

Sistema Endócrino.- Bocio, poliuria, polidipsia, intolerancia a calor y frío, exoftalmia, cam

bio de voz, polifagia, cambio del perímetro del cuerpo, aumento de peso o disminución, esterilidad.

Estado Psicológico.- Nerviosismo, irritabilidad, pérdida de la memoria, depresión, insomnio, pesadillas, impotencia, frigidez, fobias, apatía.

También es importante tener los signos vitales como complemento de la H. C. G.

G).- Signos Vitales:

Comprende presión arterial, pulso, temperatura, frecuencia respiratoria.

Presión Arterial.- Es la fuerza ejercida por la sangre sobre las paredes de los vasos sanguíneos en circulación. La presión se mide en milímetros de mercurio. Adultos 120/80 y puede aumentar gradualmente hasta los 60 años siendo de - - 140/90, en niños es menor.

Frecuencia de pulso.- La contracción del ventrículo izquierdo impulsa la sangre habiendo expansión de una arteria en cada latido cardiaco - que se llama pulso, adulto presente de 70 a 80 minutos. Puede variar por sexo, medicamentos, temperatura, edad, etc.

Frecuencia respiratoria.- Se debe tomar en cuenta la frecuencia respiratoria la cual nos puede dar signos evidentes de algún desequilibrio --

presente. Al nacer es de 30 a 40 inspiraciones - sobre minuto.

En el primer año es de 26 a 30 y en el segundo año de 20 a 26.

En adolescencia es de 20, en adultos de 16 a 20 y en seniles de 14 a 16 en promedio.

También influyen en el cambio de la frecuencia, edad, sexo, digestión, ejercicio, presión atmosférica, medicamentos, etc.

Temperatura.- Es el grado de calor mantenido por el cuerpo resultado de la oxidación de alimentos y calor perdido por transpiración, respiración, conducción, radiación y excreción.

La cifra normal son: 37°C en boca; 36.4 a -- 36.6°C en axila y 37.7 en recto.

La temperatura normal varía durante el día, - siendo menos en la mañana y mayor en la noche.

EXAMENES DE LABORATORIO

La prostodoncia total inmediata involucra - procedimientos quirúrgicos, por esta razón y como en cualquier cirugía, es siempre conveniente someter al paciente a exámenes de laboratorio para -- asegurarnos de que la intervención no implica ningún riesgo para nuestro paciente.

Algunos de los exámenes de laboratorio que - se utilizan en odontología son los siguientes:

A).- Tiempo de Coagulación:

Se trata de determinar el tiempo que tarda - la sangre en coagular fuera del cuerpo, en ausencia de tejido orgánico. Esta prueba es muy importanante para diagnosticar la diabetes hemorrágica, - los varones normales fluctúan de 3 a 8 minutos.

B).- Tiempo de Protrombina:

Es una prueba similar a la del tiempo de Coagulación pero añadiendo a la sangre algunas sus--tancias. Esta prueba es de importancia capital - como guía de la coagulabilidad de la sangre en el interior vascular, siendo imprescindible durantetratamientos con anticoagulantes para prevenciónde trombosis. Los valores normales es de 12 a 14 segundos.

...

C).- Tiempo de sangrado:

Se trata de determinar el tiempo que tarda la sangre en dejar de brotar espontáneamente después de una herida en la piel, lo que en condiciones normales tarda de 2 a 6 minutos. Esto guarda relación con valores de protrombina en sangre.

D).- Biometría Hemática:

Consiste en recuento de glóbulos blancos y rojos en sangre.

Eritrocitos.- Se determina; cantidad, calidad, forma y tamaño de las células, este examen se indica cuando se presentan síntomas de fatiga, disnea, cefalalgia, palidez, glositis, ictericia, que se puede pensar en anemia.

En el hombre las cifras normales son de 5.4 millones por milímetro cúbico, el número de eritrocitos en la mujer es de 4.8 millones sobre milímetro cúbico.

El hematocrito.- En el hombre es de 41 a 50% y en la mujer es de 38 a 46% de glóbulos rojos.

La hemoglobina.- Varía de 12 a 16 g. por 100 ml. de sangre en la mujer y en el hombre de 14 a 19 g. por 100 ml.

Leucocitos.- La cantidad de estas células varía con edad, sexo y estado fisiológico de la persona.

La fluctuación normal en la persona adulta - es de 5 a 10,000 por mm^3 . Aumenta la cantidad de leucocitos circulantes cuando hay actividad muscular intensa, después de ingerir alimentos, exposición a temperaturas extremas, administración de adrenalina, durante embarazo, y trabajo del parto y cuando hay patologías como ejemplo abscesos, inflamaciones etc., clásicos en nuestra rama odontológica.

E).- Indice de glucemia:

Esta prueba proporciona datos importantes en cuanto a la cantidad de glucosa en sangre, lo cual indica que a una ingestión normal de carbohidratos diariamente, puede no responder bien el páncreas existiendo aumento de glucosa.

En una persona diabética la concentración de glucosa es arriba de 180 mg. por 100 ml. de sangre.

F).- Determinación de Urea:

Es un análisis químico cuantitativo, siendo sus valores normales de 150 a 250 mg./100 cm^3 . de sangre.

Cuando hay un aumento de urea en sangre se puede pensar en una insuficiencia renal.

G).- Determinación del Colesterol:

Es un análisis químico cuantitativo, siendo

también sus valores normales de 150 a 250 mg/100_ cm³. de sangre.

Cuando aumenta el colesterol podemos pensar_ en la arterioesclerosis.

HISTORIA CLINICA LOCAL

Después de haber realizado la historia clínica y el examen general del paciente, así como las pruebas de laboratorio, el siguiente paso es realizar la historia clínica local protésica.

A).- Historia Dental:

Consiste en pedirle al paciente, que nos relate todo lo referente a sus visitas con el dentista y los trabajos que le fueron efectuados como: amalgamas, extracciones, resinas, prótesis fijas y removibles.

Puede darse el caso de que se presente que usen una dentadura parcial o una dentadura completa ya sea en el maxilar o en la mandíbula. De ser así se le pide al paciente que nos indique la fecha en que se le realizaron las últimas extracciones y la historia de su dentadura.

Si el paciente se encuentra desdentado en algunas regiones y no usa prótesis, se le pregunta sobre el tiempo de haber permanecido desdentado.

Se investiga cuantas prótesis ha utilizado el paciente y porqué así como su experiencia con cada una, que puede ser favorable o desfavorable. Si el paciente usa una prótesis parcial o completa monomaxilar, se le pide si ha sido eficiente a

la masticación, si hay retención, estabilidad, es tética, si tiene buena fonación y comodidad con - las mismas, además observaremos si existe buena - dimensión vertical o está alterada.

Estos aspectos deben ser verificados por el Cirujano Dentista, es importante anotar alguna recomendación que se nos haga para mejorar la nueva prótesis, sobre todo cuando se refiere a estética esta contraindicada la prótesis inmediata cuando se quiere mejorar el aspecto estético.

B).- Habilidad neuromuscular:

Esta se comprueba mediante la forma de articular y coordinar el lenguaje y puede ser: buena, mediana y mala.

C).- Apariencia General:

Está determinada por tres aspectos:

Indice Cosmético.- Consiste en observar en - caso de mujeres la cantidad de maquillaje que - - usan siendo; alto, mediano y nulo.

Aspecto.- Este puede ser; agradable o tenso.

Personalidad.- Hay tres tipos; delicada, media ó vigorosa.

D).- Cara:

En cuanto a la forma puede ser: Ovoide, cuadrada ó alargada. El perfil puede ser normal, -

prognático, retrognático. El cabello podrá ser: blanco, negro, castaño y rubio. Ojos: negros, cafés, verdes o azules. Color de Tez, Clara, mediana rubicunda o moreno. A la textura de la piel - puede ser normal u otra. Puede haber arrugas debido a: Edad, pérdida de la dimensión vertical. - Los labios podrán ser: activos, medianos, largos ó cortos. Los bordes del bermellón pueden ser visibles ó no.

E).- Articulación temporomandibular:

Se pueden presentar los siguientes aspectos: Comodidad, crepitante, sonora, suabidad ó desviación.

F).- Movimientos mandibulares:

Se evalúa de uno en uno.

Protusivo:

Puede ser normal, excesivo ó limitado.

Lateral derecho:

Se valoran al igual.

Lateral Izquierdo:

Se valora igual a los anteriores.

G).- Factores Biológicos:

Son los siguientes:

Tono muscular:

Puede ser; normal, casi normal, ó subnormal.

Desarrollo de los músculos de masticación y expresión.- Este desarrollo puede ser normal, cerca de los normal subnormal.

Tamaño de maxilar y mánđibula.- Puede ser; mánđibula y maxilar compatibles, mánđibula más pequeña que el maxilar o mánđibula más larga que el maxilar.

Altura del proceso residual.- Se evalúa por separado en maxilar y mánđibula y puede ser: normal, pequeño o plano.

Forma del proceso residual.- También se evalúa por separado el del maxilar y el de la mánđibula y puede tener las siguientes formas: "U", -- "V" ó ser afilado.

Forma del arco mandibular y maxilar.-Puede ser: cuadrado, triángular u ovoide.

Forma del paladar duro.- Su forma puede ser: plano, "U" ó "V".

Inclinación del paladar blando.- Es suave, - mediana ó aguda.

Relación de los procesos.- Puede presentar tres aspectos: Ortognático ó normal, retrognático o prógnatico.

Paralelismo de los Procesos.- Se refiere a - que; ambos procesos son paralelos uno de los procesos no es paralelo, ó ambos procesos son divergentes.

Distancia interarco.- Esta distancia puede ser: adecuada, excesiva, ó limitada.

Retenciones Oseas.- Se refiere tanto al maxilar como a la mandíbula, se evalúa del siguiente modo: ninguna, ligera ó que requiere remoción.

Torus.- Pueden encontrarse en el maxilar o en la mandíbula, su evaluación es: ninguno, ligero o que requiere remoción.

Tejidos blandos que cubren el proceso alveolar.- Pueden presentar tres tipos; espesor, firme y uniforme, tejido grueso ó tejido hiperplásico resilente.

Mucosa.- Puede encontrarse: sana, irritada ó patológica.

Inserciones tisulares.- Nos interesan tres tipos: Mínimo 12 mm. de 8 a 12 mm. ó menos de 8 mm.

Inserciones musculares y frenillos.- Estas inserciones pueden ser; bajas, medianas ó altas.

Espacio Postmilohiideo.- Puede tener las siguientes dimensiones; Mínimo 10 mm., menos de 10 mm. o sin espacio para la protésis.

Sensibilidad del paladar al tacto.- Puede ser: ninguna, mínima ó muy sensible.

Tamaño de la lengua.- La lengua puede ser: normal, mediana ó grande.

Posición de la lengua:

La lengua puede estar: normal, puesta fuera_ de posición, o estar retraída.

Saliva:

Puede ser; cantidad y consistencia normal, - cantidad excedida poro o nada de saliva.

Actitud Mental:

Podrá ser: filosófica, exacta, histérica o - indiferente.

EXAMEN RADIOGRAFICO

El estudio radiográfico constituye una parte muy importante del examen bucal, pero de ningún modo sustituye a una buena exploración clínica. Después de realizar la historia clínica local, el siguiente paso es practicar la exploración radiográfica en las zonas correspondientes. Este estudio se compone de 14 radiografías más dos o tres radiografías interproximales y dos oclusales. El cirujano dentista debe conocer el estado de los tejidos tanto debajo de la mucosa como en las superficies visibles.

Las radiografías revelan dientes incluidos, raíces retenidas, quistes residuales y otras anomalías, además de objetos extraños. Confirman la profundidad de las bolsas periodontales y aportan información sobre dientes desvitalizados. Muestran la cantidad de hueso perdido al rededor de los dientes remanentes y en las regiones desdentadas. También señalan el espesor relativo de la submucosa que recubre el hueso en regiones desdentadas. La ubicación del forámen mentoniano respecto del apoyo basal de la prótesis. Puede dar la indicación respecto a la calidad del hueso de soporte de los dientes y que soportará la dentadura, aunque no suele ser muy exacta debido a las diferentes técnicas empleadas. Cuanto más denso

aparenta ser el hueso, mejor es el fundamento óseo y menos la probabilidad de una alteración rápida cuando se usen las dentaduras.

Diagnóstico.- Para llegar al diagnóstico deben valorarse correctamente todos los aspectos mencionados hasta ahora.

El diagnóstico consiste en hacer un análisis general de las condiciones existentes del paciente para poder tomar una decisión.

Los pacientes que requieren de una prótesis completa se dividen en tres grupos.

1.- Los que conservan algunos dientes remanentes que se encuentran en mal estado ó que se mantienen en la boca sostenidos por estructuras periodontales enfermas y otros que sufren de trastornos temporomandibulares, desarmonías oclusales o un número insuficiente de dientes de modo que la masticación es difícil.

2.- Pacientes que han perdido sus dientes recientemente y se hayan frente a una experiencia nueva.

3.- Pacientes desdentados por un largo periodo y que llevan prótesis completa con mayor o menor grado de éxito.

Los pacientes ubicados en el primer grupo, -

son los que se encuentran ante la perspectiva de la prótesis total inmediata.

Debemos de tomar en cuenta que la decisión - de conservar ó extraer los últimos dientes del pa-
ciente es muy seria y se requiere explicar todas_ las alternativas antes de llegar a la decisión fi-
nal ya que el remover dientes es una operación -- irreversible.

Los modelos de diagnóstico pueden utilizarse como parte de registros previos a la extracción - si es que se desea llegar a una decisión correcta. Por tal razón es importante contar con ellos an-
tes de llegar a la decisión definitiva respecto a la extracción de los dientes. Tal vez, la infor-
mación diagnóstica más importante que se obtiene_ de los modelos de diagnóstico montados está rela-
cionada con la oclusión. Esta información es muy importante porque determinará para muchos pacien-
tes, si conservar o nó dientes que podrían ser -- salvados.

El diagnóstico protésico, es la evaluación - científica de las condiciones existentes en la bo-
ca.

Pronóstico.- Es un anticipo del porvenir, - así como de las variadas formas que asumirá la vi-
da del paciente. Mientras que el diagnóstico nos da su estado actual, el pronóstico es un adelanto

del futuro. Está limitado a predecir las conocidas secuelas de la edentación o su prevención; - los diversos tratamientos posibles o su prevención, así como los planes de cada tratamiento. - El pronóstico se divide en dos partes; Inmediato_ y Mediato.

El pronóstico inmediato es bueno en personas jóvenes con buen estado general, y carentes de - trastornos psicosomáticos, a condición de que - las prótesis tengan soporte, estabilidad y retención, así como estética, salud y comodidad. El - pronóstico y la estimación de las probabilidades_ de éxito, están en función no solo de las condi-- ciones del paciente, sino también del cirujano -- dentista.

El pronóstico mediato predice lo que les ocu^urrirá a las prótesis con el transcurso del tiempo. La estabilidad de las dentaduras cuando están - - bien elaboradas, dependen principalmente de la es^utabilidad orgánica. Normalmente las dentaduras - van perdiendo poco a poco adaptación, retención y eficacia sin que el paciente se de cuenta. Estas circunstancias deben ser conocidas por el pacien^ute.

Los factores que determinan un pronóstico - bueno o malo son los siguientes:

1.- Diagnóstico deficiente.

- 2.- Mal estado orgánico general.
- 3.- La edad.
- 4.- Dificultades de orden mecánico, orgánico neurológico, de sensibilidad o de orden psíquico.

El pronóstico en función de la historia protésica del paciente depende de varios factores:

- 1.- Prótesis correcta sobre maxilares sanos.
- 2.- Prótesis inmediatas sobre cirugía reciente.
- 3.- Prótesis rehabilitadas a causa de manifestaciones paraprotésicas.
- 4.- Preparaciones al paciente.
- 5.- Rebases.
- 6.- Casos difíciles o de intolerancia protésica.

Plan de Tratamiento. - El plan de tratamiento incluye la secuencia de remoción de los dientes, la extensión y tipo de cirugía bucal que podría requerirse y el tipo de prótesis que está indicada.

La pérdida de los dientes remanentes es a veces un terrible shock psicológico para el paciente, aunque algunos no lo admitan. Con tal motivo el cirujano dentista tendrá consideración con el paciente que ha de perder sus dientes y de ser posible hay que salvarlos.

Los datos que se requieren, previa extracción de los dientes remanentes incluyen lo siguiente:

1.- El estado general del paciente determina la magnitud y la secuencia de los procedimientos quirúrgicos que se requieran. En ocasiones es mejor para el paciente conservar dientes flojos o fracturados que extraerlos. En otros casos, probablemente mejore su estado general si se eliminan los dientes infectados.

2.- La edad del paciente puede ser el factor determinante en la decisión de extraer o no los dientes. Si el paciente es joven y el hueso no se encuentra completamente calcificado es conveniente no extraer los dientes, ya que los pacientes desdentados jóvenes pierden gran extensión del hueso alveolar.

Si el paciente es viejo y débil, quizá sea más adecuado dejar los pocos dientes remanentes, se extraerán en cambio, aquéllos dientes extruñidos y flojos en personas ancianas que dañan su salud.

3.- Se extraerán dientes muy móviles extruñidos de sus alveolos y con evidencia radiográfica de infección. Se consideran para la extracción aquellos cuyo hueso alveolar llegue a menos de la mitad de su altura original en el diente.

Algunos aspectos que indican la extracción dentaria son los siguientes:

1.- Enfermedad periodontal avanzada con pérdida ósea marcada alrededor de los dientes.

2.- Coronas clínicas muy fracturadas que no se pueden restaurar debidamente.

3.- Abscesos periapicales o laterales que no se tratan con éxito.

4.- Dientes con traslación o inclinación des variables que interfieran con su utilización como pilares para prótesis fija o removible.

5.- Dientes extruidos o migrados que impidan el establecimiento de un plano oclusal adecuado.

6.- Dientes anteriores inferiores en bocas - donde se haya producido hiperplasia en la parte anterior del arco superior o a la inversa.

El tipo de prótesis que se va a construir de pende de muchos factores. Cuando el paciente se entera de que va a perder sus dientes, pensará - que se debe de elaborar una prótesis total inme-diata, pero este tratamiento no siempre es favorable. Debemos preocuparnos antes que nada de la - salud y la comodidad del paciente.

El tratamiento con prótesis total inmediata ofrece muy buenos resultados estéticos, pero esta cualidad puede perder importancia si se toma en

cuenta los aspectos de salud del paciente.

Si se va a colocar prótesis total inmediata, el paciente debe tener buenas condiciones de salud. De no ser así, el tratamiento constituye un riesgo desde el punto de vista quirúrgico.

Cuando el estado de salud del paciente es dudoso, las extracciones deben efectuarse poco a poco y no en una sola cita. Los pacientes jóvenes soportan bien la cirugía para prótesis inmediata, y en los ancianos se elegirá como tratamiento de la prótesis convencional.

Cuando existe enfermedad priodontal avanzada no es conveniente realizar extracciones y colocar inmediatamente la dentadura, ya que se corre el riesgo de una infección.

Si el paciente desea cambiar la posición de sus dientes, después de efectuadas las extracciones, no se elegirá la protésis total inmediata como tratamiento.

El tratamiento con prótesis inmediata originará cambios rápidos en las superficies de asiento. Esto dará como consecuencia un soporte desnivelado para la dentadura, lo cual ocasiona dolor. Hay que prevenir al paciente respecto a estos riesgos y molestias.

La prótesis inmediata constituye un buen trata

tamiento, cuando el caso sea seleccionado adecuadamente.

CAPITULO II

DEFINICION DE PROTESIS TOTAL INMEDIATA

Una prótesis inmediata será la construída para reemplazar la dentición perdida y las estructuras asociadas del maxilar y la mandíbula con el propósito de insertarla inmediatamente después de haber eliminado el último o los últimos dientes naturales.

Una dentadura completa inmediata puede colocarse después de la eliminación desde uno hasta treinta y dos dientes, y pudiendo estas afectar una o más arcadas. Se aconseja generalmente, si se proponen prótesis inmediatas completas superior o inferior que les confecciones simultáneamente, para evitar que las malposiciones estéticas u oclusales de los dientes remanentes del arco dentado interfieran con la colocación dentaria de la Prótesis Inmediata.

Según Boucher, la mayoría de los autores se inclinan por considerar inmediata tan solo aquella dentadura construída antes de las extracciones (dentadura previa).

Para Saizar es un criterio muy restringido, puesto que toda dentadura colocada hasta unos días después de efectuadas las extracciones, participa

de las circunstancias que caracterizan a la inmediata. El paciente se ha acostumbrado a estar sin dientes, el aparato colocado sobre brechas quirúrgicas por tanto solo están cubiertas por coágulos o colgajos no consolidados. Por consiguiente se debe atender al primer período que simultáneamente es a la colocación de la prótesis, al post-operatorio que evoluciona al contacto con la misma y a la atrofia cicatrizal.

La importancia de estas decisiones radica en el pronóstico ya que la prótesis inmediata cualquiera que sea la técnica seguida, y el momento exacto en el que se le coloque, asienta sobre tejidos recién operados y que probablemente sufrirán modificaciones importantes en poco tiempo. El paciente debe saberlo, el servicio de reparaciones y ajustes que en prótesis regularmente tienen carácter accidental, es parte normal de todo tratamiento con prótesis inmediata, la cual así mismo no logra conservarse mucho tiempo en buen servicio. Una segunda dentadura suele requerirse después de algún tiempo.

Existen otros tipos de dentaduras completas que pueden colocarse en el momento de haber sido eliminado algunos o todos los dientes, estos padecimientos no deben confundirse con la prótesis total, ya que los procedimientos para su construcción

son diferentes y no cumplen con los mismos objetivos.

La dentadura transitoria es una prótesis parcial en la cual se pueden agregar dientes a medida que se van perdiendo los naturales. Esta prótesis es sustituida una vez que se han producido todos los cambios derivados de las extracciones. Una prótesis transitoria puede convertirse en prótesis interina o temporal.

La prótesis temporal o interina es una prótesis parcial construida para ser utilizada por un tiempo con fines estéticos de masticación, soporte oclusal, conveniencia o para concionar al paciente a fin de que acepte perder sus dientes naturales hasta que se le puede brindar un tratamiento más conveniente y definitivo.

El término de prótesis provisional se ha utilizado frecuentemente para designar un aparato protésico removible (como una prótesis completa) que no es permanente.

2.- Ventajas.- Las ventajas que aporta el tratamiento con prótesis total inmediata pueden agruparse en los siguientes grupos: Anatomía, funcionales, mecánicas, estéticas, psíquicas y fisiológicas o quirúrgicas.

A).- Ventajas Anatómicas:

1.- Impide la pérdida inmediata de la Dimen-

si3n Vertical al reemplazar el tope oclusal, preservando o restituy3ndola.

2.- Evita traumatismos a las articulaciones temporomandibulares.

3.- Impide el agrandamiento.

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

B).- Ventajas Funcionales:

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

2.- Evita la mayor parte de los trastornos y reajustes fon3ticos del desdentamiento.

3.- Facilita la masticaci3n r3pidamente, evitando o reduciendo los reajustes diet3ticos y digestivos.

4.- Ayuda normalmente a mantener las actividades de la vida de relaci3n.

C).- Ventajas Mec3nicas:

1.- Limita la reducci3n excesiva del 3rea de sustentaci3n de la dentadura, ayudanso as3 a la soluci3n de problemas de car3cter t3cnico en la colocaci3n de los dientes artificiales.

2.- Favorece la retenci3n f3sica y funcional.

3.- Favorece la estabilidad de la pr3tesis - Completa.

D).- Ventajas Estéticas:

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

2.- Permite introducir mejoras realmente - - considerables como son: reproducción fiel y exacta de los rasgos fisionómicos del paciente, y caracte_rísticas faciales que dependen de la relación cra-neana con la posición de los dientes.

3.- Permite si es necesario variar la dimen_sión vertical.

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

E).- Ventajas Psíquicas:

1.- Elimina la humillación y el complejo que sufre la persona al presentarse sin dientes, favo-reciendo en esta forma la continuación de sus acti-vidades de su social, creando en él la necesidad - de colaborar para el buen éxito prótesico, ya que_ por necesidad o vanidad no retira las prótesis de su boca, resignándose a sufrir las molestias inhe-rentes al nuevo estado de su boca.

2.- Facilita el aprendizaje y reduce los -- trastornos de acostumbamiento, creando una habili_dad favorable para cuando tengamos que construir - dentaduras convencionales.

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

F).- Ventajas Fisiobiológicas o Quirúrgicas:

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

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

Nota.- Solo en cuanto se normalizan los tejidos superficiales algunos autores la encuentran - desbalanceada (Saizar), ya que por la fermentación y descomposición de los coágulos, así como la cicatrización por segunda intención como norma traen - como consecuencia, el sabor y olor desagradable durante los primeros quince días aproximadamente.

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

4.- Mantiene la relación craneomandibular - conservando el tono muscular y el de los tegumentos.

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

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

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

8.- La resorción ósea se realiza con menor intensidad, favoreciendo el depósito de sales minerales que intervienen en la reparación del hueso.

Nota.- Esto fue sostenido por los entusiastas de la prótesis inmediata en su primera época (sin pruebas).

Investigaciones hechas por Campell y Jhonson (1966), prueban la precocidad del proceso atrófico evidente y a los quince días, su continuidad durante los primeros meses y su disminución posterior sin que puedan predestinar su duración.

Otras investigaciones confirmaron que la respuesta de cada paciente es impredecible. Cada paciente parece tener su propio patrón de atrófia.

Continuando con las investigaciones se comprobó que no parece posible considerar a la prótesis inmediata como un estímulo a la formación de hueso.

La respuesta de la mucosa ha sido también investigada su buena presencia clínica es bien conocida.

Se comprobó que pese a la buena apariencia - de la encía, había una inflamación profunda en la mucosa de los pacientes tratados con prótesis inmediata.

3).- Desventajas:

Las desventajas de la Prótesis Inmediata se refiere exclusivamente a sus exigencias.

A).- Selección de casos:

1.- Incomprensión del paciente.

2.- Incapacidad del dentista ante la dificultad del caso, la edentación futura y su eventual reemplazo con prótesis inmediatas, requiere de factores como el estado general, utilidad, ventaja y posibilidad que deben ser evaluados adecuadamente en cada paciente.

B).- Fallas Técnicas:

Pueden ser clínicas o de laboratorio, que sólo se evidencian después de la intervención quirúrgica final, situación irreversible que pone al máximo la responsabilidad del Cirujano Dentista y la amplitud de recursos para resolver los problemas que puedan plantearse. El paciente debe tener conciencia de estas limitaciones.

C).- Inhabilidad de operador:

La prótesis total inmediata requiere de una

técnica muy cuidadosa, por lo que no es fácil que todos los dentistas puedan dominarla. Como consecuencia de esta inhabilidad los aparatos contruñidos provocan lesiones graves, lo que hará que fracase la dentadura, y cause un inmediato desprestigio del sistema.

D).- Costo del Trabajo:

El tratamiento tiene un costo elevado, por tal motivo se hace privativo para los pacientes de escasos recursos económicos. El costo se incrementa en virtud de que tendrán que hacerse rebases periódicos, reajustes y nuevas dentaduras.

4.- Indicaciones:

Las prótesis total inmediata está indicada en los siguientes casos: (quedando a criterio del operador).

a).- Cuando el estado general del paciente lo permita.

b).- Cuando el caso no requiera de una intervención quirúrgica muy extensa.

c).- Cuando se puede tener cierta seguridad de que no se producirá una infección posterior a la colocación de las dentaduras.

d).- Cuando existan dientes antagonistas que sirvan como guía para no perder la relación normal oclusal.

e).- En pacientes que no requieran permanecer desdentados y sus condiciones de salud permitan el tratamiento.

f).- Cuando la relación intermaxilar sea favorable o que se pudo obtener.

5.- Contraindicaciones:

La prótesis inmediata está contraindicada en los casos siguientes:

a).- Pacientes con enfermedades de naturaleza debilitantes. Aunque para estos enfermos sería preferible disponer la prótesis para poder masticar. Los métodos de preparación de alimentos y la posibilidad de recurrir a tratamientos con vitaminas hacen que ya no sea necesario la presencia de dientes para satisfacer los requerimientos nutriciales durante períodos cortos. Algo muy importante, las alteraciones patológicas de los tejidos no deben ser sometidos a la acción de las fuerzas originadas por las dentaduras, sobre todo cuando los tejidos de soporte no han cicatrizado.

b).- Pacientes con enfermedades generales y en los que sería peligroso realizar extracciones múltiples. A este grupo pertenecen los enfermos con trastornos cardíacos, endocrinopatías, discrasias sanguíneas y pacientes con potencial bajo de curación y cicatrización.

c).- Pacientes con trastornos emocionales. - Incluye a las personas que se encuentran en la etapa de menopausia.

d).- Enfermos cuya capacidad mental no les permita entender las obligaciones que les corresponda durante el tratamiento. En este grupo se encuentran los ancianos.

e).- Pacientes indiferentes o no comprensivos.

f).- Enfermos con trastornos agudos periapicales o periodontales.

g).- Enfermos con pérdidas óseas intensa adyacentes a los dientes restantes. Estos pacientes ofrecen un soporte para las dentaduras que cambiará constante y rápidamente. Este cambio se refleja en las relaciones oclusales de los dientes y si no se logra mantener en armonía dichas relaciones acabarán por ocurrir una resorción ósea intensa y extensa. Para mantener esta armonía se requieren citas adicionales para volver a montar las relaciones oclusales correctas y para reajustar la base de la prótesis al soporte cambiante.

CAPITULO III

REGISTROS PREVIOS A LA ELABORACION DE LA PROTESIS
TOTAL INMEDIATA

a).- MODELOS DE ESTUDIO. - Estos modelos pueden utilizarse como parte de registros previos a la extracción si es que se quiere llegar a una de ci si ón a c e r t a d a . Por este motivo, es necesario contar con ellos antes de llegar a la de ci si ón d e f i n i t i v a respecto de la extracción de los dientes. La impresión para los modelos de estudio se puede tomar con portaimpresiones comerciales y alginato.

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

Si no existe un desgaste muy marcado de los dientes posteriores, se puede registrar la di m e n s i ó n v e r t i c a l d e l a o c l u s i ó n midiendo la d i s t a n c i a desde el borde incisivo de un central superior, hasta el borde más bajo de la cresta gingival del central superior, hasta el borde más bajo de la cresta gingival del central inferior co r r e s p o n d i e n t e.

b).- ALTURA FACIAL MORFOLOGICA. - Las medidas principales son:

1.- A boca cerrada la medida de la base de la nariz al borde del incisivo central superior.

2.- La medida de la base del mentón al borde del incisivo central inferior.

3.- La medida de la base de la nariz a la base del mentón.

c).- COLOR.- Para reproducir el o los colores de los dientes del paciente, se debe hacer la anotación antes de efectuar las extracciones, inclusive si existen pigmentaciones características de cada diente.

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

e).- PERFILES.- Las formas más usuales de obtenerlo es tomando una fotografía del perfil del paciente y colocando una regla milimétrica junto a su perfil del paciente. Basta con ampliar la fotografía obtenida hasta que la regla tome sus dimensiones reales en esta forma se obtiene un perfil en su tamaño natural y que puede ser fácilmente recortado.

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

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

f) - FOTOGRAFIA - Se toman fotografías de frente y de perfil y de preferencia mostrando los dientes. Sirve para conservar el registro del aspecto del paciente antes de la intervención quirúrgico-protética y compararse con los resultados también sirven como prueba en caso de problemas legales.

CAPITULO IV

TECNICA PARA CONSTRUIR LA PROTESIS TOTAL INMEDIATA

a).- Impresión y modelos primarios.

Las impresiones y modelos primarios constituyen una parte muy importante del tratamiento. La impresión debe cubrir la mayor area posible sin interferir con los movimientos normales de los músculos.

Cuando cubre la mayor zona, las fuerzas de masticación se distribuirán uniformemente repartiendo la fuerza sobre los tejidos. Si la impresión cubre ligamentos musculares, la dentadura se desplazará con cada movimiento de los músculos, lo que provocará lesiones de la mucosa.

Los materiales que se utilizarán para la toma de impresiones también juegan un papel muy importante, aunque no se debe depender del material para obtener buenas impresiones. Cualquier material es bueno sabiendolo manipular perfectamente. Se recomienda utilizar el material con el que el dentista esté más familiarizado.

El material de impresión para prótesis total pueden ser elásticos e inelásticos. Los elásticos son; los alginatos, hidrocolides reversibles, hules y compuestos de silicona. Los materiales -

inelásticos son yeso, modelina, cera y pasta de óxido metálico.

En las impresiones preliminares el alginato es el material de elección. Este material puede crear una gran presión, dependiendo del tipo de alginato y de su manipulación. Cuando los alginatos se usan en una cubeta cerrada, la presión puede ser considerable. Esto representa una ventaja cuando se emplean como material de impresión preliminar. Si se utiliza un alginato en una cubeta perforada, la presión disminuye.

Las impresiones se toman con portaimpresiones comerciales metálicos que se adaptan al tejido blando formando el repliegue de los tejidos mediante el doblado de los flancos y el agregado de cera en los bordes.

El portaimpresión debe estar diseñado para incluir los dientes anteriores. Se cubre con cera la zona palatina del portaimpresión superior para lograr una mayor adaptación al paladar, del portaimpresión. El material de impresión debe ser de tal forma que pueda ser retirado de los dientes.

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

Ya seleccionado el portaimpresión, se hace -

la mezcla del material a utilizar y se lleva a la cucharilla. Acto seguido se lleva a la boca asentándose firmemente. Se le hace mover el labio superior hacia abajo, abrir mucho y mover mandíbula y carrillos.

Cuando el material ha fraguado, se retira y se examina la impresión.

Esta debe presentar una reproducción adecuada de todos los detalles del tejido.

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

Una vez obtenidas las dos impresiones preliminares se procede a efectuar el vaciado para obtener los positivos inmediatamente.

Se prepara el yeso piedra adecuadamente, se va agregando a la impresión, la cual debe estar sobre un vibrador con el objeto de evitar se formen burbujas de aire que puedan perjudicar a nuestros modelos. Ya saturada de yeso ésta se invierte sobre una loceta para formar el zócalo.

Esto mismo se hace con la impresión inferior salvo que se coloca cera o un papel humedecido sobre el área lingual del portaimpresión.

Cuando el yeso ha endurecido, se retira con-

mucho cuidado. Procedemos al recortado del modelo.

b).- Elaboración del portaimpresiones acrílicas.

Existen muchos materiales en la actualidad - para construir portaimpresiones individuales así como también variadas técnicas. El material más utilizado es la resina acrílica de autopolimerización.

El objetivo de su confección es preparar un portaimpresión individual que asegure la obtención correcta de una impresión fisiológica con la intervención de las siguientes características:

- 1.- Resistencia adecuada para no deformarse o romperse durante los esfuerzos a que será sometida.
- 2.- Adaptación al modelo y por lo tanto a la boca.
- 3.- Libre de retenciones anatómicas.
- 4 - Tersura en toda su superficie para evitar lesiones en los tejidos.
- 5 - Facilidad de preparación.

Para preparar nuestra portaimpresión primeramente se eliminan las retenciones de los modelos.

Se delimita la extensión de la cucharilla in

dividual sobre el modelo, con un lápiz tinta, librando las escotaduras de los frenillos. Se marca otra línea paralela sobre la primera la cual - va a delimitar la extensión del portaimpresión. - Se coloca una hoja de cera rosa, y se adapta al - modelo. Se recorta la cera a la primera línea. - Esto es con el fin de darle cavida al material de impresión. En la zona donde hay dientes también - se cubren con cera. Esto se hace con el fin de - que no se fracturen al retirar el portaimpresión - individual'.

Se coloca en seguida separador yeso acrílico.

Existen dos técnicas para elaborar un porta-impresión:

La primera de ellas es por el método de tortilla o laminado. Se hace la mezcla de acrílico, monomero y polimero, 5 Cm^3 . por 27 Cm^3 . respectivamente. Se va agragando el polimero poco a poco hasta que se completa la medida. Se tapa el frasco y se deja reaccionar hasta que se encuentre en el estado plástico, momento en el cual se debe manipular manualmente sin que este se pegue en las - llemas de los dedos.

En unas locetas previo engrasado de sus superficie se coloca la mezcla y se presiona uniformemente hasta que tenga un grosor de uno a dos milímetros. Se retira y se coloca sobre el modelo -

para adaptarlo, se recortan el excedente del límite. Así es en los dos modelos superior e inferior. Enseguida se confecciona un mango que servirá para manipular el portaimpresión individual.

Ya polimerizado se retira del modelo y se procede al recorte y alizado de los bordes. El recorte y alizado se efectuará con fresones o piedra rosa hasta la línea que se transfirió del lápiz tinta del modelo.

La segunda técnica es por goteo, y consiste en ir colocando polvo sobre la superficie del modelo y luego gotear líquido de acrílico autopolimerizable, hasta completar el portaimpresión y de un grosor uniforme. Se deja polimerizar y se retira del modelo para recortar el excedente. Esta técnica es más exacta que la primera porque queda totalmente en contacto con toda la superficie del modelo.

Ya recortados los modelos se procede a probarlos en la boca del paciente. Cada portaimpresión debe adaptarse sin provocar dolor ni alguna dificultad. De no ser así deberá recortarse la zona que lo origine, con una piedra rosa hasta que se alivie.

El portaimpresión no deberá bascular bajo ninguna presión. No deberá desalojarse de la boca por ninguna presión periférica de los tejidos.

c).- Impresión fisiológica y modelos de trabajo.

Una vez recortado y ajustado el portaimpresión se procede a delimitar y registrar las zonas de reflexión muscular en el contorno periférico.

La impresión fisiológica es aquella que aparte de reproducir fielmente la región anatómica, - permite la actividad muscular y movimientos fisiológicos de la cavidad bucal.

El registro de la impresión fisiológica consiste en dos etapas: La técnica dinámica de rectificación de bordes y la técnica dinámica de impresión de las estructuras residuales del maxilar y la mandíbula.

Para el primer paso o rectificación de bordes se utiliza modelina en barra de baja fusión.- Con la ayuda de un mechero se calienta y se coloca en los bordes del portaimpresión por zonas para ir rectificando cada una en la boca. Los movimientos deben ser rápidos antes de que se enfríe la modelina. En cada zona deberán hacerse los movimientos correspondientes de los músculos.

Se debe tener cuidado de que todas las zonas queden bien mascadas en los bordes. En caso de - que la modelina quede brillante, se debe repetir el procedimiento nuevamente hasta que se registre

y su tonalidad de esta sea mate u opaco.

Ya rectificadas los bordes periféricos el portaimpresión no deberá tener excedentes de modelina en su interior ya que mostrará sobrecompresión. Enseguida se procede a eliminar la cera del portaimpresión para tomar la impresión fisiológica.

La impresión fisiológica se podrá tomar con alginato haciendo perforaciones al portaimpresión o con elastómero (mercaptano). Con cualquiera de estos materiales se obtienen buenas impresiones.- Los materiales zinquenolicos también nos ofrecen buenas ventajas en la toma de impresión.

Si la impresión fisiológica va a ser con alginato se le indica al paciente se enjuague la boca. Se hace la mezcla y se lleva a la boca, se centra y se ejerce suave presión, indicando al paciente que ejecute nuevamente los movimientos antes dichos en la rectificación de bordes. Se deja gelificar el alginato y se retira de la boca.

Si la impresión va a ser con hule de mercaptano se mezclará proporciones iguales de base y reactor y se seguirán los mismos pasos anteriores.

Obtenidas ambas impresiones se procede a encajonarlas para darle un zócalo a nuestros modelos de trabajo. Se adapta y se pega con cera amari--

lla una hoja de cera rosa en todo el contorno de la impresión siguiendo sus sinuosidades y uniéndola con la espátula caliente.

El modelo inferior de la zona lingual se coloca cera para que quede plana.

Se corre en yeso piedra colocándolo poco a poco y sobre un vibrador para evitar burbujas de aire.

Ya fraguado el yeso se retira con cuidado y se recortan los modelos.

d).- Base de registro y rodillos.

Las bases de registro se construyen en forma similar a la de goteo sobre los modelos de trabajo directamente. Su forma y cualidades de adaptación, rigidez y estabilidad son semejantes al de la base protética terminada.

Los requisitos de la base de registro son:

1.- Que ajuste en el modelo igual que en la boca para que la transferencia de relaciones maxilomandibulares sea exacta.

2.- Que sea rígida y resistente.

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

Antes de proceder a elaborar la base de registro, se eliminan las retenciones con cera y se

marca el límite hasta donde cubrirá la base.

Con un pincel se aplica separador acrílico - yeso.

Para la base de registro se utiliza acrílico rápido en forma de goteo por ser la más sencilla y exacta.

Ya polimerizado se retira con cuidado y se recorta con piedra rosa.

Los objetivos de la base de registro dentro de la secuencia del procedimiento son los siguientes: Comprobación de una buena impresión, determinación de la dimensión vertical, registro de relación céntrica y prueba de la colocación de los dientes.

Ya elaborada la base de registro se procede a elaborar los rodillos de oclusión.

Los objetivos de los rodillos de cera son:

1.- Determinar la dirección del plano de orientación o de relación maxilomandibular.

2.- Realizar registros intermaxilares.

3.- Establecer el contorno vestibular y lingual relacionada al sistema labios-carrillo-lengua.

4.- Colocar estética y funcionalmente los dientes artificiales.

Para la obtención de los rodillos se utilizan conformadores metálicos, previamente envaselizados o conformadores de plástico.

Se derrite un poco de cera rosa y se vierte en su interior hasta llenarse. Se deja enfriar y se retira.

Como nuestro modelo contiene dientes remanentes, se elimina la cera que les corresponde si no existiesen y se coloca donde esta desdentado.

Con una espátula caliente se va fijando el rodillo al borde residual.

Posteriormente se obtiene la orientación vestibular del rodillo de oclusión.

La orientación del rodillo vestibularmente consiste en darle cierta inclinación a la cara vestibular de nuestro rodillo por medio del cual nos ayudaremos para observar estéticamente el labio de nuestro paciente.

Si el labio queda colapsado o muy estirado se quitará cera o aumentará según el caso, hasta que el labio quede lo más estético posible.

Ya orientado el rodillo vestibularmente, se procede a dar la visibilidad del rodillo, que puede ir 1 o 2 mm. Por debajo del labio superior en casos de bocas con dimensiones regulares y en boca chica será de 3 a 5 mm. Por debajo del labio -

o bien señalar una referencia neutralizada de 0 mm A nivel del labio superior en bocas de grandes - dimensiones.

El contorno u orientación vestibular y la visibilidad de rodillo son procedimientos utiliza-- dos solamente cuando hacen falta los dientes anteriores.

Ya orientado el rodillo superior se obtiene_ el plano de orientación superior. Se lleva a la boca la base de registro y se sostiene con la ma- no izquierda la platina de Fox y con la derecha - una regla flexible en la línea imaginaria interpu- pilar para poder apreciar el grado de paralelismo horizontal entre ambas reglas.

Colocada la platina de Fox en la misma posi- ción y la regla flexible colocada en el plano - - prostodóntico (va de la parte media del tragus al implante inferoexterno del ala de la nariz), para apreciar el paralelismo anteroposterior entre am- bas reglas o sea la flexible y la lateral de la - platina de Fox.

La misma operación se realiza del lado opues- to.

Cuando hay excedente o falta cera ésta se deberá aumentar o recortar hasta que tenga las ca-- racterísticas necesarias. Después se alizará con

una loseta caliente. En posterior al ancho del rodillo debe ser de 10 mm. y en anterior de 5 mm. aproximadamente.

El rodillo inferior en posición vestibular - debe ser vertical al plano oclusal y la altura de be darse de acuerdo a la medida aproximada de la dimensión vertical. Su ancho también es 5 mm. en dientes anteriores 7 mm. en premolares y 10 en mo lares.

El plano oclusal deberá ser paralelo al plano del rodillo superior.

Después de orientados los rodillos se procede a determinar la dimensión vertical.

e).- DIMENSION VERTICAL.

La dimensión vertical se establece por medio de la musculatura mandibular y el tope oclusal da do por los dientes o rodetes de oclusión de cera.

Para obtener la dimensión vertical debemos - de tomar en cuenta los tres siguientes puntos:

a).- Distancia vertical en posición de repo- . .
so.

La posición fisiológica de reposo o postural está dada por el equilibrio de los músculos que - abren, cierran y protruyen la mandíbula. Es conveniente que la cabeza se mantenga erecta cuando

se observa ésta posición.

b).- Distancia vertical en posición de contacto.

La posición fisiológica vertical de contacto o de trabajo está dada por el contacto uniforme - proporcionado por las superficies ya sean dientes o rodillos. Esta posición es importante para probar la facilidad o dificultad de deglutir la saliva además de la estética.

c).- Espacio neutro o interoclusal.

El espacio está dado entre la posición de reposo y por la de contacto. Una vez colocadas las bases de registro con sus rodillos correspondientes en la boca se le denomina espacio interoclusal a la abertura que hay entre las superficies oclusales de los rodillos superiores e inferior, cuando la mandíbula se encuentra en posición fisiológica de reposo. Este espacio es de 2 a 4 mm. de separación siendo imprescindible.

Cuando se omite este espacio se ocasionarán interferencias, irritaciones y dolor a los tejidos blandos que soportarán a la prótesis y se acelerará la resorción de los rebordes residuales - exceptuando solamente al hablar.

Para obtener la dimensión vertical nos vamos a ayudar con:

1.- Obtención de planos que va de cada lado de la cara y va de la base del conducto auditivo externo al ala de la nariz conocido como plano de oclusión, protético o aurículo-nasal.

2.- Método fisiológico.- Se estimula la producción de más saliva dando un producto agrícola al paciente. Se le pide que pase saliva y se observa si lo hace con mucha facilidad o dificultad y según el caso se rebaja o aumenta cera, hasta que la pase con cierta facilidad.

3.- Medidas equidistantes.- Es otro método que nos ayuda a la obtención de la distancia vertical. Se toma como base el ángulo externo del ojo, a la comisura de los labios y esta distancia deberá ser igual a la que existe entre la base de la nariz a la base del mentón.

4.- Fatiga muscular.- Consiste en cansar al paciente abriendo y cerrando la boca e indicarle que pase saliva, sin que tenga las bases de registro de la boca. Se tomarán medidas varias veces de dos puntos de referencia que son uno en la base del ala de la nariz y el otro en la base del mentón. Se sacará estadística de las veces que se midió y al resultado se le rebajará de 1 a 5 mm. que corresponderá al espacio neutro, después de verificar medidas colocadas las bases de registro dentro de la boca.

5.- Fonética.- Es un método por el cual verificaremos el espacio interoclusal pidiendo al paciente que pronuncie las palabras misissipi y ferrocarril, dicha pronunciación nos permitirá aumentar o disminuir cera según el caso.

En prótesis total inmediata puede obtenerse fácilmente la dimensión vertical si aún mantiene premolares en contacto oclusal.

Ya vimos que los métodos para obtener la dimensión vertical son los mismos que se utilizan en dentaduras convencionales. Empero cuando existe un escalón, el clínico debe ignorar los dientes naturales y considerar solo el espacio interincisivo cuando la dimensión vertical es correcta. El mismo criterio se aplica cuando hay grandes atricciones fisiológicas o patológicas (senibilidad y bruxismo).

E-c).- RELACION CENTRICA.- La relación céntrica es la más posterior de la mandíbula respecto al maxilar a una relación vertical establecida. Todas las demás posiciones mandibulares son relaciones excéntricas referidas a la relación céntrica sin modificar ni confundir su significado.

Las relaciones excéntricas hacia los lados -- son laterales y aquellas que son anteriores se conocen como protrusivas.

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.

Para la obtención de la relación céntrica se nos presentan ciertas dificultades clínicas que son: Biológicas, Psíquicas y Mecánicas.

Biológicas.- Surgen de la falta de coordinación en grupos musculares antagonistas cuando se indica el cierre mandibular hacia atrás. La falta de sincronización entre los músculos de protrusión y de retrusiones causadas por posiciones excéntricas habituales.

Psicológicas.- Se refieren al clínico y al paciente. Cuanto mayor es la desesperación del operador a causa de la aparente o real falta de habilidad del paciente de retruir la mandíbula, mayor es la confusión del paciente y se vuelve más incapaz de seguir las indicaciones que se le imparten.

Mecánicas.- Se presentan al utilizar las bases de registro mal adaptadas. Es imprescindible que estas bases de registro de relación estén correctamente adaptadas y no interfieran unas con otras en abertura y cierre, lateralidad ni protrusión.

TECNICA DE OBTENCION.- Hay dos métodos para

obtener la relación céntrica y son: 1.- Método es tático o también llamado Método Guiado. El cual - se obtiene por medio de aditamentos intraorales, - o por ayuda del operador, guiando el mentón con - el índice y el pulgar hacia atrás y arriba para - que los cóndilos alcancen las posiciones más pro- fundas y posteriores de sus cavidades glenoideas.

2.- Método fisiológico.- Llamado también mé- todo activo. Este método se realiza con la ayuda de aditamentos extraorales, obteniéndose así un - trazo llamado Arco Gótico o de Gysi y el paciente es quien lo va a realizar, haciendo movimientos - hacia el lado derecho y regresando a relación cén trica. Enseguida hacia el lado izquierdo y regre sando a relación céntrica y por último hacia ade- lante o protrusivo y regresando a retrusiva o ac- tiva y enseguida a céntrica.

El método más corriente para obtener relacio- nes horizontales en prótesis total inmediata es - el procedimiento de mordida de registro. Estas - mordidas de registro pueden hacerse en cera, pas- ta zinquenólica y yeso de impresiones.

Obtenida la relación céntrica se deben regis- trar las referencias estéticas cuando el paciente ya no se conserva los dientes anteriores y que - son las siguientes:

a).- Línea media.- Es un registro muy impor--

tante para poder ubicar el punto de encuentro entre los incisivos superiores. Para obtenerlo debemos estar frente al paciente y colocar un instrumento recto apoyándolo en el centro de la superficie anterior del rodillo superior. Debe seguir la línea general media de la sifonómia. Colocando el instrumento en su lugar, se marca el rodillo con una espátula, y después se observa si la marca realmente ocupa la línea media.

b).- Línea de los caninos.- Servirá para determinar el ancho de los seis dientes anteriores cuando no se tenga un registro previo a su extracción. Se toma como referencia el trazo que se marca sobre las superficies vestibulares del rodillo superior y del inferior. Es una línea vertical que se extiende del implante inferoexterno del ala de la nariz al plano de orientación del rodillo, siendo marcado uno de cada lado de la línea media.

F).- TRANSFERENCIA DE MODELOS AL ARTICULADOR

El articulador es un dispositivo mecánico al cual se fijan los modelos superiores e inferiores y que representan las articulaciones temporomandibulares y maxilares.

Existe una gran variedad de articuladores. En prótesis se requiere de un articulador semiajustable. Este es un instrumento con trayectorias -

condilares individualmente ajustables tanto en el plano vertical como en el horizontal.

El uso del arco facial estático es esencial para relacionar el maxilar al punto promedio del eje intercondilar arbitrario. Tiene por objeto - determinar en la cabeza del paciente la posición del maxilar respecto a las articulaciones temporomandibulares y transferirla al articulador.

Los articuladores más empleados en prótesis total inmediata son; el articulador Hanau y el Whip Mix.

El procedimiento clínico del arco facial es el siguiente:

Se hace el registro del arco facial uniendo la orquilla a un rollo de cera ablandada; la cera entonces se interpone entre los arcos superiores e inferiores y al paciente se le indica morder en ella. No es importante que el paciente muerda -- exactamente en posición céntrica porque la mordida solo sirve para asentar la cera de los dientes superiores y en el borde de la oclusión. La cera con la orquilla unida se fijará al arco facial, - que se coloca en la cabeza con sus estiletes condilares dirigidos a un punto, aproximadamente un centímetro anterior al tragus del oído.

El señalador infraorbitario se orienta correctamente, y se aprecian todas las conexiones -

restantes. Este montaje se quita del paciente y queda listo para colocarse en el articulador.

Antes de montar los modelos en el articulador se les hacen retenciones, que posteriormente servirán como guías para el remontaje.

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

Se introducen las varillas condilares a los pernos de referencia posteriores bicondíleos que sobresalen de la parte externa de las esferas condilares; se ajustan simétricamente centrados a la rama superior del articulador.

Se establece la altura y orientación del modelo superior en la rama superior del articulador. Se sube la parte anterior del arco facial hasta que el vástago indicador del punto infraorbitario que representa la referencia anterior, señale la altura que le corresponde, indicando por la pieza en media luna del articulador, por detrás del vástago incisal.

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.

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

El yeso debe prepararse con alta relación de agua y poco espatulado y espacio para disminuir su expansión.

Se coloca un punto de yeso sobre el modelo, se baja la rama superior del articulador hasta que el vástago incisal contacte con la platina incisiva y se realiza el montaje. Mientras fragua el yeso, se retira el exceso de material y se modela el contorno para dejar subcubierto el cilindro de sujeción, lo cual permite posteriormente quitar y reponer con facilidad el modelo del articulador.

Una vez completamente fraguado, se retira el arco facial y el vástago en bayoneta.

Se procede al montaje del modelo interior en la rama inferior del articulador. Se invierte el articulador y se coloca el modelo inferior en la base de relación. Se debe respetar la relación céntrica registrada.

Se humedece la superficie del modelo inferior y se envaselina el cilindro de sujeción; se

prepara el yeso piedra a consistencia adecuado se coloca un poco de yeso y se cierra el articulador hasta que el vástago incisal contacte con la platina incisiva. Se debe verificar que los elementos condilares estén cerrados contra sus topes en el articulador. Se recorta el yeso sobrante y se modelan sus contornos hasta el cilindro de sujeción.

Se coloca un elástico grueso a su alrededor de ambas ramas del articulador para contrarrestar el efecto de la expansión del yeso y esperamos su fraguado.

G).- SELECCION Y COLOCACION DE DIENTES.

En prótesis total inmediata es fácil seleccionar los dientes artificiales, ya que los dientes remanentes del paciente son un punto de partida en cuanto a forma, tamaño y color de los dientes.

Los modelos de diagnóstico de los dientes naturales son las guías más seguras tanto en la selección como en la colocación de los dientes.

En la mayoría de los casos se intenta que los dientes artificiales se asemejen a los naturales.

Los dientes posteriores se eligen de acuerdo con el color, ancho vestíbulo-lingual, ancho me--

sio-distal y el tipo de inclinación cúspidea y el material. Esto último debe ser de acuerdo al tamaño y forma del reborde residual.

Los dientes posteriores se clasifican en anatómicos y no anatómicos: Los anatómicos son aquellos que se parecen más a los dientes naturales - y consiste en la inclinación cúspidea que puede ser de 33° ó 20° ó semianatómicos.

Los no anatómicos son aquellos esencialmente planos y sin inclinación cúspidea ni posibilidades de intercuspidación con sus antagonistas.

La colocación de los dientes en prótesis total inmediata es simplificada a causa de la guía que ofrecen los dientes naturales remanentes. Se pueden añadir tñtes y otras irregularidades a los dientes artificiales y compararlos con los remanentes.

La colocación de los dientes es apreciablemente diferente a la convencional. Empero la inclinación vertical a menudo debe ser reducida para someterse a las necesidades de la oclusión funcional en las dentaduras completas.

COLOCACION DE DIENTES.

Ya seleccionado los dientes artificiales se procede a colocarlos de la siguiente manera: Los dientes anteriores remanentes se deben eliminar -

individualmente y hacer una profundización de un milímetro en el modelo de yeso fisiológico para fijación del diente con cera y darle características similares a la posición del diente por reemplazar.

Mediante esta técnica es más fácil lograr la reproducción exacta del aspecto, y posición de los dientes y del arco dentario del cual dependen los músculos de la expresión facial.

Ya colocados los dientes anteriores superiores e inferiores se colocan los posteriores superiores principiando por el primer premolar de cada lado hasta terminar con los segundos molares.- Es menester recordar que la colocación de los dientes posteriores debe ser en la forma convencional como se hace en dentaduras mediatas (curva de Spee) previa eliminación de los dientes remanentes.

Se procede a colocar los dientes inferiores posteriores de la misma forma que los superiores.

En algunos casos especiales cuando hay un levantamiento de mordida o cuando se quieran hacer correcciones, la substitución de los dientes del modelo por los artificiales, no se hará diente por diente sino que de acuerdo al grado de modificación que se desee introducir, se cortarán todos los dientes de un lado, se arreglará la encía del

modelo y se articularán los dientes de ese lado - primeramente, conservando el otro lado para control, o se podrán cortar todos los dientes anteriores, modificando el modelo y después colocar los dientes artificiales.

A diferencia de las dentaduras convencionales, una vez colocados los dientes no se podrá hacer una prueba en la boca del paciente antes de procesar.

H).- PROCESO Y TERMINACION DE LA PROTESIS.

Ya colocados los dientes en el modelo, éste se encera igual que una prótesis mediata dándole un grosor de 1.5 a 2 mm. y se festonea. Una vez enceradas las dentaduras, se preparan para introducir las en las muflas, que también se le puede llamar frasco.

La mufla consiste en: Mufla propiamente dicha, contramufla y tapa.

PROCESADO DE LAS DENTADURAS.

1.- Se envaselina el interior de la mufla y del modelo la superficie. Se debe tener cuidado de que lo que corresponde al pliegue mucogingival de la boca en el modelo, quede a nivel del borde de la mufla.

2.- Se hace la mezcla de yeso beta o paris - conocido también como yeso Blancanieves, en una -

tasa de hule y batiendo con una espátula en forma circular. La mezcla debe ser cremosa.

3.- Se vierte el yeso en la mufla y enseguida se introduce el modelo cuidando que quede a la altura del zócalo y rellenando con yeso y alisando los bordes.

4.- Fraguado ya y transcurrido unos 30 min.- se le coloca vaselina en la superficie alisada de yeso, después se sobrepone la contramufla ya envaselinada en la mufla.

5.- Se hace nuevamente la mezcla y se vierte vibrando perfectamente para evitar formación de burbujas, se llena perfectamente con yeso y se pone la tapa encima.

Todos estos pasos se llevan a cabo también con la otra parte del juego de la prótesis.

6.- Fraguado el yeso, la mufla se coloca en agua hirviendo durante 6 min. se saca y se abre, se elimina la cera con agua caliente y la base de acrílico; se lava con agua jabonosa los modelos y la impresión y se deja enfriar un poco. Posteriormente se aplica separador acrílico yeso con un pincel, al modelo y al socavado. El separador que en lo personal se utiliza es el AL-COTE de manufactura americana el cual nos permite que el diente artificial aunque se encuentre pincelado con el separador se una al acrílico, además que -

con una pincelada al yeso este se separa con facilidad quedando un acrílico casi limpio sin necesidad de utilizar papel celofán.

7.- Se prepara la mezcla de acrílico termocurable utilizando una proporción de 30 cm^3 de polvo por 10 cm^3 de líquido.

Se deja reposar la mezcla y cuando el material se encuentra en el período plástico, es el momento de empacarlo. El período plástico es cuando ya se ha perdido cualquier adhesividad a la yema de los dedos.

Se manipula con la yema de los dedos formando un rollo, colocándolo en todo el socavado, y colocamos la mufla sobre la contramufla. Lo presamos y lo abrimos nuevamente para verificar el llenado con acrílico y colocando más si hace falta y/o recortar excedentes. Se prensa nuevamente se abre y verificamos detalles recortando excedentes. Ya hecho esto cerramos la mufla prensándola y metiéndola a cocer.

8.- La prensa con la mufla se mete a un recipiente con agua a un nivel que cubra la mufla. Se mantiene el agua a 100°C durante una hora y media que es el tiempo que durará la resina acrílica en polimerizar completamente. (Lucitone) de manufactura Americana.

9.- Se saca y se deja enfriar. Se quita el

yeso de la mufla hasta descubrir las prótesis. Se limpian del yeso y quedan listas para pulir.

TERMINADO DE LA PROTESIS.

El terminado de la prótesis consiste en el - desgaste de las azperesas de acrílico de las prótesis. Esto se hará por medio de piedras montadas rosas. Enseguida se pasa un cepillo de cerda negras y tierra pómez, para limar las azperesas - que dejaron las piedras montadas y posteriormente con las mantas se le pasarán pastas para pulir - acrílico y por último pasta blanca para darle brillo.

Ya hecho lo anterior, con un cepillo dental de cerdas duras, detergente y agua templada se la van las prótesis perfectamente.

1).- CONFECCION DE LA GUIA QUIRURGICA.

Se confecciona una guía quirúrgica transpa-- rente, que servirá como guía del modelado del reborde en el momento de la extracción de los dientes remanentes y colocación de las dentaduras. La guía quirúrgica nos indicará la existencia de los sitios en el reborde donde se debe eliminar mayor cantidad de hueso y reducirá la magnitud de la cirugía.

Una vez que se ha recortado el modelo de - - acuerdo con la cirugía planeada, se toma una im--

presión del mismo, utilizando alginato. Se moja con agua el modelo, que está colocado en la mufla y se coloca el material de impresión en el mismo portaimpresión con el que se tomó la impresión original; si la impresión original se tomó con una cucharilla individual de acrílico autopolimerizable, este portaimpresión se adaptará perfectamente al modelo. La cucharilla cargada se coloca en su posición sobre el modelo, de manera que no queden atrapadas burbujas de aire en el material de impresión. Cuando gelifica el material se retira la impresión y se hace el vaciado del modelo.

Sobre el modelo se adapta una lámina de cera de 1.5 a 2 mm. de grosor y se confecciona un patrón para la férula.

Se coloca el modelo en la mufla al igual que con las prótesis convencionales.

Se elimina la cera con agua hirviente.

Ya limpia y seca la mufla se coloca separador y esperamos a que se seque. Se coloca en el modelo resina acrílica incolora y se prensa.

Se hierve como una prótesis convencional.

La férula quirúrgica constituye una indicación para el procedimiento quirúrgico y es un elemento indispensable cuando se requiere de algún tipo de recorte óseo, como en algunos casos de prótesis total inmediata.

CAPITULO V

CIRUGIA PREPROTETICA.

A).- Programación de la Intervención Quirúrgica:

Cualquier procedimiento quirúrgico debe planearse cuidadosamente. Antes de operar el odontólogo deberá tomar en cuenta la historia clínica - del paciente, las radiografías y el diagnóstico - del caso, con el fin de asegurarnos de que el paciente no correrá ningún riesgo durante o después de la intervención.

El Odontólogo debe programar la intervención para una hora de la mañana para que se encuentre descansado y termine rápido o bien tenga todo el día para observar al paciente por si tuviese una complicación.

B).- Premedicación para la Cirugía:

Los antibióticos y los tranquilizantes, son medicamentos que se pueden utilizar antes de una intervención. La medicación con antibióticos está reservada en casos de pacientes susceptibles a infecciones. Los pacientes con diabetes no controlada y pacientes con enfermedad cardíaca están susceptibles a sufrir infección generalizada, por lo tanto se le administrará antibióticos. El medicamento de elección es la penicilina, en segui-

da eritromicina y por último tetraciclinas, en caso de que alguno provoque reacción alérgica, se utilizará otro que no lo presente.

En caso de que el paciente sea muy nervioso se le administrará tranquilizantes los cuales nos pueden ayudar también como sedantes.

El clorhidrato de hidroxicina tiene propiedades antihistámicas tanto como sedante, como atropínicas. (Atarax, Viataril).

C).- Desinfección de la Boca:

La cavidad oral es la zona más difícil de esterilizar; no obstante puede asearse y tratarse de que queden en ella pocos microorganismos relativamente. Antes de la intervención quirúrgica podemos decirle al paciente que utilice un antiséptico después de lavarse la boca con técnica adecuada.

Debido a que la cavidad bucal tiene un gran abastecimiento sanguíneo y cierta resistencia a la infección, los procedimientos quirúrgicos se pueden efectuar sin el temor de que ocurran graves consecuencias.

La defensa no será igual para todos, por lo tanto no debemos omitir la técnica aséptica y profiláctica.

D).- Extracción de dientes:

Antes de toda extracción debemos ver la radiografía y tenerla junto siempre junto al operador.

El orden de la extracción es muy importante debido a que la anestesia hace un efecto más rápido en el maxilar que en la mandíbula.

Se extraen primero los superiores y posteriormente los inferiores, porque de ésta manera los desechos como fragmentos de esmalte o amalgama no se perderán, si caen en algún alveolo abierto inferior, los dientes posteriores se extraen primero, ya que a la inversa obstruyen la visibilidad por el sangrado causado, si se fractura un diente o una raíz, se debe recuperar el fragmento antes de seguir con la siguiente extracción. De ser así el alveolo adyacente no obstruye la visibilidad con la hemorragia.

Posteriormente se extraen los dientes anteriores superiores, siguiendo con los inferiores posteriores y por último los anteriores inferiores.

E).- Alveoloplastia y Gingivoplastia:

Alveoloplastia u Osteotomía; tiene la finalidad de eliminar tejidos óseo, cuando este presente, zonas muy prominentes y cuando la tabla osea

se encuentre muy cortante.

Con la yema de los dedos se detecta si existen estas irregulares óseas.

Gingivoplastia; tiene la finalidad de eliminar encía que se encuentra granulomatosa o inflamada, de modo que ésta quede con soporte óseo.

Instrumental que se utiliza para una osteoplastia o gingivoplastia; consiste en: tijeras para encía, pinzas hemostáticas, lima para hueso, osteotomo.

El hueso se puede limar o cortar para regularizarlo, después de hacer esto se lava, con suero fisiológico para eliminar cualquier resto que se encuentre en esa zona. En seguida se baja el colgajo a su posición normal y se adapta perfectamente; se coloca la gúfa transparente para ver si existen aún prominencias óseas que interfieran la colocación y asentamiento de la prótesis inmediata. Si existen izquemias, se vuelve a limar hasta que no exista ninguna interferencia, se lava, se vuelve a colocar la gúfa transparente y si queda bien adaptada ya se adapta bien la encía se corta el sobrante y procedemos a la sutura.

F).- Sineresis:

Esta tiene como finalidad unir ambos tejidos seccionados durante la operación, realizada una -

vez terminada dicha maniobra, para nuestra sutura podremos utilizar nylon 3 ceros o hilo de seda. - Para suturas nos ayudaremos con un porta-agujas, realizando puntos separados o puntos continuos, - según el caso. Es importante que los colgajos no queden tirantes pues no deben ser modificadas las inserciones gingivales, ni el contorno periférico para la adaptación y ajuste de la dentadura.

Terminada la sutura se lava con suero fisiológico o agua bidestilada toda la encía procediendo a colocar las dentaduras directamente.

Por diferentes razones no conviene enseñar - al paciente el resultado inmediato porque suele - quedar sangre en la dentadura, además por lo anestesiado el paciente no controla los movimientos, - creando una impresión desagradable.

Se le debe indicar al paciente no quitarse - la prótesis para evitar alguna infección por lo - menos durante setenta y dos horas.

CAPITULO VI

COLOCACION DE LA PROTESIS Y CUIDADOS POSOPERATORIOSA).- COLOCACION DE LAS PROTESIS:

La colocación de las prótesis inmediatas, difiere de las mediatas en: que se coloca sobre tejidos anestesiados y recién modificados quirúrgicamente; y que estos tejidos pueden modificarse - aún más para instalar las prótesis.

Terminado el acto quirúrgico se lava con suero fisiológico con el fin de eliminar restos de tejidos que pudiesen haber quedado.

A continuación se coloca la prótesis y se le indica al paciente que cierre para checar si existen puntos de contacto prematuros, ya que no deben estar muy marcados, las prótesis durante la intervención deben estar en un antiséptico para que se coloque en la boca lo más estériles posibles.

La inserción de la prótesis constituye la culminación de una serie de procedimientos que se han planeado y ejecutado cuidadosamente.

Este momento es esperado ansiosamente por nuestro paciente.

Unas dentaduras bien hechas aseguran al pa--

ciente comodidad, función adecuada y aspecto que fomentará sus relaciones y participación en la vida social.

B) - INSTRUCCIONES POSOPERATORIAS AL PACIENTE:

Se le indica al paciente que sus prótesis deben permanecer en la boca durante setenta y dos horas de lo contrario es probable que se produzca edema de los tejidos y al querer colocárselas el mismo, será difícil y doloroso.

Durante las primeras ocho horas, se puede colocar hielo para ayudar a bajar un poco la inflamación durante quince minutos cada hora.

Las siguientes ocho horas compresas de agua caliente.

En caso de dolor intenso administrar un analgésico, derivado de la Pirazolona de 0.50 mg. cada seis horas.

Se le aconseja al paciente una dieta blanda, que consiste en alimentos líquidos, durante las primeras veinticuatro horas al igual que tomar agua licuada de piña y de papaya para ayudar a desinflamar.

Se le indica al paciente que esté en contacto con su dentista, para vigilar su estado posoperatorio.

Al paciente se le da cita al tercer día, para evaluar su estado.

CAPITULO VII

CITAS POSTERIORES Y AJUSTES

La cita posterior a la inserción de las prótesis es a las setenta y dos horas si no existe ninguna complicación en ese transcurso.

Los puntos de sutura se eliminan en este momento ya que si se dejan más tiempo pueden actuar como cuerpo extraño y producir infecciones.

Antes de retirar los puntos de sutura, se desinfecta el hilo, utilizando una solución cuaternaria, merthiolate o alcohol. Se corta con tijeras de disección una parte de la sutura y se hace tracción. Se procura que se corte cerca de la encía para que el hilo que pase por dentro de ella sea mínimo posible.

A).- CORRECCION DE LA OCLUSION:

La oclusión debe ser corregida a las setenta y dos horas promedio ya que para entonces habrá desaparecido el edema casi en su totalidad y es fácil retirar las dentaduras sin molestias para el paciente.

En ocasiones es necesario posponer la corrección oclusal hasta pasados dos semanas, Para entonces nuestro paciente se encontrará libre de toda molestia y la comodidad de portar las prótesis

aumentará en buen grado cuando los defectos oclusales sean corregidos.

La corrección oclusal se puede llevar a cabo en articulador o en boca desgastando puntos de -- contacto prematuros hasta que quede una buena relación oclusal.

B).- REBASE DE LAS PROTESIS:

Los contornos de los tejidos tienden a cambiar rápidamente. Cuando esto ocurre se debe hacer rebase o reconstrucción de las prótesis. El rebase se refiere al proceso de añadir material de base a la superficie que hace contacto con el tejido, en cantidad suficiente para llenar el espacio que existe entre el contorno de la dentadura del paciente y el contorno de la prótesis.

La reconstrucción se refiere en volver a colocar toda la base de la dentadura con material nuevo. Solo permanecen los dientes en su posición.

El problema de ambos procedimientos radica en la posibilidad de modificar las relaciones intermaxilares correctas.

En el caso de mala estética, relaciones intermaxilares inadecuadas y colocación dental incorrecta no debe reconstruirse ya que se corregirán estos defectos.

El punto más importante y el primero de tomarse en cuenta es mantener los tejidos saludables, para ello el paciente se quitará las prótesis por lo menos veinticuatro horas antes de tomar las impresiones para el rebase o reconstrucción.

Ya oxigenados y restablecidos de cualquier presión nuestros tejidos, tomamos impresión con las mismas dentaduras.

Existen materiales a base de mercaptanos de cuerpo ligero con los cuales se hace más fácil la toma de impresiones. También se puede utilizar alginato o silicones.

La toma de impresión con hule de cuerpo ligero puede hacerse a boca cerrada y las dos prótesis al mismo tiempo, según la habilidad del operador. Los movimientos de los músculos también se hace con facilidad.

Ya tomadas las impresiones se sacan positivos.

El acrílico a utilizar es del mismo que se usó primeramente para evitar cambios de color. Debe ser también termocurable, del caso contrario el acrílico rápido queda poroso guardando y despidiendo olores no propios de ella.

Por consiguiente se seguirá el mismo procedi

miento que las convencionales para enmuflar.

Ya enfrascadas se pulen nuevamente y se limpian perfectamente para su inserción bucal.

Se checan detalles, si existen anomalías, - aún, se corrigen.

El rebase o reconstrucción son recursos para prolongar el uso de las prótesis inmediatas, pero tarde o temprano deberán ser sustituidas por prótesis convencionales, cuando todos los tejidos es tén completamente estables y cicatrizados. Para entonces nuestro paciente estará acostumbrado a portar dentaduras artificiales y el éxito protésico será completo.

C).- INSTRUCCIONES SOBRE EL CUIDADO DE LA - PROTESIS DEL PACIENTE:

Se le harán recomendaciones al paciente para el cuidado de la prótesis como:

1.- Deberá tener una buena higiene bucal, pa ra lo cual se le entregará un cepillo, explicándo le como debe utilizarlo. Se le insiste que evite se acumulen restos alimenticios sobre las superfici es de la prótesis.

2.- Se le indica que los alimentos deberán ser cortados en trozos pequeños y masticarlos con cuidado en uno o en ambos lados de la boca, ade más que deben ser blandos y no duros.

3.- Se le aconseja no portar las dentaduras durante la noche, cuando presentan bruxismo y durante el día que evite apretar los dientes ya que esta fuerza transmite presiones a la mucosa adyacente que puede alterarla.

Las personas sin antecedentes de bruxismo pueden portar las prótesis durante la noche si así lo prefieren. Este tipo de pacientes desarrollan mayor tolerancia a las dentaduras durante un período más corto.

4.- Se le recomienda al paciente que nos visite con frecuencia para determinar el estado de sus prótesis. Si existen dificultades para retener la prótesis se puede utilizar sobre la superficie tisular de la prótesis, algún acondicionador de tejidos, siempre y cuando esté indicado por el odontólogo lo cual permitirá equilibrar el tejido y la presión oclusal.

Los acondicionadores de tejidos generalmente soportan las cargas del uso durante varias semanas. Por lo tanto si se requiere utilizar de éste se puede hacer mientras se estabilizan los cambios tisulares postquirúrgicos.

5.- Se recomienda al paciente dejar las prótesis en un vaso con la mitad de zonite y la mitad de agua para evitar deshidratación en caso de que no las lleve puestas en la noche.

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

Hemos visto que el tratamiento de prótesis - total inmediata requiere de más tiempo que las -- convencionales. Exige más habilidad para el odon-- tólogo, así como paciencia y experiencia adquiri-- da, no solo exigencias para el operador sino tam-- bién para el paciente una mayor colaboración y - comprensión de su caso.

Debemos de tomar en cuenta que la prótesis - total inmedaita debe ser aceptada como parte inte-- grante de un organismo, sólo que ésta nunca se ha utilizado y que por tal motivo el paciente puede-- presentar problemas para adaptarse a su nueva si-- tuación, empero aún con todo esto podrá mantener-- sus características estéticas originales que le - serán restituídas por la prótesis inmediata des-- pués de efectuadas las extracciones, evitando con esto el molesto período de permanecer desdentado-- y que por lo general ocasiona problemas psicológi-- cos, sobre todo en pacientes jóvenes que les impi-- de integrarse al medio social y a sus actividades de relación. Así mismo podrá restituir la fun-- ción masticatoria, aunque en principio se vea dis-- minuída, el habla, respiración y deglución y so-- bre todo la conservación del soporte restante, - tanto duro como blando.

Antes de aprobar el plan de tratamiento, se--

debe tomar en cuenta el número de extracciones - que serán necesarias así como también la edad del paciente y todos los factores locales y generales establecidos en la historia clínica.

Cuando el tratamiento de Prótesis Total Inmediata sea solicitada por el paciente y si el operador no juzga pertinente dicho tratamiento, debe exponer al paciente sus razones y los posibles riesgos que sufrirá el paciente, tratando de convencerlo para que acepte el tratamiento con prótesis convencional.

El uso de las prótesis totales inmediatas, nos ofrecen varias ventajas sobre las prótesis -- convencionales y son:

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

2.- La acción de ferulización, también protege al coágulo sanguíneo, lo cual permite una - circulación más rápida.

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

4.- Los pacientes se oponen menos a la extracción de dientes enfermos cuando saben que éstos serán sustituidos inmediatamente, eliminando con esto la existencia de posibles focos de infección.

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

6.- Los labios, lengua y mejillas no cambian sus posiciones por falta de soporte; por lo tanto será más fácil hacer superficies pulidas de la dentadura que sean compatibles con estas estructuras.

7.- Desde el punto de vista psicológico un paciente que tuvo Prótesis Totales Inmediatas será después un buen soportador de prótesis totales; los pacientes no tienen que presentarse ante los demás en un estado edéntulo.

No hay un procedimiento standar que puede utilizar en todos los pacientes, pero hay variaciones de los procedimientos que pueden emplearse en la mayoría de los casos. Es necesario hacer una evaluación y análisis de los diferentes técnicas antes de elegir una para poder obtener un mejor resultado, tomando en cuenta el costo del tratamiento y el tiempo necesario para efectuarlo.

El tratamiento con prótesis total inmediata_ constituye un procedimiento de elección para tratar al paciente que se volverá desdentado y es - preferible a que otro que obliga al paciente a - permanecer algunos meses desdentado.

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

CIRUGIA BUCAL

Emmett R. Costich
Raymond P. White Jr.

Primera Edición, 1979 México.

PROPEDEUTICA MEDICA

Willian L. Mórgan Jr.
George L. Angel

Editorial Interamericana
Primera Edición, 1978 México.

PROPEDEUTICA ODONTOLOGICA

David F. Mitchel
S. Miles Standish
Thomas B. Fast.

Editorial Interamericana
Segunda Edición, 1973 México.

PROSTODONCIA DENTAL COMPLETA

Jhon J. Sharru

Ediciones Toray, S.A.
Barcelona, España 1977.

PROSTODONCIA TOTAL

Pedro Saizar

Editorial Mundi
Primera Edición, 1972 Buenos Aires, Argentina.

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

PROSTODONCIA TOTAL

José Y. Ozawa Deguchi

Director General de Publicaciones
Textos Universitarios
Tercera Edición, 1979, U.N.A.M.

PROTESIS DENTAL

Victor H. Sears
Raymond J. NagleEdición Toray, S.A.
Barcelona, España 1965.

PROTESIS Y TECNOLOGIA DENTAL I, II, III.

Pedro Sánchez Cordero

Segunda Edición, México 1972
Impresora Larrios, S.A.

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL

Gustavo O. Kruger
Editorial Interamericana

Segunda Edición, 1979 México.

* * *