



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA



T E S I S

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

P R E S E N T A N

OCTAVIANO LOPEZ ALVAREZ

FERNANDO CEBALLOS MUÑOZ



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.

PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA

INTRODUCCION.

I.- DEFINICION, VENTAJAS, DESVENTAJAS.

II.- HISTORIA CLINICA.

1.- EXAMEN GENERAL

2.- EXAMEN LOCAL

3.- DIAGNOSTICO, PLAN DE TRATAMIENTO Y PRO- - NOSTICO.

III.- REGISTRO EN PROSTODONCIAS INMEDIATAS.

IV.- TECNICA PARA LA ELABORACION DE LA PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA.

1) Impresión primaria.

2) Impresión fisiológica.

3) Adaptación de la placa base y de los rodi- llos.

4) Registros Intermaxilares, plano oclusal, di- mensión vertical y relación céntrica.

5) Selección y colocación de los dientes.

6) Procesado y terminado de las dentaduras.

V.- CIRUGIA PARA LA COLOCACION DE DENTADURAS.

a) ANESTESIA.

b) INCISION Y COLGAJO.

c) OSTEOTOMIA Y OSTECTOMIA.

d) SUTURA.

VI.- COLOCACION DE LA DENTADURA Y TRATAMIENTO -
POSTOPERATORIO.

A) Recomendaciones al paciente.

VII.- REAJUSTES DE LA PROSTODONCIA.

A) Balance Oclusal.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

La elaboración de la prostodoncia inmediata no es reciente, sino que se ha estado realizando desde hace 50 años aproximadamente, con mejores ventajas que la prostodoncia común.

La conservación de la salud bucal y la estética es el objetivo principal de la odontología; es la forma más rápida para solucionar los problemas bucales del paciente.

Al paciente le es devuelto su equilibrio bio-psico-social, ya que también puede causarle problemas psicológicos.

El éxito del tratamiento depende de un buen diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.

DEFINICION:

Rama de la odontología que se encarga del tratamiento del dentado parcialmente después de haber sido examinado y encontrado la necesidad de extraer sus dientes remanentes - para la colocación conveniente de una prostodoncia inmediata, que puede ser seguida de las extracciones, o esperando un período de 10 a 15 días, para dar mayor elasticidad al tratamiento.

VENTAJAS:

1.- Mayor seguridad del paciente en lo concerniente a su salud, ya que se van a cuidar factores como son.

Retención de dientes afectados, los cuales pueden originar gingivitis, estomatitis, sinusitis, amigdalitis, fiebre reumática, afecciones del corazón o enfermedades gastrointestinales.

2.- Los tejidos afectados por la herida son protegidos de los agentes externos, ya que evitan irritaciones como las causadas por la lengua y cambios térmicos.

3.- Hay menos reabsorción del hueso alveolar ya que los alveolos dentarios se rellenan y curan más rápidamente.

4.- Aspecto natural, pues los dientes artificiales se colocarán de acuerdo y conforme a los dientes remanentes.

5.- Control de la hemorragia, las dentaduras artificia

les sirven como apósito, protegen la herida de bacterias y microorganismos.

6.- M Las bases de la dentaduras quedan en estrecho contacto, así los medicamentos se emplearán más provechosamente en contacto con el tejido gingival.

7.- Soporte más aceptable para las dentaduras los rebordes alveolares que resultan de la prostodoncia inmediata, son más regulares que con la prostodoncia convencional.

8.- Se suprime el colapso, el estar un período desdentado da lugar a que las mejillas caigan colapsadas, así mismo los labios, aún cuando se trate de poco tiempo se puede lesionar la A.T.M.

9.- Mejoría en la articulación de las palabras, la restauración inmediata de los dientes.

10.- Aprendizaje más rápido, cuando se permanece sin dientes un período largo, el paciente adquiere malos hábitos, con la lengua y la mandíbula.

11.- Se mantiene la dimensión vertical, debido a la presencia de dientes posteriores, y se encontrara disminuída, si se trata de dientes anteriores.

12.- Generalmente hay menos dolor, porque las dentaduras protegen las heridas.

13.- Oclusión céntrica simplificada, los dientes naturales dan al dentista una guía definida, ya que por medio -

de esta, nos da una relación correcta de dientes antagonistas.

14.- Mejoría en la comodidad, protege contra los tejidos de la irritación.

15.- Pérdida de los dientes naturales desapercibida, - se ayuda psíquicamente al paciente.

16.- Ayuda a la masticación indicando al paciente que mastique con precaución sus alimentos pues los tejidos heridos estarán frescos.

DESVENTAJAS:

1.- No existen pruebas, al tener aún sus dientes naturales el paciente no hay posibilidad de colocar en la boca las dentaduras para comprobar sus efectos antes de enfrascarla.

2.- Costo adicional, además de emplear tiempo para su elaboración los gastos del material que se utilizarán son más cuantiosos, debido a reajustes y rebases posteriores debido a las modificaciones de los tejidos.

3.- Trabajo adicional, tanto en la clínica como en el laboratorio se requiere mayor número de detalles y diversos procedimientos que se añaden a los habituales de la construcción para las dentaduras convencionales.

4.- Elaboración de la matriz transparente se hará una-

plantilla quirúrgica de acrílico transparente antes de las extracciones, con lo cual notaremos zonas de izquemia, que se eliminarán y así evitaremos las ulceraciones.

5.- Mayor cuidado para el postoperatorio, debido a la frecuencia que tendrá el paciente para la revisión de las heridas causadas por las extracciones.

6.- Menor ajuste del asiento, las bases no se ajustan al tejido con exactitud, en las zonas donde se han practicado las extracciones.

INDICACIONES:

1.- Esta indicado en pacientes cuyo trato con el público es directo ejem.: artistas.

2.- Cuando se tenga la certeza de que no habrá infecciones posteriores a la colocación del aparato. ejem.: personas anémicas, diabéticas, hemofilicos, etc.

3.- Cuando el estado general del paciente sea satisfactorio para llevar a cabo las extracciones necesarias.

HISTORIA CLINICA

Para aplicar una prostodoncia inmediata es necesario - realizar un examen general de nuestro paciente, y así saber su estado de salud para esto es necesario ayudarnos de una historia clínica en la cual la llevaremos a cabo de la siguiente manera.

I.- EXAMEN GENERAL:

a) Interrogatorio: se lleva a cabo de forma directa e indirecta.

La forma directa se lleva a cabo con el paciente.

La forma indirecta es cuando lo hacemos con una persona que ha estado cerca del enfermo, se utiliza en pacientes cuya enfermedad les impida hablar, en pacientes inválidos o retrasados mentales.

b) Inspección, es la que realizamos con el sentido de la vista y puede ser simple o armada;

Inspección simple, se lleva a cabo solo cuando se utiliza la vista.

Inspección armada, en esta además de la vista se utilizan instrumentos como espejos, exploradores, luz eléctrica.

c) Palpación, esto lo efectuamos con el sentido del tacto y obtenemos datos importantes como, volumen temperatura, consistencia del tejido y movilidad.

d) Percusión, esta se efectúa en tejidos duros como -- los dientes; golpeando con el mango del espejo nuestras estructuras dentarias obteniendo ruidos los cuales nos van a dar datos de padecimientos o enfermedades parodontales, periapicales, vitalidad del diente o diente desvitalizado, esto es ayudado por datos que nos da el paciente, cuando el paciente responde a una percusión vertical estamos frente a un problema de periapice o cuando responde a una percusión horizontal estamos frente a problemas parodontales.

e) Auscultación, se lleva a efecto por medio del oído y ayudado por dos instrumentos que son: el baumanómetro y el estetoscopio, por medio de estos instrumentos medimos la presión arterial, problemas cardiacos como arritmias, soplos, y pequeñas fibrilaciones.

f) Pruebas de laboratorio, son todas aquellas que se -- realizan a través del laboratorio y entre estas tenemos: -- biometría hemática, química sanguínea y examen radiográfico.

g) Punción exploratoria, es la que realizamos sobrezonas en las cuales por la palpación sospechamos se encuentran acúmulos de líquidos que estan retenidos en esa zona; se -- efectúa con jeringa y aguja hipodérmica.

Cuando hemos examinado a nuestro paciente por sistemas y aparatos como son: el cardiovascular, el digestivo, respi ratorio y genital, en ese momento pasamos al diagnóstico.

HISTORIA CLINICA

INFORMACION GENERAL:

Fecha: _____

- 1.- Nombre: _____
- 2.- Edad: _____ 3.- Sexo: _____
- 4.- Salud general: _____
- 5.- Ocupación y posición Social: _____
- 6.- Historia dental: _____
- _____

CARACTERISTICAS FISICAS,

- 1.- Habilidad Neuromuscular comprobada por: . . .
- a) Lenguaje (articulación)
- Buena _____ Mediana _____ Mala _____
- 2.- Apariencia General
- a) Índice cosmético
- Promedio _____ Alto _____ Bajo _____
- b) Aspecto Agradable _____ Tenso _____
- c) Personalidad
- Delicada _____ Media _____
- Vigorosa _____
- 3.- Cara
- a) Forma Ovoide _____ Cuadrada _____ Alar
gada
- b) Perfil Normal _____ Prognático _____ Retrognático-

- c) Cabello Blanco _____ Negro _____ Castaño _____
Rubio _____

- d) Ojos Negros _____ Cafes _____ Verdes _____ Azules _____
- e) Tez Clara _____ Media _____ Rubicunda _____ Morena _____
- f) Textura (piel) Normal _____ otra _____
- g) Arrugas debidas a;
 Edad _____
 Perdida de la dimención vertical _____
- h) Labios Activos _____ Largos _____
 Medianos _____ Cortos _____
- i) Bordes bermellón visibles _____

EVALUACION CLINICA.

1.- Articulación temporomandibular:

- a) Comodidad _____ b) Crepitante _____ c) Sonora -
 _____ d) Suavidad _____ e) Desviación _____

2.- Movimiento mandibular (se evalúa como normal excesivo o limitado)

- a) Protusivo _____ b) Lateral derecho _____
 c) Lateral izquierdo _____

3.- Factores biológicos:

- a) Tono muscular:

Normal (Cl I) _____ Casi Normal (Cl II) _____
 Subnormal _____

- b) Desarrollo de los músculos de masticación y expresión:

Normal _____ Cerca de lo normal _____ subnor-
 mal _____

- c) Tamaño del maxilar y mandíbula:
 Mandibula y maxilar compatible _____
 Mandíbula más pequeña que el maxilar _____
 Mandibula más larga que el maxilar _____
- d) Altura del proceso residual:
 Maxilar: Normal _____ Pequeño _____ Plano _____
 Mandíbula: Normal _____ Pequeño _____ Plano _____
- e) Forma del proceso residual:
 Maxilar: "U" _____ "V" _____ Afilado _____
 Mandibula: "U" _____ "V" _____ Afilado _____
- f) Forma de arco:
 Maxilar: Cuadrado _____ Triangular _____
 Ovoides _____
- g) Forma del paladar blando:
 Suave _____ Mediana _____ Aguda _____
- h) Forma del paladar duro:
 Plano _____ Mediana _____ Aguda _____
- i) Relación de los procesos:
 Ortognático normal _____ Retrognati-
 co _____ Prognático _____
- j) Paralelismo de los procesos:
 Ambos procesos son paralelos _____
 Uno de los procesos no es paralelo _____
 Ambos procesos son divergentes _____
- k) Distancia interarco:
 Adecuada _____ Excesiva _____ Limitada _____

l) Retención osea:

Maxilar: Ninguna _____ Ligera _____
 Requiere remoción _____

m) Torus:

Maxilar: Ninguno _____ Ligero _____ Re
 quiere remoción _____

Mandíbula: Ninguno _____ Ligero _____ Re
 quiere remoción _____

n) Tejidos blandos que cubren el proceso alveolar:

Espesor firme y uniforme _____

Tejido grueso _____

Tejido hiperplásico o resilente _____

o) Mucosa

Sana _____ Irritada _____ Patológica _____

p) Inserciones tisulares (encia insertada)

Mínimo 12mm _____ 8-12 _____ Menos de 8mm _____

q) Inserciones musculares y frenillos:

Baja _____ Mediana _____ Alta _____

r) Espacio posmilohioideo:

Mínimo 10 mm _____ Menos de 10 mm _____

sin espacio de la dentadura _____

s) Sencibilidad del paladar (respuesta a la palpación)

Ninguna _____ Mínima _____ Hipersensible _____

t) Tamaño de la lengua:

Normal _____ Mediana _____ Grande _____

u) Posición de la lengua:

I Normal _____ II Punta fuera de posición _____

_____ III Retraída _____

v) Saliva:

Cantidad y consistencia normal _____

Cantidad excesiva _____ Poca o nada de saliva _____

w) Actitud Mental:

Filosófica _____ Exacta _____ Histérica _____

Indiferencia _____

x) Examen radiográfico:

Hueso denso _____ Hueso canceloso _____ Hueso

no denso _____ Patología retenida _____

PRONOSTICO _____

DESARROLLO DE LA HISTORIA CLÍNICA

1.- Nombre.

2.- Edad.

La edad nos indica la habilidad del paciente para llegar a utilizar dentaduras. El cuerpo se encuentra en óptimas condiciones de los 35 a 40 años. Los tejidos sanan rápidamente, la resistencia es variable y con adaptación facilitada de los tejidos a las nuevas condiciones.

La estética es de importancia vital en la edad.

Existen más dificultades con pacientes entre la edad de 40 a 60 años, ya que los tejidos no sanan rápidamente -- por lo que no se adaptan con facilidad a la nueva situación.

En la mujer se presentan los problemas asociados con la menopausia durante este período; en cambio el hombre se encuentra en la cuspide de su trabajo y por lo tanto tiene poco tiempo, el servicio y la función parecen ser de mayor importancia que la estética.

Pasando los 60 años de edad, la construcción de dentaduras es cada vez más difícil; estas personas ven más difícil adaptarse a nuevas experiencias, los tejidos se reparan más lentamente y la comodidad es un aspecto más importante.

3.- Sexo.

Generalmente las mujeres son pacientes más difíciles -

que los hombres, ya que la apariencia es más importante para la mayoría de ellas no importando la edad. En cuanto a los hombres jóvenes, también se preocupan por este aspecto; sin embargo con la edad parece ser que les interesa la comodidad y el funcionamiento y esto no siempre se observa en las mujeres.

4.- Estado general.

Una persona que goza de buena salud es, lógicamente, mejor paciente prostodóntico que otra enferma.

Si el paciente está atendiendo por el médico general se le debe preguntar sobre naturaleza de la enfermedad que le atienden.

La menopausia no solo presenta problemas psicológicos sino también puede presentar problemas desde el punto de vista físico, especialmente si está recibiendo terapia endocrina, ejem.: estrógenos, andrógenos, hormonas tiroideas, las que con frecuencia causan mucha sensibilidad en la boca del paciente.

La boca en variadas ocasiones regresa a su estado normal hasta que es detenido su tratamiento.

Durante este período, las mujeres se encuentran emocionales, inestables y por consiguiente dificultan más la construcción de las dentaduras.

Si el paciente se encuentra con una dieta inadecuada, se le recetará una dieta adecuada, ya que si se ha encontrado desdentado durante algún tiempo, o parcialmente desdentado tal vez haya cambiado inconscientemente sus hábitos alimenticios, debido a su incapacidad para masticar los alimentos apropiadamente. Por lo tanto muchos de los alimentos duros y fibrosos que contengan vitaminas y proteínas esenciales habrán sido eliminados y se sustituirán por alimentos blandos ricos en carbohidratos, lo que hace que los tejidos se vuelvan edematosos y adoloridos en muchas personas.

5.- Trastornos Generales.

Estos pueden tener manifestaciones orales, por lo que será necesario atender inmediatamente al paciente antes de la construcción de su dentadura, para obtener mejores resultados de su éxito entre estos trastornos tenemos: anemia, - artritis, mal de parkinson, p^énfigo, acromegalia, tumores - malignos. etc.

6.- Ocupación y posición social.

Esta nos va a ayudar para determinar las exigencias sociales y necesidades profesionales del paciente.

7.- Historia dental.

Debe mencionarse una lista de los tratamientos anteriores, también se incluirá la reacción al tratamiento dental, ejem.: debe de dar referencias acerca de los dentistas que

lo han atendido, así como experiencias personales y familiares con respecto a las dentaduras inmediatas.

La atención que tiene el paciente en cuanto a su higiene bucal y la continuidad con que siguió su tratamiento dental nos será de gran ayuda para saber la cooperación que esperamos del paciente durante su tratamiento.

Debemos enumerar los hábitos, como son: si fuma pipa, si mastica chicle, bruxismo, etc.

Características Físicas.

Habilidad neuromuscular (lenguaje), los pacientes que son articulados en su lenguaje con dientes naturales o con dentaduras parciales, generalmente no presentan problemas para aprender a hablar con sus nuevas dentaduras, en cambio los pacientes que presentan irregularidades al hablar, requieren atención especial.

En lo que respecta a la disposición de los dientes, fonética y diseño palatino, la actividad muscular normal se puede alterar haciendo la construcción y el período de adaptación más difíciles.

Coordinación:

Observamos la buena coordinación del paciente lo cual nos puede indicar que tan rápido aprenderá a manipular la dentadura.

...

APARIENCIA GENERAL.

El índice cosmético nos va a delatar el vestido y la cantidad cosmético que lleva al paciente si éste se encuentra en un promedio sobresaliente, el paciente será generalmente más exigente con respecto a la fase estética de la construcción de sus dentaduras.

Porte.

Una persona de aspecto agradable y que se interesa en la vida, generalmente es un riesgo mucho menor que una persona con tensiones que ha perdido el gusto de la vida.

Cara.

Observaremos el aspecto bucal exterior como contorno labial, el borde del bermellón textura de la piel, color de los ojos, cabello, posibles arrugas el contorno del labio y la cantidad del borde del bermellón visible con frecuencias se altera cuando hay pérdida de dientes en ciertos pacientes no se altera cuando es reciente la pérdida de los dientes.

Color y textura de la piel.

Nos pueden indicar el estado general del paciente; las caras delgadas con aspecto anémico o mala textura de la piel con frecuencia indican la existencia de períodos de ajuste prolongados.

Las arrugas que se deben a la edad no se corrigen con las dentaduras, en cambio las arrugas referentes a la dimensión vertical o mal sostén de los labios, se mejoran con -- las dentaduras.

Evaluación clínica.

Articulación temporo-Mandibular, se realizará un examen digital del área, observándose movimientos mandibulares o crepitantes.

Antecedentes de dolor en la articulación temporo-mandibular o excesiva dimensión vertical.

Movimiento mandibular.

Este movimiento anormal o limitado nos puede dar un dato de alteración o cambio en un enfoque al problema prostodóntico.

Algunos pacientes solo realizan movimientos de apertura y cierre, en cambio otros realizan todos los movimientos mandibulares excéntricos.

Examen clínico y clasificación del paciente.

Desarrollo de los músculos de la masticación y expresión.

Se clasifican en: Fuerte, Medio y Débil.

Tamaño Físico de los maxilares.

Clase I, Maxilares grandes, ofrecen la mayor ventaja posible para la retención, eficacia y estabilidad.

Clase II, Maxilares medianos, dan menores ventajas para la retención, eficacia y estabilidad.

Clase III, Maxilares pequeños, presentan demasiada dificultad para alcanzar la estabilidad y eficacia deseada.

Si todas las condiciones anteriores son favorables, la estabilidad de las dentaduras y la habilidad del paciente para el soporte de presiones de mordida, estarán en directa proporción al tamaño físico y cualidad de la estructura ósea.

Forma física del reborde maxilar, forma del arco y de la boveda palatina.

Clase I, Reborde maxilar y forma de la boveda: cuadrado, suavemente curvo y ovalado.

Clase II, Triangular o en forma de "V".

Clase III, Plana, Forma del reborde mandibular.

Clase I, Forma de "U" invertida o con paredes paralelas y cresta amplia.

Clase II, Forma de "U" invertida plana.

Clase III, Forma de "U", forma de "V" invertida, paredes paralelas con rebordes delgados o bien rebordes acaba--

dos como resultado de que los dientes se encuentran en versión lingual o labial.

Aún cuando la clasificación general de las arcadas es cuadrada, triangular y ovalada, se debe tener en cuenta que muchas bocas tienen un tipo de arcada, puede ser: Ovalada, triangular, cuadrada, ovalada, cuadrada triangular, y triangular invertida.

Relación de la cresta alveolar.

Clase I, Normal, La clase del reborde superior se encuentra sobre el reborde inferior en forma directa.

Clase II, Prognático (clasificación) de angle toda la cresta mandibular esta fuera del reborde maxilar, lo que nos indica una mandíbula más grande que el maxilar.

Mordida cruzada anterior.- el reborde mandibular se encuentra más largo que el maxilar, como consecuencia se proyectará fuera de éste. en cuanto a las crestas de rebordes posteriores se encuentran sin cambio.

Mordida cruzada posterior.- aquí se observa que la parte posterior del reborde mandibular, se encuentra más ancho que el maxilar, en cambio la relación del reborde anterior es normal.

Mordida cruzada unilateral.- un lado de la boca mantiene su relación normal, mientras que de lado opuesto el re-

borde mandibular es más ancho que el maxilar.

Clase III, Retrognatismo (clase III de angle), el reborde mandibular es más estrecho, encontrándose más corto que el reborde maxilar.

Retrognatismo anterior, el reborde mandibular es más corto que el maxilar anterior, sin embargo, tiene más o menos la misma anchura que el posterior.

Paralelismo de los rebordes.

Clase I, los dos rebordes son paralelos al plano oclusal.

Clase II, El reborde mandibular diverge anteriormente.

Clase III, El reborde maxilar diverge anteriormente.

Los dos maxilares divergen anteriormente.

Distancia interarco.

Clase I, existe un espacio suficiente para la colocación de los dientes artificiales.

Clase II, Hay demasiada distancia entre los arcos.

Clase III, encontramos limitada la distancia entre los arcos para colocar los dientes artificiales.

Torus palatino y mandibular.

Clase I, cuando no están presentes los torus; si se encuentran no son lo suficientemente grandes como para interferir en la construcción y uso de las dentaduras.

Clase II, Rebordes de torus leves con escasa dificultad para la adaptación de las dentaduras; por lo tanto no se necesitan las intervenciones quirúrgicas.

Clase III, Los rebordes representan grandes torus que complican la construcción o en ocasiones impiden el éxito de la dentadura; son rebordes que con frecuencia requieren de la intervención quirúrgica, para permitir una construcción satisfactoria y uso apropiado para dichas dentaduras.

Mucoperióstio.

Clase I, Densidad uniforme normal de dicho mucoperióstio de aproximadamente 1 mm. de espesor sobre el área de soporte; en esta clase el mucoperióstio es firme más no tenso, por lo cual forma un cojín para el asiento basal.

Clase II, En esta clase es muy delgado y bastante susceptible a irritarse aplicándole presión; el mucoperióstio es doble al grosor normal.

Clase III, Aquí el mucoperióstio es bastante grueso y laxo; los tejidos tienden a variar según la parte del arco dentario, son delgados donde los dientes han estado ausentes por mucho tiempo y normales donde todavía existen dientes o sean extraídos algunos de ellos recientemente, cuando

los tejidos se encuentran conjugados en un arco, ya sea espeso, delgado, uniforme o excesivamente grueso hay problemas de equilibrio y uniformidad de presión lo cual puede formar llagas.

Inserciones tisulares de los bordes.

Clase I, la altura de la cresta de inserción del reborde es superior a 1.25 cm.

Clase II, la altura de la cresta de inserción del reborde se encuentra entre 1 y 1.25 cm.

Las inserciones de los rebordes de los tejidos están sujetos a cambios en las brechas desdentadas. El grado de resorción residual del reborde, varía la relación del músculo e inserciones tisulares del reborde óseo.

Inserciones del frenillo y musculares.

Estas se clasifican de igual manera que la inserción musculares y del reborde. En el maxilar superior se dividen en: Alto, mediano y bajo.

En la mandíbula se clasifican en: Bajo, mediano y alto.

Forma lateral de la garganta t retromilohioidea.

Cuando la lengua se encuentra excedida, se va a clasificar de igual manera que las otras inserciones musculares, es decir, según su proximidad o cercanía a la cresta:

Clase I.- Baja.

Clase II.- Media.

Clase III.- Alta.

Forma de la garganta palatina.

Se divide en tres clases:

Clase I.- Su forma es normal, pero más agrandada, posee una banda elástica parcialmente inmóvil de 5 a 12 mm.

Clase II.- Su tamaño va de medio a normal, su banda de tejido es relativamente inmóvil y elástica, de 3 a 5 mm de grosor.

Clase III.- Esta es característica de un maxilar pequeño; tiene una banda de tejido suave que va disminuyendo invariablemente de 3 a 5mm. Está situada con una línea dibujada distalmente a través del paladar.

Sensibilidad del paladar.

Esta dividida en tres clases:

- 1.- Normal.
- 2.- Sensible.
- 3.- Hipersensible.

Tamaño de la lengua.

Esta se verá afectada en su forma, función y tamaño -- cuando el paciente ha estado desdentado por mucho tiempo.

Forma y posición de la lengua. (Clasificación de Wright's).

Clase I.- Normal, En esta clase la lengua ha estado restringida por los dientes inferiores y permanece laxa en el piso de la boca.

Clase II.- Subnormal, La pérdida de los dientes inferiores nos da una lengua aplanada y ensanchada en su totalidad; también una causa de esta anomalía es el usar dentaduras mal adaptadas.

Clase III.- Anormal, este caso abarca el 35% y está caracterizado porque la lengua se encuentra retraída; esta retracción se lleva del ápice de la lengua hacia la parte baja de los incisivos inferiores y dorsalmente a lo largo de los frenillos, la raíz se encuentra elevada, el ápice de la lengua se riza hacia arriba y parece desaparecer en el cuerpo de la lengua, presentando un aspecto cuadrado. El cuerpo de la lengua se haya deprimido en el piso de la boca.

Saliva:

Se encuentra dividida en tres clases:

Clase I.- en la normal, tanto en cantidad como en calidad; es excelente para la retención ya que tiene cualidades adhesivas y coesivas máximas.

Clase II.- existencia de exceso de saliva se migelatinosa y correosa.

Clase III.- en esta su calidad es muy alta con presencia de mucosidad.

Las condiciones de salud, reacciones nerviosas y cambios de dietas varían la cantidad y calidad de la saliva, así como el uso excesivo de carbohidratos que aumenta la cantidad de viscosidad de la saliva.

Clasificación Mental;

Se clasifica en cuatro clases:

Clase I.- Mentalidad filosófica es un tipo amable no hipercrítico, encontrándose centrado mentalmente nunca dejará de decir algo, aún siendo favorable o desfavorable a lo que se esté refiriendo, sintiéndose involucrado en las cosas en cierto grado.

Clase II.- mentalidad exigente este tipo de personas generalmente son muy exactas en cuanto a lo que hacen, vistiendo inmaculadamente y con una inteligencia sobrenatural, no se consentirán demasiado a este tipo de pacientes porque por su naturaleza sólo se satisfacen con la perfección.

Existen personas que insisten en una garantía escrita o esperando que el dentista realice varios intentos para agradarlos, ya que pueden dudar de él.

Clase III.- Mentalidad histérica, no se distingue en ocasiones entre su paciente exigente y un histérico por lo general los pacientes exigentes tienen quejas basándose en

una razón válida, mientras que los histéricos se quejan sin ningun fundamento.

Existen varios pacientes que se encuentran mal ajustados mental y emocionalmente, encontrándose con frecuencia al borde de algún tipo de psicosis, teniendo al servicio dental por tener alguna enfermedad crónica o debilitante, sometiendo a la extracción de sus piezas dentales como un último recurso, inclusive están convencidos con frecuencia de que nunca usarán dentaduras artificiales solo que la mentalidad de estos pacientes cambie, habrán mínimas posibilidades de éxito.

Clase IV.- Mentalidad indiferente, este tipo de mentalidades se encuentran en diferentes pacientes, por su apariencia y la forma de vestir pues en varias ocasiones han estado desdentados por algún tiempo prolongado sin llevar substituciones.

Este tipo de personas es muy malo como pacientes protodóntico porque en ocasiones no se molestarán para acostumbrarse a sus nuevas dentaduras, ni mucho menos cooperará para que se le efectúen los procedimientos a seguir para colocarle unas dentaduras inmediatas.

Diagnóstico radiográfico.

Nos sirve como coadyuvante muy valioso para examinar las estructuras óseas que sostendrán nuestra restauración.-

Un buen estado de la estructura ósea, nos servirá para la -comodidad y duración futura de la restauración. Las placas radiográficas deben tener un tamaño suficiente para poder -interpretarlas de una forma adecuada, también nos ayudarán_ a diagnosticar el tipo de cirugía que se llevará acabo para el éxito de nuestras dentaduras.

Clase I, Hueso denso, encontramos traverculado compac--to, existiendo espacios medulares escasos con un cuadro general de opacidad.

La corteza es bien definida y sólida.

Si encontramos todas las estructuras anteriores en dichas condiciones, existirá una resorción muy lenta, este --hueso tiene una fundamentación óptima para las dentaduras -artificiales.

Clase II.- Hueso reticulado, se encuentra un cuadro ge--neral mucho más ligero, observándose en la placa variados -contrastes; en consecuencia los espacios medulares y los --traverculados se encuentran con mayor uniformidad, general--mente el hueso reticulado dará soporte apropiado, pero sin_ excesivas cargas que lo deterioren tempranamente.

Clase III.- Hueso no cortical, se observa transparente y pobre en sales orgánicas, no habiendo corteza definida, -encontramos los márgenes muy delgados y con espículas, por_ consecuencia habrá menor soporte para las dentaduras, a me--nos que se reduzca en una forma estricta la carga oclusal,-

se producirá una larga serie de resorciones y molestias.

Canales nutrientes.

Estos se abren en las superficies de los rebordes y son generalmente muy dolorosos para el paciente, por lo que se deberán aliviar con las dentaduras.

Patología retenida.

Quistes, raíces y dientes no brotados, etc., que nos demuestran zonas trasparentes, se deberán extraer antes de construir las dentaduras.

Para saber si se deben retener las raíces y dientes no erupcionados observaremos la cantidad de hueso que los recubre y si se encuentran rodeadas de zonas transparentes.

Pronóstico:

Este se determinará tomando la totalidad de los factores biológicos que hemos clasificado en el examen clínico y dividiéndolos entre los factores biológicos clasificados, - esto nos dará una idea sobre el grado de dificultad o éxito que obtendremos y si fracasamos, nos ayudará a comprender - el porque.

Plan de tratamiento:

Este debe cubrir todo el período de cambio entre el estado actual y la normalización del paciente con la dentadu-

ra.

Cada paciente presenta un aspecto particular, ya que en cada uno encontramos diferencias por lo que el tratamiento se hará de acuerdo a cada uno de ellos. También se deben tomar en cuenta otros aspectos para la construcción de una sola dentadura ya sea la superior o la inferior, así veremos si se debe articular en oclusión o relación céntrica, si es colocada la dentadura en seguida o más tarde si se harán varias cirugías o nada más una, con previsión de alveolectomía o sin ella, efectuadas las extracciones finales con flanco o no.

Es muy importante tomar en cuenta el estado general, pues nos puede contraindicar esta experiencia.

Es importante saber el estado del hueso para el pronóstico y el plan de tratamiento, es favorable la extracción temprana de los dientes a pacientes con problemas parodontales para reducir la atrofia alveolar.

Una técnica consiste en determinar si habrá cambio en la posición altura, tamaño y color de los dientes. Observaremos si las estructuras se pueden hacer por etapas y cuál será la situación del paciente, estableceremos el tipo de intervención quirúrgica.

Tendremos en cuenta los cuidados que se llevarán a cabo en el postoperatorio y la atención protodóntica del paciente en un período de seis meses así como requerir nuevas dentaduras.

REGISTROS EN PROSTODONCIA INMEDIATA,

Antes de las extracciones se hacen estos registros para tener la posibilidad de reproducir exactamente la posición, el tamaño, el color y la forma de los dientes; la articulación, la altura facial y la forma de la cara.

Para dichos registros se toman en cuenta las impresiones frontales y las impresiones completas, el perfil, fotografías el color y la altura facial morfológica.

Medidas que deben tomar en cuenta.

a.- La distancia entre la base de la nariz y la base del mentón con la boca cerrada.

b.- Distancia que va del borde incisivo inferior a la base del mentón.

c.- La distancia que va del incisivo superior a la base de la nariz.

El articulador de diagnóstico es un registro muy valioso para la forma, tamaño, posición, disposición y articulación de los dientes naturales.

Color.

Si se van a reproducir los colores de la dentadura natural deberá anotarse antes de la extracción, es menester ponerse de acuerdo con el paciente para reproducir algún detalle natural como puede ser alguna incrustación corona etc.

Modelos Frontales:

Son útiles cuando por cualquier circunstancia no se pueden conservar los modelos de estudio, las impresiones se pueden tomar con alginato pues es la impresión más sencilla.

Con este material la cucharilla puede elaborarse con cera y lamina metálica puede ser aluminio.

Impresiones para colocar los dientes naturales, estas impresiones tienen que ser hechas en materiales que resistan el tiempo necesario porque las extracciones pueden tardar en completarse, el más comodo es la cera.

Se secciona la parte principal, se calzan con mucha precisión los dientes luego de extraídos, cubriendolos después con las secciones vestibulares que se pegarán en su sitio antes del vaciado.

La impresión frontal permite aplicar esta técnica en una forma más simple, pero más limitada para los últimos dientes, son muy útiles las impresiones con alginato.

Perfil:

Hay m varios métodos, uno es usando el perfilómetro de jack; otro método consiste en tomar una fotografía de perfil, mientras se mantiene una regla milimetrada frente al perfil; para este metodo basta ampliar la foto hasta que la regla tome sus dimensiones reales para obtener un perfil

exacto del tamaño natural que se recortará fácilmente.

Otro método que es muy usual, es el que usan las ortodontistas y consiste en tomar un alambre de plomo o cobre, el cual se debe de estirar y adaptar con los dedos contra el perfil del paciente; se aplica el alambre contra un cartón y se dibuja su contorno, en seguida se corta el cartón según el dibujo, después se aplica el resorte que se ha obtenido contra el perfil del paciente y se retocan los defectos.

TECNICA PARA LA CONSTRUCCION DE LA PROSTODONCIA
TOTAL INMEDIATA.

a.- Impresiones primarias.

Existieron varios métodos que se utilizaron para tomar dichas impresiones como son: Modelina, y yeso o bien modelina y óxido de zinc y eugenol, materiales que ya fueron descontinuados por sus desventajas que presentan ya que son materiales muy rígidos provocan problemas al tratar de desaljarlos de la boca, se ha optado por el uso de hidrocoloides, como el alginato, pues este es un material que además de -- ser elástico, nos reproduce con gran exactitud todas las estructuras anatómicas de la boca.

La impresión es el representativo negativo de las facciones bucales y sus tejidos, en una forma invertida que se obtiene al retirar el material de la boca ya solidificado -- este.

En la prostodoncia total inmediata necesitamos modificaciones en cuanto a la elección del material de impresión y diseño del portaimpresiones.

Adaptación del portaimpresiones, se hacen escotaduras para librar inserciones como los frenillos.

Los flancos del portaimpresiones no deben alterar la posición de los tejidos limitantes, tanto en extensión vertical como horizontal.

Elección del portaimpresión:

Al elegir un portaimpresiones puede ser útil el empleo de un compás para medir lo ancho de la arcada del maxilar.- En el caso del portaimpresiones inferior, las medidas se toman colocando los extremos del compás en la cara lingual -- del reborde a izquierda y derecha, justo por la zona retro-molar, esta medida debe compararse con la medida efectuada entre los lados linguales del portaimpresión.

En el maxilar superior, los extremos del compás se colocan en el surco vestibular en la región de las tuberosidades, y esta distancia se relaciona con el ancho de los lados del portaimpresión.

El portaimpresión estandar debe dejar un aspecto no menor de tres a cinco milímetros entre el y la mucosa de los procesos.

Los portaimpresiones se clasifican en Grande, mediano y pequeño; la forma además del inferior y superior, puede ser de paladar profundo o no s de prolongaciones posteriores o linguales.

Características del material de impresión:

Deberá tener este material la cualidad de poder retirarse de la boca sin sufrir fracturas y de escasa adhesividad con el propósito de separarlo sin violencia, ni deformación, tendrá una consistencia adecuada para que se pueda --

distribuir debidamente en las zonas a impresionar y poderlo llevar con facilidad a la boca.

Estabilidad de cohesión que no lo deforme al vaciado y dimensión indeformable, deberá tener olor y sabor agradable, debe no ser tóxico ni irritante, ya que sería más difícil su manipulación.

Técnica de impresión:

Se seca el vestíbulo de la boca y en seguida llenamos el portaimpresión con el material elegido para introducirlo en la cavidad oral.

Introducimos primero la mitad por un lado tirando con el dedo índice la comisura del labio del lado contrario para dar paso al portaimpresión y de esta manera, centrarlo sobre la región haciendo presión con suavidad, procurando que el material haga contacto íntimo con todos los tejidos a impresionar.

Con la separación de los carrillos aplicamos masajes sobre los mismos.

Con referencia al proceso inferior, además de lo expuesto anteriormente, se le dirá al paciente que saque la lengua moviéndola hacia todas direcciones, con el propósito de darle límite al piso de la boca.

Con respeto al proceso superior, se le indica al paciente que succione para facilitarnos la impresión, con el

propósito de obtener el sellado posterior.

Desalojamiento de la impresión.

En la impresión inferior se traccionarán los carrillos para romper el sellado que se ha obtenido en los bordes de la impresión.

Tomando el mango de la cubeta aplicaremos una fuerza con firmeza hacia arriba y atrás, en la superior, levantaremos los carrillos efectuando el rompimiento del sellado posterior, en seguida se presiona hacia abajo, sobre el flanco de la impresión, aproximándose al primer molar.

Obtención del modelo:

En el modelo inferior, con papel húmedo o con cera blanda llenaremos el espacio que le corresponde al piso de la boca.

Vaciado de los modelos:

Se prepara una mezcla lo suficiente espesa, vaciando una pequeña cantidad en la superficie alta del interior y se deja que escurra, evitando que queden encerradas burbujas de aire o agua, que nos puedan formar poros, en seguida añadiendo más yeso rellenaremos la totalidad de la superficie.

En la otra impresión se efectúa el mismo proceso, agregando una proporción conveniente de yeso para obtener altu-

ras adecuadas de ambos procesos.

Los modelos obtenidos nos sirven para la fabricación de los portaimpresiones individuales.

Examinaremos el modelo superior y rellanando con cera las retenciones existentes o ángulos que presentan, especialmente en las zonas de las tuberosidades bucales, con el inferior se efectuará lo mismo, librando todo tipo de retenciones que nos dificulte la retirada del portaimpresion individual.

Elaboración del portaimpresión individual.

Este se fabricará sobre el modelo de estudio; se puede obtener, ya sea con material rígido termopolimerizable o autopolimerizable.

El objetivo de éste es la obtención de un registro fisiológico en el cual construiremos la base de la dentadura definitiva o de la dentadura a realizar.

Clasificaremos los portaimpresiones individuales en plásticos y metálicos; dentro de los plásticos tenemos acrílicos de cura en frío y termocurable, dentro de los metálicos tenemos: estampados de bronce y aluminio, o bien bruñidos de aluminio y calados de aluminio, bismuto y estaño, dentro de los termoplásticos tenemos: plate-base, disco fonográfico y modelina.

Con un lápiz carbón se delimita haciendo un diseño individual de la zona que marcará el fondo de saco y la zona posterior, así como la tuberosidad en el superior, marcando también zonas que no se delimiten tejidos duros y blandos, - así como surcos anulares de ambos lados, escotadura frenillo anterior y zona del sellado posterior, en el inferior - delimitamos: frenillos bucales, región retromolar y líneas oblicuas internas y externa, no extendiendose a regiones -- suaves.

Tipos de diseño para la elaboración del portaimpresión individual.

Acrílico autopolimerizable. (Técnica de tortilla o laminado).

Eliminaremos las retenciones por algún tipo de angulación, socabado, evitando que el acrílico penetre entre --- ellos; una vez efectuado este procedimiento, proseguimos a colocar separador en el modelo, colocando una capa de cera cubriendo todo el proceso y dejando una distancia entre fondo de saco y cera de 3 a 4 mm. aproximadamente, a nivel de caninos y segundos premolares efectuamos dos marcas en la - cera dándole estabilidad con este procedimiento al material.

Preparando el acrílico de cura en frío, colocaremos no número y polímero, en cantidades equilibradas, dejando reposar la mezcla y que esta tome una consistencia no pegajosa.

Haciendo una bola de acrílico, colocamos en la loseta, efectuaremos presión con otra loseta si conformamos la inferior, cortaremos la tortilla $2/3$ de su diámetro para poder habrír y adaptarse en ambos lados, con el sobrante fabricaremos un mango para manipular el portaimpresión que nos dará la impresión fisiológica.

Tomaremos un promedio de 10 a 30 minutos, para la polimerización del acrílico.

Siguiendo el diseño del lápiz mencionado anteriormente, recortaremos el portaimpresión con piedra para acrílico de grano grueso.

El alginato es el material de preferencia para realizar las impresiones inmediatas, ya que nos da una extensión adecuada del borde periferico requerido, pues es muy necesario que dicha impresión registre el borde.

Existen otros tipos de impresiones inmediatas, pero -- que ya estan en desuso al llegar los hules, estas generalmente hablando, son las mismas que para las dentaduras parciales, así tenemos modelinas y yeso.

Llevando un portaimpresión con modelina con menor volúmen en la porción anterior, presionamos en la boca, procurando no extendernos hacia las superficies labiales de los dientes remanentes retirando dicha impresión examinaremos -- si hay suficiente material que cubra todas las partes y si la distribución de la modelina es adecuada, retiraremos la

modelina del portaimpresión, la recortamos con navaja en -- las áreas desdentadas: a una altura y ancho que no llegue a la cantidad deseada. Aliviamos la porción sobre las arrugas y área dura, a una profundidad mayor de la conveniente.

Recortaremos la porción anterior de la modelina para - que no haya contacto con los dientes, probamos en la boca - la impresión asegurandonos de que los dientes no se toquen_ y que la modelina se extienda hacia el borde incisal de los dientes. Así mismo recortamos la modelina en la parte dis- tal de los caninos, librandolos del contacto y evitando bor- des cuadrados, raspamos las superficies cortadas de la mode- lina haciéndolas retentivas para que el yeso se adhiera.

Colocamos una mezcla de yeso sobre toda la superficie_ de la modelina, dejando exceso en la superficie lingual de_ los dientes la colocamos en la boca manteniéndola ahí hasta el fraguado del yeso; si hay exceso sobre la superficie la- biales de los dientes, se recorta antes de retirar la impre- sión.

La impresión se extrae haciendo presión en el borde - posterior bucal del lado más convergente volviendo la impre- sión a la boca del paciente, se le indica que la sujete con el pulgar de la mano izquierda y de esta manera podrá el -- operador trabajar con las dos manos.

Se hace una mezcla de yeso de fraguado rápido y con -- una espátula, la inducimos sobre la superficie labial de -- los dientes y tejidos bajamos el labio sobre el yeso manipu_

lándolo por la parte externa y de esta manera moldeamos el yeso, cubriendo así la pestaña labial una vez fraguado el yeso, retiramos la impresión haciendo presión hacia abajo en la parte posterior. Es difícil quitar la pieza anterior antes de aflojar la porción posterior ambas partes se pegan con cera pegajosa y preparamos la impresión así para vaciar el modelo.

IMPRESION FISIOLOGICA:

Para llevar a cabo esta impresión rectificaremos la delimitación de este con los bordes bucales de tal manera que quede bien delimitado para evitar su posible desalojamiento por los movimientos musculares.

Así comprobamos que la impresión fisiológica se delimita mediante presiones establecidas en los tejidos periféricos que se encuentran en movimiento sobre los bordes, al cual le daremos también el nombre de recorte muscular o sellado periférico.

Tomaremos una rectificación de bordes a base de modelina, la cual nos dará un límite exacto y sellado periférico apropiado.

Esta modelina tendrá que ser de baja fusión pues de esta manera evitaremos quemar al paciente, así mismo la reblandeceremos pasandola suavemente sobre la flama y templar la sumergiendola en agua antes de llevarla a la boca; le daremos indicaciones al paciente para que efectue movimientos

bucofaciales que convengan para la zona determinada.

PROCESADO DEL SELLADO PERIFERICO:

Zona del orbicular, se le indicará al paciente que - - efectué una mueca de sonrisa, de esta manera nos delimitara los niveles del bucinador; otra indicación será que proyecte los labios y bostece, el sellado posterior, aquí le indicaremos al paciente deglutir saliva para que nos deje límite de las fibras del palatogloso.

En el maxilar inferior, en zona orbicular le daremos - la indicación al paciente para que efectúe nuevamente una - sonrisa, con tal movimiento se marcaran los frenillos; zona del bucinador, se le indica que proyecte los labios; zona - del masetero que efectue movimientos de masticación, abrir y cerrar la boca, se le indicará que saque la lengua, con - dichos movimientos se delimitará el frenillo lingual, zona del fondo de saco lingual, indicaremos al paciente que toque con la punta de la lengua de lado a lado el borde superior del labio esto nos dara el limite general del sellado.

Será conveniente que se efectue un desgaste posterior al sellado periférico en toda la modelina.

Proceso para tomar la impresión fisiológica:

Técnica para tomar la impresión mandibular.

Secamos perfectamente el porta impresión, que quede libre de agua, sangre o cualquier otro tipo de resto.

Aplicamos vaselina o crema en los labios del paciente, así mismo en los dedos del operador con el propósito de que el material de impresión no se adhiera a la piel en cuestión.

Se mezcla la cantidad conveniente del reactor y base espatulado hasta tener una mezcla homogénea y que nos de la consistencia adecuada para la obtención de una impresión fiel.

Colocamos una capa uniforme del material de impresión al portaimpresión individual.

Se le aconseja al paciente una enjuagada bucal, si es posible con algún tipo de astringente, para eliminar mucosidades de la saliva y tensión superficial.

Una vez hecho lo anterior, procedemos a introducir en la boca el portaimpresión indicándole al paciente que eleve la lengua para tener mejor campo de operación, y de esta manera no quedará atrapada en el lado lingual, separando los labios y carrillos con los dedos, para evitar burbujas de aire que pudieran quedar atrapadas en un sitio del borde sosteniendo firmemente el portaimpresión colocaremos los dedos índice y medio de la mano derecha sobre las partes posteriores del portaimpresión.

Esperando un tiempo conveniente, de acuerdo al tipo de material de impresión, el material comienza a conformarse y solidificarse dándole previas indicaciones al paciente de

que saque la lengua y abra la boca lo suficiente con el pro
pósito de que nos de la forma del surco lingual y determine
la profundidad del mismo.

Separando el labio traccionaremos firmemente dando - -
oportunidad de que entre aire a ella, de esta manera será -
sencillo retirar el portaimpresión una vez endurecido el ma
terial de impresión.

Técnica para la toam de impresión del maxilar:

Se lleva a cabo la mezcla del material a utilizar como
ya se indico para la técnica en inferior.

Introducimos el portaimpresión en la boca, una vez car
gado del material de impresión y lo asentamos firmemente ha
ciendo movimientos de succión en el labio, con tal propósi-
to delimitaremos el frenillo vestibular, así mismo haremos _
movimientos en las partes laterales a nivel de las mejillas
para el sellado de la tuberosidad e indicándole al pacien--
te, a su vez que mencione la letra "A" varias veces, una --
vez polimerizado le indicamos al paciente que sople y asi -
mismo succionaremos el portaimpresión con firmeza para reti
rarlo de la boca abriendo lo más posible la misma el pacien
te.

Obtención de modelos:

Ya después de obtenidas las impresiones se secan y se _
colocan extenciones de cera blanda, en el lugar en donde se

encuentra la lengua del modelo inferior, la cual se ha seca do bien para que pague la cera se tendrá mucho cuidado para no estropear los flancos de la impresión por lo tanto la ce ra se coloca hacia la parte oclusal a manera de que se deje libre el borde.

Se coloca un cordón de cera en todo el contorno de la im presión con el objeto de asegurar la reproducción total - del modelo, se reblandece el cordón en la lámpara de alco-- hol y se adapta a lo largo del borde siguiendo su contorno por fuera.

A lo largo de los bordes posteriores, ya sea del supe-- rior o del inferior se ensancha el cordón de cera con el -- fin de lograr una prolongación posterior, del modelo que -- permita conservar toda nítidez de su bordeado muscular.

Encofrado,- El encofrado de las impresiones para hacer el vaciado con yeso piedra es una excelente medida, puesto que nos va a permitir obtener bordes de protección de espe-- sor, utilizar la cantidad necesaria del material, utilizar la mezcla más espesa, librar mejor el material dentro de la impresión y terminar el modelo con ligeros retoques.

Para bardear la impresión por fuera del cordón de ce-- ra, se va a reblandecer a la flama una lámina de cera rosa, la cual se ira adaptando, pasando una espátula caliente a -- lo largo del contorno de toda la impresión, esto se hace -- con el fin de obtener cierre hermético y una estrecha sól-- idez.

Es importante cuidar que la impresión quede bien orientada para que nuestro modelo obtenga la forma.

Vaciado.- Este se va a hacer en la misma forma que con los modelos primarios, variando exclusivamente en que en este caso el material va a ser yeso piedra, tendremos mayor cuidado ya que este modelo será el definitivo, con el cual vamos a construir nuestra dentadura de la placa base.

Adaptación de la placa base y de los rodillos:

Para la confección de la placa base, utilizamos el acrílico autopolimerizable rápido, esto nos dará el contorno deseado en relación directa con el modelo, por los cuales se utilizan poco, cubriremos los rebordes residuales y el paladar como se hace en la prostodoncia convencional.

Así mismo cuidamos los dientes para no dañarlos al confeccionar dichas placas, de igual forma cuidaremos socavados y ángulos retentivos que pudieran dar exagerada retención a nuestras placas base.

Es conveniente rebasarlas para que nos de una mayor estabilidad y exactitud.

La placa base desempeña un papel muy importante en los efectos de diagnóstico y terapia, tanto clínicamente como en las pruebas de laboratorio.

Son de tomarse en cuenta desde el punto de vista clínico

co, las propiedades del material que se utilizará para la construcción de la placa base, y estas son las siguientes:- plasticidad suficiente para un manejo sencillo, con efectos físicos de reproducción de contornos y superficies de modelo; así mismo que mantenga una rigidez estable que no la deforme y de resistencia para la manipulación, con resistencia a los cambios térmicos, así como aspecto agradable para el paciente forma, color y textura al estar en contacto con la mucosa oral.

Veremos que en todas las partes de la extensión se obtengan límites bien definidos, lo cual será igual a la profundidad, con el propósito de obtener una adaptación fiel a la superficie del modelo y con una textura que no dañe los tejidos, orales.

Objetivos de la placa base.

Comprobación de las impresiones, nos da la determinación que requerimos para la dimensión vertical, registros para la relación céntrica y prueba para la articulación de los dientes.

Nos servirá de diagnóstico para saber con anticipación los efectos de la dentadura completa, así encontraremos las dificultades que el paciente presenta en su capacidad y ansiedad para acomodarse a la dentadura.

Con una manipulación precisa y cuidadosa, de la placa base y los rodillos de cera, lograremos la determinación de

una dentadura, la cual se ajuste a las estructuras orales de la forma más precisa, dándole así las propiedades de funcionamiento al respirar, a la fonación masticación y deglución que se lleva a efecto sin ninguna dificultad de parte del paciente.

Preparación de los modelos:

Una vez obtenido el modelo exacto, solo necesitaremos una base de resina acrílica eliminando retenciones y pincelando con una capa ligera de aislador de acrílico.

Adaptación de la placa base con acrílico autopolimerizable.

En un frasco colocamos el acrílico autopolimerizable con una capa que nos permita espolvorearlo, y el monómetro lo colocamos en un frasco gotero para llevar a cabo la técnica por goteo.

Con cera, modelina o, yeso quitamos las retenciones -- del modelo y pincelamos con separador de acrílico todo nuestro modelo; a continuación goteamos y espolvoreamos a la -- vez el líquido y el polvo de acrílico, dando un espesor uniforme de aproximadamente 2 mm en toda la superficie de la placa base.

Se acelera si es necesario el polimerizado con agua a 50°C, o simplemente se deja polimerizar a conveniencia propia, es conveniente retocar cualquier defecto.

RODILLOS. obtenida ya la placa base adecuada, prepararemos los rodillos en cera para registrar la oclusión.

Para dar dimensiones de altura y longitud, será necesario orientar los rodillos en sus tres direcciones; habrá -- una relación de los rodillos con la base de la dentadura, -- las estructuras anatómicas blandas vecinas, con los procesos óseos y planos antropológicos de referencia.

Orientación de los rodillos en términos clínicos; forma de arcada con contornos de las superficies labiales, linguales y bucales.

Posición del arco.- esta va en relación con las estructuras óseas subyacentes, pues los rodillos pueden estar desplazados hacia delante o sea hacia los labios, o hacia la lengua, relacionandose con el contorno del proceso.

Plano Oclusal. Nos determina la altura de la cera y -- la orientación paralela con la línea protética, utilizamos únicamente este plano para determinar el plano anterior de la oclusión y para la conveniencia de transferir los registros al articulador, también nos proporciona las bases para el plano oclusal provicional, así como nos reflejarán dichos rodillos el proceso de crecimiento y desarrollo del paciente, cuando este tiene historia clínica con mala oclusión, -- exagerada de los incisivos, que quedará reflejada en el contorno del rodillo de cera. Según convenga se aumentara o -- disminuirá la altura de los rodillos de cera, con el objeto de registrar la dimensión vertical tanto en oclusión como --

en reposo. Se le deja la placa base de 30 a 60 min. aproximadamente indicándole que realice movimientos de deglución, bebiendo, estando sentado pensando y cambiando de posición, se le invita a fumar, a sonreír a que hable con emoción y rapidez.

De esta manera observaremos los movimientos de los labios y contornos faciales, también el grado de comodidad al respirar y en general el grado de estética que se alcanza do con la prueba de estas placas base.

Otro punto es la comodidad que presenta el paciente y su apariencia física satisfactoria.

REGISTROS INTERMAXILARES (PLANO OCLUSAL, DIMENSION vertical, Y RELACION CENTRICA).

El objetivo de las relaciones intermaxilares para llevar a cabo una dentadura satisfactoria son:

El establecimiento del plano de orientación así como la forma labial.

El estudio de las posibilidades fonéticas y el espacio oclusal.

Consideramos el espesor de los labios y mejillas de acuerdo a un criterio funcional y estético.

Se determina la altura morfológica adecuada en relación céntrica, si es posible mejorar la estética o igualarla a

la anterior.

Se fija dicha posición por medio de las placas de registro y se transfiere a los modelos y después al articulador.

Es bueno lograr las debidad indicaciones para la posición de los dientes artificiales en lo referente a la estética, fonética y función.

Se toma el registro de la relación céntrica y se remonta al modelo inferior, obteniendo las relaciones adecuadas se transfiere los modelos al articulador.

No debemos confundir el estudio de los movimientos y posiciones mandibulares con su registro, pués estas técnicas estan asentadas sobre bases patológicas, anatómicas y fisiológicas.

Materiales que utilizaremos para llevar a cabo los registros.

Espátula para cera, cuchillo afilado, lámpara de alcohol, platina de fox, regla plana, cera plástica, papel de lija de grano grueso, lápiz tinta, calibrador de espesor, y cera rosa o modelina.

Una ventaja de los procedimientos para ajuste del plano oclusal del rodete superior y su forma labial, es que en una etapa posterior los dientes pueden enfilarse en una posición más o menos correcta, en cuanto al borde inferior -

del rodillo oclusal, nos dará la representación de los bordes incisales de los incisivos superiores.

Aquí ocuparemos el plano de oclusión como sustituto - del plano de oclusión perdido, pues el objetivo del tratamiento no es restaurar este.

Es de importancia el plano de orientación del modelo superior, por sus relaciones con el labio superior y el maxilar, pues este se convertirá en un éxito mecánico y estético.

En consecuencia la altura del rodillo se determinara - en relación con el labio en reposo, haciendose una necesidad el observar su posición y modelar y corregir los defectos que presenta, se marca una línea horizontal sobrepasando uno dos mm por debajo del labio estando este en reposo y junto con la línea de la sonrisa corresponderá a la línea - de los cuellos dentarios, incisivos de longitud correcta; - si observamos que estas líneas nos muestran exagerada longitud, o lo contrario, estudiaremos nuevas líneas las cuales nos determinarán la longitud, correcta y el volumen adecuado, de acuerdo a los movimientos labiales.

Una vez efectuada la línea incisal conveniente, que tomará esta como punto de referencia anterior y de esta manera estableceremos el plano de orientación.

Colocamos la placa de registro superior en la boca, en seguida se apoya la platina de fox o una regla transversal

sobre la superficie oclusal y se aplica otra regla más según la línea bipupilar, con el fin de observar el grado de horizontabilidad de la superficie oclusal entonces se observa al paciente de frente para una buena apreciación.

Se mantiene la platina de fox en su posición y colocando la segunda regla en posición desde la base del ala a la nariz a la parte inferior del tragús (plano protético), observamos la inclinación anteroposterior de la superficie oclusal del rodillo de este lado. Se repite el procedimiento del lado contrario.

Se recortan los sobrantes del rodillo de tal manera que queden un poco largos, pero aproximados de acuerdo a su superficie y paralelos con la línea bipupilar y con el plano protético.

Colocamos la placa de registro en el modelo y calentamos la superficie oclusal del rodete, haciendo necesario ejercer mayor presión donde se necesita una mayor reducción. Calentando la superficie se aplica esta sobre un azulejo o vidrio con vaselina.

Una vez realizado lo anterior se observa que la superficie oclusal del rodillo sea plano que pase por el punto de referencia incisivo y sea paralelo a la línea bipupilar y al plano protético.

Se aprecia si el rodillo es simétrico y moldea adecuadamente al labiom modelamos la superficie vestibular poste-

riorrior, de tal forma que sea más o menos perpendicular al plano oclusal, procurando que no sobresalga del borde periférico, si no más bien quede por dentro y de esta manera -- los dientes artificiales quedarán enfrentandose al reborde residual.

REGISTROS PARA LA DIMENSION VERTICAL Y LA ALTURA.

Este término no denota efectivamente un significado -- clínico, por lo cual se distingue entre dimensión vertical de reposo y de oclusión pues en esta última se llevan a cabo los registros para la relación céntrica.

Dimensión vertical o relación de reposo.

Esta es la separación de los maxilares cuando hay una-contracción tónica de la musculatura maxilofacial.

Es una posición que varia a la par con la salud, con el tono muscular con la frecuencia respiratoria y con la -- postura del cuerpo.

La dimensión vertical, cuando el paciente está en reposo no es transferida al articulador o sea, se cierra el registro de región maxilomandibular, ya que esta se hace con los rodillos de cera en ligero contacto.

Dimensión vertical de oclusión o relación de oclusión.

Es la dimensión vertical lo que se transfiere al arti-

culador; también es la separación vertical de los maxilares cuando los dientes se hallan en contacto oclusal.

La dimensión vertical en reposo siempre es mayor que la dimensión vertical oclusal, pero esta es mayor que el espacio libre, porque los puntos de referencia faciales están más retirados de los centros de apertura. La dimensión vertical en reposo debe ser mayor de 2 mm que la dimensión vertical oclusal en pacientes portadores de protodoncias completas, esto nos va a garantizar por lo menos 2 mm, de espacio libre en la región premolar, lo cual es muy útil para el paciente con dentaduras tenga comodidad.

Medida de la dimensión vertical en reposo.

Esta se lleva efecto al tomar las medicinas, la postura y el tono muscular; colocando la base superior con el rodillo de oclusión.

El paciente debe de estar erguido, sin apoyar la espalda en el respaldo del sillón y relajado en esta posición el plano de Frankfort debe estar horizontal. La mandíbula se lleva a la posición de reposo después de tragar y haber pronunciado ciertos sonidos o silabas, para llevar a cabo este paso se le puede ayudar al paciente haciendo que trague y se relaje y que pronuncie la letra "M" y se relaje y que humedezca sus labios con la punta de la lengua y se relaje.

Para medir la separación de los maxilares intrabucales

se deben tomar, puntos fijos de referencia sobre la arcada maxilar y la mandíbula los métodos mas comunes son:

Primer método se marcan puntos sobre la piel y se mide la distancia entre estos.

Segundo método. En este se utiliza un calibrador de espesores, que mide la separación del borde inferior del septum nasal y el borde inferior el mentón.

En este último método, al emplear el calibrador de Willis para medir la separación de los maxilares, el mango se sostiene de tal manera que la parte más prominente de la mandíbula sea tomada firmemente entre la corredera y la escala de medición, extendiéndose hasta que el extremo del ángulo recto toque la base del septum nasal la presión que se ejerce al acentuar el calibrador, modifica la medida registrada; las lecturas múltiples siempre nos darán el mismo valor, preciso adoptar un procedimiento para cada caso individual y a notar la medida obtenida con la mandíbula en posición de reposo, porque ya se sabe también la angulación del instrumento que se pone en el mentón y nariz afecta la medida.

Dimensión vertical en reposo.- Es la separación que hay entre dos puntos sobre la boca y bajo la misma, cuando los dientes no ocluyen.

Primer método.- Se pone una marca en la base de la nariz y otra sobre el mentón con lápiz tinta, la mandíbula de la

be estar en reposo para registrar la medida entre las marcas anteriores, usando una tarjeta o un compás colocado sobre la nariz y el mentón, transfiriendo las marcas sobre él.

Determinación de la dimensión vertical oclusal.

Se pone la base inferior con su rodillo; se anota la dimensión vertical oclusal, utilizando los mismos puntos de referencia que anotamos para medir la dimensión vertical en reposo, se reduce al rodillo inferior hasta que la separación entre las marcas sea la misma que la de posición en reposo, se reduce el material del rodillo inferior hasta que la dimensión vertical de reposo.

Se observará que la oclusión de ambos rodillos sea uniforme al cerrar la boca, deberá presentarse atención especial a la relación que hay entre las bases de las zonas retromolares y la región de las tuberosidades.

En ocasiones es preciso reducir el espesor de las placas base en las regiones mencionadas, para garantizar la libertad de movimientos de la mandíbula, esta se debe llevar a cabo sin comprometer la retención.

Las dimensiones verticales se obtienen fácilmente en la prostodoncia total inmediata antes de la extracción, si ta todavía hay premolares y no hay rosadura o movilidad de los dientes, se procurara que los bordes de la oclusión estén en contacto a nivel oclusal de los dientes que queden.

Cuando existen los dientes anteriores del maxilar, que ocluyan con los dientes anteriores de la mandíbula, no se deben confiar en esta relación oclusal para la dimensión vertical, porque la inclinación puede ser mayor que la que había antes de la extracción de los dientes posteriores.

Se usan los mismos métodos para asegurar la dimensión vertical correcta, tanto en dentaduras inmediatas como en dentaduras convencionales, sin embargo cuando existe un escalón que no se puede reproducir en la dentadura, deben ignorarse los dientes naturales y considerarse tan solo el espacio interincisivo, cuando la dimensión vertical es correcta.

Sin embargo si la colocación de los dientes anteriores y la distancia interoclusal tiene que ser duplicada exactamente, ambas tendrán que ser consideradas como una parte de la dimensión vertical verdadera.

Registros de referencia estética.

Línea media.- Es un registro esencial para ubicar el punto de coincidencia entre los incisivos superiores.

1.- Se coloca un instrumento recto espátula o lápiz, manteniéndose frente al paciente y apoyándose en la superficie anterior del rodillo superior con el mango hacia abajo deberá seguirse la línea media general de la fisonomía.

2.- Se hace una pequeña marca en el rodillo.

3.- Se observa que la marca ocupe correctamente la línea media se profundiza dicha marca.

Línea de la sonrisa, aquí se verificarán también varios puntos.

1.- Se verificará nuevamente la línea trazada para estudiar el plano de orientación.

2.- Entre dicha línea y el borde del rodillo, queda indicada la longitud de los incisivos.

Línea de caninos.

1.- El paciente ocluirá con los labios en contacto y sin contraer los músculos de la cara.

2.- Se le pone la espátula o el lápiz en posición tal, y que su posición vertical divida en dos partes iguales el ángulo que forma el ala de la nariz con el surco nasogeniano.

3.- Se desplaza el instrumento hacia abajo siguiendo la línea marcada en el rodillo superior, el sitio con el que se toma contacto.

4.- Se repite la misma operación del lado contrario.

5.- Se repiten estos registros para su verificación; - las marcas que hemos hecho sobre los rodillos deberán corresponder a las cúspides de los caninos; la distancia en---

tre dichas marcas será una indicación para saber el ancho - de los dientes anteriores.

Registro de relación céntrica.

Al superior se le marcarán unas ranuras cuya profundi- dad no exceda de un milímetro.

Al rodillo inferior se le calienta para ablandarle - - unos milímetros de profundidad y se le pide al paciente que cierre la boca. Al mismo tiempo se coloca el índice de am- bas manos sobre los flancos de la placa base en la región - de los premolares y con los pulgares se sujeta el borde in- ferior de la mandíbula.

La colocación de los dedos estimula al paciente a ce- rrar la boca en la posición mas posterior, colocando el de- do sobre la barbilla provoca movimientos de cierre anterior al estimular un reflejo mandibular de protusión.

Logrado el contacto de los rodillos en el cierre se -- examinaran las superficies en contacto y las proyecciones - de la cera que excedan 1 mm. de altura serán recortadas con un cuchillo afilado, la superficie anterior se planea nueva- mente para ablandarla a una profundidad de un mm y se cie- rra con una presión mínima.

Se retiran las placas base de la boca y hacemos los -- contactos oclusales a mano, verificamos las superficies de _ ambas placas en sus prolongaciones posteriores que no haya _

contactos que dificulten el cierre que los rodillos sean estables y que tengan sus marcas de las irregularidades correspondientes a surcos y crestas, haciendo un contacto uniforme en toda su extensión, las placas base se asientan en su sitio firmemente y se le pide al paciente que efectue movimientos de cierre ligeros; las irregularidades de la superficie deben coincidir, se le ordena al paciente que efectue movimientos de cierre con más fuerza y se fijará el operador que las marcas coincidan.

Podemos decir que el registro es correcto cuando se efectúan los movimientos de cierre a mínima y máxima presión y estos coinciden con los puntos iniciales y finales del mismo.

Montaje del articulador.

Para este procedimiento hay varios métodos, pero los expertos prefieren el arco facial y el articulador adaptable.

El arco facial se utiliza igual que en prostodoncia parcial, o sea cubriendo las piezas en herradura por sus dos caras con 3 o 4 hojas de cera rosa plastificada sobre la que el paciente mordiera con las placas de registro previamente envaselinadas en la boca, en tanto se ajusta el arco facial.

SELECCION Y COLOCACION DE LOS DIENTES.

La colocación de estos esta simplificada en el tratamiento de dentaduras inmediatas, debido a la guía que ofrece los dientes permanentes. El modelo de estudio se usa para seleccionar el tamaño la forma y el tono de los dientes se le pueden agregar irregularidades a los dientes artificiales y comprarlos directamente con los dientes naturales.

Recorte de los dientes en el modelo.

Una vez aceptada la selección posición y corrección de los dientes y del articulador, todo el proceso que se hace adelante no tiene corrección hasta la colocación en la boca.

No importa el lugar de la boca en que se coloque la dentadura inmediata ya que por lo regular siempre son tres los casos que pueden plantearse y que requerirán diferentes preparación.

- a.- Las extracciones simples.
- b.- Las que tienen ligera alveolectomía.
- c.- Las que padecen gran alveolectomía.

Diseño del borde oseo.

Aquí tomaremos en cuenta la posición del borde alveolar con respecto al gingival, en seguida se terminará con el estudio radiográfico y explorando la profundidad de la -

bolsa gingival.

Preparación para extracciones simple.

Se recortan los dientes uno por uno y excavando unos 3 mm. conforme nos indique la posición del borde oseo, de tal forma que se practique o se simule un alveolo dentro del -- cual se introduce el cuello de cada diente artificial, terminandose esto con un complemento de acrilico.

Extracciones con ligera regularización del borde alveolar.

Tal parece que la prostodoncia con encia artificial se efectúa de una manera más fácil que realizando la alveolectomía, o bien siendo esta ligera, porque la alveolectomía -- requiere un colgajo lo cual resulta poco prudente dejar en -- contacto con una prostodoncia movable sin suturarla.

Extracciones con alveolectomía modeladora.

Aquí tendremos en cuenta la topografía, las relaciones con antagonistas, el estudio de rayos "X" para las relaciones con los senos maxilares el conducto palatino anterior -- y en ocasiones la línea de los labios con esto nos damos -- cuenta para llevar a cabo la alveolectomía más indispensable.

Cambios de dientes, aquí tenemos tres variables principales.

a) Imitar lo existente.

- b) Imitar lo existente con orificaciones en algún sentido.
- c) Los dientes remanentes no pueden servir de guía por requerirse modificación total.

PROCESADO Y TERMINADO DE LAS DENTADURAS.

Una vez llevada la articulación asentamos tiras de cera en los lados de las placas para darle el grosor necesario, tanto para rellenar las bolsas bucales cuando esta indicado como para construir la eminencia canina, para este objetivo se utiliza una tira de cera rosa con anchura suficiente para cubrir desde los dientes hasta los flancos.

Ablandando esta tira de cera se pega contra el modelo y en la cera donde estan acentados los dientes forma un conjunto uniforme, estando aún blanda la cera se corta el excedente sobre los dientes se modela para formar los contornos gingivales y mientras se esta enfriando se comprime, de esta manera le damos lugar a que entre bien entre los espacios interproximales.

No se expondrán los dientes de acrílico directamente a la flama en tal caso se calentará una espatula para darle contorno a la cera.

Se secciona una hoja de cera con extensión y grosor adecuado para hacer el cubierto del paladar calentamos bien la cera haciendo presión contra los dientes y contra el modelo, especialmente sobre las zonas de las rugas para que -

dejen marcas de sus irregularidades y sobre la zona posterior de los incisivos, se recorta el exceso completandose asi sus contornos en cuanto la cera se encuentra aun blanda.

Comprobamos ante el paciente mostrándose los modelos en oclusión montados en el articulador.

Se le dan indicaciones al paciente referencias a la dieta que deberá seguir, así como la medicación que deberá administrarse.

Una vez efectuada esta comprobación, conviene aumentar más cera sobre el franco labial, en la zona alta de los incisivos centrales para dar una mejor fortaleza a la dentadura, por lo cual deberemos retirar la dentaduras de los modelos y más tarde cuando esten polimerizadas, se recortan de ella en la misma proporción.

Forma de elaborar las dentaduras.

Levantamos los modelos de sus bases que se encuentran montadas en el articulador, conservando este para revisar mas tarde la oclusión sobre la dentadura ya terminada.

Se procede a colocar en la mufla, empaquetando el acrílico y dejando que se lleve a cabo la polimerización habitual.

Se retira todo el material que se utilizó para la fija

ción de la dentadura en la mufla, limpiamos el modelo con la dentadura sobre el mismo fijandolo sobre su base de montaje en el articulador y de esta manera comprobamos la oclusión con una tira de papel de articular.

Efectuamos movimientos de oclusión con las dentaduras, repasando así todas las áreas de oclusión que hagan interferencias ya sean contactos prematuros o algún tipo de obstáculo que evite un buen deslizamiento.

Levantamos el modelo de la dentadura efectuando ligeros golpes o mediante cortes con disco separando el modelo en pequeñas porciones con el objeto de no fracturar la dentadura.

Una vez obtenida la dentadura libre de yeso se procede al terminado de la misma, quitamos los excedentes de acrílico con piedras montadas en seguida se hace el festoneado de los dientes dándole el grosor deseado a la superficies de la dentadura, puliéndolas con lija delgadas en un principio en seguida con piedra pomex y cepillo para cera con agua abundante, evitando el calentamiento de los mismos.

Utilizando un disco de filtro para aplicar piedra pomex más fina o tripoli, una vez efectuado esto la dentadura tendrá un aspecto terso, dándole el toque final con un disco de manta para dar brillo acompañado de blanco española.

CONSTRUCCION DE LA GUIA TRNASPARENTE.

El objetivo de este procedimiento es la observación del

problema de asiento una vez efectuada la abulsión de los --
dientes y con el propósito de controlar la futura forma del
proceso y su relación con la base. Esta se construirá de --
la misma forma como se ha construido la dentadura sobre el el
modelo de trabajo colocado en posición sobre el reborde al-
veolar, de tal forma nos daremos cuenta de las prominencias
óseas que nos producen izquemias obstaculizando el asenta--
miento adecuado de nuestras dentaduras.

Lógicamente cuando solo se extraen los dientes no to--
cando el hueso del proceso, no habrá problemas en este as--
pecto, entonces no será necesario tocar sobre el modelo; --
sin embargo cuando se han llevado a cabo modificaciones si-
milar en la boca entonces utilizaremos la guía transparente
para evitar el desgaste del modelo más allá de lo conveniente
del hueso.

Una vez terminado el enfrascado de la dentadura se pro
cede a tomar la impresión de los modelos, para obtener nue-
vos modelos que nos servirán para la construcción de la guía
transparente.

En este modelo obtenido adaptamos una hoja de cera ro-
sa para que el grosor sea uniforme, cortamos los excedentes
y enfrascamos, después de desencerar se cubre con papel de de
estaño todo el yeso para la que la guía no salga opaca.

La preparación y prensado del acrílico se verificara -
de igual manera con que hacemos las dentaduras totales en -

el laboratorio.

Una vez obtenida la guía transparente pulimos todos -- los bordes dejandola lista y sin asperezas con el propósito de que nos sea lo más útil posible.

CIRUGIA PARA LA COLOCACION DE LA DENTADURA.

Una vez que se ha terminado la construcción de la dentadura completa, estando en condiciones para colocarla en la boca del paciente colocamos a este en el sillón preparándolo para las extracciones de la boca.

Exceptuando cuando se trate de suprimir tejido con alteraciones patológicas, por lo regular no se requiere medidas extremas para la preparación quirúrgica solo en caso como folículos dentarios infectados, zonas de osteitis, tipos de quistes o algún resto radicular. De esta forma es sabido que cualquier tejido infectado abierto es menos peligroso para la salud del paciente que cuando esta cubierto el estudio radiográfico es muy importante para el tratamiento.

Tenemos que la cirugía de zonas afectadas nos sirve para evitar que los productos de infección entren a la corriente sanguínea; por lo que el cirujano debe considerar la capacidad del paciente para tolerar la carga de toxicidad.

Las intervenciones del proceso alveolar deberá efectuarse en varias citas.

ANESTESIA:

Las anestésias locales o regionales, aplicándolas lejos de la zona a operar con el propósito de no edematizar la región que posteriormente soportará las dentaduras, ya

que la presión que ejercen dichas dentaduras sobre la zona edematizada resulta dolorosa y aumentara de volumen presentando dificultad para adaptarse.

Por medio de la anestesia por infiltración local preparamos los 6 dientes anteriores, utilizando la menor cantidad posible de anestesia para disminuir el traumatismo.

INCISION Y COLGAJO.

Se levanta un colgajo mucoperióstico con fines quirúrgicos y para la preparación de las exodoncias, para quitar algunas de las prominencias de hueso, siendo necesario quitar una cantidad considerable de hueso a causa de la prominencia de la lámina labial, pues nos ayuda a extraer con menor traumatismo y más fácilmente los dientes llegando el colgajo a la altura del hueso que será removido.

Si se despegará demasiado el periostio ocasionaria la formación del tejido cicatrizal a lo largo del borde y por consiguiente una inflamación inmediata con posibilidades de que se forme un coágulo.

Evitando esto el borde de la dentadura descansara en tejido normal salvandose así la dificultad con que se tropieza en la cirugía para dentaduras inmediatas.

Se corta el hueso con cincel desde la lámina labial con el propósito de facilitar la extracción de los dientes y disminuir el traumatismo, procediendo en seguida a la extracción de los dientes, tomando en cuenta las proyecciones

altas y agudas de la apofisis que se reducirán con pinzas -
gurvias, así como también eliminaremos con limas para hueso
los puntos agudos pequeños.

Existen varios tipos de incisiones, clasificaremos las
técnicas más importantes. parstch, newman y wasmund.

Técnica de Newman.- Se trazan dos incisiones desde el surco
vestibular hasta la lengüeta distal de cada canino,-
seccionando ambas lengüetas anteriores, desprendiendo el -
tejido gingival del cuello de los dientes, por palatino --
desprendemos la fibromucosa trazando una incisión pequeña -
en distal de cada canino, preparando de tal forma un colgajo
mínimo.

Tanto la incisión como el colgajo que se desprenda de esta,
deben cumplir una serie de requisitos que permitan al
colgajo su reincorporación a los tejidos cuando este sea co
locado nuevamente en su sitio.

Asi tenemos que estas condiciones son:

Al trazar la incisión y un colgajo es necesario que el
último tenga una base lo suficientemente firme y ancha como
para preveer el aporte sanguíneo y los nutrientes neces- -
arios; con tal propósito evitamos los trastornos nutrientes y
asi la necrosis del colgajo. Debemos tomar en cuenta al trazar
una incisión el recorrido de los vasos sanguíneos im
portantes, para evitar su lesión y riesgos hemorrágicos.

Habrá una buena visualización, pues la incisión se trazar  de tal manera, que permita una perfecta visión del objeto a operar no oponiendose a las maniobras operatorias.

Deberá ser lo suficiente extensa la incisión con el objeto de permitirnos un colgajo que descubra con suficiencia y amplitud el campo de operación, evitando torturas y desgarramientos del tejido gingival que por lo regular conducen a necrosis.

En la cavidad oral no se efectuarán incisiones económicas, pues lo único que proporcionarán serán trastornos y dificultades durante el proceso quirúrgico, es preferible - aumentar o extendernos algunos mm más para el proceso de cicatrización, pues estos mm no significan nada para la cavidad oral. Mientras incisiones extremadamente pequeñas implican riesgos que pueden evitarse y con esto no se quiere decir que se exagere en la incisión.

La incisión debe efectuarse de un solo trazo, pues en un trazo correcto de la incisión obtendremos buena adaptación de los tejidos y una buena cicatrización.

Las dificultades que presenta el desprendimiento de los colgajos se deben a los ángulos de incisión y este desencadena la necrosis del colgajo.

La incisión debe trazarse de tal modo, que al volver a adaptarse el colgajo en su sitio, la línea de incisión repose sobre un plano óseo de otra forma los puntos se despren-

derán, se abre nuevamente la incisión, sumergiendo el colgajo en la cavidad ósea con los correspondientes trastornos en la cicatrización.

Métodos para desprender los colgajos.

El propósito de la incisión será obtener un colgajo, - que refiriéndose a la mucosa bucal es el trazo del mucopitelio limitado por dos incisiones o por la superficie de una incisión arqueada.

Ya habiendo efectuada la incisión, colocamos entre los labios de la herida o entre la fibromucosa y la arcada dental, un periostomo, espátula o legra, cualquiera que sea se toma en la misma forma que el bisturí. Apoyamos fuertemente contra el hueso, según el tipo de instrumento elegido y efectuamos pequeños movimientos de lateralidad, con los cuales gira el instrumento a expensas de su eje mayor. Desprendiendo el colgajo de su inserción en el hueso elevado y por lo tanto la mucosa y el periostio.

Levantamos el colgajo vestibular hasta llegar a la cara del canino opuesto, empezamos en el punto donde se inició la incisión hasta llegar a la altura del tercio apical de los dientes anteriores por palatino se desprende la fibromucosa en la distensión ya mencionada.

Para la separación del colgajo nos podemos ayudar con las pinzas de disección, con pinzas de dientes de ratón o bien con elevador de periostio, con los cuales levantamos -

el colgajo en el momento en que el instrumento que se haya seleccionado lo desprenda del periostio.

El desprendimiento del colgajo se hará en toda la extensión que requiera la cirugía y de esta manera evitamos problemas con el colgajo o tener que prolongar la incisión durante dicho procedimiento.

Se baja el colgajo y se coloca la guía transparente de acrílico apretadamente en la porción posterior de la apófisis, para probar su asentamiento en la parte anterior y observar si no hay compresión de los tejidos. Si se ven zonas de isquemia a través de la guía, se corta un poco más de hueso en estos puntos altos. Repitiendo esta prueba hasta asentar firmemente la guía sin que exista compresión de tejido, si el colgajo resulta de la longitud excesiva al colocar suavemente en su sitio, se recorta el exceso con unas tijeras.

Es importante tomar en cuenta que este tejido tenga longitud suficiente para que debajo de él se forme un coágulo y que resulte la cresta de la apófisis bien redondeada si se estira el colgajo para que cubra el hueso puede resultar una cresta aguda y angosta.

OSTEOTOMIA Y OSTEECTOMIA.

La osteotomía es la parte de la cirugía, cuya finalidad es la de poner al descubierto el tejido óseo, en cuanto a lo que se refiere la osteectomía, esta se encarga de la ex

tracción del hueso y así cubre la finalidad de la operación.

Estas maniobras se pueden llevar a cabo con pinzas gurrivas, fresas escoplos, y la combinación de estos instrumentos.

Osteotomía con fresas.

Este tipo de técnica es la más usada por todo cirujano dentista pues nos da múltiples ventajas a saber; la eliminación del traumatismo que produce el martillo, debido a los golpes continuos.

La fresa se puede usar haciendo varias perforaciones vecinas sobre la tabla ósea, o bien se puede utilizar eliminando el hueso se puede levantar por medio de escoplos. El hueco que la osteotomía deja, sirve para introducir los ramos del alveolotomo y con esto eliminamos todo el hueso necesario.

Se utiliza preferentemente fresa de carburo de baja velocidad para reseca el hueso. Esta técnica va acompañada con agua bidestilada y suero fisiológico; con ello evitamos el calentamiento del hueso y las consecuencias que pueden ocasionar, se proyecta el agua con jeringas en caso de que la pieza no presente el aditamento necesario.

En casos normales en los cuales no haya protección y no sea necesario realizar la alveolectomía, la osteotomía se reducirá a la exodoncia utilizando la técnica que correspon

da a cada diente con precaución de no fracturar la tabla externa, así como la eliminación de las crestas interdenta- - rias se hará la eliminación de las irregularidades óseas -- por medio del alveolotomo, el cual reseca los bordes filo-- sos y las crestas prominentes para limarlos mas tarde.

Con la yema de los dedos investigamos bordes y crestas, donde el tacto nos denuncia las irregularidades existentes.

También deben researse los granulomas que se encuen-- tran, así como cohibir las hemorragias de los vasos óseos - para evitar hemátomas.

Ya habiendo terminado la eliminación de todos los bor-- des cortantes se lava la zona con suero fisiológico, elimi-- nando todas las esquirlas óseas que se encuentren en la ca-- vidad operada.

Secamos la cavidad con gasas estériles y en caso de -- ser necesario se hará un lavado más estando perfectamente - limpia la zona, bajamos el colgajo adaptándolo sobre el ma-- xilar del paciente, probamos la base transparente de acríli-- co, observando perfectamente los sitios con el propósito de ver prominencias óseas con la palidez de la encia o se note exceso de presión y de ser así, se realizará una nueva os-- tectomía.

Retirando la guía transparente levantemos una vez el - colgajo y utilizamos lima para hueso o alveolotomo reseca-- mos el hueso que excede de tal forma afrontamos los planos__ de la encia y pasamos al siguiente paso.

SUTURA.

Esta tiene como finalidad unir ambos tejidos seccionados durante la operación y se realiza una vez terminada, para esto se recomienda utilizar nailon tres ceros o hilo seda.

La sutura se lleva acabo con la ayuda del porta-agujas, en el cual colocamos el hilo con la aguja en la mayoría de los casos se encuentra incluido en la misma, haciendo pasar por los bordes de la incisión tratando de que pasen a la misma altura por ambos bordes quedando los tejidos lo más aproximadamente posible al lugar que se encontraban antes de la operación, es aconsejable ayudarse con pinzas.

Realizando lo anterior se procede a hacer los nudos correspondientes de los extremos de la sutura para eso nos ayudaremos con el prota-agujas sobre el cual se daran las vueltas completas al extremo que se encuentra unido la aguja en seguida se toma con la parte activa de este al otro extremo, deslizando las vueltas que contiene hacia el hilo del otro extremo de esta manera terminamos la primera parte de la nudación, para dar por terminado el nudo.

Será suficiente fijar el colgajo con un punto de sutura a la derecha o a la izquierda de la línea media pues mas puntada estirarian el colgajo.

Es importante que los colgajos no queden tirantes pues no deben ser modificadas las inserciones musculares ni el contorno para la adaptación de la dentadura.

Habiendo terminado la operación lavamos la superficie gingival con suero fisiológico o con agua bidestilada, utilizando el atomizador procediendo a colocar las dentaduras directamente. Advirtiéndole al paciente que no se quite las dentaduras por si mismo.

COLOCACION DE LAS DENTADURAS Y TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.

El tratamiento postoperatorio es de gran importancia - para el éxito de la cirugía tomando en cuenta también la co laboración del paciente.

Se hace el lavado en la cavidad oral ya terminada la - cirugía, se eliminara cualquier tipo de agente patogeno que pudiese alterar la microflora bucal.

Enseguida se esteriliza la dentadura con benzal o con otra sustancia química que garantice la asepsia.

Enseguida colocamos la dentadura en su sitio, aseguran donos de la correcta oclusión.

Será menester recomendar al paciente que no se quite - la dentadura por si mismo, ya que puede provocar una hemo-- rragia o inflamación de la mucosa que ha sido intervenida.

Se le prescribe aplicar compresas de hielo sobre la re gión maxilar o mandibular fuera de la boca. La terapia anterior será ayudada por farmacos como antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios, relajantes musculares.

Recomendaciones al paciente.

Se le indicará al paciente que guarde reposo durante - las 24 hrs. siguientes a la cirugía.

Se le recomendará al paciente que tome una dieta líqui

da, de preferencia sin azúcar.. pasando este período y al termino de 72 hrs. se le indica dieta blanda para que descansen los maxilares y no se lastime la herida.

Técnica para retirar los puntos de sutura.

Se retirarán los puntos después de 4 a 5 días siguientes a la operación pues el hilo puede ser rechazado por el organismo o provocará alguna infección.

La forma adecuada para llevar a cabo este procedimiento es esterilizado el hilo con una solución alcohólica o con merthiolate. En seguida con unas pinzas de disección se toma una parte de la sutura haciendose tracción sobre ella, tratando que haya campo para que entren unas tijeras para eliminar el punto, se cortan procurando no lesionar la cicatriz y buscando que el corte sea lo más proximo a la salida del tejido para que el hilo que pase por dentro de la herida al momento de retirarlo, se hace tracción con las pinzas teniendo cuidado de que la herida no se abra y que el punto quede retirado.

Una vez quitados los puntos de sutura se atomiza con una solución antiséptica para eliminar coágulos que se hayan formados, procedemos a colocar las dentaduras en caso de alguna irritación se desgasta con fresa donde presente la molestia.

Si no hay ninguna molestia la dentadura se revisara dentro de 15 a 20 días, los relajantes musculares analgésicos

cos se retiran si no hay ninguna molestia.

REAJUSTES DE LA DENTADURA.

Hay ocasiones en que los contornos de los tejidos cambian con gran rapidez, que la construcción de dentaduras -- nuevas ocasionará un aumento para los gastos del paciente, -- por lo anterior el cirujano deberá elegir entre una reconstrucción o un rebasado de las dentaduras.

Este término generalmente se refiere al proceso de añadir material de base a la superficie de la dentadura que va en íntimo contacto con el tejido, con el propósito de cubrir el espacio existente entre el contorno de la dentadura original y el contorno del tejido modificado.

La reconstrucción consiste en volver a colocar toda la base de la dentadura con material nuevo, solo permanecerán en su posición original los dientes.

Existe un problema para llevar a cabo los procedimientos de rebase y reconstrucción, pues existe la posibilidad de alterar las relaciones intermaxilares que se supone se encuentran en correcta correlación. Por lo tanto las impresiones que se tomen para esto deberán satisfacer las finalidades de otra impresión además de mantener la relación céntrica y dimensión vertical correcta.

No se deben reconstruir dentaduras con mal aspecto estético, con colocaciones oclusal incorrectas o bien relacio

nes intermaxilares muy exactas, porque la reconstrucción no puede corregir estas deficiencias. Además, si ha existido reabsorción, es imposible colocar la dentadura correctamente en el reborde residual por lo que las impresiones pueden resultar en una relación horizontal o colocación oclusal -- inadecuada.

Impresiones.

La mucosa debe estar libre de irritaciones en sus contactos. La manera de quitar la irritación es quitando la anterior dentadura en período de una semana.

Cuando se prepara la dentadura para el material de impresión se deberán quitar todas las áreas con zonas retentivas, de tal manera que la dentadura se pueda retirar del modelo sin fracturarlo.

La dentadura superior se prepara para la impresión haciendo tres agujeros en el paladar, uno de los cuales será colocado cerca de las papailas incisivas y los otros dos en el reborde del área molar; esto servirán para el excedente de material de impresión.

Se carga la dentadura con pasta de óxido metálico y se coloca en la boca, haciendo presión para la disminución del flujo del material en ese momento se disminuye la presión y se realiza el ajuste del músculo o bien el modelado del borde.

Se deja endurecer la impresión se quita y se examina, se vierte con un modelo y se deja endurecer. La dentadura inferior se maneja como si fuera un portaimpresión.

Relación de la mucosa con las superficies oclusales.

El modelo no se separa ahora más bien el modelo y la dentadura se montan en la parte de arriba del duplicador -- hooper; enseguida se coloca una capa de yeso, en forma de plataforma en los miembros debajo del duplicador, mientras que el miembro de arriba con su dentadura se cierra en una plataforma de yeso mojado. Los dientes penetran dentro de la superficie del yeso a una profundidad de dos mm. una vez endurecido el yeso se forma una llave dentro de la cual se pueden poner los dientes repetidamente con el propósito de mantener una distancia fija y la relación existe entre las superficies oclusales y modelo.

En este punto se puede elegir entre rebasado y reconstrucción de la dentadura inmediata, si se lleva a cabo el rebase la dentadura queda completamente limpia de todo tipo de material de impresión y se coloca en la llave de modo, que los dientes ajusten completamente en sus posiciones respectivamente. En esta posición la dentadura se encera el modelo a lo largo de toda la superficie y en los tres orificios a través del paladar.

El modelo y la dentadura se retiran del montaje se procesan y se lleva a cabo su terminado.

En cuanto al autor este prefiere la reconstrucción, -- por eso el modelo y la dentadura se montan en el duplicador de Hooper.

La dentadura se separa del modelo, se quita todo el material de base y se deja un pequeño puente de acrílico,

Entonces se colocan los dientes en la llave, la parte de arriba se pone una vez más en el instrumento volviéndose a encerar, se procesa, la dentadura y se termina de la forma anterior.

Cuando el paciente ha llevado la dentadura superior -- sin problemas durante varios días, se puede iniciar la re-- construcción de la inferior.

La dentadura inferior se ocluye con la superior ya terminada.

La dimensión vertical de oclusión se puede llevar a cabo tomando en cuenta los puntos faciales del paciente pre-- viamente marcados, la periferia se moldea con modelina de - baja fusión probándose así la retención.

Al paciente se le enseñara a retruir la mandíbula y a-- cerrarla, si la acción de retrucción se hace bien las for-- mas anatómicas deberán interdigitar en una forma satisfactoria, suponiendo que la relación céntrica original fuese buena.

Se carga el material de impresión y se coloca la denta

dura en la boca, se le ordena al paciente que cierre los --
dientes juntos y que mantenga esa posición hasta el endure-
cimiento del material esto registra la oclusión de ambas --
dentaduras y la relación de los dientes inferiores con el -
asiento de la mucosa.

La dentadura inferior se coloca en el duplicado de - -
hooper, manejandose de igual manera que la superior.

Los procedimientos de reconstrucción y de rebase no se
deben reconsiderar de ninguna forma como un substituto ade-
cuado para dentaduras nuevas.

Cada mordida nueva debe verificarse con las medidas an
teriores.

El modelo de los dientes naturales permite volver cada
vez al alimento primitivo y hasta se puede duplicar en yeso
piedra, poniendolos en posición en el articulador y cambiar
los nuevamente uno por uno, con un poco de habilidad y pa--
ciencia se logra duplicar la protesis en todos sus aspectos
exteriores, al mismo tiempo que se reajusta a las nuevas --
condiciones.

En dentaduras con dientes de acrílico que han perdido
su altura, puede en ocasiones obtenerse una restitución fun
cional reconstruyéndolas con acrílico.

Después de los reajustes de rigor, se debe atender al paciente, se le debe citar la paciente cada 3 meses, si el paciente

paciente encuentra dificultad para utilizar sus dentaduras a causa de la pérdida de retención se coloca una mezcla de conformax en la superficie interior de la dentadura, este material tiene la ventaja de conservar plasticidad durante largo tiempo; además ayuda a equilibrar la presión en los tejidos y en la oclusión, al término de algún tiempo el material endurece soportando las fuerzas de masticación.

La duración de una dentadura inmediata completa es muy variable.

BALANCE OCLUSAL.

La finalidad del balance oclusal, es verificar que haya contacto simultáneo de las partes de oclusión en ambos lados de la arcada dental antagonista.

La oclusión se corrige generalmente al cabo de 48 hrs. porque entonces la mayor parte de la inflamación ha desaparecido y la dentadura puede ser quitada sin mucha incomodidad, la comodidad aumenta gradualmente después de corregidas las intervenciones observadas en la oclusión.

La dentadura superior se fija en seguida al modelo que esta colocado en el miembro superior del articulador y se corre en yeso entre el miembro inferior del articulador y el modelo, después de endurecido el yeso, la cera que se tomó para la relación de mordida se desprende del modelo inferior; la cera de la dentadura superior se calienta y se coloca en la boca y se repite el procedimiento de mordida pa-

ra verificar la exactitud o inexactitud del montaje, se llama aquí la atención sobre el hecho de que nadie puede estar seguro de obtener una relación central correcta. La verificación del montaje se repite hasta que la relación de la boca coincida con la relación del articulador, si la prueba no verifica la exactitud del montaje se vuelve a montar el modelo inferior y se prueba nuevamente no se debe avanzar hasta que se ha obtenido y comprobado una relación céntrica correcta.

Esta debe obtenerse en la boca y verificar en el articular y no a la inversa, si la relación se obtiene primero en el articulador y después se prueba en la boca, esto demostrará poca cosa, porque el paciente puede mover el maxilar inferior al error central que existe en el montaje, sin que el operador se de cuenta de ello.

Se toma nuevamente la relación en protusión porque la base puede estar más estabilizada con la dentadura terminada. El nuevo registro condilar se prueba en el articulador para comprobar la lectura con el primer registro en protusión, si las lecturas no coinciden exactamente se toman nuevas relaciones en protusión para determinar cuál es la más exacta, inclinación de la guía incisal debe de ser la misma que se uso cuando se terminó la colocación de los dientes.

Los dientes se estudian en el articulador en relación central para determinar los contactos prematuros, los cuales deben ser reducidos.

Después de que el caso ha sido equilibrado en posición central, se mueve el articulador a las posiciones excéntricas y se rebajan las cúspides que interfieren. Debe tenerse cuidado de conservar los contactos de equilibrio.

La corrección oclusal es aconsejable en todos los casos porque determina la cantidad de tallado corrector oclusivo y limado necesario para perfeccionar la oclusión.

Dicha corrección se hace mejor tallando los dientes individuales de manera juiciosa, sería erróneo proponer una fórmula exacta para este trabajo, si existe una normativa en la corrección oclusal es esta.

No limar ninguna marca del papel articular hasta que se haya movido el articulador desde la posición céntrica a la protusiva y a las posiciones de trabajo y equilibrio. Este consejo de mantenerse moviendo y examinando es de máxima importancia.

Si cuando el articular esta cerrado con el papel de articular interpuesto, se hace una sola marca en la fosa del primer molar superior izquierdo y en las cúspides bucales del primer molar inferior izquierdo, quizá pueda parecer -- que la fosa deba ser limado con el fin de proteger la integridad de la cúspide bucal inferior, que mantiene céntrica y vertical.

Sin embargo cuando el articulador se mueve en la oclusión que trabaja para ese lado, parece que la cúspide bu--

cal en cuestión esta evitando que todos los demás estén en en contacto en todas las posiciones y es esta cúspide la que - debe ser limada en vez de profundizar la fosa superior.

En la mayor parte de los casos se debe limar para obte ner un buen movimiento excéntrico, el limado consiste en co locar una pasta abrasiva en las superficies oclusales de to dos los dientes y mover el articulador en todas las excu-- siones esto pulirá las superficies de contacto hasta que co rran, eficaz y continuamente unas contra otras.

cal en cuestión esta evitando que todos los demás estén en contacto en todas las posiciones y es esta cúspide la que - debe ser limada en vez de profundizar la fosa superior.

En la mayor parte de los casos se debe limar para obtener un buen movimiento excéntrico, el limado consiste en colocar una pasta abrasiva en las superficies oclusales de todos los dientes y mover el articulador en todas las excu--siones esto pulirá las superficies de contacto hasta que corran, eficaz y continuamente unas contra otras.

CONCLUSIONES:

La prostodoncia total inmediata es una forma de evitar que el paciente permanezca desdentado por un determinado -- tiempo, y a la vez estamos protejiendolo de que las funciones pérdidas puedan ocasionar malos hábitos, así como interferir en las funciones del aparato digestivo, ocasionando -- una gran variante en la alimentación.

Es un tratamiento molesto pero que le va a proporcio-- nar al paciente satisfacción, así como las funciones reque-- ridas.

Es un tratamiento en el que se debe tener bastante cuidado ya que su procedimiento es complicado porque se esta -- interviniendo quirúrgicamente, aunque los tejidos bucales -- son muy nobles tiene que haber asepsia para evitar cual- -- quier infección y asegurar una buena cicatrización de los -- tejidos,

La prostodoncia total inmediata es un gran avance en -- la odontología moderna.

BIBLIOGRAFIA.

PROSTODONCIA DENTAL COMPLETA.

John J. Sharry.

Editorial toray, S.A.

Cuarta Edición.

PROSTODONCIA TOTAL

Pedro Saizar

Editorial mundi,

Edición Argentina 1972.

PROTESIS DENTAL

Sears H. Víctor,

Editorial Toray, S.A.

Barcelona 1965.

CIRUGIA BUCAL

Guillermo A. Ries Centeno.

Editorial paidos

Octava Edición.

Buenos Aires, 1979.