



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Prostodoncias Convencionales

T E S I S

Que para obtener el Título de

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a

AGUSTIN DELGADO OCHOA



México, D. F. 1983



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

PROLOGO

CAPITULO I

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

CAPITULO II

NECESIDADES Y LIMITACIONES DE LA PROSTODONCIA

CAPITULO III

ANATOMIA DE LA CAVIDAD ORAL EDENTULA

CAPITULO IV

HISTORIA CLINICA

CAPITULO V

CIRUGIA PRE-PROTESICA

CAPITULO VI

IMPRESIONES

CAPITULO VII

RELACIONES INTERMAXILARES

CAPITULO VIII

MONTAJE EN EL ARTICULADOR

##

CAPITULO IX

SELECCION DE DIENTES

CAPITULO X

ARTICULACION DE DIENTES

CAPITULO XI

TERMINACION DE LAS GENTADORAS COMPLETAS Y
METODO DE LABORATORIO

CAPITULO XII

ENTREGA Y CLICADOS POSTERIORES

P R O L O G O

Es innegable el gran desarrollo que han alcanzado las ciencias de la salud, por consecuencia la longevidad se ha visto incrementada considerablemente.

Desafortunadamente un gran porcentaje de las personas que han logrado llegar a edades avanzadas presentan una serie de deficiencias fisiológicas, anatómicas, psicológicas y sociales. Una de éstas es la insuficiencia masticatoria debido a la pérdida de la mayoría o la totalidad de las piezas dentarias.

Puesto que la boca es la puerta de entrada de la salud así como también de la enfermedad, la Prostodoncia Total, está encaminada a corregir esta insuficiencia.

Así pues, el presente trabajo tiene una doble finalidad, una de ellas es la de constatar los conocimientos ad-

quiridos en las aulas de la facultad desarrollando el presente tema en el que se justifique la utilidad práctica a que puede encaminarse dicho conocimiento; y la otra es afirmar lo valioso de la conjunción de la teoría y la práctica.

Ahora bien, con el fin de cumplir con su cometido lo más satisfactoriamente posible se cuentan con diversos métodos para la elaboración de un juego de dentaduras de las cuales el edontólogo seleccionará aquellas con las que esté más familiarizado, sin olvidar tomar en cuenta las necesidades y deseos del paciente logrando así una favorable relación odontólogo-paciente, ya que ésta juega un importante papel en lo que podría ser el éxito o fracaso del tratamiento.

CAPITULO I

DIAGNOSTICO Y PLANTEAMIENTO

Los enfermos que necesitan dentaduras completas se pueden dividir en tres tipos:

- a) Los que conservan algunos dientes.
- b) Los que portan dentaduras y necesitan o desean cambiarlas
- c) Los que se encuentran edéntulos y no usan dentaduras.

En todos y cada uno de los pacientes deberá incluirse en el diagnóstico: antecedentes médicos y dentales, examen radiográfico, examen clínico extrabucal, exámenes digitales.

El diagnóstico se basa en el estudio de 4 factores:

- a) Factores biológicos locales.
- b) Factores físicos locales.
- c) Salud general.

d) Actitud mental.

FACTORES BIOLÓGICOS LOCALES.

Se estudiará el estado de salud de la A.T.M., el tamaño y tono de la musculatura, cantidad y calidad de la saliva, tono muscular, naturaleza de las estructuras de soporte, - todos estos factores se pueden ver alterados por el estado general de salud del paciente.

FACTORES FÍSICOS LOCALES.

Se toman en cuenta la cantidad y forma de los procesos residuales, espacio intermaxilar, las inserciones y su proximidad a los rebordes.

SALUD GENERAL.

Los enfermos diabéticos, las personas de edad avanzada, enfermos de artritis anemica, tuberculosis, discrasias sanguíneas, problemas cardiacos y así como también las mujeres menopáusicas y postmenopáusicas no controladas se consideran como individuos con mala salud general.

ACTITUD MENTAL.

La actitud mental en cada paciente es sumamente importante puesto que de ésta depende en gran parte el éxito en el uso y adaptación de las dentaduras por parte del paciente. Algunas veces la actitud mental del paciente es reflejo de su salud general.

Se han clasificado a los enfermos en cuatro grupos:

- a) Pacientes filosóficos.
- b) Pacientes histéricos.
- c) Pacientes indiferentes.
- d) Pacientes exigentes.

PACIENTES FILOSOFICOS.

Este tipo de pacientes hacen todos los esfuerzos posibles para asegurar el éxito de una dentadura, puesto que se puede contar con su colaboración en muchos aspectos durante el tiempo de elaboración de las dentaduras y en la inserción de éstas.

PACIENTES HISTERICOS.

Se considera que son de los pacientes más difíciles de tratar generalmente los encontramos en el grupo postmenopáusico, ya que están pasando por una etapa de cambio difícil en su vida, generalmente estos pacientes necesitan más ajuste de postinserción. Algunas de sus quejas son infundadas.

PACIENTES INDIFERENTES.

Este tipo de pacientes ha permanecido edéntulo durante mucho tiempo y generalmente son individuos inducidos por -- sus parientes o amigos a consultar al dentista, el pronóstico para estos pacientes es poco favorable puesto que pondrá poco o ningún esfuerzo a la adaptación de la dentadura, sin embargo

Un resultado estético y funcional favorable ayudará bastante.

PACIENTES EXIGENTES.

Este tipo de pacientes no sienten ninguna molestia, en muchas ocasiones es debido a su mala salud general, normalmente experimentan una mala adaptabilidad a la dentadura.

PRIMERA VISITA.

El examen comienza con la impresión del aspecto físico general del enfermo.

Para empezar se hace la historia clínica del paciente, así como la historia dental, se anotan edad, dieta, salud general, y uso de cualquier medicamento. Se hacen preguntas directas sobre diabetes, epilepsia, hipertensión, enfermedades crónicas; en caso de existir alguna duda sobre algún padecimiento específico es aconsejable consultar con el médico general o especialista que se encuentre al cuidado del enfermo.

EXAMEN EXTRABUCAL.

CARA.- Se debe observar y anotar cualquier anomalía en la cara como hemiatrifiia, o hemihipertrofia, tumefacciones, aclarar si es infección, neoplasma o agrandamiento muscular.

CUELLO.- Se realizará palpación en las regiones parotideas, submaxilar y submentoniana, observando también si existen tumefacciones o alteraciones en caso de ser así consultar

con el especialista.

ARTICULACIONES TEMPORO-MANDIBULARES.

Se colocarán los dedos sobre las articulaciones, con el fin de comprobar si existe crepitación y chasquidos o si se trata de una articulación dolorosa.

LABIOS.- Buscar grietas, fisuraciones, ulceraciones en los labios, los factores etiológicos más frecuentes son de deficiencia del complejo B, y la pérdida de la dimensión vertical. Dientes faltantes, colocación incorrecta de los dientes - que pueden provocar lesiones mucocortantes. Para realizar una dentadura para este tipo de enfermos se debe asegurar la colocación correcta de los dientes en sentido anteroposterior con el fin de asegurar la dimensión vertical oclusal se recomienda el engrosamiento de la dentadura superior desde el canino hasta el segundo premolar. Aumentando el grosor en la zona del premolar inferior se ayudará a levantar las comisuras labiales -- caídas.

En los labios delgados la colocación de los dientes en sentido anteroposterior afectará la expresión facial.

En los labios tensos los cuales se presentan en personas sumamente nerviosas, se colocarán los dientes inferiores anteriores casi verticales.

MEDIDAS FACIALES.

Estas son importantes cuando el paciente es portador de prótesis y conserva dientes naturales.

MODELO DE PERFIL.

Por medio de este modelo se puede tener el índice -- exacto de los contornos labiales, además sirve de guía para la colocación de dientes anteriores. El modelo de perfil se hace utilizando una radiografía con alambre de cobre.

PSICOLOGIA DEL ENFERMO.

Es sumamente importante puesto que algunos enfermos consideran las dentaduras artificiales como la solución a sus problemas dentales, ya que para ellos desaparecerán las molestias y dolor de los últimos años, este tipo de pacientes pedirán al dentista que realice las extracciones de los dientes -- restantes.

En cambio existe otro tipo de enfermos, para los cules el encontrarse ante la necesidad de perder sus piezas restantes significará un gran choque psicológico, por lo tanto necesitaré más tiempo para aceptar el diagnóstico.

Al tomar la decisión de extraer a no los dientes restantes se debe tomar en consideración la edad y salud del en--fermo, así como la distribución de los dientes; el costo de -- una dentadura superpuesta y algo muy importante que es el de--

seo del enfermo.

Si lo indicado es realizar una dentadura inmediata - se aclarará al enfermo que en ésta habrá necesidad de hacer mayor número de ajustes y que ésta requiere inspecciones más frecuentes, puesto que al tratarse de una dentadura inmediata llegado el momento oportuno habrá que realizar una dentadura definitiva.

INDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE LOS DIENTES RESTANTES.

- 1) Afecciones paradontales que afecten la retención de los dientes y la salud del paciente.
- 2) Grandes lesiones cariosas que no sean posibles tratar asociadas con mala higiene bucal.
- 3) Focos de infección y posibilidad de infecciones bucales.
- 4) Un número insuficiente de dientes mal colocados - - cuando su retención no es la indicada para construir prótesis parciales removibles.

No se debe realizar extracciones sólo por el deseo del paciente o porque están los dientes mal alineados, específicamente cuando esto se debe a malas relaciones maxilares. El extraer los dientes no corregirá esta afección y las dentaduras podrán tal vez empeorar el estado general de la boca.

La anestesia intraligamentaria es un procedimiento recomendable a menos de haber una contraindicación específica:

- 1) Inadecuación del hierro para resistir extracciones múltiples.
- 2) Anemia grave.
- 3) Diabetes no controlada.
- 4) Transtornos cardíacos.
- 5) Tuberculosis.
- 6) Discrecias sanguíneas.
- 7) Insuficiencia del corazón.
- 8) Problemas coagulantes.
- 9) Sobreoclusión vertical con mordida.

PRELIMINAR.— Cuando se realicen extracciones se debe tomar radiografía de la maxilar superior para determinar la posibilidad de que no haya restos radiculares, dientes impactados, quistes o cualquier otro tipo de patología.

Color.— El color de los dientes superiores registrarse antes de las extracciones, de los dientes restantes, tomando en cuenta la tonalidad del paciente.

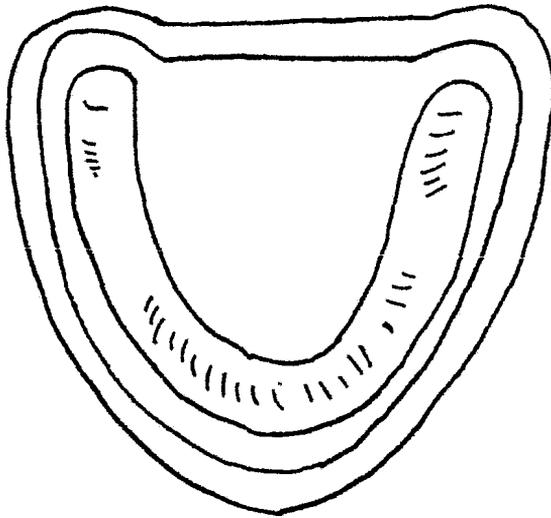
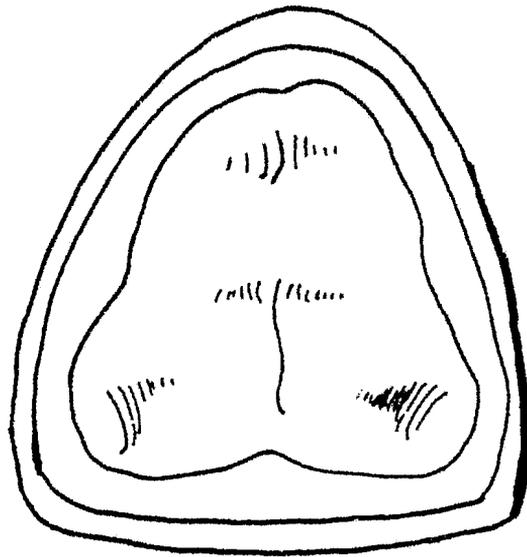
Examen físico.— Se examina cuidadosamente el paladar duro y blando, piso de la boca, freja de las amígdalas, carrillos, lengua, maxilar superior e inferior y la mucosa que recubre a estos, también se estudiarán minuciosamente el estado A.T.F.

CONDICIONAMIENTO DE LOS TEJIDOS.- Nunca se debe realizar ningún tipo de dentadura cuando los tejidos bucales no se encuentran en óptimas condiciones para recibir cualquier tipo de dentadura. Al encontrarse ante tejidos en malas condiciones como en el caso de irritación, o inflamación, se procederá a retirar la dentadura y al uso de condicionadores de tejidos, aunque en algunos padecimientos estas medidas no serán suficientes como en el caso de épulis y la hiperplasia papilar en las que será necesario recurrir al tratamiento quirúrgico.

MAXILAR SUPERIOR.- En el maxilar superior se estudiarán los frenillos labiales en caso de que la inserción sea baja se realizará frenectomía. La intervención quirúrgica no está indicada para el frenillo vestibular, ya que el músculo canino se encuentra justo arriba de este frenillo y la eliminación quirúrgica puede alterar la expresión de la cara.

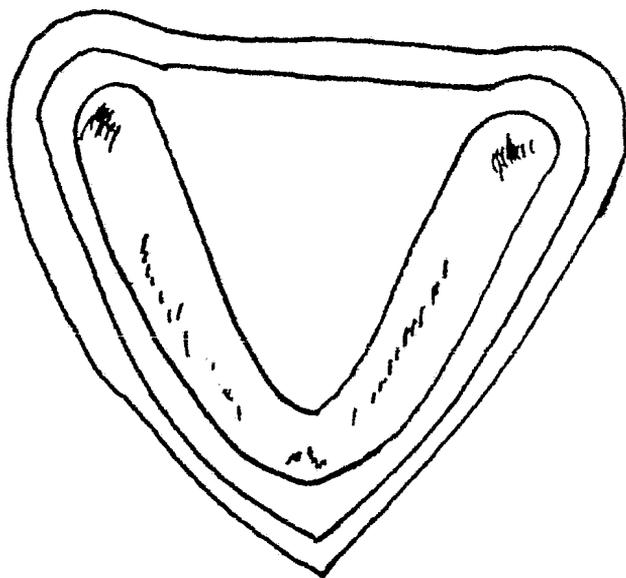
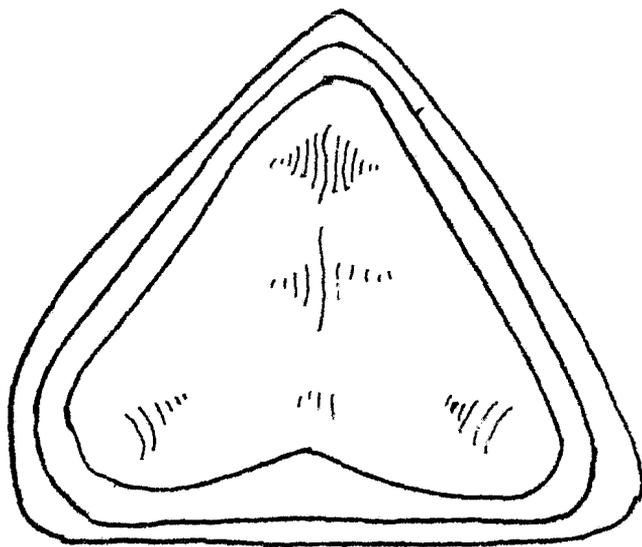
La papila incisiva no debe sufrir presiones que puedan alterar la inervación e irrigación sanguínea, en caso de que no se alivie esta zona puede producir sensación quemante.

Existen tres diferentes formas de paladar: Ovoides, (Fig. I), Triangulares, (Fig. II) y Cuadrados, (Fig. III). Generalmente el tipo de paladar que presenta mayor dificultad para impresionar es el ovoide ya que el menor movimiento de la dentadura en función puede romper el sellado puesto que no existen áreas de soporte horizontal y a la altura de reborde en la región posterior superior.



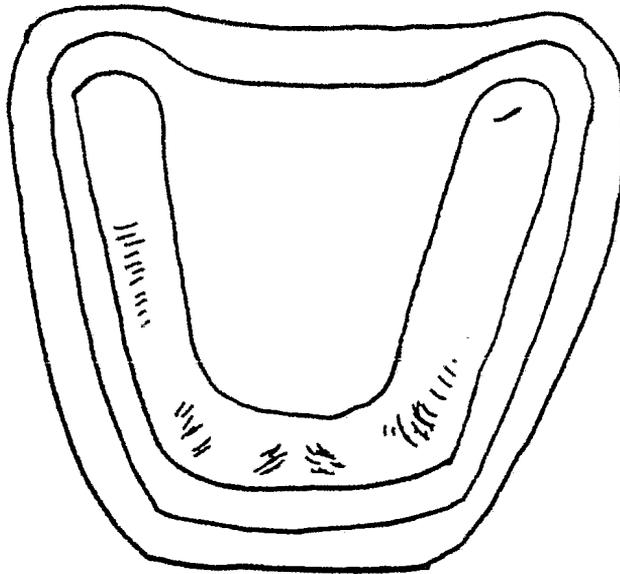
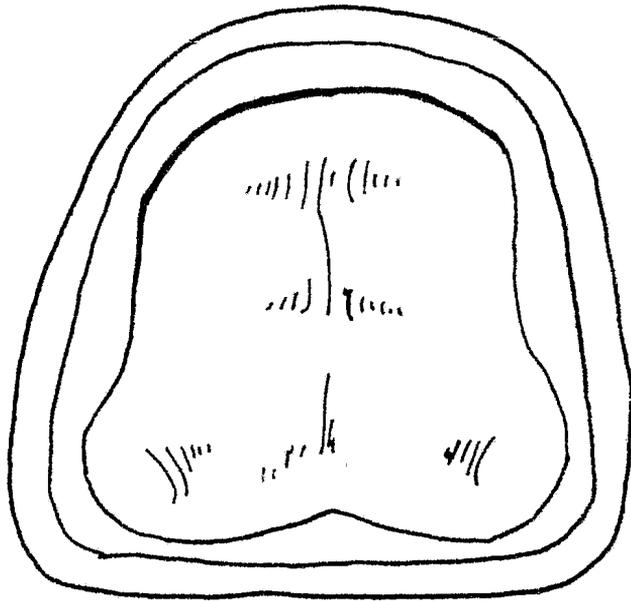
OVOIDES

FIGURA I



TRIANGULARES

FIGURA II



CUADRADOS
FIGURA III

Este tipo de paladar presenta una caída palatina aguda en la línea de vibración proporcionando un espacio menor para el sellado palatino posterior correcto.

Un maxilar más amplio tendrá un pronóstico más favorable puesto que las fuerzas de adherencia son directamente -- proporcionales a la extensión del área cubierta.

Generalmente es posible realizar una dentadura cómoda para pacientes con torus maxilares haciendo una zona de alivio a menos de que éste sea muy grande, lobulado o se extienda más allá de la línea de vibración poniendo así en peligro el sellado palatino posterior, en estos casos se recurrirá al procedimiento quirúrgico.

Cuando se piensa hacer una reducción de tuberosidad se estudiará la proximidad del surco maxilar, es necesario tomar radiografías de boca abierta en todo enfermo desdentado.

Es importante el examen digital ya que por medio de este examen nos damos cuenta de la presencia de salientes óseas, o de otros tipos de irregularidades, que posteriormente harán necesarios ciertos ajustes de cont-interción, con el examen digital también se descubrirán de haberlos, tejidos laxos e hiperplásticos, tuberosidades móviles que no son tan obvias a la simple inspección.

MAXILAR INFERIOR.

En el examen del maxilar inferior se prestará espe--

cial atención a las inserciones de los frenos de la - fronilla - labial, frenillo vestibular, el flegma de la vestibular, la inserción distal del milohioideo, las estructuras linguales en el piso y frenillo lingual. Los grandes toros mandibulares - que generalmente se presentan en la zona de los premolares deberán ser eliminados quirúrgicamente y que de lo contrario se verá afectada la estabilidad de la dentadura puesto que no existirá un sellado marginal correcto.

En caso de toros muy pequeños se procede a aumentar los bordes de la dentadura durante el modelado de cera para permitir ajustes sin producir bordes cortantes en la dentadura.

La porción distal de la caja lingual de la dentadura inferior deberá extenderse hasta dentro del espacio retro-milohioideo, en caso de que se termine perpendicularmente al borde posterior del triángulo retramolar habrá más posibilidades de que la lengua desplace la dentadura.

La superficie pulida debe terminar hacia abajo y hacia adentro. Los tubérculos gingivales deben quedar cubiertos, si esto no se hace habrá irritación tisular, menor retención de la dentadura y el paciente estará más incómodo.

LENGUA.

Los enfermos con la lengua en posición retraída también tendrán dificultad para adaptarse al uso de la dentadura.

ras. En estos casos el plano oclusal deberá bajarse y no ser más alto de un lado que de otro. La posición vestibular lingual de los dientes posteriores inferiores no debe ser lingual a la línea oblicua interna. El primer molar inferior debe estar por lo menos 2 mm. debajo de la altura del triángulo retro molar.

Se ha clasificado la posición de la lengua en 4 clases:

CLASE I.- La punta de la lengua está enrollada hacia atrás y hacia abajo en dirección hacia el piso de la boca, --- (Fig. IV).

CLASE II.- La lengua da la impresión de no poseer -- punta diferenciada, generalmente presenta aspecto ancho, anteriormente con el cuerpo arqueado hacia arriba. (Fig. V).

CLASE III.- La punta parece enrollarse hacia arriba y generalmente la lengua yace posteriormente en la boca. (Fig. VI).

CLASE IV.- La lengua aparece hacia atrás y hacia abajo, en la boca exponiendo la superficie lingual de los dientes inferiores. (Fig. VII).

SALIVA.

La saliva varía en consistencia en los diversos individuos. Una saliva espesa no favorece la buena retención de -

la dentadura, no se puede dar el arte de las dentaduras in-
cluso bajo la dentadura.

Una saliva serosa ofrecerá la mejor retención de la
dentadura puesto que proporciona la película suficiente entre
los tejidos y la dentadura. La poca cantidad de saliva o xer-
ostomía no proporcionará buena película intermedia, dando
por resultado mala retención.

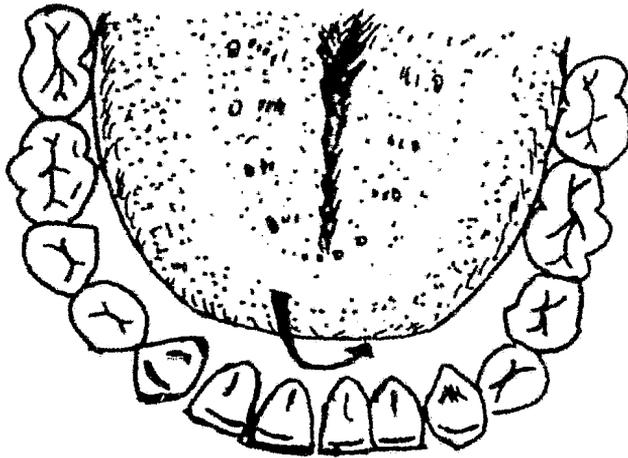


FIGURA IV

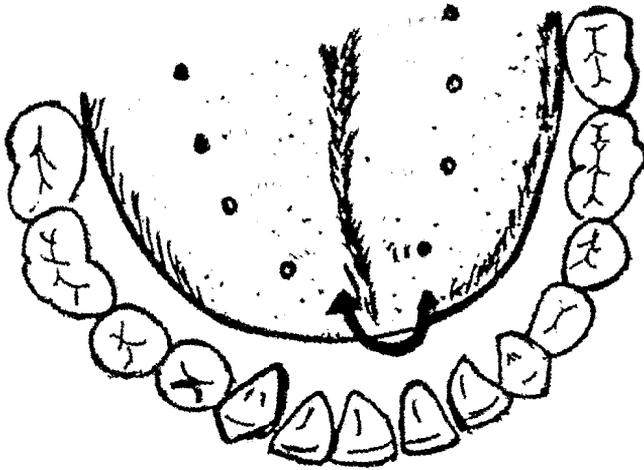


FIGURA V

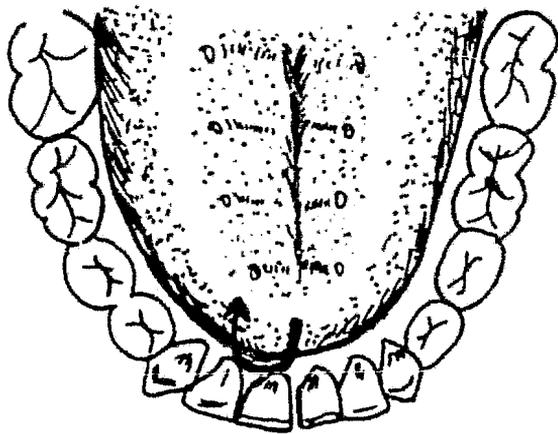


FIGURA VI

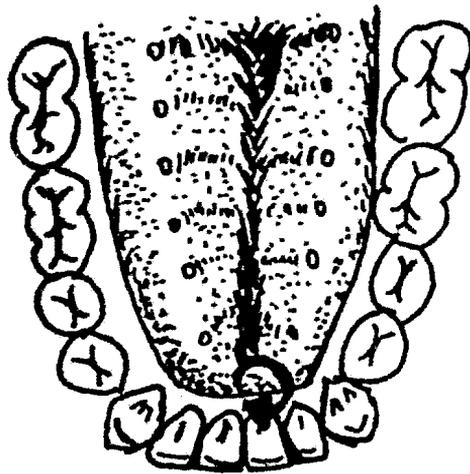


FIGURA VII

DISPOSICION DE LOS DIENTES.

DIENTES ANTERIORES.- Se debe obtener una superposición adecuada horizontal y vertical menos en la relación prognática en la cual los dientes pueden colocarse borde a borde.

DIENTES POSTERIORES.- La disposición de los dientes posteriores será colocando las cúspides linguales inferiores ligeramente vestibulares a una línea trazada desde la superficie mesial del canino hasta el lado lingual del triángulo retromolar.

DIMENSION VERTICAL.- Un aumento muy grande en la dimensión vertical puede estorbar el habla y la masticación dándole a la cara una expresión tirante, rebordes doloridos y chasquidos de las dentaduras, puede provocar náuseas puesto que los músculos elevadores no están relajados. Una dimensión grande en la dimensión vertical altera el aspecto de la cara, el mentón aparece más puntiagudo, aparece papada y el enfermo suele morderse la lengua. Además el aumento y la disminución exagerados puede provocar trastornos en las articulaciones temporomandibulares.

MONTAJE Y TALLADO.- Después de la polimerización las dentaduras deben colocarse en la boca para comprobar si la dimensión vertical es correcta; se hace en la boca un nuevo registro de mordida interoclusal en céntrica.

Los contactos oclusales céntricos y excéntricos de - deflexión son eliminados con el procedimiento de tallado selec tivo.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE.

Se deben de dar instrucciones al paciente al respec- to del cuidado de las dentaduras, además debe insistirse sobre las visitas periódicas al dentista, hasta que se sienta cómodo con sus nuevas dentaduras.

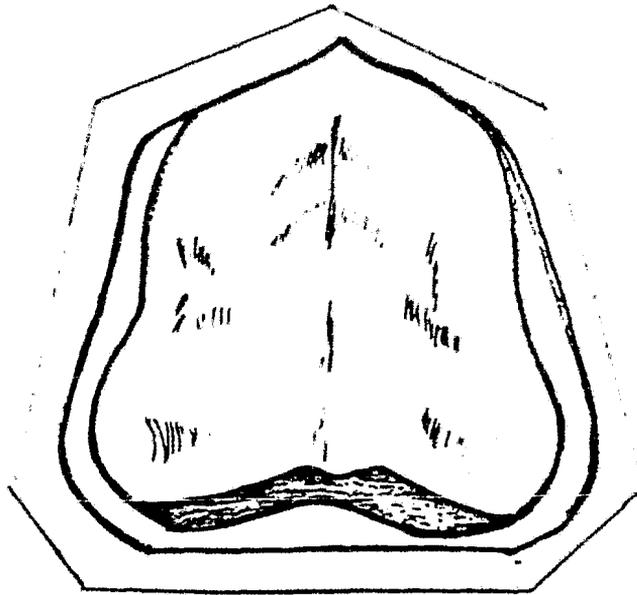


FIGURA VIII

CAPITULO II

NECESIDADES Y LIMITACIONES DE LA PROSTODNCIA.

A) NECESIDADES

- PROSTODNCIA

Rama de la Odontología que se encarga del estudio del desdentado total o parcial, y su reintegración psicosomática.

PROTESIS DENTAL

o

PROTESIS
ODONTOLÓGICA

PROSTODNCIA (PROSTHODONTIC)

ANODNCIA TOTAL

Pérdida total de todos los órganos dentarios.

B) LIMITACIONES

Límites de conocimientos sobre la caries, enfermedad paradontal en Geriatria, en Psicología y sobre materiales y técnicas.

- Límites de los conocimientos sobre la caries:

- Diente
- Flora bacteriana
- Substrato
- Saliva
- Placa

Gerodontología.- Rama de la Odontología que estudia a los ancianos.

- En Psicología.- Punto de mayor importancia para el convencimiento del paciente.
- Sobre materiales y técnicas.- (materiales importados).

C) OBJETIVOS EN PROSTODONCIA

Funciones: estética, retención, estabilidad y que el paciente se sienta a gusto con la dentadura.

D) CONTRAINDICACIONES

Destrucción ósea, zonas anatómicas y protésicas en relación a la Prosthodontia.

C A P I T U L O III

ANATOMIA DE LA CAVIDAD ORAL EDENTULA

ALTERACIONES FUNCIONALES Y FACIES DE LA EDENTACION TOTAL.

El hecho de que un paciente llegue a la edentación total implica una serie de cambios funcionales, y además psíquicos.

La protodencia total tratará de corregir y equilibrar estas alteraciones. Las primeras consecuencias de la edentación total son inmediatas; hundimiento de los labios y mejillas, alteración de la palabra, la lengua a la vista, buscando apoyo para las sendas labiodentales, reducción violenta de la altura morfológica.

PERDIDA DE SOPORTE LABIAL Y LINGUAL.

El hundimiento de los labios y mejillas en los flancos. Al hundirse los labios la entrada bucal se alivia en la -

posición postural para ensancharse cuando la mandíbula se acerca al maxilar, en busca de soporte morfológico. Al conjunto de estas deficiencias se le conoce como facies desdentada.

EXPANSION LINGUAL.

Cuando los arcos dentales desaparecen la lengua se ensancha y se levanta expandiéndose entre los procesos residuales para ponerse en contacto con la mucosa labial. Cuando la atrofia avanza la lengua se expande más terminando por levantarse del piso bucal.

TRASTORNOS FONÉTICOS.

Estos trastornos son muy marcados durante el primer periodo pero suelen compensarse con el paso del tiempo. Un gran porcentaje de los desdentados sin embargo pronuncian mal ciertas palabras principalmente las linguales y labiodentales.

La prótesis inmediata reduce notablemente estos trastornos o los evita totalmente.

PISO BUCAL Y PALADAR BLANCO.

El piso bucal se levanta siguiendo la expansión lingual, resulta un acrecentamiento también de los pliegues mucosos de recubrimiento del piso bucal, base lingual y rama horizontal los cuales se movilizan con respecto a las formaciones anatómicas que recubren.

Como consecuencia el piso bucal de los desdentados es muy distinto al de los dentados. La presión de la lengua hacia arriba sobre el paladar blando, y hacia atrás sobre la faringe produce desplazamientos funcionales de estos órganos, esto provoca dificultades en la deglución y en la fonación.

La voz tiende a perder firmeza y tono en los ancianos; son también más propensos que los jóvenes a trastornos de la deglución.

DEFICIENCIA EN LA DIETA.

Este es uno de los desarreglos mejor compensados, el desdentado deja de masticar normalmente pero se compensa con tres mecanismos:

- 1) Selecciona su dieta, ingiriendo alimentos, más --
suaves, melidos.
- 2) Ingiere alimentos cortando trozos más pequeños.
- 3) Por medio de la compensación funcional el estómago e intestino.

ANATOMIA DEL MAXILAR SUPERIOR DEDENTADO.

FORMA GENERAL.- El maxilar superior edéntulo es semi oval por desaparición de las eminencias caninas. Es posible hacer una clasificación de los maxilares desdentados en triangulares, cuadrados y ovoideos.

Los procesos patológicos previos o posteriores a las extracciones también intervienen en la forma del maxilar y su volumen.

VOLUMEN.- Se determina principalmente por la cantidad y forma de hueso y a veces por la cantidad de mucosa, el volumen tiene gran importancia en relación con las restauraciones protodónticas a las que no favorece un maxilar muy grande, ni tampoco un maxilar demasiado pequeño.

Los maxilares de gran tamaño generalmente van a presentar escaso espacio intermaxilar para la dentadura lo que va a exigir en algunas ocasiones correcciones quirúrgicas.

El maxilar superior desdentado se integra con el proceso residual, el surco vestibular, el paladar duro y el paladar blando.

El surco vestibular presenta 2 vertientes; externa e interna, la interna presenta 2, 2 clases de tejido; la inferior o gíngiva firmemente adherida, de superficie resistente color rosa claro; la superficie móvil de superficie lisa y color rojizo.

La línea de inserción que los separa suele ser claramente visible debido al cambio de color y textura. Esta circunstancia permite distinguirla también de los modelos.

En la parte media inferior el surco, el frenillo me-

del foramen trigémo. Los frentes laterales y posteriores situados en las zonas correspondientes a los procesos dividen al arco vestibular en dos regiones anterior y posterior.

La región posterior puede estar rodeada por la eminencia zigomaxilar, que también puede localizarse por palpación debajo del maxilar.

En la extremidad posterior del surco, verticalmente interna una depresión vertical cerca el límite vestibular posterior de la tuberosidad y del proceso protético, continuándose hacia dentro con el arco basal. El proceso residual en forma de barrera termina en una línea y hacia atrás en tuberosidades cuyos límites posteriores, los arcos basales o pterigomaxilares pueden llegar a borrar cuando hay atrofia.

En la parte media anterior, la papila incisiva de tamaño variable puede relacionarse con el proceso de la atrofia de retroalveolar anterior. La mucosa normalmente estacionaria, firme y resistente puede ser delgada y dura hasta dar dureza al maxilar, o bien puede ser bastante gruesa y despreciable.

El paladar duro forma la bóveda palatina. En la porción anterior las rugosidades palatinas tienden a borrarse con los años. La línea media presenta 4 variedades típicas.

- a) un ligero saliente óseo y cubierto por mucosa delgada y tensa.

- b) un surco poco profundo de tejido blando.
- c) un saliente arredondado (torus palatino).
- d) surco muy profundo.

La mucosa firme y resistente en la porción delantera volgada y dura a nivel de la dureza media y hace más blanda hacia atrás y a los lados designándose "zona de sellado posterior".

El paladar duro se distingue clínicamente del blando haciendo decir al paciente "A". En la zona de unión entre ambos se observan frecuentemente los fositos; las foveolas palatinas, referencia para la posición de la espina nasal anterior. (Fig. IX,).

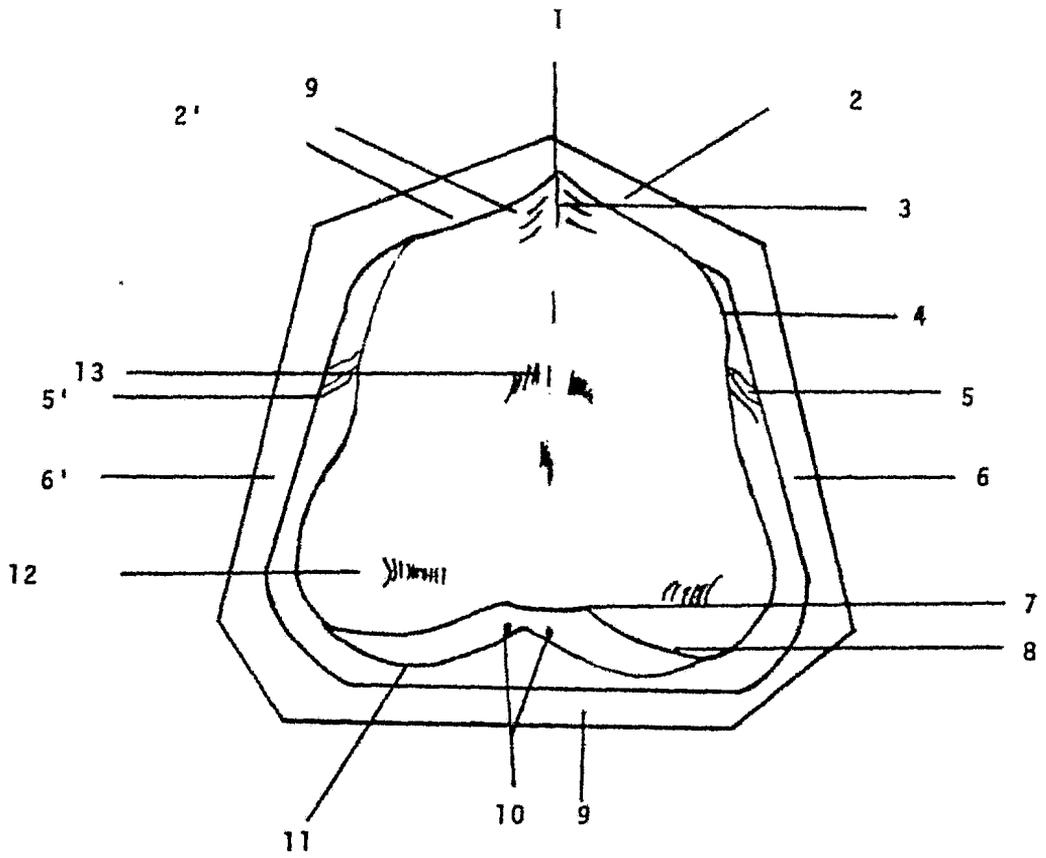


FIGURA IX

PUNTOS DE REFERENCIA ANATOMICOS DEL MAXILAR
SUPERIOR. (FIG. IX)

- 1.- Frenillo labial.
- 2.- 2' .- Area labial.
- 3.- Papila incisiva.
- 4.- Eminencia canina.
- 5.- 5'.- Frenillo bucal.
- 6.- 6'.- Area bucal.
- 7.- Unión entre paladar duro y blando.
- 8.- Ligamento pterigo mandibular.
- 9.- Zona Palatina.
- 10.- Foveolas palatinas.
- 11.- Borde palatino.
- 12.- Reborde alveolar.
- 13.- Sutura media.

Hacia los lados por atrás de la parte interna de las tuberosidades, se palpan ganchos de las alas internas de la -- apófisis pterigoides del esfencoides.

Las relaciones de continuidad entre el paladar duro y blando son variables, pueden ser donimnados formas conf---nuas, curvas y anguladas.

Del agujero palatino anterior emerge el paquete ----vásculo nervioso esfenopalatino que se ramific en la región palatina delantera y sus ramas principales se dirigen hacia --atrás.

Los agujeros palatinos posteriores situados hacia --atrás y a los lados por dentro de las tuberosidades dan salida a las arterias y venas palatinas descendentes y a los nervios palatinos posteriores. La zona delantera del flanco vestibular hacia el frenillo lateral está irrigada por ramas de la arteria esfenopalatina; la zona posterior por la arteria alveo--lar. En la porción palatina posterior el plano submucoso está constituido por el espesor del paladar blando. Por dentro, de la tuberosidad a lo largo del reborde posterior del paladar se inserta la apófisis del velo del paladar.

La aponeurosis velopalatina da insección a los demás músculos del velo del paladar; Palatogloso, palatofaríngeo, el periestafilino interno o elevador del velo.

VESTIBULIA DEL MAXILAR INFERIOR Y SU FORMA.

FORMA GENERAL.— Forma en "U", abierta hacia atrás. A consecuencia de la atrofia del proceso residual tiende a desaparecer, la cara superior se aplana y en algunos casos produce surcos. La atrofia puede modificar la forma del hueso según la inclinación de los incisivos inferiores y de la apófisis alveolar.

USO.— El volumen de la rama horizontal es variable con la atrofia y puede terminar por desaparecer la eminencia en la cavidad bucal, recibiendo la bucal por el piso bucal levantado. Estas pérdidas de altura en los procesos residuales producen acrecentamiento del espacio intermaxilar.

El maxilar desdentado inferior se integra por el surco vestibular, el proceso residual la parte inferior del proceso anterior de la rama ascendente, el piso bucal, el ítemo de las fauces y la lengua.

SURCO VESTIBULAR.— Difiere de la superior no sólo por la mayor atrofia del maxilar sino que reduce la vertiente interna hasta transformarla en horizontal, sino también por la mayor abundancia de mucosa que se pliega en surcos interoposteros y porque esa mucosa tiende a quedar por encima de la cara molar del hueso.

Los frenillos laterales y central más débiles que los superiores dividen al surco vestibular en cuatro regiones. H₂

cia el centro de estas regiones del mentoneras pueden palpase y verse en la atrofia excesiva las eminencias mentonianas.

En las regiones posteriores se pueden palpar la línea oblicua externa. Los procesos residuales, en pocas ocasiones se encuentran bien definidos y la porción posterior es la que se desaparece con mayor frecuencia.

En su extremo distal se destaca la eminencia del cuerpo piriforme. A nivel de los premolares puede palpase el agujero mentoniano. En el centro de los procesos los tejidos estacionarios pueden estar reducidos a pocos milímetros entre ambas líneas de inserción. En la atrofia avanzada pueden desaparecer los tejidos estacionarios.

El piso bucal forma la cara interna del surco lingual.

En la parte delantera se encuentra el frenillo lingual que es una estructura móvil.

En las extracciones recientes la apófisis geni pueden palpase por debajo del frenillo lingual, con el avance de la atrofia las apófisis se acercan al borde hasta incluirse en él. Hacia atrás el piso bucal forma con las mucosas del pilar anterior la externa de la lengua y la interna de la mandíbula un fondo que se denominó fosa retroalveolar.

La lengua se encuentra con su volumen bastante aumentado

tado, posee una gran capacidad de adaptación, contribuyendo a la estabilización de la dentadura.

PLATO SUB-MUCOSO.- El proceso residual inferior está cubierto por mucosa papilar fibrosa y carente de glándulas, se encuentran firmemente adheridas al hueso.

Los cuernos piriformes tienen una submucosa rica en glándulas y tejido adiposo pasando por debajo y atrás de éstas las fibras del músculo buccionador que se inserta en el ligamento pterigomaxilar y sus fibras inferiores en la línea oblicua interna.

En las líneas de inserción vestibular se encuentra una sub-mucosa en la que se puede encontrar vasos, nervios --- músculos así como también tejido celular.

Las ramas de la arteria mentoniana irrigan la mucosa del lado vestibular anterior y provienen de la arteria bucal - las de la mucosa vestibular posterior hasta el cuerpo piriforme.

El flanco lingual anterior está irrigado por ramas - de la arteria sublingual y más atrás por la submentoniana.

En la línea de inserción vestibular a partir del frenillo anterior se encuentra por fuera la del músculo borla de la barba y en seguida la del orbicular de los labios luego vienen la del frenillo lateral a la altura del primer premolar. - Por dentro en la línea media se inserta el frenillo medio.

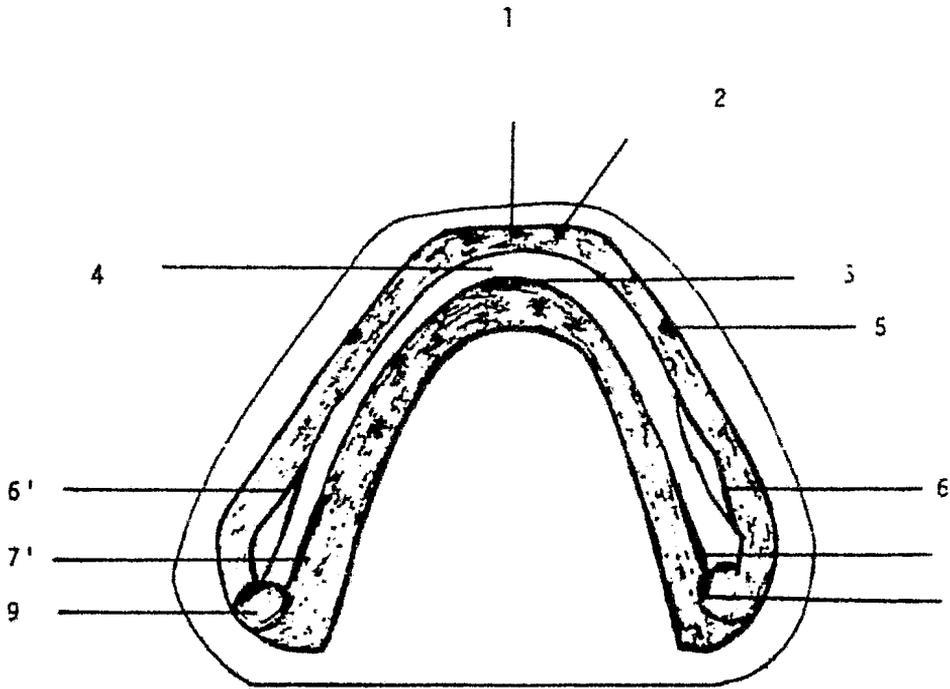


FIGURA X

PUNTOS DE REFERENCIA ANATOMICOS EN EL MAXILAR
INFERIOR (FIG. X).

- 1.- Frenillo labial.
- 2.- Incisivo labio inferior.
- 3.- Frenillo lingual.
- 4.- Reborde alveolar.
- 5.- Frenillo bucal.
- 6.- 6'.- Línea oblicua externa.
- 7.- 7'.- Línea milohioidea.
- 8.- Ligamento Pterigomandibular.
- 9.- Papila piriforme.

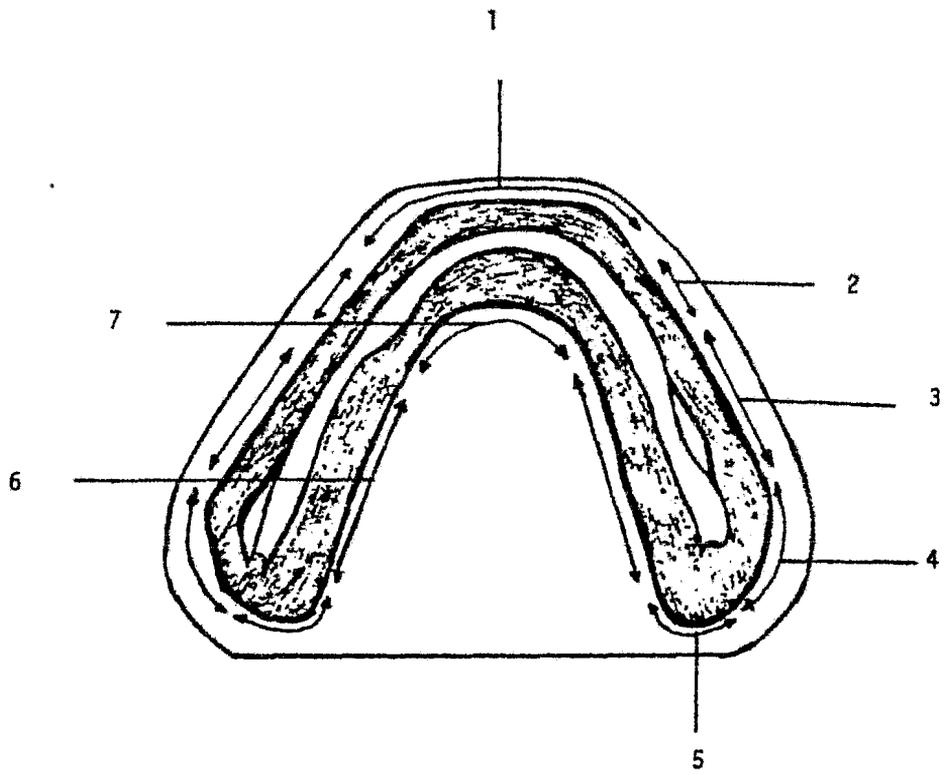


FIGURA XI

AREAS PERIFERICAS (FIG. XI).

- 1.- Labial.
- 2.- Frenillo bucal.
- 3.- Area bucal.
- 4.- Disto bucal.
- 5.- Disto lingual.
- 6.- Mesio lingual.
- 7.- Sub-lingual.

C A P I T U L O IV

HISTORIA CLINICA

A. PROCEDIMIENTO PARA TOMAR HISTORIA CLINICA.

- 1.- Empiece preguntando, ¿Qué va mal? no emplee palabras técnicas trate de que el paciente tampoco emplee términos técnicos (neuralgia problema de modida, etc.) que pueda haber -- aprendido de otros doctores.
- 2.- Oriente la narración del paciente para que dé antecedentes en secuencia del inicio, progreso, persistencia y origen de cada síntoma que haya experimentado en esta región incluso los síntomas que no están presentes en el momento del exa-- men.
- 3.- Trate de averiguar si existen factores etiológicos o inci-- dentes que el paciente considere estar relacionados con el inicio de los síntomas.
- 4.- Trate de formular preguntas certeras para averiguar:
 - a) Si los síntomas tienden a desaparecer o exacer-- barse en algunas ocasiones, si estos momentos - están relacionados con exigencias funcionales - (comer, hablar, bostezar) o con tensiones emo-- cionales, ya sean éstas ocultas o declaradas.
 - b) Si existe correlación positiva entre el uso del maxilar y la aparición o exacerbación del dolor En caso negativo, el diagnóstico de disfunción de la ATM es dudoso.
- 5.- Después de que el paciente considere haber terminado de re- latarle sus síntomas, Sugiera usted algunos. En algunos pa- cientes ésto solo, ayudará a fomentar su estado hipocondria- co, pero a otros los ayudará a recordar síntomas que han ol- vido mencionar o han desaparecido.

- 6.- Trata de averiguar los antecedentes "funcionales" de tales casos comunes: una unilateral de la boca, hábito de bruxismo, mordedura excesiva, posición de "descanso" extraña, y también si se percibe interacción importante al equilibrio normal de las articulaciones de la oclusión (denominado equilibrio profiláctico) y odontología restaurativa mayor.
- 7.- Trata de averiguar si los nuevos problemas físicos de tipo psicósomático (75% de los pacientes de ven afectados), así como han habido molestias de articulación y músculos, especialmente dolores de espalda.
- 8.- Interroga acerca de "tensiones" o "stress" crónicos que -- puedan afectar al paciente, los pacientes no siempre admitirán libremente tener problemas psicológicos, de manera que será mejor usar palabras menos comprometedoras como "stress" y "tensión".

B. PALPACION DE LA EXA. 2.

- 1.- La palpación de la musculatura masticadora, especialmente -- los pterigoideos laterales, es el procedimiento de diagnóstico más específico con que contamos ahora para diferenciar síndromes y problemas de disfunción de la cabeza y cuello.
- 2.- La palpación en busca de sonidos puede hacerse con las puntas de los dedos o auscultando con un estetoscopio.
- 3.- Se siente con los dedos la magnitud de movimiento condilar a veces sentirán que un cóndilo no se mueve mientras que el otro se mueve demasiado.
- 4.- Se observa y se mide el grado de limitación y desviación -- del movimiento mandibular; se observa el "porte mandibular"

- 5.- Se palpa en busca de otras áreas sensibles (aparte del músculo) especialmente el área de la articulación temporomandibular.
- 6.- Se examina la boca usando radiografías completas de la misma para saber si la fuente del problema es patología dental. Observe las relaciones oclusales pero recuerde: todas estas relaciones estarán DISTURBACIONADAS si existen mialgias y mig espasmos.
- 7.- Haga que el paciente realice con la boca movimientos funcionales, y fronterizos. Observe si hay mal control, funcionamiento limitado, cara de dolor, etc.
- 8.- Las radiografías de la ATM, de estar bien tomadas pueden -- ser útiles para saber que no hay patología.

El toma MODELOS DE ESTUDIO, trazos funcionales, montajer, etc. no ayudará a su diagnóstico de disfunción de la ATM como síndrome clínico. Puede tal vez encontrar cierto tipo de relación -- oclusal distorsionada, que conceptualmente considere esta "mal" pero esto no es relevante.

El objetivo del examen y de la historia clínica es establecer -- un diagnóstico de trabajo.

- a. Disfunción mandibular ordinaria.
- b. Disfunción mandibular compleja.
- c. Disfunción mandibular dudosa o fronteriza (subclínica)
- d. Patología de la ATM.
- e. Varios.

TERAPEUTICA PARA PACIENTES CON DISFUNCION MANDIBULAR.

A. TRES NIVELES DE TERAPEUTICA

1. Sintomática
2. Eliminación o Etiología de bloque
3. Algo entre las dos.

Falacia núm. 1 "Si conocen la causa real o etiológica de una afección, entonces podrá tratarla correcta y totalmente". Esto debería modificarse diciendo "Si puede descubrir y comprender la etiología, en la medida de lo posible, podrá pensar con mayor claridad sobre el diagnóstico y tratamiento.

Falacia núm. 2 "Si saben donde están ubicados los problemas, podrá dirigir su tratamiento hacia esa área". Este tratamiento con "meta" es limitado y por sí mismo nos lleva a obtener una idea general del paciente. En casos de pacientes con disfunción mandibular en enfoque fisioterapéutico a los músculos masticatorios generalmente nos dará resultados totalmente satisfactorios, ya que no toma en consideración los factores etiológicos fisiológicos.

B. PRINCIPIOS GENERALES DE LA TERAPEUTICA

1. Empiece con un procedimiento sencillo, conservador y reversible y PROGRESE lentamente.
2. Use la menor cantidad posible de terapéutica para resolver el problema del paciente. Los estudios han mostrado que ciertos pacientes de disfunción mandibular responden bien a placebos, trate de localizar a éstos entre sus pacientes.

Si la atrofia sigue, predomina en el centro formándose un surco o concavidad.

La línea miloiodea se va haciendo aguda, transformándose en cresta milohioidea.

ASPECTOS FISIOLÓGICOS

Es un principio básico olvidado con frecuencia, ya que la prostodoncia total descansa sobre la patología de los desdentados; por lo que surgen algunos principios fundamentales.

1. Las dentaduras completas asientan en tejidos que cambian, pertenecientes a organismos que se modifican.
2. En unos sujetos los cambios son mínimos o muy graduales, en otros relativamente rápidos.
3. Estos cambios obedecen a factores locales, en ocasiones conocidos y modificables, y a factores generales.
4. Las dentaduras, sea consideren que entre más rápidamente se inserten, mejor eliminan, reducen o postergan las secuencias del desdentamiento.
5. Al disminuir los tejidos estacionarios, aumenta la importancia del soporte en tejidos móviles y se dificultan las restauraciones.
6. Las alteraciones de la dimensión vertical, consecuencia de la atrofia, plantean un serie de problemas mecánicos, funcionales, estéticos, y psíquicos.

HISTORIA CLÍNICA

A) CUESTIONARIO

1. Nombre
2. Edad

Se da una indicación sobre la capacidad del paciente para llevar y usar dentaduras. El cuerpo físicamente está en su mejor edad entre los 35 y 40 años.

Los tejidos sanan rápidamente, la resistencia es buena y la persona se adapta fácilmente a las nuevas condiciones. El aspecto estético es de esencial importancia.

Se debe esperar más dificultad con pacientes entre los 40 y 60 años, los tejidos no sanan rápidamente y el cuerpo no se adapta fácilmente a las nuevas condiciones.

Después de los 60 años, la construcción de dentaduras se vuelve cada vez más difíciles. Estas personas encuentran difícil adaptarse a -- las nuevas experiencias, la reparación de los tejidos es lenta, y en muchos casos se ha producido extensa destrucción tisular. La comodidad parece ser lo más importante.

3. Sexo. Generalmente las mujeres son pacientes más diffiles que los hombres. Este aspecto es de especial importancia -- para la mayoría de las mujeres; los hombres más jóvenes frecuentemente están preocupados por su aspecto, sin embargo al envejecer se vuelven más interesados por el funcionamiento y comodidad, lo cual no se verifica en las mujeres.

4. Salud General. Una persona que goza de buena salud generalmente es un riesgo protético, que el que está en mala salud. Si el paciente está bajo el cuidado de un médico, deberá preguntársele la naturaleza de la afección por la que está recibiendo trata--tamiento.

La influencia climática o menopáusica puede presentar un problema sólo psicológico así como físico; especialmente si el paciente está recibiendo terapéutica endocrina. Las inyecciones endo--crinas, especialmente de tiroideas, estrógenos y compuestos an--drogénicos frecuentemente provocan una boca normal hasta des---pués de haber terminado el tratamiento. Durante este período -- muchas mujeres se encuentran emocionalmente o inestables, haci--endo más difícil la construcción de dentaduras.

Deberá interrogarse al paciente sobre su dieta. Si ha sido desdentado o casi desdentado por cierto tiempo, pudiendo cambiar inconscientemente su dieta debido a su capacidad de masticar disminuida.

En consecuencia muchos de los alimentos duros y fibrosos ricos en vitaminas y proteínas esenciales se han eliminado de la dieta y se han sustituido por alimentos más blandos. Este cambio de dieta causa que los tejidos de muchas personas se vuelvan edematosos y adoloridos. Si la toma de los alimentos del paciente es deficiente, deberá recetarse una dieta apropiada.

Trastornos Generales.

En continuación damos una lista de los trastornos generales y locales que pueden tener manifestaciones bucales. Si el paciente tiene antecedentes de éstos, habrá que tratarlos antes de construir dentaduras, si queremos lograr un éxito. En algunos casos será necesario alterar el plan de tratamiento normal para servir mejor al paciente.

- a) ANEMIA
- b) ARTRITIS
- c) PARALISIS DE BELL
- d) ENFERMEDADES DE PARKINSON
- e) TUBERCULOSIS
- f) LUPUS
- g) PENFIGO
- h) RADIACION
- i) SINDROME DE FLUMER VINSON
- j) ESTOMATITIS NICOTINICA
- k) ENFERMEDAD DE PAGET
- l) ACROMEGALIA
- m) LEUCOPLASIA
- n) TUMOR MALIGNO

6. Ocupación

Ayuda a determinar los requerimientos sociales y de trabajo del paciente con respecto a su dentadura y sus cualidades y valores.

7. Antecedentes Dentales

Estos deberán incluir una lista del tratamiento dental del paciente, incluyendo el inicio y la gravedad de la enfermedad dental. Deberá anotarse la reacción al tratamiento y deberá anotarse e investigarse la razón de éstos. Por ejemplo: (opinión de los dentistas que han realizado un servicio para él, experiencias personales o experiencias familiares en relación con dentaduras completas. La atención que el paciente da a la higiene bucal y la frecuencia con que busca atención dental, da una indicación sobre la cooperación que pueda dar hacia el tratamiento.

Deberán enumerarse los hábitos bucales, por ejemplo:

- a) BRUXISMO
- b) MASTICACION DE CHICLE
- c) FUMAR PIPA

Deberá asegurarse la razón de la pérdida de dientes. Muchos hombres consideran que sus dientes se perdieron por enfermedades periodontales, las estructuras alveolares pueden estar aún sujetas a procesos destructivos y puede existir hueso estable. Esto puede ser o no verdad.

8. Historia de la Dentadura.

A. QUEJA PRINCIPAL DEL PACIENTE

La razón por la que el paciente busca el tratamiento protético deberá determinarse. Se interrogará al paciente con respecto a su queja y con respecto a sus síntomas y duración. Si ello no se realiza en muchos de los casos se olvidará la queja original y el paciente nunca obtendrá la atención por la cual buscó originalmente el tratamiento; generalmente la razón de buscar un -

servicio tiene valor diagnóstico importante.

B. CANTIDAD DE TIEMPO QUE EL PACIENTE HA LLEVADO DENTADO

Áreas de maxilares que no han curado apropiadamente incluyen:

1. que ha existido tiempo de curación insuficiente.
2. que el paciente no está en un estado de salud que lo conduzca a regeneración ósea.

Al comparar la cantidad de hueso alveolar restante con el tiempo que el paciente ha sido dentado, se obtiene una indicación de esta lámina ósea.

C. DURACION DEL TIEMPO EN QUE EL PACIENTE HA LLEVADO DENTADURAS COMPLETAS

1. Enumerar el número de meses o años en que se han llevado dentaduras.
2. Si el paciente ha estado dentado durante algún tiempo, sin llevar sustitutos, podrá preverse un resultado poco favorable.

D. DENTADURAS ANTERIORES

1. Enumerar el tipo de dentaduras que ha llevado el paciente.
 - a) De vulcanita, de resina sintética, de base de oro o metal no precioso.
 - b) Se indica si la sustitución fué de dentaduras completas y parciales.
 - c) Las dentaduras anteriores pueden afectar el tipo de sustitución que vaya a recomendarse al paciente.
2. Número de dentaduras.
 - a) Se enumera el número de dentaduras que ha llevado el paciente.

b) Los pacientes que han llevado varias dentaduras generalmente son pacientes muy difíciles.

3. Experiencia de la dentadura: Se comprueba si es favorable o no.

a) Puede ser una indicación de la capacidad del paciente - para llevar o ajustarse a las dentaduras.

Al comparar las relaciones del paciente con las observaciones del dentista con respecto a las dentaduras del paciente; obtendremos cierta perspectiva sobre la clasificación dental del paciente. Si el paciente es crítico sin justificación, la construcción de la dentadura será frecuentemente una experiencia - muy desagradable.

4. Deberá preguntarse al paciente que factor o factores - son más importantes para él. Habrá que saber que es lo que espera el paciente con respecto a la estética, comodidad, etc. y esto será la clave sobre la cantidad de - tiempo y precauciones necesarias durante la construcción.

5. Recomendaciones del paciente o del dentista para mejorar su dentadura presente o antigua. Deberá preguntársele al paciente lo que le gusta o no le gusta sobre las dentaduras presentes o pasadas. Deberá hacerse una lista de estas recomendaciones junto con las recomendaciones - del dentista para mejorar las dentaduras.

9. Características físicas del Paciente.

a) Habilidad Neuromuscular.

1. Son pacientes que son articulados en su lenguaje con dientes naturales o dentaduras, generalmente no presentan problemas para aprender a hablar con las

no vas a tenerlo .

Los pacientes que presentan o experimentan impedimentos de lenguaje, requieren atención especial con respecto a la disposición de los dientes, fonética y diseño plástico; la actividad muscular normal puede alterarse haciendo la construcción y un período de adaptación más difícil.

2. Coordinación.

Observar que también coordinado es el paciente. Ello puede ser una indicación de que rápidamente aprende a manipular las dentaduras.

B) Aspecto general.

1. Aspecto estético.- Observar el vestido y cosméticos que lleve el paciente. Si ésta está encima de un promedio, el paciente generalmente será más exigente con respecto a la fase estética de la construcción de la dentadura.
2. Porte.- Una persona con aspecto agradable e interesante en la vida, generalmente es mejor riesgo protético que una persona que se encuentra tensa, deprimida y que ha perdido la alegría de vivir.

C) Cara.

1. Aspecto.- Observe el aspecto extrabucal de la cara como contorno labial, cantidad de borde bernellón, Textura o color de la piel, lesiones en la cara o labios y arrugas que pueden estar presentes.
- 2) El contorno del labio y la cantidad visible de borde

zar los movimientos de abertura y cierre, mientras que otros pueden realizar los movimientos de bisagra, como en quienes pueden únicamente realizar todos los movimientos excéntricos.

10. Examen Clínico y Clasificación del Paciente.

El hacer un diagnóstico sistemático de los factores biológicos y su interpretación apropiada, puede muchas veces determinar los procedimientos correctos para la fase mecánica del trabajo, revelar a través del plan del tratamiento las condiciones que son favorables o desfavorables para un servicio exitoso.

Los números 1, 2 y 3 pueden usarse para clasificar condiciones biológicas, según sugiere House.

Clase 1.	Favorable o normal
Clase 2.	Menos favorable o medio
Clase 3.	Desfavorable o malo.

A. Tono muscular.

CLASE I.

Los tejidos normales en tono y función. Existen suficientes dientes en la boca y están distribuidos para retener la posición mandibular normal y para proporcionar tensión normal, tono y colocación de los músculos. No se han producido aún cambios degenerativos en los músculos de expresión o masticación, o en el sentido táctil de los maxilares y mucosas, excepto en casos de restauración de clase 1, la que la mayoría de ellos han experimentado cambios degenerativos en diversos -

bermellón, frecuentemente se alteran al perderse los dientes. En ciertos pacientes, el contorno de los labios y surge bermellón pueden no estar alterados e incluso mejorados con la pérdida de los dientes. En otros pacientes, necesitaríamos sostener estas estructuras con la dentadura.

c) El color y textura de la piel.

Puede ser una indicación sobre la afección sistémica del paciente. Las caras delgadas o de aspecto anémico, con mala textura de la piel, frecuentemente indican períodos de ajuste prolongado.

c) Las arrugas debido a la edad no deben o no pueden corregirse con las dentaduras. Las arrugas debidas a dimensión vertical menor de oclusión, o del sostén de los labios, pueden mejorarse con las dentaduras.

D) Articulación Temporomandibular.

Deberá hacerse un examen digital del área de la articulación temporomandibular, deberán observarse movimientos mandibulares o crepitantes.

Antecedentes de dolor en esta área de la articulación pueden indicar un aumento excesivo o disminución en la dimensión vertical de la oclusión.

E) Movimiento Mandibular.

Movimiento mandibular limitado o anormal, puede requerir alteración o cambio en el enfoque al problema protético. Algunos pacientes pueden sólo reali

CLASE II

Pacientes en quienes la función normal, tono y sentido táctil se han conservado bastante bien llevando - dentaduras artificiales. La función muscular máxima nunca podrá utilizarse una vez que se han perdido -- los dientes naturales. Los pacientes que han estado llevando dentaduras eficaces que restauran la dimensión vertical correcta de la oclusión pertenecen a - esa clase.

CLASE III

Casos de funcionamiento subnormal, tono y sentido - - táctil, resultan de mala salud o enfermedad, pérdida de dientes naturales o por llevar dentaduras totales ineficientes. Frecuentemente existe un exceso de -- cierre que da por resultado arrugas y boca caída, - protusión del maxilar y pérdida del poder muscular, Con las substituciones más eficaces, esta clase re-- quiere diversos grados de tiempo en que se vuelve a desarrollar el tono y el poder de los músculos.

B. Desarrollo de los músculos de la masticación y expre-- sión.

CLASE I	Pesado
CLASE II	Medio
CLASE III	Ligero

C. Tamaño físico de los maxilares.

CLASE I

Maxilares grandes que ofrecen los mejores ventajas posibles para retención, estabilización y eficacia.

CLASE II

Maxilares de tamaño medio que ofrecen menos ventajas posibles para retención, estabilización dentada y eficacia.

Cualquier boca puede tener formación ósea de una clase superior y otra formación ósea en inferior. Los pacientes que presentan la mayor dificultad son los que tienen un gran maxilar superior opuesto a su pequeño maxilar inferior o viceversa.

Si todas las demás condiciones son favorables, la estabilidad de la dentadura y la capacidad del paciente para soportar presión de mordida están en proporción directa con el tamaño físico y calidad de la estructura ósea.

La musculatura fuerte asociada con áreas de soporte - pequeño también es favorable.

D. Formación física del reborde residual.

a). Forma de bóveda y reborde residual.

CLASE I

a). Cuadrado

b). Ligeramente curvo u ovoide.

CLASE II

- a). En forma de "V" o ahusado.

CLASE III

- a). Plano.
- b). Forma de reborde mandibular.

CLASE I.

- a). Forma de "u" invertida.
- b). Con cresta amplia y paredes paralelas.

CLASE II.

- a). Forma de "u".

CLASE III.

- a). En forma de "u".
- b). En forma de "V" invertida.
- c). Con paredes paralelas y reborde delgado.
- d). Reborde socavado resultado que de todos los dientes se encuentran en versión lingual o labial.

La clasificación general de las arcadas en cuadrado, triangular y ovoide deberá tenerse presente que muchas bocas presentan arcos - de tipo combinado así como ovoide triangular, ovoide cuadrado, cuadrado triangular y triangular invertido. La arcada desdentada puede sufrir muchos cambios de forma siguiendo la pérdida de los dientes causada por cirugía o resorción. Por lo tanto, no es raro encontrarse un arco superior de una clase y el inferior de otra clase lo que puede presentar problemas de la disposición de los dientes.

E. Relación de reborde (Cresta Alveolar)

CLASE I.

Norma cresta del reborde superior se encuentre directamente sobre el reborde inferior.

CLASE II.

Prognatismo (Clase III de Angle).

a). Toda la cresta del reborde mandibular hacia afuera de la cresta del reborde maxilar. El maxilar inferior es más grande que el superior.

b). Retrognatismo anterior. El reborde inferior es más corto que el reborde superior anteriormente, pero tiene aproximadamente la misma anchura en posterior.

F. Paralelismo de los rebordes.

CLASE I.

Ambos rebordes son paralelos al plano oclusal.

CLASE II.

Divergencias de rebordes inferiores (anteriormente).

CLASE III.

Divergencia del reborde superior (anteriormente) ambos rebordes divergen anteriormente.

G. Distancia entre los arcos

CLASE I.

Suficiente espacio entre los arcos para acomodar los dientes.

artificiales.

CLASE II.

Distancia de intraarco excesiva.

CLASE III.

Distancia de intraarco limitada o insuficiente para acomodar artificiales.

H. Torus (palatino o inferiores).

Cuando los torus están ausentes. Si están presentes no son lo suficientemente grandes para interferir con la construcción satisfactoria y uso de las dentaduras.

CLASE II.

Los rebordes que presentan torus con leves dificultades para la adaptación eficaz de las dentaduras, No es necesario la intervención quirúrgica.

CLASE III.

Rebordes que presentan grandes torus que complican la construcción o impiden el éxito de las dentaduras.

a). Rebordes que exigen reconstrucción quirúrgica para permitir y uso satisfactorio de las dentaduras artificiales.

I. Tejidos blandos.

CLASE I.

Densidad uniforme del mucoperiscopio de aproximadamente 1 mm. de espesor sobre el área de soporte. El mucoperiscopio está tenso y forma un cojín para asiento bucal.

CLASE II.

- a). El mucoperiscopio es muy delgado y muy susceptible a irritación bajo presión.
- b). El mucoperiscopio es aproximadamente dos veces el espesor normal.

CLASE III.

El mucoperiscopio excesivamente gordo y flácido. La calidad del mucoperiscopio puede variar a través de la arcada. Los tejidos pueden ser extremadamente delgados sobre el área donde los dientes han estado ausentes durante largo período, y normalmente donde los dientes se han extrínico más recientemente. Cuando el tejido es altamente grueso y delgado, o uniformemente muy espeso, se crean problemas con respecto a la equilibración de la presión para evitar llagas.

J. Estado de la Mucosa.

Se clasifica según la salud.

CLASE I. Sano.

CLASE II. Irritado.

CLASE III. Patológico.

K. Inserciones del Frenillo y Músculos (Clasificación de House).

Las inserciones del músculo y frenillo se clasifican de la misma manera que las inserciones del tejido de los rebordes

En el maxilar superior se clasifican como:

CLASE I. Alto.

CLASE II. Medio.

CLASE III. Bajo.

En el maxilar inferior se clasifican según:

CLASE I. Bajo.

CLASE II. Medio.

CLASE III. Alto.

Las inserciones musculares de clase III, pueden interferir como el asiento de la dentadura y pueden requerir corrección quirúrgica.

Todos los tejidos linguales del maxilar inferior se clasifican como inserciones musculares.

L. Forma retromilyoidea o de gargante lateral (House).

Se clasifican de igual manera que las otras inserciones musculares es decir, según su proximidad a la cresta del reborde -- cuando se extiende la lengua.

CLASE I. Bajo.

CLASE II. Medio.

CLASE III. Alto.

M. Forma de garganta palatina (Houns).

CLASE I.

Es de forma grande y normal, teniendo una banda relativamente inmóvil y elástica de tejido 5 a 12 mm. de distal a una línea - dibujada a través del borde distal de las tuberosidades.

CLASE II.

De forma media y normal teniendo una banda elástica y relativamente inmóvil de tejido aproximadamente de 3 a 5 mm. en distal a una línea dibujada a través del paladar en el borde distal de las tuberosidades.

CLASE III.

Generalmente acompaña maxilares protruidos. La cortina de tejido blando se vuelve hacia abajo abruptamente de 3 a 5 mm. en distal a una línea dibujada a través del paladar en el borde distal de las tuberosidades.

N. Tamaño de la lengua.

CLASE I.

Desarrollo normal o ideal, tamaño y función. Un número suficiente de dientes naturales o artificiales están mal distribuidos para mantener la forma normal, tamaño y función de la lengua.

CLASE II.

Los dientes naturales han estado ausentes durante tiempo suficiente para mantener o permitir un cambio en la acción funcional, tamaño y forma de la lengua.

CLASE III.

La lengua es excesivamente grande. Los dientes pueden haber estado ausentes durante grandes períodos de tiempo, o han exigido desarrollo anormal del tamaño de la lengua. Las dentaduras inefficientes a veces crean afección de clase III en la acción funcional y forma de la lengua.

Ñ. Forma y posición de la lengua (Clasificación Wright).

CLASE I. NORMAL.

Cuando la lengua ha sido bien y normalmente restringida por los dientes inferiores y hace completamente laxa en el piso de la boca, con el ápice ligeramente bajo de la posición normal de los bordes iniciales de los incisivos mandibulares.

CLASE II. SUBNORMAL.

Una lengua que esté aplastada y ensanchada en toda la longitud - debido a pérdida de todos los dientes inferiores y fracaso para llevar dentaduras, pero está relajada con el ápice de posición normal.

CLASE III. ANORMAL.

Una lengua retraída (35% de los pacientes), que han tomado una de las formas siguientes:

- a). Retracción, por la cual el ápice de la lengua se riza hacia abajo de los incisivos mandibulares y dorsalmente a los lados de los frenillos, mientras que el resto de la lengua se eleva.
- b). El ápice de la lengua se riza hacia arriba y dorsalmente desde los incisivos inferiores.

c). El Ápice se va desmenuando en el cuerpo de la lengua y la de aspecto cuadrado.

d). El cuerpo de la lengua se desprime en el piso de la boca moviendo toda la masa dorsalmente.

G. Saliva.

CLASE I.

De cantidad y calidad normal, las condiciones adhesivas y un-adhesivas son ideales para retención.

CLASE II.

Abundancia de saliva viscosa.

CLASE III.

Excesiva de cantidad y contiene mucha mucosa.

Las condiciones de salud, cambios dietéticos y reacciones nerviosas variarán la cantidad y calidad de la saliva. El uso excesivo de hidratos de carbono tiende a variar la cantidad de viscosidad de la saliva.

F. Clasificación Mental.

CLASE I.

Paciente Filosófico.

a). Es la persona fácil.; que se mueve fácil de complacer. No es exclusivamente crítico y está bien centrado mentalmente.

b). Nunca deja de decir algo ya sea que esto lo acredite o lo desacredite. Siempre se siente involucrado en el proceso en cierto grado.

CLASE II.

Paciente exigente.

- a). Estas personas generalmente se fijan en todo lo que hacen.
 1. Generalmente se visten de manera impecable y su aspecto o inteligencia generalmente son muy buenos.
 2. No le prometa demasiado a su paciente porque por su naturaleza únicamente se verá satisfecho por la perfección.
- b). Las personas que llevan dentaduras artificiales insatisfactoriamente de aspecto y utilidad, y por esta razón dudan de la capacidad que tenga el operador para darle un servicio satisfactorio, frecuentemente insistirá en una garantía escrita del dentista (deberá permitirse tiempo adicional en el sillón especialmente para la etapa de prueba).
- c). Aunque esas personas generalmente son pacientes difíciles pueden ser satisfechos y de estarlo serán unos de sus más fervientes admiradores.

CLASE III.

Paciente Histérico.

- a). Frecuentemente es difícil distinguir el paciente histérico y el paciente exigente. (Generalmente el paciente exigente tiene quejas por razones válidas, mientras que el paciente histérico tiene quejas sin justificación).
- b). Muchos de estos pacientes se encuentran mental y emocionalmente ajustados. A veces se encuentran al borde de alguna forma de psicosis.

- c). A menos de cambiar el cuadro mental de estos pacientes las oportunidades de éxito generalmente son muy malas.

CLASE IV.

Pacientes Indiferentes.

- a). Estos pacientes no se preocupan por su aspecto o vestido. Frecuente mente han estado desdentados durante años y no han llevado sustituciones.
- b). Si un paciente no tiene gran deseo de llevar dentaduras artificiales generalmente no aprenderá a acostumbrarse a ellas.

Como resultado, nuestros esfuerzos generalmente terminan en fracaso, independientemente que la dentadura estuviera bien construida.

- c). Estos pacientes son malos candidatos protodónticos.

Q. Examen radiográfico.

Este es el coadyuvante más valioso para examinar las estructuras óseas que van a sostener la restauración. La afeción de la estructura ósea es inseparable de la comodidad futura y la duración y servicio de la restauración. Para que el examen radiográfico tenga cierto valor, las películas deben tener suficiente estándar técnico para ser interpretadas, y deberán ser interpretadas correctamente.

Utilizando evaluación radiográfica, Wilson clasificó el hueso para sostén de la dentadura como:

CLASE I.

Hueso reticulado.

El cuadro general es mucho más ligero y el aspecto de la pelí-
cula tiene gran contraste.

Las trabéculas y espacios medulares están equilibradas más uni-
formemente. La corteza se define pero es más ligera en contras-
te. Al constituir la dentadura, si las cargas oclusales se en-
cuentran dentro de los límites fisiológicos, el hueso reticulado
dará sostén apropiado, pero generalmente no soportan carga sin
que se le produzca deterioración.

CLASE II.

Hueso no cortical.

Este hueso es transparente y malo en sales orgánicas. No existe
corteza definida, los márgenes están muy delgados, y está fre-
cuentemente espiculado. Ofrece mal sostén para una dentadura;
a menos de reducir estrictamente la carga oclusal seguirá una -
historia sin fin de molestias y resorción.

- a). Canales nutrientes. Los canales nutrientes que se habran en
la superficie de los rebordes son frecuentemente muy doloro-
sos al paciente, y deberán aliviarse en la dentadura; de -
aquí es importante reconocer su ubicación.
- b). Patología retenida.- La patología retenida como quiste, -
dientes no brotados, raíces, etc. demostrando áreas transpa-
rentes generalmente deberán eliminarse antes de construir la
dentadura. La decisión de si debe o no retenerse las raíces
y los dientes no brotados dependerá de la cantidad de hueso
que los cubre y si están rodeados por áreas transparentes.

c). Consideraciones estéticas.

(Se llenan los espacios apropiados).

d). Pronóstico.

El pronóstico se determina tomando la suma de los 20 factores biológicos clasificados en el examen clínico, dividiéndolas por los 20 factores biológicos clasificados.

El combinar esta figura con la impresión general del paciente nos dará una idea del grado de dificultad o éxito que podemos esperar. Si acaso termina en fracaso ayudará al odontólogo a entender porque fracasó este caso.

Debemos tener presente que puede y frecuentemente cambiará durante el curso del tratamiento.

CAPITULO V.

CIRUGIA PRE-PROTECTORIA

El éxito de un tratamiento protético depende de la -
máxima capacidad de soporte y retención del reborde alveolar mediante
te la preparación adecuada de la boca.

El soporte y retención están dadas por la calidad y -
cantidad del proceso residual, el Cirujano Dentista debe tratar de
conservar el mayor tiempo posible el hueso alveolar.

Algunas ocasiones podemos encontrar en el paciente des
dentado diferentes tipos de trastornos; algunos de los cuales han
sido causados por el uso previo de alguna dentadura mal ajustada, --
otras por alteraciones fisiológicas o anatómicas las cuales deben
ser tratadas por medios quirúrgicos, algunos métodos mecánicos, - -
otras según sea el grado y tipo de enfermedad de que se trate, Esto
con el fin de obtener unos procesos residuales lo más satisfactorios
que sea posible, para poder recibir una dentadura y así devolver has
ta donde sea posible la fisiología y estética al paciente desdentado.

Por lo consiguiente la cirugía protésica deberá - de ser conservadora dentro de los límites de la salud del paciente.

Las dentaduras totales protésicas utilizan a la vez para corregir físicamente una invalidez física, la función de los dientes naturales del paciente. Estas dentaduras artificiales modifican los tejidos de la boca, alteran la anatomía y la fisiología de la cavidad bucal, y pueden tener efectos profundos sobre el ajuste psicológico del paciente.

El llevar una dentadura bien realizada con éxito requiere una actividad coordinada entre los grupos musculares, la cavidad de la lengua, y de la musculatura perioral. Algunos pacientes serán capaces de adaptarse a dentaduras que no sean muy buenas desde el punto de vista del dentista.

Estos pacientes han logrado una adaptación fisiológica, pero esto no es muy deseable puesto que estos pacientes han utilizado dentaduras mal ajustadas durante algún tiempo, ocasionando así lesiones irreparables de los tejidos de sostén.

La capacidad del paciente para adaptarse guarda relación directa con su estado de salud.

Los pacientes con dentaduras suelen hallarse en el grupo de edad avanzada, cuando es más frecuente la presencia de

cambios degenerativos en los tejidos de la boca, por lo tanto las - posibilidades de reparación de los tejidos bucales están disminuidos así como la capacidad de estos tejidos para adaptarse a las dentaduras artificiales.

Se prestará especial atención a cambios en los tejidos de mucosa y de lengua en relación con la edad del paciente. La palidez de la mucosa bucal o la atrofia del revestimiento de la lengua - puede sugerir la posibilidad de una anemia secundaria o microcítica, o un trastorno circulatorio general. Un enrijecimiento anormal de la mucosa de la boca y de los tejidos que sostienen la dentadura debe - surgir una posible deficiencia de complejo vitamínico B, anemia perniciosa, diabetes inadvertida o no tratada.

En la lengua se debe estudiar cambios papilares atrofícos.

En los tejidos de sostén se buscarán pequeñas petequias del paladar o úlceras en los torus del paladar pueden depender del traumatismo cuando el paciente tiene la costumbre de "masticar", con la encías. Para excluir procesos malignos hay que suprimir lesiones sospechosas con el fin de efectuar el examen histológico.

Hay que realizar un examen radiológico de todas las zonas desdentadas con el fin de descubrir posibles zonas patológicas.

Una vez se han realizado las dentaduras se obligará al dentista hacer notar al paciente que las dentaduras artificiales no son un accesorio humano permanente, requieren cuidados y algunas veces modificaciones periódicas para compensar cambios de los tejidos con los que están asociados. Se deberá vigilar el espacio interaxilar, las relaciones de oclusión y de adaptación de la base de la dentadura, si no se realiza esta vigilancia se calcula que el período de servicio de una dentadura es de 5 a 6 años; si se presentaran lesiones extensas en los tejidos blandos o resorción ósea, si los cambios tisulares son demasiado extensos, se deberá hacer una nueva dentadura.

REQUISITOS PARA LA BASE DE LA DENTURA TOTAL.

- a) Soporte óseo adecuado para las dentaduras totales.
- b) Hueso cubierto por tejido blando adecuado.
- c) Ausencia de abscesos y protuberancias dolorosas.
- d) Ausencia de bordes afilados.
- e) Surcos bucal y lingual adecuados.
- f) Ausencia de cicatr. de cicatrización.
- g) Ausencia de frejillos o fibras musculares que movilicen la periferia de la dentadura.
- h) Relación satisfactoria de los bordes alveolares superior e inferior.
- i) Ausencia de pliegues tisulares blandos.
- j) Ausencia de enfermedad neoplásica.

Para lograr los rebordes desdentados ideales se cuenta con procedimientos quirúrgicos correctivos, estos se dividen - de acuerdo al momento en el que se realiza la intervención en preparaciones iniciales y preparaciones secundarias.

Las preparaciones iniciales son aquellas que se llevan a cabo en el momento mismo de la extracción dental, este grupo que se puede dividir en preparaciones que corrijan el tejido duro y preparaciones que corrijan el tejido blando.

Las preparaciones secundarias; se llevan a cabo después de un período de uso de las dentaduras, éstas también pueden dividirse en preparaciones del tejido duro y preparaciones del tejido blando.

PREPARACIONES INICIALES DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

- a) eliminación de los frenillos.
- b) cicatrices.
- c) inserciones musculares altas.

PREPARACIONES INICIALES DE LOS TEJIDOS Duros.

- a) alveoloplastia.
- b) extirpación de torus.
- c) eliminación de rebordes afilados.
- d) reducción ligal del reborde alveolar.

PREPARACIONES MEDICAS I I I

- a) eliminación de éulitis con fisuras.
- b) cicatrices.
- c) corrección de hiperplasia gingival inflamatoria.
- d) extensión de rebordes en maxilar superior e inferior.

"Las deformaciones como inserciones mucosales altas y frenillos pueden ocurrir normalmente pero en general se encuentran en casos en que la atrofia excesiva haya disminuido la altura alveolar. Las cicatrices pueden ser residuos de cirugía periodóntica o traumatizante".

DEFORMACION DEL TERCIO SUPERIOR Y PROBLEMAS DE CORRECTIVOS.

Extirpación de Torus.

Son proyecciones óseas benignas de crecimiento lento que se encuentran sobre los maxilares superiores e inferiores. Estos son muy comunes y alcanzan su máximo crecimiento entre la tercera y cuarta década de la vida y de etiología desconocida.

TORUS PALATINOS.

Los torus palatinos se encuentran generalmente en los dos tercios posteriores del paladar duro, en la línea media. Son más frecuentes en la mujer, pueden dividirse en planos, fusiformes y modulares; el 84 % de los torus palatinos son planos.

Los torus generalmente son asintomáticos a excepción de que se encuentren una lesión irritativa en la mucosa que lo recubre, ya que ésta es muy sensible a la irritación formándose úlceras crónicas, las cuales tardan mucho en cicatrizar. Se puede encontrar en ocasiones hiperqueratosis o leucoplasias del mucoperiostio que recubre el torus.

INDICACIONES PARA SU ELIMINACION.

- A) Si las exostosis son tan voluminosas que producen trastornos fonológicos.
- B) Si perjudican el sellado palatino posterior de la dentadura.
- C) Si la estabilidad de la dentadura se afecta debido al efecto del fulcro.

Los torus pequeños pueden conservarse rebajando la dentadura. Si el paciente ha usado ya una dentadura rebajada, no será posible realizar una nueva cubriendo el torus sin provocar problemas del habla. En este caso se tendrá que eliminar quirúrgicamente.

TORUS MANDIBULARES.

Se encuentran en la zona situada por dentro y detrás del canino o premolares. Pueden ser bilaterales o unilaterales.

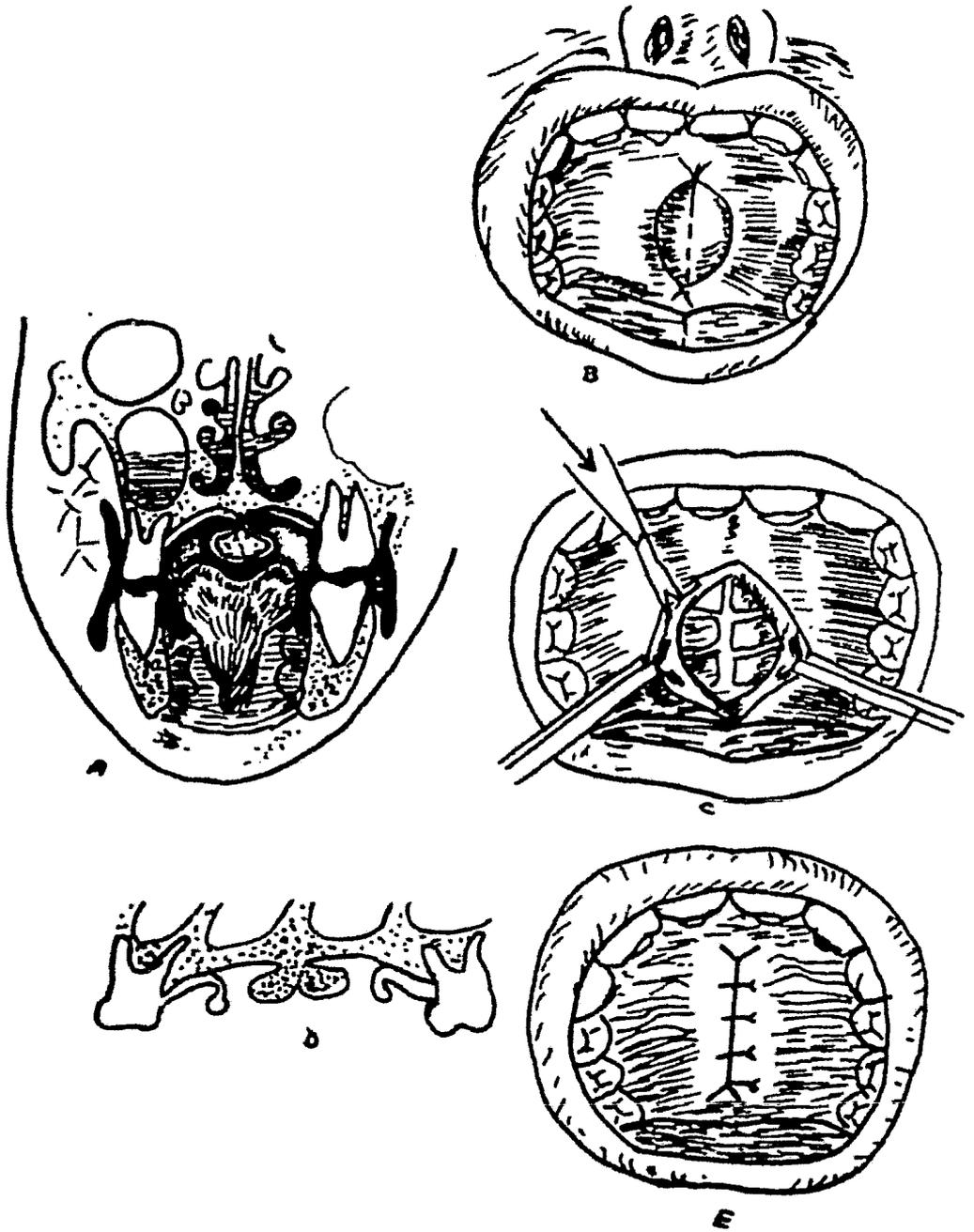


FIGURA XII

TECNICA DE LA EXTIRPACION: Se debe hacer la incisión sobre la cresta del reborde de dentado, para lograr un cierre adecuado. La incisión sobre la cresta deberá extenderse más allá del torus. Los tejidos laciales no se liberan con el fin de mantener un tejido lacial estable, para cerrar y evitar la pérdida de profundidad del surco.

Se corta un canal con la fresa en el torus expuesto desde el cual se dividirá. Se coloca un osteotoma con el bisel - dirigido en dirección opuesta de la cortadura y se divide el torus - con un golpe seco de martillo. Se elimina el hueso con una lima o con fresa para hueso o se realizan ambos procedimientos. Se debe irrigar con solución salina, se sutura con puntos separados con aguja No. 3-0 ó Dexón y se coloca una férula acrílica transparente para evitar hematoma.

ALVEOPLASTIA.

La alveoplastia debe ser conservadora, puesto que la eliminación excesiva de hueso alveolar puede afectar la estabilidad de la dentadura.

El reborde residual debe ser necesariamente liso, sin irregularidades. Lo ideal es la eliminación conservadora de -- hueso en el momento de la extracción, solamente se deberán eliminar las protuberancias que eviten la inserción de las dentaduras o retrasen la curación.

TECNICA PARA REALIZAR LA ALVEOPLASTIA.

Se hace la elevación mínima de la encía adherida exponiendo un mínimo de hueso puesto que la gran retracción de los tejidos aumenta la resorción ósea y oblitera los surcos.

Deberán reducirse los rebordes afilados gingivales, linguales y labiales para proporcionar un proceso en forma de "U". Durante el procedimiento deberá recortarse y eliminarse tejido interdental e interradicular inflamado o excesivo, se debe irrigar abundantemente con solución salina además de la palpación e inspección para asegurarse de haber eliminado desechos y que la base ósea esté completamente lisa. Se sutura con Dexón o con seda No. 3-0 a través del hueso interseptal.

Al alveoplastia radical se efectuará en pacientes con cáncer bucal que serán sometidos a radiaciones. En estos pacientes se extraerán los dientes desvitalizados, dientes con problemas periodontales y dientes con grandes restauraciones que vayan a estar en contacto directo con las radiaciones. Se ha observado que el hueso interseptal y alveolar que ha sido radiado no se remodelará espontáneamente, lo que puede excluir al paciente para el uso de dentaduras portizas.

Meyer clasifica en tres grupos los rebordes afilados:

- a) en forma de dientes de sierra.
- b) en forma de cuchilla de navaja.
- c) en forma de salientes discretas.

En los rebordes afilados se conserva el trocena residual oscurecido por tejido móvil sobre la cresta. Las crestas afiladas se descubren por medio de la palpación digital y también por medio de radiografías seriexpuestas.

TECNICA DE LA ELIMINACION DE LOS REBORDES AFILADOS.

Se realiza la incisión a través del periostio, lateralmente en relación a la cresta del reborde filado y exponiendo lo mínimo del mucoperiostio con el fin de conservar el vestibulo.- Se corta el hueso con pinzas de gubia, limas o fresas quirúrgicas.

Se eliminará solamente de 1 a 2 mm., con el fin de evitar una gran resorción ósea durante el período de cicatrización. El cierre se hace con seda o lexón No. 3-0, se logra costén tisular colocando taponamiento periodontal o acrílico blanco en la dentadura postiza.

RESECCION LINGUAL DEL HUESO ALVEOLAR.

"Este comprende una cresta ósea afilada en el lado lingual del hueso alveolar del maxilar inferior y la cresta "iloides".

Este procedimiento es hecho con el fin de aumentar la estabilidad y dimensión lateral.

Se sobreextienden las aletas de las dentaduras postizas inferiores hacia lingual.

EL PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL BORDE ALVEOLAR ES EL SIGUIENTE:

- a) Se usa un separador de boca de caucho, especial - con un retractor de lengua que se sostenga por sí mismo.
- b) Se hace la incisión a través del periostio desde la cresta de reborde hacia afuera y por arriba de la línea oblicua externa.

El periostio se desprende primero bucalmente; se inserta una cureta Molt No. 4 en el espacio lingual debajo de la zona retromolar, cuidando de no dañar el nervio lingual. El conducto de Wharthon y el nervio lingual se deben proteger con retractor Lane.

El borde se desprende con cincel, colocando un osteotomo de 1 cm., y un solo bisel paralelo al borde anterior de la rama ascendente, llevando el cincel hacia abajo y el lingual para dividir el borde óseo, se debe limar el hueso con fresa o lima para hueso. Se irrigará con solución salina. Se sutura con seda o Lexón No. 3-0. El dolor al inflamarse y además del piso de la boca son secuelas normales post-operatorias.

PREPARACIONES SECUNDARIAS DE LOS TEGIDOS BLANDOS.

ELIMINACION DE EPULIS CON FIGURAS.

El épulis es el resultado de la irritación causado por la ceja de una dentadura mal ajustada sobre el epitelio

del surco. Otra causa del úlcera sería la relación traumática - de los dientes naturales opuestos a una dentadura artificial.

Los úlceras están formados por tejido conectivo fibroso además de elementos inflamatorios y cuerno de queratina.

Como este problema se presenta principalmente debido a una dentadura mal ajustada al retinirlo o recortar la caja de la dentadura ayudará a la desaparición del úlcera, solamente en casos muy severos se recurre al tratamiento quirúrgico que consiste en cortar el pliegue en caso de que sea pedáneo o haciendo una disección submucósica. El colapso de la altura de tal manera que no se pierda la altura vestibular. Si el úlcera es de carácter extenso se procederá a cortarlo, extender el vértulo superior o inferiormente y colocar un inserto palatino sub-mucósico.

La intervención quirúrgica puede disminuir la profundidad del vestibulo, cuando la profundidad es importante para la retención se recurrirá a la vestibuloplastia.

HIPERPLASIA GINGIVAL INFLAMATORIA.

Este tipo de padecimiento se desarrolla en la bóveda palatina, se asocia con el uso prolongado de una dentadura mal ajustada, mala higiene bucal, infecciones leves como moniliasis, en ocasiones se encuentra una cámara de alivio en la bóveda palatina de la dentadura usada durante el día y la noche.

Esta afección se presenta como proyecciones papilares múltiples en la mucosa palatina. En ocasiones se encuentra sobre el reborde y en los surcos bucal y labial. Se pueden presentar también proyecciones nódulo papilares con grietas.

La hiperplasia precoz puede ser reversible si se elimina el origen de la afección pero una vez establecida será necesario el tratamiento quirúrgico.

Si las lesiones son pequeñas se pueden eliminar con cucharillas cortantes o mucosección, también la electro cirugía es eficaz con molestias post-operatorias mínimas.

Las lesiones mayores deberá eliminarse por medios de excisión supracrióstica.

PRELACIONES INICIALES DE LOS TEDIOS EL NOSE.

INSENERATE MUSCULARES ALTOS Y FREMILLOS.

Se encuentran tres tipos de frenillos hipertróficos:

- a) Labial
- b) Lingual
- c) Vestibular

Generalmente se encuentran en casos en que la excesiva atrofia ha disminuido la altura alveolar.

FRENILLO VESTIBULAR. Este frenillo se localiza al lado interno de la línea alveolar muy próxima a la cresta del resaca, cuando se extiende periférica y retracción de la dentadura, el tratamiento indicado es la frenectomía en forma de "U", y disolución de la inserción muscular.

FRENILLO LINGUAL. El frenillo no debe limitar el movimiento de la lengua; como prueba de función de la lengua el paciente debe poder tocar el labio superior con la punta de la lengua sin desplazar la dentadura inferior, en caso de no ser esto posible, es necesario corregir la dentadura.

En caso de unilobulosis se hace disminución alveolar de las fibras con el fin de mejorar el crecimiento.

FRENILLOS VESTIBULARES.

Se encuentran en la zona de los premolares de 1 ó varios pliegues de la mucosa de recubrimiento. Las inserciones altas del músculo buccinador puede afectar al sellado periférico de las dentaduras y por lo tanto su estabilidad.

PRELACIONES INICIALES DE LAS RELACIONES.

DEFECTOS DE ERUPCIÓN Y WIDEN ETÍPICOS.

La mayoría de los dientes no incluidos e impactados deben de ser eliminados.

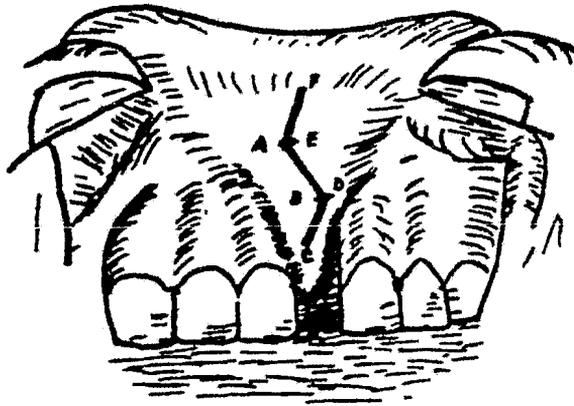
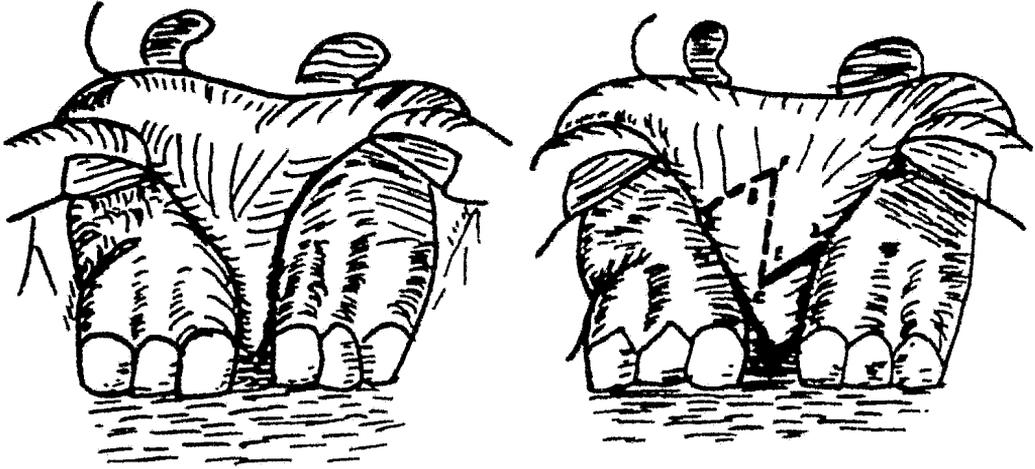


FIGURA XIII

INDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE LOS DIENTES NO ERUPTIONADOS.

- a) Cuando la radiografía muestra la existencia de signos patológicos.
- b) Cuando la pared folicular se halla muy cercana o se halla agujerada la lámina cortical alveolar.
- c) Cuando la erupción pueda dañar las estructuras bucales asociadas a los dientes vecinos.

CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE DIENTES NO ERUPTIONADOS.

- a) Si el diente o dientes han permanecido durante años sin manifestaciones patológicas.
- b) Si se hallan rodeados por hueso trabecular normal.
- c) Si se encuentran en sitios donde la intervención quirúrgica dejará un gran defecto como en el caso del hueso poroso del maxilar superior.

Estos dientes deben de estar controlándose radiográficamente ya que pueden presentarse manifestaciones patológicas

Las indicaciones y contraindicaciones para la eliminación de las raíces retenidas se consideran que son las de los dientes no erupcionados, la eliminación de éstas es una buena medida profiláctica principalmente en los jóvenes si se encuentran cerca de la superficie y perforan la lámina cortical.

CAPITULO VI

IMPRESIONES

PORTA IMPRESIONAL INDIVIDUAL.

Definición.- Son porta impresiones preparadas especialmente para el maxilar o mandíbula que se desea impresionar.

Procurando obtener mejores resultados en las impresiones tenemos que:

1. Su forma tiel facilita el centrado.
2. Su tamaño contribuye a un trabajo más exacto.
3. Permiten utilizar la cantidad mínima de material, lo que facilita el centrado.
4. Obligan al material de impresión a extenderse por toda la superficie que se desea impresionar.
5. Extendidas correctamente, ellas mismas permiten la delimitación funcional o bordeado muscular acertado.

DIVERSAS CLASES:

Pueden ser holgadas o ajustadas; y de acuerdo con los materiales usados pueden ser metálicas (hoy casi en desuso) o plásticas.

Las de base Graff o base plate, son fáciles de preparar, económicas, exactas, pero carecen de resistencia, requieren ser reforzadas y toleran mal el calor.

Las de modelina, resistentes, prácticas y económicas, puesto que las impresiones primarias se transforman directamente en porta impresión individual pero requieren mayor habilidad, exigen mayor tiempo clínico y son propensas a tener puntos débiles, además de ser termoplásticas.

Los metales colados producen porta impresiones excelentes, pero su obtención es laboriosa y por lo tanto resultan costosas y difíciles de -

bajar.

El disco fonográfico, produce porta impresiones muy resistentes y muy económicos pero no son bien adaptados.

Acrílicos. Se han ido imponiendo progresivamente y en los últimos dos años los autopolimerizables, Woelfel en 1962 demostró que las resinas acrílicas autopolimerizables reúnen cualidades de resistencia, ajuste y estabilidad. Kysela en 1968 demostró que la impresión fisiológica - tomada con pasta sinquénica en porta impresiones de acrílico se conserva una semana sin alteraciones apreciables, y la de base Graff o ba se plate sólo conserva su exactitud por una hora.

CUALIDADES:

- Resistencia adecuada para no deformarse o romperse ante las fuerzas a que será sometido.
- Rigidez suficiente para no desplegar elasticidad durante la toma de impresión.
- Adaptación a la superficie del modelo y por lo tanto a la bo ca.
- Libertad frente a los huesos o socavados retentivos para poder separarse del modelo e ir a su sitio en la boca.
- Espesor adecuado para dar a los bordes el modelado correcto.
- Lisura conveniente para no herir los tejidos ni molestar.
- Extensión y delimitación para que alcance totalmente los límites de la zona protética, pero no los sobrepase.
- Resistencia al calor para resistir rectificaciones con modelina.
- Facilidad de preparación por razones de economía y tiempo.

DISEÑO:

Porta impresión superior:

- Marcar escotaduras para los frenillos medio y laterales.
- Marcar la zona amular por detrás de la tuberosidad del maxi-

lar.

- Unir las marcas mediante líneas algunos milímetros más altas que las inserciones.

Porta impresión inferior:

- Marcar escotaduras para los frenillos medio, lateral y lingual.
- Marcar o hacer trazos anteroposteriores sobre la línea oblicua externa.
- Marcar zonas retromolares por detrás de las papilas piriformes.
- Trazar líneas posteriores 3 ó 4 mm. por debajo de las líneas milohioidicas.
- Unir trazos anteriores entre sí.

CONFECCION DE PORTA IMPRESIONES INDIVIDUALES.

PREPARACION DEL MODELO:

Para un porta impresión de resina acrílica deben eliminarse retenciones, llenándolos con cera para evitar que se pueda retirar sin romper el modelo.

Si el porta impresión era holgado, se adapta al modelo una lámina de cera haciendo unas pequeñas ventanitas en las zonas de caninos y molares.

Porta impresión de acrílico autopolimerizable.

Se prepara el acrílico poniendo unos 6 cm., 3 de monómero y añadiendo poco a poco de 20 a 25 cm., 3 de polvo, después procedemos a laminar entre dos losetas o vidrios con un espesor de 2 mm., para esto podemos utilizar, ya sea unas monedas o unos pedazos de cera.

Adaptamos primero sobre la superficie palatina y de inmediato por vestibular, con presiones suaves de los dedos para no adelgazar a menos de 2 mm.

En el inferior, cortamos por la mitad a $3/4$ de su diámetro, para poder abrirla y adaptar a ambos lados, podemos recortar el portaimpresión ya sea con unas tijeras retirando el acrílico del modelo o con un instrumento filoso sobre el modelo.

Después procedemos a colocar un mango en dirección de 33° a 45° en el superior y de 11° a 15° en el inferior.

Después recortamos siguiendo el diseño del lápiz demográfico, estos no necesitan ser pulidos pero si deben carecer de asperezas, rugosidades o filos que pudieran lesionar la mucosa.

También podemos hacer el portaimpresión por medio de una matriz de yeso, primero colocamos dos hojas de cera rosa bien adosadas al modelo, después procedemos a hacer la matriz de yeso, después de que frague se

quite la matriz y se desdobra una hoja de cera, preparamos el acrílico,
lo colocamos en el molde, quitamos la matriz a su lugar y prensamos.

RECTIFICACION DE BORDES.

(Impresión fisiológica)

1. La barra de modelina se calienta ligeramente sobre la flama del mechero, ya reblandecida se le coloca en el borde que se desea rectificar.
2. Se sumerge en agua caliente a 57° para que la modelina se mantenga plástica (15 segundos más o menos).
3. Se remodela en el borde de la cucharilla.
4. Se sumerge y se flamea en el mechero.
5. Después se lleva a la boca del paciente.
6. Y el paciente hará los siguientes movimientos.
 - a) Proyección de los labios hacia abajo y adentro; y de lateralidad (para mayor extensión de los músculos).
 - b) O se le dan movimientos rotatorios y se le mueven los labios.
7. Se hace lo mismo en el otro lado.
8. Z.F. a L.P.M. en su movimiento de apertura máxima, cerrar su boca hará movimientos de sección, laterales y proyección de comisuras.
9. Zona de sellado posterior (se coloca por dentro del borde, impresión de 2 mm. de altura y que diga el paciente "A" o "K"). tiene que realizar movimientos de apertura máxima.
10. Eliminar la cera de la parte interna y se rebaja modelina en excedentes, se rebaja la modelina más o menos un milímetro (con objeto de dar cavida al material de rectificación, pasta sinquénolica, silicón de cuerpo ligero).

11. Se toma la impresión y hasta después de 30 segundos se le pide que vuelva a hacer los movimientos anteriores.

12. Marcar el post dactil.

13. Bloqueo, Se pone un rollo de cera que se colocará a 2 mm. por abajo de nuestra curva muscular y con un ancho de 5 mm. mínimo, por todo el contorno (este último al rebajarse quedará de más o menos 3 mm.).

Se coloca otra banda de cera que debe tener una altura mínima de 2 cm. a la altura de la impresión de la porción más alta, para que no haya filtraciones (se le pone agua y no deberá salirse).

14. Se prepara el yeso en proporción 4/1 en consistencia cremosa y se vierte sobre la impresión por uno de los extremos y se hace que el yeso vaya fluyendo de las partes más bajas hacia arriba.

Se espera a que frague (se tiene que esperar una hora más o menos). Se desprende calentando para que no se vaya a romper -- con la modelina.

15. Elaboración de base de registro.

Se coloca cera en la zona de alivio para eliminar las zonas retentivas, se coloca separador en todo el modelo y parte del zócalo, se coloca después de que se seque otra capa de separador se va colocando acrílico por espolvoreo con un espesor de más o menos 2 mm. en toda su superficie.

CAPITULO VII.

RELACIONES INTERMAXILARES.

PLACAS DE REGISTROS INTERMAXILARES.

Estas placas son llamadas también placas de mordida o placas de articulación, tienen por objeto facilitar y registrar el estudio estético y - - funcional del desdentado. Las placas de registro tienen la forma generalmente de los aparatos de prótesis y como estos constan de una base y ce un reemplazante del arco dentario que es el rodillo de cera.

CUALIDADES.

De acuerdo a las especificaciones formuladas por diversos autores, las - placas de registro pueden ser:

- Ajustar en el modelo igual que en la boca.
- Tener la misma extensión y grosor que la base protética, para apreciar el desplazamiento y modelado de los tejidos.
- Ser resistente para no sufrir deformaciones elásticas.
- Ser rígidas para no sufrir deformaciones elásticas.
- No penetrar en los socavados retentivos del modelo.
- Ser fáciles de modificar.
- Ser capaces de servir como base de prueba de los dientes - artificiales.
- No tener mal sabor, ni olor, ni ser lesivas,
- Ser económicas y fácil de construir sin perjudicar el modelo.

MATERIALES.

Los más adecuados para las bases de las placas de registro son la "base plate" o "Graff", y la resina acrílica, las bases metálicas son las mejores, pero su costo y las dificultades para rebasarlas restringen gran

demente su empleo. Las dos primeras son fáciles de adaptar, la "base plate" es blanda y puede recortarse o desgastarse fácilmente, pero es menos resistente a la flexión y sobre todo al calor deformandose fácilmente. La resina acrílica es prácticamente indeformable, pero mucho más difícil de desgastar o recortar exigiendo el uso de piedras.

PREPARACION DE LOS MODELOS.

Un buen modelo de trabajo de yeso piedra, bien terminado, sólo necesita dos cosas para adaptarle una base de registro provisional. Se deben eliminar los socavados retentivos y colocar un separador yeso acrílico.

La delimitación de los socavados retentivos se hace examinando al modelo y en caso necesario, colocando un instrumento recto o un lápiz en la dirección de entrada y salida de la base, permite establecer el contorno exacto de cada socavado, para rellenarlo antes de adaptar la base.

Los puntos que frecuentemente presentan socavados retentivos son: Fosas retroalveolares, por detrás y abajo de la línea milohioidea, las partes vestibulares altas de las tuberosidades prominentes, las partes altas de los rebordes residuales superiores prominentes.

Existen tres maneras de evitar que las placas de registro ocupen rígidamente los socavados retentivos:

- Recortándola, para que no llegue a ellos.
- Haciéndola saltar sobre ellos, o bien
- .. Haciendo esta parte de las bases con material elástico, o bien
- Rellenando estos socavados con cera, yeso o pasta sinquenólica.

BASES ESTABILIZADAS.

Es una base forrada con material plástico para mejorar su adaptación y estabilidad, la "estabilidad", se refiere a la estabilización sobre el modelo sobre el cual tiene una sola posición gracias al ajuste contra su superficie, por contraposición a las bases "inestable", sobre el modelo por falta de adaptación.

El principio técnico de la estabilización o reajuste de las bases, consiste simplemente en utilizar la placa base temporaria, de resina acrílica o "base plate" como cubeta para tomar la impresión del modelo con un material de alto corrimiento. Estos materiales pueden ser: Cera, Godiva, pasta sinquénolica elastómeros, resina acrílica autopolimerizable, etc.

RODETES DE OCLUSIÓN.

Se pueden preparar en el momento o bien utilizar rodetes prefabricados con ayuda de moldes especiales.

Existen los rodetes de godiva a mano o también de cera.

Rodetes de Cera:

También pueden prepararse en el momento o ser prefabricados, aunque es fácil prepararlos enrollando hojas de cera rosa, tienen el inconveniente de descamarse durante el trabajo, por lo que se prefiere fundirlos en moldes. La técnica de modelado y pegado, es fácil, ya que la cera puede fundirse con la espátula caliente, procurándole con facilidad adherencia a la base y unión entre sus partes.

TERMINACION.

La placa de registro mal terminada puede engañar al clínico. Si es asimétrica, no siempre es fácil distinguir entre la simetría del paciente y la de la placa, pudiendo arrastrar el defecto hasta la prótesis termi

nada. Si es fúera puede provocar náuseas y otras sensaciones desagradables al paciente.

BASES DE RESINA ACRÍLICA.

Las bases de resina acrílica utilizables para registros intermaxilares pueden ser auto o termopolizables.

Bases autopolimerizadas sobre los modelos.

Son las adoptadas por los técnicos que prefieren trabajar sobre bases - resistentes, de buena adaptación y no muy gruesas. Pueden emplearse - varios métodos:

- a) Se puede adaptarlas en un molde similar a las cubetas individuales, pero es difícil producir bases bien adaptadas y de espesor uniforme.
- b) Se puede, después de eliminar los socavados, hacer una base de cera y pintarlo el resto del modelo con aislador. Se prepara la mezcla de acrílico y se prensa sobre el modelo.
- c) El método de espolvoreo (sugerido por Mc Cracker), se prefiere por su exactitud y sencillez; consiste en:
 - 1) Preparar el monómero en un frasco gotero y el acrílico auto polimerizable en un frasco plástico de tapa en embudo que permita un fino chorro de polvo.
 - 2) Cubrir con cera o masilla los espacios retentivos del modelo (también los alivios si se quiere) y pintarlo con aislador.
 - 3) Ir goteando monómero sobre el modelo y encima polvo de acrílico, hasta que capa por capa, se haya dado un espesor de un par de milímetros de la base.
 - 4) Dejar fraguar 30 minutos.
 - 5) Si hay cera en los socavados, calentar para retirar la base, porque el acrílico estará adherido a ella.
 - 6) Retocar los defectos y retirar la cera antes de volver

la base al modelo.

d) Tucker perfecciona la técnica anterior:

- 1) Llenando los grandes socavados parcialmente con yeso mezclado con polvo de piedra pomex (1 y 1), ocupando los pequeños socavados con acrílico resiliente auto--polimerizable.
- 2) Cubriendo también con material elástico los puntos delicados del modelo, con la papile incisiva o los re--bordes milohioideos.
- 3) Haciendo encima la técnica del acrílico espolvoreado.

TECNICA CLINICA GENERAL DE LA PLACA DE REGISTRO.

PRUEBA.

Las placas de registro bien preparadas sobre modelos correctos calzan en la boca sin dificultad. Se las probará por separado, presionándolas sobre las superficies oclusales de los rodetes, no deben bascular de lado a lado, excepto si en el maxilar superior existe una dureza media que ha sido aliviada.

Los rodetes de articulación representan los arcos dentarios, deben aparecer evidentemente altos y largos, cubriendo todo los labios. Si no es así, probablemente los rodetes son cortos, también es probable que abulten excesivamente, hinchando los labios.

El trabajo para determinar las relaciones intermaxilares consistirá en modificar los rodetes de articulación y eventualmente, los bordes vestibulares de placa de mordedura, quitando o agregando material hasta obtener la altura morfológica que corresponda, la posición normal de los labios, el volumen adecuado de los rodetes arcos dentarios y las relaciones normales entre los antagonistas en relación central y eventualmente en las excéntricas.

Las modificaciones de reducción que son las más fáciles, se obtienen por corte, siempre con cuchillo bien afilado, que permite efectuar cortes precisos en la goma o en la cera; por calentamiento y modelado -- siempre superficial, con el soplete de alcohol y poco a poco, cuidando de no deformar la base; o bien por desgaste, con el filo del cuchillo o papel lija de grano grueso. Las piedras en el torno pueden ser poco útiles para empastar.

TECNICA CLINICA GENERAL DE LAS PLACAS DE REGISTRO.

PRUEBA.

Las placas de registro bien preparadas sobre modelos correctos calzan en la boca sin dificultad. Se les probará por separado, presionándolas sobre las superficies oclusales de los rodetes, no deben bascular de lado a lado, excepto si en el maxilar superior existe una dureza media que ha sido aliviada.

Los rodetes de articulación representan los arcos dentarios, deben aparecer evidentemente altos y largos, abarcando los labios. Si no es así, probablemente los rodetes son cortos, también es probable que abulten excesivamente, hinchando los labios.

El trabajo para determinar las relaciones intermaxilares consistirá en modificar los rodetes de articulación y eventualmente, los bordes vestibulares de placa de mordedura, quitando o agregando material hasta obtener la altura morfológica que corresponda, la posición normal de los labios, el volumen adecuado de los rodetes arcos dentarios y las relaciones normales entre los antagonistas en relación central y eventualmente en las excéntricas.

Las modificaciones de reducción que son las más fáciles, se obtienen por corte, siempre con cuchillo bien afilado, que permite efectuar cortes precisos en la godiva o en la cera; por calentamiento y modelado -- siempre superficial, con el soplete de alcohol y poco a poco, cuidando de no deformar la base; o bien por desgaste, con el filo del cuchillo o papel lija de grano grueso. Las piedras en el torno pueden ser poco útiles para empastar.

C A P I T U L O VIII.

MONTAJE EN EL ARTICULADOR.

El arco facial de transferencia es utilizado para posicionar el modelo superior en la misma relación con el eje de rotación del articulador como lo está el maxilar en la articulación temporomandibular. Algunos dentistas creen que con el uso de dientes monoplánicos y obteniendo un registro de la relación céntrica de acuerdo a una dimensión vertical correcta - el arco facial de transferencia no es necesario. Otros dentistas creen que la posición exacta de los modelos es necesaria, - para poder articular los dientes en oclusión y por lo tanto para ellos un arco facial de transferencia es muy necesario.

Existen dos tipos de arcos faciales:

- a) arco facial de transferencia arbitrario
- b) arco facial de transferencia cinemática

Con el arco facial arbitrario, el eje de rotación es aproximado. Se sitúa el eje de bisagra arbitrario dentro de 2 mm., del verdadero eje de bisagra.

El arco facial cinemático requiere de la localización del verdadero eje de bisagra por medio de movimientos de cierre de la mandíbula cuando ésta se encuentra en la posición terminal de bisagra.

Posteriormente se establece un plano de orientación para ambos métodos, por medio de un tercer punto de referencia que puede ser el agujero infraorbitario o Nasion.

En el montaje de los modelos en el articulador importan 4 pasos; Aprente del articulador, Aprente de los modelos, dar posición a los modelos y fijación a las ramas del instrumento.

APRENTE DEL ARTICULADOR.

- a) Comprobar que el instrumento está completo, que sus movimientos sean suaves, que sus tornillos se aflojen y ajusten fácilmente.
- b) Ajustar la rama superior en relación central del instrumento; el vértigo incisivo debe estar en el nivel que hace paralelas las ramas; la plataforma incisiva de 0° ; portamodelos bien atornillados.
- c) Envuelinar los modelos y las demás partes del articulador que entran en contacto con el yeso.

d) Ajustar la plataforma interna de montaje en posición.

APORTE DE MODELOS.

a) Bajar la altura de los zócalos si es necesario para que quepan las ramas del articulador.

b) Envaselinar parcialmente las bases de los zócalos para reducir la adherencia al yeso de montaje.

c) Colocar los modelos en las placas de registro y comprobar que calcen a fondo, si contactan con la placa o modelo antagonista fuera de las superficies oclusales corregir desgastando las placas de registro o los bordes de los modelos según sea el caso.

d) Tallar marcas de guía en los zócalos profundas y nítidas. Envaselinarlas ligeramente.

e) En caso de no utilizar el arco facial marcar la línea media a largo de la base del modelo superior para poder centrar el articulador; marcar con el lápiz en la superficie del zócalo, hasta llegar a la base, la prolongación vertical de la línea media del paladar y prolongarla verticalmente por la superficie posterior del zócalo hasta alcanzar la base; unir en línea recta los trazos anterior y posterior.

f) Pegar con cera los alambres de registro a los modelos a lo largo de sus bordes.

g) Colocar los modelos en agua.

UNIFICACIÓN DE LOS MODELOS EN LA PLACA DE MONTAJE.

a) Poner el modelo superior en posición de registro sobre la placa de montaje y orientarlo hasta que la línea media coincida con la del articulador ; el punto medio del alfiler que mide a 11 ó 12 cm. de los cóndilos del quilate.

b) Pegar el rodillo occlusal a la placa de montaje.

FIJACIÓN DEL MODELO.

a) Levantar la placa superior del articulador.

b) Preparar el yeso en consistencia espesa.

c) Poner yeso sobre la base del model ; hacerlo correr en las ranuras y muescas de guía, poner yeso en el portamodelos superior.

d) Cuando tenga consistencia suficiente para no caer, agregar yeso sobre ambas superficies; cerrar el articulador para que ambos yesos se unan.

e) Se añade más y se sí es necesario; se retira el que haya sobrado hacia arriba del portamodelos ; separar los partes laterales y posterior quitando los excesos.

f) Fraguado el yeso superior, se abre el articulador, se retira la modelina o plataforma de montaje.

El siguiente paso se puede realizar de dos maneras:

- 1) Invertir el articulador y fijar el modelo inferior.
- 2) Poner yeso directamente sobre la rama inferior, cerrar el articulador y modelar el yeso con la espátula.

TERMINACION

Conviene modelar los yesos de montaje retirando los excesos con la espátula o un cuchillo antes que terminen de fraguar y emparejándolos con el dedo o un trapo húmedo. Fraguado el último yeso se abre el articulador cuidando de despegar las placas entre sí. Luego se despegan con cuidado y se retiran las placas de registro.

ARCO FACIAL DE SNCW.

Los arcos faciales derivan su nombre de su forma y la zona de aplicación, son capaces de determinar las relaciones entre los arcos dentarios y maxilares y las articulaciones temporomaxilares, pudiendo transferirlas a los modelos y sus relaciones son los mecanismos condilares de los articuladores.

El arco facial fijo o eje de SNOW, tiene por objeto determinar en la cabeza del paciente y transportarla al articulador, del maxilar superior respecto a las articulaciones temporomaxilares. "El arco facial puede utilizarse para montar el modelo superior en cualquier articulador que tenga un eje de abertura fijo" al arco facial.

- 1) Da una referencia más fija que el montaje arbitrario.
- 2) Permite introducir modificaciones en la altura intermaxilar con menor riesgo de error.
- 3) Es un método cómodo para montar el modelo superior en el articulador.

El arco de SNOW consta del arco, una pieza bucal, un ajustador para la pieza bucal y las piezas condilares. Algunos poseen olivas articulares, marcador suborbitario y soporte de altura.

El arco es generalmente una barra cilíndrica de bronce con dobletes que determinan una porción central recta de unos 20 cm., y dos porciones laterales perpendiculares a la anterior y de unos 10 cm.

Lo importante es que el arco sea liviano, que tenga la resistencia para no flexionarse y que permita un fácil ajuste de la pieza bucal.

La barra anterior lleva el ajustador a la pieza --

basal; los alfileres se fijan en los extremos de las varillas de ajuste.
res.

La pieza basal se la coloca también como pieza de apoyo, tiene foros de colocación de los arcos dentarios a las piezas de sustento en el momento de proyectar fuera de la boca.

El ajustador de tipo universal posee un eje de sustentación perpendicular a su centro de gravedad, en la parte superior del arco facial y otro para el eje de la pieza basal. Los frenos del ajustador se encuentran en la parte superior de la pieza de un tornillo manual, los cuales se fijan entre sí. El ajustador debe unir estos y fijarlos en posición, además la fuerza del operario debe actuar sobre el ajustador para moverlo sobre el arco facial.

Las piezas conchilares se fijan en varillas conchilares y sus respectivos ajustadores.

Las varillas conchilares se colocan en movimientos paralelos a la parte superior y pueden ser simétricas para ajustarla a la piel del paciente, en forma de líneas centradas el arco facial.

El arcoder universal tiene un eje de ajustador universal en la parte superior del aparato mediante el cual se fija una varilla de ajuste inferior al punto inferior, lo que permite mover las piezas de el articulo.

en relación con el plano bicóndilo infraorbitario.

El soporte de altura tiene por objeto dar al arco facial en su parte delantera la altura conveniente al ubicarlos en el articulador.

PUNTOS DE REFERENCIA.

Tres son los principales procedimientos en uso para ubicar las varillas condilares del arco facial en relación con los cóndilos del paciente, la palpación, los puntos de referencia externos y la utilización de mentos auditivos.

- a) La palpación de las cabezas condilares es difícil en la mayoría de los casos debido a que el cóndilo, en la fase de cierre se hunde en la fosa glenoidea, y su parte superior del polo externo para arriba queda cubierta con la raíz longitudinal -- del sigoma. Por esta razón se palpan los cóndilos en las aberturas habituales.

De los puntos de referencia arbitrarios, el más aproximado al centro del cóndilo y al polo condilar externo es el punto marcado unos 12 mm., por delante del borde posterior del trago, en la línea que une con el ángulo externo del ojo.

- b) La manera más sencilla de utilizar los conductos auditivos externos como referencia es emplear el instrumento de Rechev, que permite hacer un trazo.

f) circular en la piel a 12 cm., por delante del conducto auditivo externo.

PREPARACIÓN DE LA PIEL.

- a) Tajar en la piel por delante del trago y en dirección al ángulo del ojo un trozo de tira elástica - anchura máxima de 3 cm., de largo por 2 de ancho.
- b) Colocar el borde de una regla en la línea que une el centro del trago con el ángulo externo del ojo y trazarla sobre la tira.
- c) Marcar unos 11 ó 12 cm., por delante del borde posterior del trago y trazar una línea que atraviese la anterior y se prolongue 6 u 8 cm. por encima y por debajo de la cruz marcada, es posible obtener una referencia para centrar la pieza condilar del arco facial.
- d) Repetir del lado opuesto.

ENTRADA HACIA DE LA CEFALICA.

El procedimiento consiste en calentar la parte bucal de la horquilla y clavarla en la cara externa del rodillo de articulación superior, el vértigo anterior debe quedar paralelo al plano de orientación y al plano sagital.

CENTRADO Y AJUSTE.

La cabeza del paciente debe quedar en el centro del -

arco facial siguiendo la siguiente técnica:

- a) Sacar del arco facial una de las varillas condilares.
- b) Colocar el arco facial en la cabeza del paciente.
- c) Introducir la varilla condilar del lado opuesto - hasta que contacten con la marca de referencia -- que le corresponde y ajustarla mediante su tornillo.
- d) Sumar las marcas de las 2 varillas y dividir las - entre dos.
- e) Probar el arco facial centrado. Las varillas de ben de contactar suavemente con la piel.
- f) Ajustarlo en esta posición.

TRASLADO AL ARTICULADOR.

- a) Colocar el articulador sobre la mesa.
- b) Introducir o retirar las varillas condilares del arco facial hasta que ajusten con ligera elasticidad el arco, en las prolongaciones condilares del articulador.

Si no se estableció el punto de referencia suborbitario, subir o bajar la parte delantera del arco hasta que el -- plano de orientación del rodillo superior quede paralela a las ramas del articulador, fijar a ese nivel el soporte de altura.

Si se estableció el punto infrarbitrario, subir o bajar la parte delantera del arco facial hasta que la varilla indicadora señale la altura que le corresponde.

Si se estableció el punto arbitrario, subir o bajar la parte delantera del arco facial hasta que la varilla indicadora señale la altura que le corresponde.

C A P I T U L O IX.

SELECCION DE DIENTES

Este es un paso muy importante puesto que de la impresión que el paciente reciba tanto de la forma como de la colocación de los dientes artificiales influirá en gran parte el fracaso o triunfo en el uso de las nuevas dentaduras. Por lo tanto se observará un especial cuidado en la selección y colocación de los dientes artificiales.

Conviene en la primera visita hacer las observaciones necesarias en cuanto a forma, color y disposición de los dientes que se usarán. Si el paciente se encuentra usando dentaduras, se anotarán cuáles son las modificaciones que desea, y si es posible realizarlas, de lo contrario indicarle la razón o razones por la cual no es posible hacerlas.

SELECCION DE LOS DIENTES ANTERIORES.

Se realizarán en primer lugar la elección entre dien

tes de porcelana y dientes de acrílico. Es conveniente utilizar dientes de porcelana o menos sus estos están contraindicados.

LOS DIENTES DE ACRILICO EN LAS OJAS:

- 1) Cuando los antagonistas son dientes naturales o de acrílico.
- 2) En procesos residuales débiles.
- 3) Cuando presenta poco proceso residual.
- 4) En prótesis inmediatas.
- 5) Razones económicas.

Por otra parte los dientes de porcelana son más resistentes.

En cuanto al tamaño de los dientes se dice que no existe una gran relación entre el ancho y largo de la cara y de los dientes.

La placa de registro cuando está bien elaborada y da una forma correcta al labio y determina un plano de orientación satisfactorio, dará por resultado en la línea de la sonrisa y en la de los caninos unos indicadores importantes para el tamaño de los dientes.

Otra referencia es la anchura de la base nasal, que coincide con la de los 4 incisivos en más del 90% de los casos.

En los pacientes de boca grande y movediza se pueden colocar dientes más anchos.

En las mujeres se pueden colocar incisivos laterales relativamente angostos. En los hombres se pueden acentuar ligeramente el tamaño de los caninos e incisivos laterales.

El tamaño de los dientes anteriores inferiores resulta de los superiores cuando el aspecto es escaso, los dientes grandes suelen crear problemas; en tales casos pueden ser necesarios los dientes de resina acrílica.

SELECCIÓN DE FORMAS.

En la forma de los dientes artificiales deben ser estéticos y funcionales. Los bordes incisivos y los bordes vestibuloclusales de los posteriores forman parte de las superficies estéticas y de los funcionales.

Los dientes artificiales se clasifican en 3 formas: Triangulares, cuadrados y ovoides.

COLOR.

El color se deberá elegir tomando en cuenta ciertos factores tales como: El color de la piel, la edad del paciente, diferentes hábitos como el tabaquismo y además algo muy importante que es la opinión del paciente.

RELACION DE LA SUPERFICIE OCLUSAL.

La selección de las dientes posteriores se refiere a las caras oclusales que son funcionales, la elección de las caras vestibulares que son la parte estética, se determina con el mismo criterio que los anteriores.

TAMAÑO.

Los dientes posteriores se seleccionan en cuanto a tamaño según su superficie oclusal y la cara vestibular. Los tamaños en altura morfológica y relación central correcta.

El tamaño de la superficie oclusal debe ser más reducida que el de los dientes naturales y debe estar en proporción con el volumen de los maxilares. Cuando estos son grandes y sanos se pueden utilizar dientes relativamente naturales.

Conforme se va reduciendo el tamaño de los modelos residuales es conveniente reducir las superficies oclusales de los dientes artificiales.

Esto es debido a varios motivos: crear un espacio a los órganos bucales, reducir las presiones masticatorias, las cuales caen en las superficies oclusales.

El tamaño del diente oclusal depende de sus diámetros mesiodistales y vestibulo-oclusales.

No se debe permitir que los posteriores, una vez enfilados dejen un espacio menor de 12 a 15 mm., entre ellos y el borde posterior de la prótesis. Tampoco se debe cubrir los cuerpos piriformes con las superficies masticatorias.

Con el fin de cumplir con estos requisitos se pueden suprimir los segundos molares o los segundos premolares.

La altura de los dientes posteriores está dada por el espacio disponible. Las caras gingivales pueden quedar separadas de la superficie del modelo entre 1 y 2 mm., para mantener un espesor de acrílico resistente.

TERMINACION.

Una vez que se han colocado los dientes sobre los rodillos de articulación correctamente se probarán en la boca del paciente, se observará que no se presente chasquido de los dientes, que la dimensión vertical se encuentre restablecida, los labios no deberán verse demasiado abultados pero tampoco demasiado hundidos, se comprobará la relación céntrica así como la oclusión deberán ser correctas. Probadas se remitirán con el técnico dental para el procesamiento o enmulado de las dentaduras. Una vez terminadas y pulidas las dentaduras se procederá a la inserción de éstas.

Este es un paso sumamente importante pero no es el último en la elaboración de dentaduras completas. Aquí el paciente sentirá algunas molestias ya sea debido a que ha perma-

recién durante algún tiempo se desatará bien con que el tubo -
acostumbra a un antiguo dentadura.

El labor del odontólogo al dar por estas molestias
se irán corrigiendo poco a poco. Nunca deberá entregarse las
dentaduras y permitir al paciente quede con la idea de que
sus nuevos aparatos protésicos estarán exentos de molestias e
irritaciones.

que por otra parte se le informen. Se debe seguir tra-
tando al paciente hasta que todas las molestias hayan sido eli-
minadas.

Se instruirá al paciente en lo que se refiere a la
limpieza y conservación de sus dentaduras.

Es un error colocar una dentadura y una vez aliviadas
las molestias no se presentar olvidar al paciente, ya que
el odontólogo presta un servicio y por lo tanto deberá tomar
en cuenta que el paciente necesita revisiones periódicas tanto
de sus aparatos protésicos como de sus procesos residuales y
demás estructuras bucales, por lo tanto se debe estar en con-
tacto con el paciente, con el fin de chequear el funcionamiento,
la estabilidad y el mantenimiento de las nuevas dentaduras; --
así como el resto de sus tejidos que le da, con el fin de preve-
nir o en su defecto corregir cualquier anomalía que llegase a
presentarse.

CAPITULO X.

ARTICULACION DE DIENTES.

BANANA DE FOSBELT (Plano sagital)

RELACION CENTRICA

Se lleva al paciente en movimientos mandibulares a la parte más superior, posterior y media de la cavidad Glenoidea.

RELACION CENTRICA O Posición terminal de bisagra
Posición de contacto o retrucción.
Posición ligamentosa
Miocéntrica (nivel muscular)

OCLUSION CENTRICA O Posición intercuspidea
Posición dental
Céntrica adquirida
Céntrica habitual

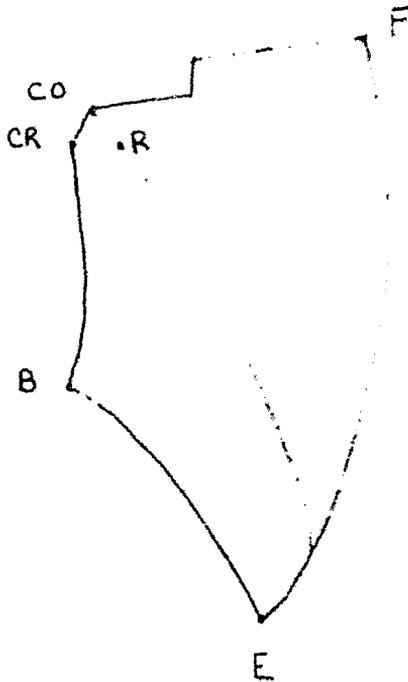
OCLUSION CENTRICA.

Es la máxima intercuspidadación en un plano oclusal o relación cúspide-fosa en un plano oclusal.

Céntrica larga, es la libertad o espacio que ofrece una fosa a su cúspide, o camino que va de relación céntrica a oclusión céntrica (1.25 mm. en adultos y 0.5 mm. en niños).

Para tomar Relación Céntrica, se traza una línea de "caminos", está en dirección a las alas de la nariz, se piensa que pasa por la línea media de los caminos, y otra línea más a la altura de molares (a una distancia de 13 mm. se supone que queda el cóndilo). Se preparan las muescas en la cera tanto en los rodillos superior como inferior, se agrega la

modelino o el material de impresión que se escaja, y se impresiona.



De CR a B apertura mínima - (18 a 25 mm), el cóndilo no sale de la cavidad Glenoidea y su punto de apoyo es el -- cóndilo.

De B a E apertura mayor, el -- eje de rotación ya no es el cóndilo, sino que pasa a nivel de la Espina de Spix en la rama ascendente y el cóndilo roza la eminencia articular.

De E a F, hay movimiento de -- protusión y el cóndilo permanece fuera de la cavidad glenoidea.

De F a CO, el cóndilo regresa a la cavidad glenoidea y allí se da el "traslape".

De CO a CR, esto es de oclusión a relación céntrica, nos da la céntrica larga.

ANGULO DE BENNETT - ARCO GOTICO DE GYSSI.

(movimientos laterales)

MOVIMIENTOS DE BENNETT (deslizamiento lateral de la mandíbula).

Bennett Inmediato	Cuando nuestra cúspide se desliza sobre una fosa triangular o sobre una fosa oclusal -- sin desalojarse.
Bennett Progresivo	Es la continuación del inmediato.
Angulo de Bennett	Es producido por el choque del cóndilo con la articulación en la Eminencia articular - en movimiento lateral.

CÓNDILO DE TRABAJO Y CÓNDILO DE BALANCE U ORBITANTE (lateralidad).

Cóndilo orbitante	Rota sobre su eje, baja y se dirige a la <u>lí</u> nea media. Por la acción de pterigoideo <u>in</u> terno provoca contracción y salida del cóndilo de la cavidad Glenoidea. Las cúspides vestibulares superiores u <u>lin</u> guales inferiores en este movimiento van a ser de balance y orbitantes.
Cóndilo de trabajo	Rota sobre su eje, se dirige hacia arriba y hacia adentro, este movimiento está <u>det</u> erminado por los ligamentos temporo mandibulares, fibras posteriores del temporal lo dirigen hacia adentro, las fibras medias sólo lo <u>ja</u> lan.

Cuando el cóndilo se traslada en movimientos laterales choca en la porción anterior de la Eminencia Articular, y en ese choque determina una angulación la cual es el ANGULO DE BENNETT. Si el cóndilo es de trabajo no hay registro, si es de balance u orbitante sí se obtiene.

RC = punta de flecha

Entonces el Arco Gótico de Gyssi,
de la regulación de las cúspides.

Movimientos límites para el punto
incisivo se trazan en un plano -
horizontal por el Arco Gótico de
Gyssi o trazo de Gyssi.

DIMENSIÓN VERTICAL

Se toma por:

- Cansancio muscular. Relajar al paciente y hacerlo repetir m. m. m., posteriormente llevar la mandíbula hacia atrás.
- Técnica de Willis, trazando un punto de la base de la nariz a la punta del mentón (prominencia). Se mide con rodillos, descontando 2 mm. sólo al interior
- Fonética. Por medio del sonido SS, 61, 62, 63, el paciente deberá decir si toca o no el borde berme llón, cuando el paciente duda es cuando ya está en dimensión vertical.
- Deglución, cuando el paciente traza la cúspide -- contactan (fuera de lo normal).

Esta medida es importante porque ella sirve para encontrar la altura y -
la distancia de los dientes anteriores.

Se toma cuando el paciente tiene la línea papilar paralela a la platina de Fax.

De las técnicas para tomar dimensión vertical que se menciona, las más usadas son la de Willis y la de consancio muscular, por ser las más precisas.

La altura de centrales se puede tomar también retirando los modelos ya montados, y se tome la medida - de proceso.

La forma de los dientes estará dada en relación a la forma del cráneo del paciente.

Se le dan 2 o 2.5 mm., más considerando que la línea pasa por el centro de los caninos.

Asimismo, el color de los dientes estará en función del tono de la piel - del paciente.

Persona morena	dientes	6, 7
Persona blanca	dientes	6, 1 - 6, 2
Persona apiñonada	dientes	6, 5 - 6, 6

Las caretas Trubay, dar el largo y ancho de los centrales.

Los grados de los dientes a utilizarse están dados por el ángulo o angulación de las cúspides (inclinación); esta angulación está dada por el Arco Gótico de Gyssi.

Los dientes de:

- 0^o Se utilizan cuando los dientes reabsorbidos.
- 2^o Se utilizan cuando existen dientes remanentes.
- 3^o Se utilizan en proclisis en excelentes condiciones.

ARTICULACIONES EN LA ORODONTOLOGIA

Superiores (cúspide)	Vestibular	= Guía
	Palatina	= Apoyo
Inferiores (cúspide)	Vestibular	= Arroyo
	Lingual	= Surco guía

TRIANGULO DE EARL FORD

Sirve para encontrar la altura probable de los caninos inferiores. Se busca la zona principal de soporte, independientemente de la forma, trazando una línea de la parte media de las papilas piriformes y uniéndolas por una línea recta.

Se puede sacar también la parte media de la zona de soporte, allí debe coincidir el surco central.

Para calcular la altura probable de las cúspides vestibulares inferiores se cierra el articulador y se traza una línea en V, rebajada (1,5 mm.) - que se marca sólo en el rodillo superior (esto se trabaja de acuerdo con la técnica, ya que hay quien prefiere rebajar sólo el inferior).

TEORIAS DE OCLUSION.

Una dentadura debe estar siempre en función de grupo bibalaceada.

Protección de:

- Anteriores (sólo contactan anteriores)
- Caninos (Sólo contactan caninos)
- Posteriores (sólo contactan posteriores)
- Mutua (se muerden los carrillos)
- Función Gpo. (contactan anteriores y posteriores, protección ideal).

La masticación es elíptica.

Los puntos prematuros de contacto desalojan dentaduras y se lesiona el músculo temporal.

Suendo se utiliza el papel para articular, todas las cúspides de deben marcar, con movimientos de lateralidad y bisagra.

Si se encontraran puntos altos.

Cúspide alta es de trabajo se desgasta la vertiente por donde se desliza la otra cúspide.

Cúspide alta es de balance, se puede rebajar hasta un milímetro, o si no se puede mover el diente para reacomoderlo.

Las cúspides de trabajo son las que dan la articulación, por ese motivo no se deben mover y de preferencia no rebajarse.

CAPITULO XI.

PROCESO Y TERMINACION DE LAS DENTADURAS COMPLETAS Y METODO DE LABORATORIO.

ENCERADO DE LA DENTADURA O FELTONADO.

En esta etapa proveemos a la dentadura de los detalles estructurales, tejidos (ejem. márgenes gingivales).

Con una espátula caliente (no. 7), se funde la cera que rodea a los dientes de manera que se introduzca entre diente y diente, a la altura de los cuellos, para formar el espesor gingival se va agregando cera sobre el cuello del diente.

Se lisa la superficie de la cera aplicando la flama horizontal de la lámpara Hanaw, y se le enfría sumergiéndola en un recipiente de agua fría durante 3 a 5 minutos.

Modelado de las superficies de cera.

Las superficies de cera se modelan en frío, de modo que se haga resaltar cada diente en su posición, papilas interdenterias y conformados los relieves necesarios con prominencias y depresiones ya teniendo esto se le aplica la flama de la lámpara Hanaw, eliminando las aristas agudas.

REPARACIONES.

Las más comunes son roturas de dientes, bases fisuradas o partidas, dientes despegados, perforaciones de las bases y deformaciones de las prótesis.

Para hacer las reparaciones hay que tomar en cuenta las siguientes situaciones:

1.- Hay que ver si tienen arreglo, que clase de arreglo y que tiempo exigirá.

Las reparaciones se dividen en simples y de laboratorio.

Reparaciones de dientes.

SIMPLE

Reparaciones de fisuras.

Sin impresión Placas partidas
Reparación de fisuras

DE LABORATORIO

Agregado de dientes

Con impresión. Aumento de extensión de
dientes.

Rebases y cambios de bases.

Reparación de un diente, se tiene que extraer de nuestra prótesis el diente ya sea restablecido el acrílico por medio de calentamiento poco a poco del lugar indicado y exacto o por medio de una fresa de desgaste alrededor de la pieza hasta que se pueda extraer fácilmente, después se sigue escarbando el hueco hasta que el diente nuevo adopte una buena posición, se prepara acrílico rápido y se procede a colocar en la prótesis presionando con el diente para que se expanda el demás acrílico, se coloca en la boca antes de que polimerice y se coloca en oclusión, recorriendo los excesos del acrílico, se espera a que polimerice y se pule bien.

Reparación de una fisura, siempre que sea posible, una fisura debe repararse con acrílico termo curable ya que da mayor resistencia. con una

fresa cilíndrica se abra la fisura hasta su extremidad y hacer retenciones mecánicas en los costados sin perforar la base.

Se prepara el acrílico y se hace correr en la fisura preparada, comprimiendo el acrílico con los dedos.

Prótesis partidas, exigen la preparación de un modelo previo el cual es la unión de los fragmentos sin la separación total, unir los fragmentos de la base ya sea con modelina, cera pegajosa, pla graff, o base plata, conviene colocar refuerzos pegados a los dientes ya sea pelillos, alfileres, clips, clavos, etc., cuando hay muchos fragmentos se puede unir con cera rosa, después de estar convenientemente pegados los fragmentos, pintar con agua jabonosa, grasao vaselina la superficie de la impresión y vaciar un modelo de yeso, piedra o blancanieves, paris, etc., cuidando de que no se despeguen los fragmentos, alisar los bordes de la fractura de modo de que queden nítidos y colocar los fragmentos en su sitio en el modelo a un milímetro de distancia un del otro, bicelar los bordes es necesario escabar para que entre éste. Se puede hacer en acrílico auto o - termo, pero es más conveniente usar el termo.

C A P I T U L O X I I

ENTREGA Y CUIDADOS POSTERIORES

Existen gran cantidad de recomendaciones que puede hacerse a un paciente con dentaduras completas. Es muy importante que la persona esté realmente convencida y dispuesta a llevar a cabo todas las recomendaciones en forma sistemática.

Hay cinco puntos principales, para el éxito del tratamiento que son:

1.- Se le recomienda al paciente no comer cosas duras - ni pegajosas sino más bien blandas o semilíquidas durante las primeras y segundas semanas, pues ésto ayuda a que la dentadura se adapte a la mucosa, al tono muscular, formación ósea de los procesos, estado general de salud y sus relaciones psicológicas.

Al principio los tejidos de soporte donde se apoya - la dentadura sufre irritaciones o lesiones, se procurará evitar presiones bruscas hasta que por sí solos los tejidos lo puedan resistir.

2.- Se le indica al paciente que procure que la lengua - se mantenga en posición de reposo apoyándose sobre las - superficies oclusales de la dentadura inferior.

3.- Higiene de la dentadura, será necesario que el paciente se provea de un pequeño cepillo y utilice jabón de tocador para asear la dentadura después de cada alimento o cuando menos una vez al día, preferentemente por las noches. De ninguna manera deberá usar sustancias abrasivas para el aseo de su dentadura, porque esto ocasionaría

el deterioro de la misma. Además es recomendable que durante la noche mantenga la dentadura en un vaso con agua que contenga alguna solución anticéptica que actúa en -- conjunción con el cepillado, para evitar que se acumule placa bacteriana sobre la superficie de la dentadura.

4.- Masaje, El mantenimiento de los tejidos de soporte - pueden facilitarse si se aplica un automasaje con goma de mascar, preferentemente que contenga azúcar, se reco^{mienda} que la goma de mascar sea reblandecida en agua tibia para quitar su dureza, indicándole al paciente que - como período inicial masque la goma durante treinta minu-- tos al día en un lapso de diez días aproximadamente, su-- mentando después de este período a sesenta minutos por - día.

Este tipo de tratamiento puede ser interrumpido du-- rante dos semanas cada tres meses.

5.- Evaluación posterior del estado de la boca y ajustes necesarios a la dentadura. Es importante citar al pa-- ciente a visitas subsecuentes aunque sea en forma ais-- lada para evaluar el estado que guardan las estructuras - de la boca y en todo caso corregir las alteraciones que pueden encontrarse. Así se aprovecharán dichas visitas para realizar los ajustes que son necesarios a la denta-- dura que por razón natural puede verse afectada por los constantes cambios que se suceden en la cavidad bucal.

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

- ALIAGA Boniche Emilio
Técnica de tallado selectivo en dientes artificiales.
Revista hispano-americana de odontología.
Barcelona, Esp. 1970.
- BOSCH García Carlos
La Técnica de Investigación documental.
Universidad Nacional Autónoma de México.
México, 1978.
- BUCHMAN M. Jack y Menekratís Ajax.
Dentaduras completas y ancladas.
Editorial Labor, S. A.
México, 1978
- BURQUET Lester W.
Medicina Bucal: diagnóstico y tratamiento.
(tr. Roberto Folch Fabre)
México, Interamericana. 1973.
- GRUPO DE TRABAJO DE LA DIVISION DEL S.U.A.
PROSTODONCIA TOTAL
Universidad Nacional Autónoma de México.
México, 1979.
- GUINTA John
Patología Bucal
Editorial Interamericana
México, 1978.

- KRUGER O. Gustav.
Cirugía Bucal
Editorial Interamericana
México, 1979.
- PAYIA Espinosa Miguel
PROSTODONCIA
Universidad Nacional Autónoma de México.
México.
- PEREZ Avila Noé
Cómo hacer mi tesis.
Editorial Edicol
México, 1980.
- SAIZAR Pedro.
Prostodoncia Total
Editorial Mundi, S. A.
Buenos Aires, 1972.
- THE DENTIST'S SUPPLY COMPANY OF NEW YORK
Técnica Práctica Trubyte para dentaduras -
completas.
York Pennsylvania, 1963.
- WINKLER Sheldon
Dentaduras Completas.
Clínicas Odontológicas de Norteamérica.
Editorial Interamericana, 1977.