

24/139

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

---

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**PROSTODONCIA CONVENCIONAL INMEDIATA**

~~XXXXXXXXXX~~

**T E S I S**

Que para obtener el título de:

**CIRUJANO DENTISTA**

p r e s e n t a :

**Mercedes Evangelina Calderón Jiménez**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

# PROSTODONCIA CONVENCIONAL INMEDIATA

## INDICE

INTRODUCCION .....	1
CAPITULO I	
I. Generalidades. ....	3
II. Concepto .....	5
III. Definición .....	5
CAPITULO II CARACTERISTICAS	
I. Ventajas y Desventajas .....	7
II. Indicaciones y Contraindicaciones .....	10
CAPITULO III HISTORIA CLINICA	
I. Información General .....	12
II. Interrogatorio .....	12

<b>III.</b>	<b>Estudio de Aparatos y Sistemas . . . . .</b>	<b>14</b>
<b>IV.</b>	<b>Examen Oral . . . . .</b>	<b>15</b>
<b>V.</b>	<b>Estudio Radiográfico . . . . .</b>	<b>17</b>
<b>VI.</b>	<b>Modelos de Estudio . . . . .</b>	<b>19</b>

**CAPITULO IV CLASIFICACION DE LA P.C.I.**

<b>I.</b>	<b>Férula Momentanea Transitoria . . . . .</b>	<b>22</b>
<b>II.</b>	<b>Prostodoncia Completa sin Placo Ves. . .</b>	<b>22</b>
<b>III.</b>	<b>Prostodoncia Completa con Encía . . . . .</b>	<b>23</b>

**CAPITULO V REGISTROS PARA CONSERVARLA**

<b>I.</b>	<b>Altura Facial Morfológica . . . . .</b>	<b>25</b>
<b>II.</b>	<b>Color . . . . .</b>	<b>25</b>
<b>III.</b>	<b>Modelos Frontales . . . . .</b>	<b>26</b>
<b>IV.</b>	<b>Impresiones para Colocar los Dientes</b>	
	<b>Naturales . . . . .</b>	<b>26</b>
<b>V.</b>	<b>Perfil . . . . .</b>	<b>27</b>
<b>VI.</b>	<b>Fotografías . . . . .</b>	<b>27</b>

**CAPITULO VI            PROCEDIMIENTOS EN LA ELAVORACION  
DE LA P.C.I.**

<b>I.</b>	<b>Impresiones Preliminares . . . . .</b>	<b>30</b>
<b>II.</b>	<b>Construcción de Portaimpresiones</b>	
	<b>Individuales . . . . .</b>	<b>32</b>
<b>III.</b>	<b>Impresiones Finales . . . . .</b>	<b>35</b>
<b>IV.</b>	<b>Vaciado de los Modelos . . . . .</b>	<b>36</b>
<b>V.</b>	<b>Selección de Dientes . . . . .</b>	<b>36</b>

**CAPITULO VII            PREPARACION QUIRURGICA DEL MODELO**

<b>I.</b>	<b>Diseño del borde Oseo . . . . .</b>	<b>40</b>
<b>II.</b>	<b>Preparación para extracciones Simples . .</b>	<b>41</b>
<b>III.</b>	<b>Extracciones con ligera Regularización del Borde Alvéolar . . . . .</b>	<b>42</b>
<b>IV.</b>	<b>Extracciones con Alveolectomía Modeladora</b>	<b>43</b>

**CAPITULO VIII            REGISTRO DE LAS RELACIONES INTERMAXILARES**

<b>I.</b>	<b>Placa Base . . . . .</b>	<b>49</b>
<b>II.</b>	<b>Dimensión Vertical . . . . .</b>	<b>52</b>

III. Montaje en Articulador . . . . . 53

IV. Elavoración de la Placa en el Modelo . . 56

**CAPITULO IX PREPARACION QUIRURGICA EN LA BOCA**

I. Premedicación del Paciente . . . . . 59

II. Complementación Radiográfica . . . . . 59

III. Preparación para una Cirugía Aséptica . 59

IV. Instrumentos . . . . . 60

V. Extracción de los Dientes . . . . . 60

VI. Recorte de los tejidos . . . . . 60

VII. Complicaciones Quirúrgicas . . . . . 62

VIII. Instrucciones Posoperatorias y Medicación 65

IX. Complicaciones Posoperatorias . . . . . 66

**CAPITULO X COLOCACION DE LA P.C.I.**

I. Instrucciones posteriores a la Colocación 71

**CAPITULO XI SESION DESPUES DE LAS 24 HRS. DE LA COLOCACION.**

I.	Objetivos Generales . . . . .	74
II.	Objetivos Especificos . . . . .	74
III.	Equipo y Material . . . . .	75
IV.	Instrucciones de Higiene Bucal consecutivas a su colocación . . . . .	75

**CAPITULO XII EVALUACION Y AJUSTES POSTERIORES**

I.	Ajustes para eliminar Molestias . . . . .	78
II.	Evaluación de la Cicatrización y retiro de las Suturas . . . . .	79
III.	Evaluación del estado Priodontal . . . . .	80
IV.	Rebasado de la P.C.I. para mejorar la - Retención y la Estabilidad . . . . .	82

## INTRODUCCION.

En la época en que vivimos en dónde las personas están en una actividad constante, cada vez se preocupan más de su aspecto físico.

Consciente de los problemas que tiene como consecuencia la falta de una o varias estructuras dentarias y los trastornos que pueden ocasionar, es de suma importancia para el Odontólogo ocuparse de darle un servicio más adecuado a las personas que requieran un tratamiento Inmediato, teniendo en cuenta los aspectos Psico-sociales, Economicos y Biológicos de los pacientes.

El tema que a continuación tratare lo considero de suma importancia para lo antes mencionado; puesto que la PROSTODONCIA CONVENCIONAL INMEDIATA a diferencia de la MEDIALTA, le va a dar a la persona una solución pronta a sus problemas, ya que esto le permite salir del consultorio con un tratamiento adecuado; lo cual va influir tanto a no descuidar sus actividades como a proteger su salud y sentirse estéticamente bien.



**CAPITULO**

**I**

**I.- Generalidades**

**II.- Concepto**

**III.- Definición**

## GENERALIDADES.

Se puede decir que la Prostodoncia Convencional - Inmediata nace en 1920 como consecuencia de las extracciones masivas que dan como consecuencia una infección focal, pero con el progreso de la anestesia y la radiología es que la - Prostodoncia Convencional Inmediata hizo un gran adelanto, - conjuntamente con la Cirugía bucal.

Con el paso del tiempo la influencia que iba te--- niendo la Prostodoncia Convencional Inmediata fué marcando la pauta y la manera de cómo se debe o puede practicarse.

Según Passamonti; (1964). Las Prostodoncias Inme-- diatas han ocasionado más quejas en el público, que ningun otro tipo de prostodoncias. Las quejas se refieren a los resultados estéticos e insatisfactorios y a una función deficiente.

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

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

Hay que tener en cuenta que también hay contradicciones

ciones, como veremos en otras expresiones.

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

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

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

La Prostodoncia Convencional Inmediata no es una alternativa frente a la Odontología conservadora; no autoriza la extracción de dientes cuya conservación satisfactoria es aún posible ni garantiza contra los fenómenos iatrogénicos que pueden sobrevenir. Es un servicio profesional que requiere más colocimientos, habilidad y criterio que la Prostodoncia regular.

## CONCEPTO.

Los factores que se hayan implicados en la eliminación y reemplazo de los dientes naturales por una Prostodoncia Convencional Inmediata. Teniendo cuenta la edad del paciente, el número de dientes, factores biológicos y psicológicos que han de tomarse cuenta antes de aprobar un tratamiento.

Debemos tener cuenta qué ningún tratamiento es igual para todos los pacientes.

## DEFINICION.

Podemos definir a la Prostodoncia Convencional Inmediata, como la Prostodoncia dental construida para sustituir la dentición perdida y las estructuras asociadas del maxilar, y de la mandíbula. Con el propósito de insertarla, después de la eliminación de uno hasta 32 dientes y pudiendo, estar afectada una o ambas arcadas.

**CAPITULO**

**II**

**CARACTERISTICAS**

**I.- Ventajas y Desventajas**

**II.- Indicaciones y Contraindicaciones**

## CARACTERISTICAS.

Para determinar si un tratamiento ha sido un éxito o un fracaso es necesario establecer algunos requerimientos que permitirán evaluar exactamente la dentadura construida. A veces, aún en las condiciones más favorables, la evaluación clínica no es segura. Los resultados del tratamiento de un sujeto varían cuando son comparados con los resultados de otro sometido a un tratamiento idéntico. La vivisección no siempre es posible, la evaluación objetiva de los propios esfuerzos puede ser engañosa, y los que el enfermo relata u omite de señalar no siempre es indicación de éxito o de fracaso.

Las Ventajas de la Prostodoncia Convencional Inmediata, superan las desventajas. Algunas de las ventajas comprobadas son:

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

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

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

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

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

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

7.- Desde el punto de vista Psicológico hay dos ventajas importantes; en primer lugar, casi siempre un enfermo que tuvo dentaduras completas inmediatas será después un portador así--

duo de dentaduras inmediatas y en segundo, los enfermos no tienen que presentarse ante su familia y amigos en un estado edéntulo y, por lo tanto, podrán realizar sus actividades sociales y profesionales sin apuros.

#### COMO DESVENTAJAS TENEMOS:

1.- Esta técnica exige precisión, exactos diagnósticos.

2.- La selección de casos deben estar muy bien seleccionados, las intervenciones quirúrgicas al ser a un grupo de dientes, se hace más traumatizante, exigiendo, habilidad y dominio.

3.- Ante la edentación futura y su eventual remplazo - por la P.C.I., entran en juego factores de estado general, utilidad, ventajas y posibilidad.

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



LAS INDICACIONES SON:

- 1.- Que la edad y edo. general del paciente permitan la o las intervenciones quirúrgicas que se requieran.
- 2.- Que el estado de la boca y dientes admitan la espera requerida para el trabajo preparatorio.
- 3.- Que el paciente esté de acuerdo con este tipo de servicio y esté dispuesto a aceptarlo, con todas sus ventajas y -desventajas.

Debemos tener muy en cuenta las siguientes CONTRAINDICACIONES.

- 1.- Son generalmente en todas aquellas personas con un ' estado de salud dudoso.
- 2.- En pacientes con Diabetes, Sífilis, algunas formas ' Tuberculosas, Epilépticos, Histéricos y en pacientes que pre--sentan trastornos orales.
- 3.- En dientes con movilidad, grandes alveolotomías, o ' intervenciones quirúrgicas en donde se prefiere preparar la P.C.I. después de las extracciones.

**CAPITULO            III**

**HISTORIA CLINICA**

- I.-            Información General**
- II.-           Interrogatorio**
- III.-          Estudio de Aparatos y Sistemas**
- IV.-          Examen Oral**
- V.-           Estudio Radiográfico**
- VI.-          Modelos de Estudio**

## HISTORIA CLINICA.

La historia clínica debe ser general, de tipo abierto, siguiendo un plan definido, en privado; con el objeto de facilitar las anotaciones de acuerdo a cada caso en particular. En relación con la P.C.I. es necesario tomar nota de todo lo importante que se observa ya sea positivo o negativo puesto que será de interés clínico usando la terminología apropiada.

### I.- INFORMACION GENERAL

Es una recopilación personal necesaria, que consta de: Nombre, Sexo, Edad, Estado Civil, Ocupación, Dirección, Fecha de Ingreso, Persona que lo recomendó y teléfono.

### II.- INTERROGATORIO

En el interrogatorio se puede proceder de una forma directa o indirecta.

En Antecedentes Hereditarios y Familiares. Se analizará, el ambiente en el cual se ha desarrollado y vive el paciente. Se interrogará acerca de enfermedades ocurridas en la familia tales como; Diabetes, Sífilis, Tuberculosis, Neoplasias;

Obesidad, Cardiopatías, Hipertensión Arterial, Enfermedades Mentales, Deformaciones Congénitas y Traumatismos e Infecciones.

En Antecedentes Personales no Patológicos. En este punto se analizará el nivel socio-económico y educacional, desarrollo físico y mental, ambiente, exposición a agentes nocivos, hábitos higienicos, aseo, vestido y alimentación.

En Antecedentes Personales Patológicos. Es importante saber si el paciente padece de alguna enfermedad sistémica como: Diabetes, Discrasias Sanguíneas o avitaminosis es de suma importancia porque esto afecta la respuesta de las mucosas a las presiones de la dentadura. Si es así tendremos que posponer el tratamiento de la P.C.I. hasta que pasen las fases agudas de estas enfermedades.

Es importante el, saber a que tipo de anestésicos es a fin y cual no, tratamientos y secuelas si se han realizado exámenes de laboratorio, se preguntará sobre el tipo de sangre tiempo de coagulación, tener en cuenta que esto es muy importante para decidir un tratamiento.

Padecimiento Actual. Deberá seguirse en orden cronológico, si hay una causa desencadenante, forma de comienzo evg

lución, aparición del síntoma y fenómenos acompañantes, secuencia de los síntomas principales y formación del cuadro.

### III.- ESTUDIO DE APARATOS Y SISTEMAS

Aporta datos medios, para hacer medicina preventiva, al mostrar anomalías de órganos sanos en apariencia para que - al ser investigados de manera intencionada pueden proporcionar síntomas incipientes de otro padecimiento.

Todos los Aparatos y Sistemas como: el Aparato Digestivo, Aparato Respiratorio, Aparato Cardiovascular, Aparato Uterinario, Endocrinología, el Sistema Hematopoyético y Linfático Sistema Nervioso y Psíquico.

Algunos de los trastornos generales de estos Aparatos y Sistemas, pueden tener manifestaciones orales, siendo necesario que el paciente sea tratado médicamente antes de la construcción de la dentadura para poder lograr mayor grado de éxito.

Dichos trastornos son entre otros;

**Anemia:** En general las anemias son enfermedades hematólogicas más frecuentes que se ven en la práctica dental, pueden descubrirse a causa de la ulceración de la mucosa y la in-

fección, que las defensas naturales disminuidas no pueden combatir. A menudo la lengua puede estar atrofiada, inflamada e irritada.

**Artritis:** Puede afectar a la A.T.M. hasta un punto que las relaciones de la mandíbula pueden ser difíciles de obtener.

**Acromegalia:** Requiere un cuidado especial, el paciente, necesita ajustes frecuentes en su dentadura.

**Hipertiroidismo:** Se puede manifestar en la cavidad oral reduciendo el flujo de saliva, produciendo inflamación de la mucosa.

**Hiperparatiroidismo:** Puede causar un aumento de resorción alveolar.

**Diabetes:** Puede disminuir el flujo de saliva y aumentar, la resorción alveolar, también perjudica la curación de úlceras en la mucosa.

Así como tantas enfermedades que se manifiestan en la cavidad oral como: Tuberculosis, Sífilis, Escarlatina, Difteria, Sarampión como también la Avitaminosis.

#### IV.- EXAMEN ORAL

Este examen se lleva a cabo tanto en la P.C.I. como

en la Mediata. El examen comprende:; la palpación y exploración de la cavidad oral y estructuras adyacentes.

Se le explicará al paciente lo que se va a realizar y el porque de tales maniobras y de esta manera obtendremos una mayor cooperación.

De este modo conoceremos tambien algo muy importante como la sensibilidad y tolerancia del paciente durante la palpación y la exploración de la mucosa y su tolerancia al contacto normal.

En forma más detallada se explorará.

En labios: La forma, integridad, si hay herpes, grietas en las comisuras y se vera la higiene.

Paladar: Forma e integridad, si hay exostosis completo o incompleto (paladar hendido).

Lengua: color, tamaño, si hay atrofia papilar, tumores, leucoplasias, aftas, ulceraciones y desviación.

Glandulas Salivales. Pudiendo observar sialorrea (secreción abundante de saliva), Xerostomía (disminución de la secreción de la saliva). Siendo importante la consistencia de la saliva ya que depende de su abundancia o viscosidad para ayudar a la retención del aparato protético.

Encías: palidez, coloración, cianosis, hemorragias ' ulceraciones, pigmentación, también veremos las inserciones - musculares (frenillos) e irregularidades de los procesos.

Diente: Se llevará a cabo una revisión cuidadosa de la arcada dentaria haciendo anotaciones claras en un diagrama anotando; número, deformaciones, caries, prótesis o piezas - faltantes, si existen se preguntará el tiempo que tiene sin - las estructuras dentarias, se anotará la presencia de estruc- turas supernumerarias.

Tenemos que tomar en cuenta las brechas que sean ce- rrado.

#### V.- ESTUDIO RADIOGRAFICO.

El diagnóstico será incompleto e inexacto sin un - examen radiográfico oral completo. Este examen Rx nos va ayu- dar el estudio de las estructuras óseas que van a sostener la restauración, consta de una serie que se integra de 14 Rx - periapicales, siete para el estudio del maxilar y siete para - la mandíbula; este tipo de Rx nos permite conocer, no solo el estado de los dientes existentes, sino incluso de los espa- - cios desdentados, con el fin de ayudarnos con el examen clíni- co, también para descubrir restos dentarios en las zonas des-



dentadas, o alguna otra alteración patológica que a simple vista no conocemos.

Entre lesiones patológicas no visibles al tacto son:

Areas infectadas o de rarefacción, raices y dientes retenidos, densidad ósea este punto es muy importante para saber con que clase de hueso vamos a trabajar; por ejemplo; si es Hueso Denso; sus trabéculas son compactas, los espacios medulares son pocos y el cuadro general es de opacidad, presenta poca resorción o muy lenta. Es óptima para dentaduras artificiales. Hueso Reticulado; El cuadro general es mucho más ligero, y el aspecto de la placa tiene grandes contrastes. Las trabéculas y espacios medulares están equilibrados con mayor uniformidad, la corteza esta definida pero es más ligera en contraste; el hueso reticulado dará soporte adecuado, pero generalmente no soportará cargas excesivas sin deterioro temprano

Hueso, no Cortical; Este hueso es transparente y pobre en sales orgánicas. No existe corteza definida. Ofrece poco soporte para la dentadura, a menos de reducir la carga oclusal, se producirá una larga serie de molestias y resorción.

Forma de tamaño del Seno Maxilar, fosas Nasaes y localización de los agujeros mentonianos.

Las radiografías deben tenerse a mano en cualquier momento, para cualquier aclaración o duda.-

## VI.- MODELOS DE ESTUDIO.

Estos modelos de estudio los obtenemos de las impresiones preliminares o anatómicas, son una replica de las zonas sobre las que apoyará la dentadura artificial. Podemos observar en ellos las crestas alveolares, forma, tamaño, relieves, grado de reabsorción y la porción relativa entre el maxilar y la mandíbula, orientación del plano de oclusión con los registros intermaxilares fijados en el articulador.

Los modelos de estudio deberán ser nítidos, limpios de superficies lisas; las impresiones de estos modelos pueden ser tomadas con alginato, puesto que es un material que no presenta cambios dimensionales, de valor clínico y que permite la reproducción de la zona impresionada.

El yeso que utilizamos en el vaciado de las impresiones para obtener los modelos de estudio deberán tener características controlables como resistencia, estabilidad dimensional, control de expansión y estructura.

Las facilidades que ofrece este estudio son:

1). Permite mediante los modelos, conocer formas y características anatómicas del maxilar y la mandíbula.

2). Las impresiones permiten examinar mejor sensibilidad del paciente y condiciones de trabajo en su boca.

3). Los registros intermaxilares permiten estudiar los problemas relacionados con la altura, estética, el dominio muscular y además la colaboración del paciente.

4). Los modelos preliminares o de estudio sirven posteriormente como guía para la estimación final de las relaciones intermaxilares.

CAPITULO IV

CLASIFICACION DE LA PROSTODONCIA CONVENCIONAL  
INMEDIATA

- I.- Fécula Momentánea Transitoria
- II.- Prostdoncia Completa sin Flanco Vestibular
- III.- Prostdoncia Completa

## I.- FERULA MOMENTANEA O TRANSITORIA

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

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

Mencionaré el otro tipo de protodoncia para tener conocimiento de ella, pero en la época actual esta técnica ha entrado en desuso.

## II.- PROSTODONCIA COMPLETA SIN FLANCO VESTIBULAR

Está es en la que generalmente, hay ausencia de la parte vestibular anterior, se realiza generalmente con el objeto, de evitar una alveolectomía exagerada, basta excavar el alvéolo en el modelo e introducir en éste 2 o 3 mm del diente de remplazo (de ahí en nombre de intra-alveolar).

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

La principal ventaja de esta prostodoncia es que nos permite la atrofia vestibular sin ninguna perturbación.

### III.- PROSTODONCIA COMPLETA

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

**CAPITULO V**

**REGISTROS PARA CONSERVARLA**

- I.-        Altura Facial Morfológica**
- II.-       Color**
- III.-      Modelos Frontales**
- IV.-      Impresiones para colocar los Dientes Naturales**
- V.-        Perfil**
- VI.-      Fotografías**

## REGISTROS PARA CONSERVARLA

Esto tiene por objeto poder demostrarle al paciente como reproducir exactamente el tamaño, posición, forma, el color de los dientes, su articulación, la forma de la encía -- la altura facial y eventualmente la forma de la cara.

Hay varios tipos pero podemos considerar los más importantes como:

### I.- ALTURA FACIAL MORFOLOGICA

Es a base de medidas como:

a). Boca cerrada tomar la distancia entre base de la nariz, a base del mentón.

b). La del borde incisivo inferior a base de la nariz

c). La del borde incisivo inferior a base del mentón.

d). El registro de Willis, resulta muy comodo para estas medidas.

e). El articulador de diagnóstico es un registro casi exacto de la forma, tamaño, posición y articulación de los dientes naturales antes del tratamiento.

### II.- COLOR

Si se desea reproducir el color de los colores de la dentadura natural, debe anotarse antes de las extracciones. Si se



juzga conveniente reproducir alguna incrustación, corona o pigmentación es menester ponerse de acuerdo con el paciente y hacer la anotación.

### III.- MODELOS FRONTALES

Son fáciles de obtener y útiles cuando, por cualquier circunstancia, no se puede conservar los modelos de estudio.

Aunque las impresiones pueden tomarse con yeso lo más sencillo es la impresión frontal, con alginato. En este caso - la cubeta puede hacerse con cera o una lámina metálica del tamaño de una película radiográfica (puede ser aluminio o mejor metal blando). Se redondean las cuatro puntas y se hacen escotaduras en los bordes superior e inferior para los frenillos, se hacen perforaciones para retención del alginato y un pequeño mango de alambre.

### IV.- IMPRESIONES PARA COLOCAR LOS DIENTES NATURALES

Las impresiones destinadas a recibir los dientes naturales después de las extracciones tiene que ser hechas en materiales que resistan el tiempo necesario, pues el total de las extracciones pueden tratar meses en completarse, lo más cómodo es la cera.

Las impresiones completas con alginato son útiles para los últimos dientes.

#### V.- PERFIL

Un perfilómetro (el de Jackson) es lo más cómodo para reproducir el perfil de una persona, otro modo de tomar una radiografía de perfil, un método usual en ortodoncia consiste en tomar un alambre de plomo o de cobre estirarlo bien y adaptarlo con los dedos contra el perfil del paciente; se dibuja su contorno en un cartón.

La experiencia que se tiene con estos métodos se puede decir que no nos dan un margen de seguridad después de algún tiempo. Por la deformación facial que inexorablemente traen los años y que no siempre se puede o conviene remediar.

#### VI .- FOTOGRAFIAS

Las fotografías de frente o de perfil a boca cerrada y mostrando los dientes, sirven para conservar el registro del aspecto de los pacientes antes de las intervenciones quirúrgicas, protéticas y compararlos con los resultados, que pueden fotografiarse también. Con esto se forma un valioso archivo.

**CAPITULO VI**

**PROCEDIMIENTO EN LA ELABORACION DE LA P.C.I.**

- I.- Impresiones Preliminares**
- II.- Construcción de Portaimpresiones Individuales**
- III.- Impresiones Finales**
- IV.- Vaciado de los Modelos**
- V.- Selección de Dientes.**

## PROCEDIMIENTO EN LA ELABORACION DE LA P.C.I.

### I.- IMPRESIONES PRELIMINARES

En estas impresiones los materiales siempre seran -  
elásticos.

Podemos usar tales como: Godiva o cera con alginato  
silicona, pero generalmente bastan buenas impresiones de alginato,  
que cubran toda la superficie.

Deben tomarse con alginato, adecuando la cubeta cuando sea necesario.

Tenemos que seleccionar un portaimpresiones y acondicionarlos de tal manera que cumpla las exigencias que necesitamos, estas son:

1.- Rebordear los bordes del portaimpresiones con cera azul o negra, para asegurarse de que el material de impresión impresione todas las areas de la boca.

2.- Colocar cera para bardear o modelina en el área del sellado posterior del paladar para reducir la cantidad de material que tienda a fluir posteriormente. Si el paciente tiene una bóveda palatina alta, coloque cera o modelina en el área palatina del portaimpresiones superior.

3.- Probar el portaimpresiones en la boca del paciente varias veces para asegurarnos que la cera para bardear o la modelina cumple con sus objetivos.

4.- Instruir al paciente para que enjuague su boca con agua para reducir la viscosidad de la saliva.

5.- Preparar el alginato de acuerdo con las instrucciones del fabricante.

6.- Se sobrellena ligeramente el portaimpresiones con el material antes de colocar el portaimpresiones, poner material adicional en la bóveda palatina y en el vestibulo bucal y labial del maxilar y en el area de la fosa retromilohioidea de la mandíbula.

7.- Colocar el portaimpresiones cargado de material en la boca del paciente, y céntrarlos sobre el proceso, asegurarse de que exista un espesor adecuado en la parte anterior antes de asiente el portaimpresión.

8.- Asentar el portaimpresiones en la mandíbula, instruir al paciente para que levante la lengua. Un error común al tomar impresiones preliminares es el de asentar el portaimpresiones demasiado abajo sobre el proceso de manera que queda un volumen insuficiente de alginato en la región oclusal. Además es posible en éste momento hacer una rectificación de bordes, los ves-

tíbulos labial y bucal del maxilar y mandíbula.

9.- Debe proveérsele de apoyos que sirvan de guía para centrarla adecuadamente en el momento de profundizar la impresión. Deberá dejarse 3mm.

10.- El mango, dispuesto en la parte delantera, permitirá tracción firme.

11.- Enjuagar la impresión con agua corriente y correrla inmediatamente.

## II.- CONSTRUCCION DE PORTAIMPRESIONES INDIVIDUALES

Esto se hará en los modelos preliminares.

1.- Marcar con un lápiz rojo una línea aproximadamente a 2mm de distancia de la vuelta muscular, siguiendo las formas de las inserciones tisulares. Marcar una segunda línea a 2mm en dirección oclusal, de la primera línea con un lápiz verde. Las áreas que no deben ser aliviadas con cera son: La zona del sellado posterior del paladar, en el maxilar, y los bordes bucales y fosa retromilohioides en la mandíbula.

2.- Adaptar un hoja de cera rosa en los modelos hasta la segunda línea (línea verde), excepto en el área del sellado posterior del paladar en el modelo superior, y en los bordes bucales y fosa retromilohioides en el modelo inferior. Antes

de la adaptación de acrílico, se proporcionarán topes anteriores y posteriores al portaimpresiones, recortando unos pequeños rectángulos de cera, en la región de los caninos y de los primeros o segundos molares extendiéndolos tanto labial como lingualmente de la cresta del proceso.

Estos topes servirán como guía para la colocación correcta en sentido vertical del portaimpresiones. Otro método es el de colocar después los topes usando para ello modelina de baja fusión.

3.- Después que la cera ha sido debidamente adaptada a los modelos de yeso, se cubre la superficie de yeso expuesta con una capa de separador de yeso-acrílico y la superficie de cera con una delgada capa de vaselina.

4.- Se utilizarán dos losetas de vidrio como conformadores estas se pondrán una sobre otra para hacer presión.

5.- Preparar acrílico de autopolimerización de acuerdo a las instrucciones del fabricante. Tan pronto como el acrílico alcanza su consistencia de masa, se distribuyen partes de la misma dentro de las losetas. Otra parte del material se guarda para ser los mangos.

6.- Se retira la resina acrílica del conformador y se coloca sobre el modelo, que quede suficiente material para extenderse hasta los bordes periféricos del modelo.

7.- Se adapta el acrílico al modelo, haciendo más presión en las áreas donde van a formarse los topes. El exeso de acrílico deberá cortarse con un instrumento afilado en éste momento tanto para facilitar el retiro del portaimpresiones como para facilitar el terminado del mismo.

8.- Se construye un mango para cada portaimpresiones. Este mango deberá centrarse sobre la línea media, extendiéndolo, labialmente hasta la posición aproximada de los dientes anteriores naturales, esta extensión hacia abajo (hacia arriba en el portaimpresión inferior) no deberá obstruir la movilidad del labio, pero debe permitir que se pueda tomar fácilmente el portaimpresiones. Para asegurar una buena unión se humedese con monomero tanto el portaimpresiones como el mango en el sitio donde deberá realizarse la unión.

9.- Dejar que el acrílico polimerice completamente y retirarlo. Después se quita la cera que se ha adherido dentro del portaimpresiones, así como el exeso de resina que exista en los bordes. Se procederá al pulido.



### III.- IMPRESIONES FINALES

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

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

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

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

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

Es probablemente el tipo de técnica más generalizada actualmente, aunque cada Odontólogo tiene su técnica y sus experiencias propias.

#### IV.- VACIADO DE YESO DE LOS MODELOS

En las impresiones finales es de rigor un zócalo de yeso París que las asegure. En las impresiones elásticas se debe eliminar con cuidado toda parte fluctuante.

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

#### V.- SELECCION DE DIENTES

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

Los dientes en la P.C.I. pueden ser colocados en la misma posición que los dientes naturales. Pero a primera vista esta declaración puede ser una ventaja aceptable; sin embargo al analizarla surgen dos puntos dudosos que son el problema estético y la oclusión.

1.- Cuando la mayoría de los individuos llegan a la edad donde está indicado ya el porte de dentaduras completas o casi completas, existe la posibilidad de que debido a la pérdida de algunos dientes, a la erupción continua de dientes sin antagonistas y a la migración de otros, los dientes naturales se hallan en posiciones que ni el dentista ni el paciente quieren reproducir. Estos dientes son útiles como guías, pero sus posiciones no deben ser necesariamente duplicadas. A veces, el no reproducir posiciones ocupadas por los dientes naturales producen mejores resultados estéticos.

En estos casos los dientes presentan aspectos más naturales, son más compatibles en el medio ambiente bucal circundante funcionan con armonía con los movimientos mandibulares y son aceptables para el enfermo desde el punto de vista estético pero desconocer, las posiciones de los dientes naturales también puede conducir a problemas de aceptación de la dentadura para satisfacer las exigencias estéticas. Por lo general, se hace un mal servicio cuando, mediante colocación de dientes artificiales, se trata de corregir maxilares en relación defectuosa.

2.- Las posiciones de los dientes están directamente relacionadas directamente con las relaciones oclusales de los dien-

en las dos arcadas.

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

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

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

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

CAPITULO VII

PREPARACION "QUIRURGICA" DEL MODELO

- I.- Diseño del Borde Oseo
- II.- Preparación para extracciones Simples
- III.- Extracciones con ligera Regularización del borde Alvéolar
- IV.- Extracciones con Alveolectomía Modeladora

## "CIRUGIA DEL MODELO"

Aceptada la selección de los dientes y la posición - que les corresponde, así como la corrección del articulador, - todo lo que se hace en adelante no tiene control de corrección. hasta la colocación en la boca. Hay que tener gran cuidado en - todo el proceso, empezando por marcar exactamente la línea me-- dia.

Sea cual fuere el lugar de la boca donde se aplicará la P.C.I. tres son los casos típicos que pueden plantearse, y - que requieren distinta preparación; las extracciones simples, - las extracciones con ligera alveolectomía, las extracciones con gran alveolectomía. A veces coexisten en la misma boca.

Varía también la preparación del modelo de acuerdo - con el tipo de P.C.I. abierta o cerrada, es decir con o sin en- cia vestibular.

La P.C.I. sin enca vestibular, que algunos prefieren por creer que el maxilar cicatriza mejor, se puede intentar - bien en aquellos casos que los dientes artificiales se ubica--- ran exactamente en los lugares de los naturales, cuando no se - prevé alveolectomía.

## I.- DISEÑO DEL BORDE OSEO

La posición del borde alveolar con respecto al gingi'  
val, el primer dato importante para operar un modelo, se determi'  
na estudiando las radiografías y explorando la profundidad de  
la bolsa gingival punto por punto. La profundidad que llega la  
sonda, corroborada por el examen de las radiografías, permite -  
marcar en el yeso vestibular los puntos que señalan el borde -  
óseo.

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

En el parodonto especialmente cuando predominan fenó-  
menos de atrofia vertical, la línea ósea resultará quebrada si-  
guiendo las irregularidades óseas y la distancia al borde gingi  
val variará entre 3 y 5 o más mm.

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

## II.- PREPARACION PARA EXTRACCIONES SIMPLES

Si la P.C.I. será abierta, deben cortarse los dientes

uno a uno, y excavar unos 3mm o lo que indique la posición del borde óseo, formando un alvéolo, dentro del cual se introduce el cuello de cada diente artificial, completándolo luego el acrílico de base. Se espera que, al colocar la Protodoncia en seguida de las extracciones, cada diente se introducirá en su alvéolo.

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

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

Al aparecer la alveolectomía, así sea ligera, se hace más clara la ventaja de la P.C.I. con encía artificial.

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



#### IV.- EXTRACCIONES CON ALVEOLECTOMIA MODELADORA

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

Se trata casi siempre del maxilar superior, la topografía del caso, el estudio radiográfico para las relaciones con los antagonistas y, a veces, la línea de los labios son los indicadores que guían al protodentista para estimar la alveolectomía mínima indispensable.

#### V.- REPRODUCCION DE LOS DIENTES NATURALES

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

1.- Imitar lo existente

2.- Imitar lo existente con modificaciones en algún sentido.

3.- Los dientes remanentes no pueden servir de guía por requerirse modificación total.

1.- Imitación de lo existente.

Un procedimiento consiste en hacer el modelo con - -

dientes de acrílico, y su inconveniente, en que no es sencillo hacer bien esos dientes.

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

a). Elegir, tallar y preparar un incisivo central, imitando el correspondiente del modelo.

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

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

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

Se puede lograr mejor control si, siguiendo a Dahlber (1965) se dibujan en la encía del modelo los ejes mayores de los dientes y se marca en estos una distancia determinada por -

ejemplo 15 mm a partir del borde incisivo.

2.- Imitar lo existente con modificaciones en algun sentido.

Quizá lo más corriente en la P.C.I. es que la reproducción de los dientes no deba ser absolutamente fiel, y que sea menester, imitar solo las características esenciales corrigiendo los defectos mayores. Una manera de proceder consiste en

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

b). Preparar la o las P.C.I. procediendo al cambio de dientes según la técnica arriba indicada, pero corrigiendo las posiciones que se desea enmendar.

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

reemplazantes del modelo que se juzgue más conveniente.

c). Los dientes remanentes no pueden servir de guía por requerirse modificación total.

Las modificaciones de importancia a introducir en el momento del cambio de dientes suelen deberse a grandes levantamientos de mordida, a grandes cambios en la articulación o en la indicación de la alveolectomía correctora.

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

d). Posición de los dientes anteriores sin encía artificial

En este caso, el grado de rebajamiento que debiera hacerse en el modelo puede ser un poco mayor frente a cada -

cuello, conforme se señaló, pues el borde gingival del diente se introducirá ligeramente en el alvéolo al colocar la P.C.I.

**CAPITULO VIII**

**REGISTRO DE LAS RELACIONES INTERMAXILARES**

- I.- Placa Base**
- II.- Dimensión Vertical**
- III.- Montaje Articulador**
- IV.- Elaboración de la Placa en el Modelo**

## I.- PLACA BASE

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

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

Examen de las socavas del modelo.

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

Todas estas retenciones deben rectificarse y eliminarse o moderarse con cera para placas bases. Cuando las socavas sean exageradas, deberán corregirse por medios quirúrgicos para

mejorar la retención y estabilidad de la Prosthodoncia.

Relleno de los espacios entre los diente.

Se rellenan los espacios existentes entre los dientes en el modelo para impedir que el acrílico se extendiera a esos espacios y fluya allí durante la confección de la placa base. - Si el acrílico se extendiera a esos espacios, podrían fracturarse los dientes del modelo al retirar la base.

Agregado de acrílico sobre el modelo

1.- Espolvoree polímero acrílico duro sobre el modelo y mójelo con el monómero.

2.- Añada polvo y líquido en forma alternada hasta lograr el espesor deseado para la la placa base.

3.-Inclinar el modelo al espolvorear el polímero, para reducir al mínimo, la acumulación de acrílico en el paladar de los modelos superiores, lo que produciría bases demasiado gruesas si ni se inclinara..

4.- Permitir que el acrílico se extienda sobre las caras linguales de los dientes. Se le podrá eliminar más tarde si interfiriera en la oclusión, pero el contacto de los dientes incrementa la estabilidad de la base al registrar las relaciones entre los maxilares.



5.- Llene los bordes del modelo hasta reproducir el espesor de los bordes de la impresión. Asegurarse que la placa base sea bastante gruesa sobre los rebordes residuales como, para tener rigidez suficiente.

#### Polimerización

1.- Invierta una taza de goma sobre el modelo y su placa base y dejar polimerizar el acrílico.

2.- Endurecido el material, retire con cuidado la base del modelo y se examina.

#### Recorte y pulido de la base.

1.- Se examina la placa base o reducir las áreas muy gruesas mediante fresa o banda para mandril.

2.- Recorte los bordes para que sean redondeados y suaves sin filos que pudieran lesionar los tejidos del paciente.

3.- Pase pomez a los bordes; no se requiere gran pulido la base terminada debe tener de 2 a 3mm de espesor, salvo sobre las crestas, donde no deberá superar 1mm. Debe ser lisa, relativamente rígida y apta para colocarla con facilidad y retirarla del modelo.

#### Adaptación del rodete de oclusión

1.- Reblandesca cera para bases, adáptela para formar un

rodete de oclusión y pegarlo en la placa base. Deberá ubicarse sobre las crestas residuales, algo más alto que el plano oclusal propuesto y casi 8mm de ancho.

2.- La cera debe alisarse y extenderse hacia arriba atrás desde los dientes pilares hasta la posición del último diente - por reemplazar.

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

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

## II.- DIMENSION VERTICAL

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

El aspecto de sobre cierre (dimensión vertical oclusal demasiado pequeña) no siempre es indicación de que sea necesario aumentar la distancia interoclusal, ya que la desarmonía entre la relación terminal de los maxilares y el contacto oclusal máximo puede producir este aspecto. Los contactos de los dientes restantes pueden utilizarse como guía para establecer la dimensión vertical de la oclusión., pero aceptar su oclusión como correcta podría ser un error. Un aumento en la distancia interoclusal podría perpetuar la falta de soporte muscular y conducir a una disminución y aspecto menos agradable. Una distancia interoclusal exagerada es potencialmente perjudicial para las articulaciones temporomandibulares. Una intrusión en la distancia interoclusal dará lugar pérdida ósea, hasta que sea restablecida la distancia interoclusal apropiada. En algunos enfermos la estimulación del reflejo nauseoso suele atribuirse a la disminución de la distancia interoclusal. Por lo tanto, el conservar la dimensión vertical correcta de la oclusión es un factor primordial para la aceptabilidad fisiológica de cualquier tipo de dentadura.

### III.- MONTAJE EN EL ARTICULADOR

Para la confección de la P.C.I. es conveniente un

articulador semiadaptable; el profesional puede usar el de su preferencia.

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

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

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

Toma del registro de la relación centrada.

1.- Al rodete superior e inferior, se le quita cera a las superficies oclusales de ambos para crear un espacio de 2mm para el medio de registro.

2.- Se tallan surcos como índices en los rodetes, se lubrican las caras oclusales.

3.- Se mide pasta de impresión de óxido de cinc, se mezcla la pasta con una espátula y se agrega una gota de agua para acelerar el fraguado.

4.- Se coloca una cantidad pequeña de pasta para impresión en la superficie oclusal cerca del rodete inferior e in-

sertar todo en la boca del paciente.

5.- Pídale que cierre en la posición retruida y que permanezca así hasta que haya fraguado el material.

6.- Se observa la relación de contacto entre los dientes ya tomados con índices para determinar si el paciente está en la dimensión vertical correcta. Si se desea, pueden utilizarse otros materiales como medio de registro; por ejemplo yeso piedra activado con agua enyesada o pasta de registro de mordida.

7.- Fraguado el medio de registro, retirar las bases con sus rodetes.

8.- Suelen retirarse ambas a la vez; si no es posible, pídale al paciente que abra la boca, espere los rodetes y retire uno por vez.

9.- Se examina el registro para comprobar si la marca de los surcos índices es aceptable.

10.- Se recorta el exedente de medio de registro, si es necesario, y compruebe la exactitud del registro en la boca del paciente.

11.- Enseñar al paciente a cerrar en la posición retruida y verificar si el registro calza o no en los surcos con precisión. Si el paciente repite el cierre inicial y se establece un buen contacto entre el rodete superior y el registro intero-

clusal, utilicelo para montar el modelo inferior en el articulador.

#### Montaje del modelo inferior en el articulador.

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

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

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

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

5.- Cierre el articulador para apresar la cantidad de yeso requerida para unir el modelo inferior al articulador.

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

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

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

Despues de haber seleccionado los dientes, preparado -

el modelo para su elaboración, enfilado y completada la articulación se debe encerar la pieza, tallando y alisando la cera como corresponde. La postura en mufa hasta la terminación sigue ahora el procedimiento habitual.

Los defectos del modelo cortado al quitarle los dientes pueden corregirse en la mufa abierta, también la mejor oportunidad para reproducir el modelo, con destino a una base transparente.

Los aparatos terminados no deben diferenciarse de la protodoncia mediana sino por dos características; un abultamiento algo mayor en la encía anterior y la zona lisa carente de detalles de mucosa, donde se cortaron los dientes del modelo

CAPITULO

IX

PREPARACION QUIRURGICA EN LA BOCA

- I.- Premedicación del Paciente
- II.- Complementación Radiográfica
- III.- Preparación para una Cirugía Aséptica
- IV.- Instrumentos
- V.- Extracción de los Dientes
- VI.- Recorte de los tejidos
- VII.- Complicaciones Quirúrgicas
- VIII.- Instrucciones Posoperatorias y Medicación
- IX.- Complicaciones Posoperatorias



## I.- PREMEDICACION DEL PACIENTE

Se le da al paciente, por boca, tranquilizantes 45min a 1 hora antes de la cirugía. La medicación podrá cursar su efecto durante la preparación del paciente.

## II.-COMPLEMENTACION RADIOGRAFICA

Se colocan la radiografías en el visor y revisarlas una vez más con atención; se tendrá cuidado especial en las raíces de los dientes por extraer. Observar cualquier forma inusual, como, dislaceraciones que puedan predisponer a la fractura durante la extracción.

## III.- PREPARACION PARA UN CIRUGIA ASEPTICA

1.- Lave la protodoncia, con solución de jabón germicida y enjuagar y secar muy bien.

2.- Colocar la protodoncia en un recipiente adecuado esterilizado.

3.- Llenar el recipiente hasta cubrir las dentaduras con solución de hipoclorito de sodio, donde deben permanecer durante unos 20 minutos.

#### IV.- INSTRUMENTOS.

1.- Se sacan todos los instrumentos y equipo ya usados.

2.- Se disponen los instrumentos estériles sobre una -  
compresa estéril en la mesa de trabajo o bandeja quirúrgica.

3.- Ponerle una compresa estéril al paciente en el pecho  
y hasta el cuello. Es recomendable que el Odontólogo usen bar-  
bijos y gorros que cubran el cabello durante el procedimiento--  
quirúrgico.

#### V.- EXTRACCIONES DE LOS DIENTES.

Después de aplicar la solución anestésica local ade--  
cuada se desbridan con cuidado, alrededor de los dientes rema-  
nentes con elevador y extraerlos con forceps. Se haran todos -  
los refuerzos posibles por evitar fracturas.

#### VI.- RECORTE DE LOS TEJIDOS.

Toda corrección quirúrgica a efectuar en este momento  
estará establecida por adelantado y marcada en el modelo. Con -  
frecuencia es posible determinar la necesidad de remodelar el -  
hueso si se observan los modelos de estudio. Es importantísimo  
la conservación del hueso alveolar y no puede exagerarse. Sin -  
envargo, las grandes socavas y los bordes óseos filosos o las -

crestas tabicales no podran tolerarse bajo una prostodoncia y -  
deberan extirparse. Las grandes retenciones suelen identificar-  
se en los modelos antes de la cirugía, pero no tanto así como  
las crestas filosas. Cuando se tengan duda, poco será el trau-  
matismo adicional causado por una incisión nitida en la cresta  
del reborde, la elevación delicada de un colgajo perióstico y -  
la observación del area sospechosa.

1.- Eliminar las crestas óseas tabicales filosas mediante  
pinzas gubias, con la única remoción del hueso suficiente para  
quitar la punta aguzada.

2.- Recorte los bordes muy aguzados del alvéolo por medio  
de pinzas gubias y termine con lima para huesos.

3.- Elimine las socavas óseas mayores con pinzas gubias o  
con una fresa grande para hueso y alise con lima para hueso.

4.- Antes de cerrar el colgajo perióstico, irrigue la zo-  
na con cuidado con solución fisiológica estéril y busque las pe-  
queñas esquirlas óseas remanentes.

5.- Eliminar todas las esquirlas sobrantes, pues resulta-  
rian muy irritantes bajo los tejidos, en especial donde sopor-  
tan la P.O.I.

6.- Si se recorta el hueso, a menudo habrá un exedente de  
tejido blando y ello erige el recorte de las papilas dentales -  
sobre las crestas tabicales. Un exeso de tejido blando sobre la

cresta del reborde alveolar no constituirá una base firme para la P.C.I. ; por tanto, recortar el tejido hasta que los bordes simplemente se pongan en contacto.

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

8.- Las suturas van sobre las crestas de los tabiques óseos para que cuenten un sostén. Nunca suture sobre un alvéolo dentario vacío.

## VII.- COMPLICACIONES QUIRURGICAS

La cirugía para la P.C.I. es más bien simple y las complicaciones son poco usuales. Las más frecuentes corresponden a fracturas de raíces o de alvéolos o a hemorragias.

**Raíces Fracturadas.** Hay que tener mucho cuidado más vale prevenir una fractura dentaria durante la eliminación de dientes, para una Prótesis Convencional Inmediata. Pueden evitarse muchas fracturas dentarias por medio de la interpretación radiográfica cuidadosa, observación de toda morfología radicular desusada y eliminación del diente con ejercicio de una

fuerza que permita "desenganchar" esas raíces curvas. Otra medida preventiva es el uso correcto del elevador para asegurarse - que el diente esté todo lo flojo posible antes de ejercer presión con los forceps. El aflojamiento del diente con un elevador ortoga también al odontólogo una gran ventaja, si la raíz se fractura, una raíz suelta en el alvéolo es más fácil de extirpar que otra adherida con firmeza por ligamentos periodontales.

Hemorragia. Rara vez la hemorragia constituye un problema serio, aun cuando puede ser molesto para el paciente y el odontólogo. En ocasiones al recortar el hueso se encuentran puntos sangrantes pequeños pero persistentes. Con mayor frecuencia se les encuentra en la zona anteroinferior en el hueso de los tabiques. Esto suele reprimirse con un instrumento como el elevador No. 41, empleado para aplastar el hueso que rodea ese vaso. La enfa inflamada asociada a dientes con enfermedad periodontal suele generar un sangrado en masa molesto al incidir. Si es posible identificar un vaso sangrante, éste puede controlarse, con electro coagulación o mediante sutura de esa zona al cerrar la herida. De, ordinario ese sangrado se detiene al colocar la P.C.I.

Si no, quizá sea necesario quitarla en forma temporal

se aplicará entonces presión directa sobre la zona mediante --  
gasas de 5 por 5 cm, colocadas sobre la zona sangrante y a las  
que el paciente aplicara presión al morder sobre ellas durante  
30 min, a una hora. Cuando sangra desde el alvéolo, suele re--  
primirse mediante introducción de surgicel o gelfoam en el -  
alvéolo y aplicación de presión como la recién descrita.

**Fractura del Alvéolo.** Del mismo modo que con las ra-  
ices es mejor prevenir la fractura del alvéolo que tratarla.

Cuando se piensa que esta fractura puede producirse  
al extraer un diente difícil, es mejor aplicar un índice sobre  
el hueso alveolar para sostener el hueso mientras se le aplica  
presión al diente. Si el hueso se fractura a pesar de nuestros  
esfuerzos, habrá que devolverlo y dejarlo allí si queda una -  
buena inserción periosteal a la mucosa.

**Sutura.** Si no se efectúa incisión para recortar los  
tejidos y la papila interdental está aun intacta, no se requie-  
ren suturas. Si se incidió el tejido, se repone el colgajo en  
su posición preoperatoria y suturar sobre el hueso interden--  
tal. Nunca se debe hacer sobre un alvéolo vacío, pues ello cau-  
sa el colapso de los tejidos en el alvéolo. El uso de sutura -  
reabsorbible o no es cuestión de preferencias, es más probable  
que cause irritación menor las suturas de seda y su retiro a -

los 4 a 7 días. Las suturas reabsorbibles que quedan en el lugar generan una irritación leve por período más prolongado.

#### VIII.- INSTRUCCIONES POSOPERATORIAS Y MEDICACION

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

1.- Pedirle al paciente que use continuamente la P.C.I. las primeras 24 hrs.

2.- Si la P.C.I. se desplazaran y salieran por alguna razón deberán enjuagarse de inmediato con agua corriente fría y vueltas a la boca. Si se las deja de poner por un tiempo, el edema podría impedir su colocación hasta que la tumefacción ceda; esto es más probable cuando se hizo un colgajo periósti-co y se recorto hueso.

3.- El paciente debe llevar una dieta blanda, se le dara un analgesico leve, como aspirina o acetaminofen. Antes de la pérdida completa del efecto anestésico.

4.- Proporcionarle una receta para un analgésico adecuado, según la estimación de la cantidad de traumatismo producido por la cirugía y su reacción probable al malestar esperado.

La cantidad de malestar posoperatorio en pacientes con P.C.I. parece ser algo inferior que en pacientes con cirugía similar sin colocación de prostodoncia. La presencia de la prostodoncia actúa como una férula o vendaje que protege la zona de los traumatismos de la masticación, ingestión de bebidas y demás.

#### IX.- COMPLICACIONES POSOPERATORIAS

Como las complicaciones serias son raras, mencionare las más usuales. Pues dado el número de P.C.I. de todo tipo - que se colocan a diario, de la atención del odontólogo de la técnica aséptica y de la habilidad de éste, y a la capacidad - del hombre para soportar los ataques quirúrgicos y cicatrizar rápidamente tenemos:

Edema. Debe considerarse en cierta medida, como una respuesta habitual de los tejidos blandos a los traumatismos - por tanto debe esperarse cierta tumefacción posoperatoria. La magnitud de edema causado por la cirugía varía de uno a otro - paciente y está determinada en gran medida por el grado de - traumatismo inferior a los tejidos blandos, deben manejarse y tratarse con gran cuidado. Si se hace esto, rara vez el edema posoperatorio será severo y podría reducirse al mínimo me-



diante el empleo de bolsas de hielo aplicadas al área quirúrgica con intermitencias de (30 min. si 30 no) en las primeras - 18 a 24 hrs.

Si hay algunos signos de infección, hay que recetar en forma conciente antibioticos profilácticos y continuar con ellos durante uno o más días.

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

Hemorragia. En algún momento de las instrucciones posoperatorias, debe informarse al paciente que si sangra en alguna medida posoperatoria ello es consecuencia normal de la cirugía realizada. Pero, una hemorragia excesiva o prolongada es más perturbadora para el paciente y puede ser seria si no se le trata con rapidez.

Si no deja de sangrar en el tiempo normal, se le aconsejará que se quite la P.C.I. y que aplique presión directa al área sangrante mordiendo gasas dobladas y con la presión sostenida por 20 a 30 min. Si esto no detiene la hemorragia, el odontólogo deberá volver al paciente y establecer su origen para tratarla. Esto requiere a menudo el uso de anestesia local, retiro de suturas e inspección del área quirúrgica en busca de posibles vasos seccionados. Los vasos sangrantes deben suturarse o coagularse con electrocuagulación. Cuando sangra un alvéolo y no se puede identificar un solo vaso, puede reprimirse la sangre con Surgicel o Gelfoam en la cavidad y aplicación firme de rollos de gasa sobre el alvéolo relleno.

Es necesario que el paciente se quite la P.C.I. para morder sobre el rollo de gasa, pues con la P.C.I. en posición no se logra presión suficiente sobre el área sangrante.

Dolor. El dolor y el malestar como consecuencia de la colocación de una P.C.I. muy rara vez son significativos. Como anteriormente mencioné, se indicará al paciente un analgésico adecuado.

Si éste llamara para describir un dolor superior al esperado, es importante determinar la causa; es decir, si quirúrgica, infecciosa o por presiones indebidas de la P.C.I. es esencial que el odontólogo esté seguro de la fuente de malestar, que trata la causa, y que no se recete analgésico cada vez más potentes.

**CAPITULO X**

**COLOCACION DE LA P.C.I.**

**I.- Instrucciones posteriores a la Colocación.**

## COLOCACION DE LA P.C.I.

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

2.- Asentar la P.C.I. hasta encontrar resistencia, retirar la y observar las zonas de interferencia señaladas por la pasta.

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

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

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

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

## I.- INSTRUCCIONES POSTERIORES A LA COLOCACION

1.- Se le debe enseñar al paciente a usar la P.C.I. hasta

la proxima sesión o sea al día siguiente.

2.- Se le hace incapie de una dieta blanda y se le sugiere que descanse en casa hasta la sesión siguiente.

3.- Aunque podrá tomar líquidos, deberá cuidar de no enjugarse la boca con energía.

4.- Darle una receta adecuada para la supresión del dolor posoperatorio.

**CAPITULO XI**

**SESION DESPUES DE LAS 24 HRS. DE LA COLOCACION**

- I.- Objetivos generales.**
- II.- Objetivos Especificos**
- III.- Equipo y Material**
- IV.- Instrucciones de higiene Bucal consecutivas a su Colocación.**

## I.- OBJETIVOS GENERALES

Estos abarcaran la evaluación del progreso del, paciente con la P.C.I. despues de 24 hrs. para realizar los ajustes indicados en la P.C.I. y adaptar ésta a los dientes pilares con acrílico de autopolimerización.

## II.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.- Se le interrogará al paciente respecto de malestares u otros problemas con la P.C.I. experimentados durante las 24 -- hrs. iniciales.

2.- Retiro de la P.C.I. y observación de la facilidad o di-  
ficultad para ello.

3.- Examen de la cavidad bucal para evaluar la zona quirúrgica y todo otro tejido dañado por la P.C.I.

4.- Aplicación de la pasta indicadora de presión e inser--  
ción de ésta para localizar las zonas que crean las molestias.

5.- Evaluación de la oclusión y su ajuste si fuera necesario.

6.-Retoque de las zonas lesivas de la P.C.I.



### III.- EQUIPO Y MATERIAL

Se deberá disponer del siguiente material y equipo.

- 1.- Espejo bucal
- 2.- Explorador
- 3.- Pinzas de algodón
- 4.- Gasas
- 5.- Pasta indicadora de presión y pincel
- 6.- Colutorios
- 7.- Acrílico de autopolimerización
- 8.- Papel de articular
- 9.- Taza de goma
- 10.- Instrucciones sobre higiene bucal y de la P.C.I.
- 11.- Ficha del paciente.

### IV.- INSTRUCCIONES DE HIGIENE BUCAL CONSECUTIVAS A SU COLOCACION

1.- Se le explica al paciente que durante la primera semana debe usar la P.C.I. de noche para ayudar a proteger la zona quirúrgica.

2.- Hay que insistir mucho sobre la limpieza de la P.C.I.

deberá retirarla de la boca, enjuagarla y cepillarla con jabón

3.- Después de la primera semana, la P.C.I. deberá dejarse fuera de la boca de noche, en una solución limpiadora.

4.- Hay que iniciar el cepillado de los dientes o pilares, en este momento, hay que sugerirle al paciente que use un espejo al cepillarse para evitar la lesión accidental en la zona quirúrgica.

5.- Hay que explicar al paciente que la P.C.I. se aflojara al progresar la curación y que tal vez sea probable que se requiera un rebasado en 6 a 8 semanas.

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

CAPITULO           XII

EVALUACION Y AJUSTES POSTERIORES

- I.-       Ajustes para eliminar Molestias
  
- II.-      Evaluación de la cicatrización y retiro de las  
          Suturas.
  
- III.-     Evaluación del estado Periodontal
  
- IV.-     Rebasado de la P.C.I. para mejorar la retención  
          y la estabilidad.

## EVALUACION Y AJUSTES POSTERIORES

Este objetivo consiste en proponer procedimientos de apoyo, de la P.C.I. para el mantenimiento de la salud de los dientes pilares y de los tejidos de sostén, y por consiguiente de la función de esta P.C.I. No, todos los procedimientos descritos pueden usarse para todos los pacientes y no todos pueden hacerse en una sesión.

Un plan común para una P.C.I. es una sesión inicial consecutiva a la colocación de 24 hrs. despues, la segunda visita se planea para 24 a 48 hrs despues de la primera; las sesiones posteriores se planean para una semana, dos semanas y dos meses despues de su colocación. Porsupuesto algunos pacientes se les deberá ver más a menudo que otro.

### I.- AJUSTES POSTERIORES PARA ELIMINAR MOLESTIAS

Durante el periodo inicial consecutivo a la colocación el paciente necesitará por lo general algunos retoques de la P.C.I. esto sucedera al progresar la cicatrización.

1.- Hay que interrogar al paciente sobre zonas particularmente sensibles o dolorosas.

2.- Examinar la boca para apreciar las zonas inflamadas

o erocionadas.

3.- Recubrir el interior de la P.C.I. con pasta indicadora, de presión y asentarla en la boca. Hay un método muy singular para descubrir los puntos de presión más fácilmente; se hace masticar al paciente sobre una bola de algodón unos momentos; se retira el algodón y se examina la P.C.I. las fuerzas -funcionales en esta a menudo dan pautas diferentes y más significativas en la pasta indicadora de presión que las obtenidas con sólo asentar la prostodoncia sobre los tejidos.

4.- Se correlacionan las zonas de presión en la P.C.I. - con los tejidos sensibles o escoriados vistos en la boca y se efectuan las correcciones necesarias.

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

Se examina la zona quirúrgica y se observa el progrso de la cicatrización; si se aplicaron puntos de sutura en el momento de la cirugía, su retiro es comúl 4 o 5 día del posoperatorio.

### III.- EVALUACION DEL ESTADO PERIODONTAL

Cerca de 6 a 8 semanas después de extraídos los dientes remanentes y de haber colocado la P.C.I. , debe volverse a evaluar el estado periodontal de los dientes pilares remanentes. En ese lapso la retracción o resolución de los tejidos blandos (encías) se habra producido y podra llegarse a una determinación sobre la capacidad de mantenimiento de esos dientes. Con mucha frecuencia una bolsa de 5 a 6 mm en el área se resolverá en este período tras la remoción del diente vecino

Esta es la razón para un tiempo de 6 a 8 semanas para la reevaluación. Los tejidos pueden responder de la manera siguiente:

1.- Cicatrización total (profundida mínima del surco) - con arquitectura fisiológica; tejidos marginales finos, en filo de cuchillo; tejidos interdientales en cono profundidades dentro de los límites normales o aceptables (0 a 3 mm).

2.- Cicatrización total (profundida mínima del surco) - con la forma arquitectónica; tejidos firmes punteados, pero con margenes redondeados o voluminosos y no fisiológicos desde un punto de vista de higiene óptima.

3.- Sin cicatrización; tejidos fibrosos, con bolsas profundas y posible exudado.

4.- Cicatrización parcial; cierta resolución de los defectos de los tejidos, pero persistencia de los óseos.

5.- Cicatrización con profundida insuficiente del vestibulo involucración secundaria del frenillo o de la mucosa alveolar; hay que determinar la cantidad de encía adherida (adecuada o no ) a ojo, 2 a 3 mm se consideran adecuados para soportar la tracción muscular y las fuerzas de la masticación . Para determinar la cantidad real de encía adherida hay que sondear y toda profundidad de bolsas debe restarse a la dimensión que va del margen gingival a la unión mucogingival para tener la verdadera cifra. Deben manipularse los labios y los carrillos para establecer si hay fibras o músculos con inserciones altas en la encía adherida que causen isquemia o retracción del diente o de la superficie radicular.

El caso de una profundidad mínima del surco con mala forma arquitectónica, suele ser manejable con una corrección marginal del tejido con la técnica, tradicional de la givectomía a la gingivoplastia, lo que también bastará en los casos de bolsas patológicas profundas (dentro de los límites del tejido insertado, masticatorio), y pérdida ósea horizontal.

Si hubiera deformidades óseas, como cráteres o defectos de dos o tres pares, el hueso deberá remodelarse y casi siempre se efectuará un colgajo para tener acceso a las áreas

de corrección.

#### IV.- REBASADO DE LA P.C.I. PARA MEJORAR LA RETENCION Y LA ESTABILIDAD

Al producirse la cicatrización y modificarse los contornos del reborde, el paciente puede manifestar que la P.C.I. se afloja, y 6 a 8 semanas despues de la inserción de la P.C.I. se torna necesario rebasar la Prstodencia. De este modo se suele mejorar la retención y la estabilidad.

1.- Se eliminan las retenciones de la P.C.I. con fresa de acrílico, para despues poder retirar del aparato del modelo sin roturas.

2.- Se mezcla el material de tratamiento de los tejidos y se coloca en la prostodencia.

3.- Se asienta la P.C.I. en la boca del paciente y se le indica que cierre en posición retruida.

4.- Se solda el borde del material de tratamiento de los tejidos como se describió en La toma de impresión.

5.- Se retira la P.C.I. y se recorta el exceso de material

6.- Se le indica al paciente que use la P.C.I. con ese material de tratamiento de los tejidos hasta el día siguiente.



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

## BIBLIOGRAFIA

- I. SAIZAR, PEDRO  
PROSTODONCIA TOTAL. Buenos Aires,  
Mundi, 1972. 456 - 476 p.p.
  
- II. HEARTWELL, CHARLES  
DENTADURAS COMPLETAS INMEDIATAS TRADICIONALES  
Clínicas Odontológicas de Norte America,  
Interamericana, 1976. 427 - 439 p.p.
  
- III. WALTER, DOXTATER LEE  
DENTADURAS COMPLETAS Y PARCIALES  
Buenos Aires. Uteha, 1949. 223 - 265 p.p.. Ilustrada.
  
- IV. NEILL, D.J.  
PROSTODONCIA COMPLETA; MANUAL CLINICO Y DE LABORATORIO  
Buenos Aires. Mundi, 1968; . 140 p.p.
  
- V. RIPOL, CARLOS  
PROSTODONCIA CONCEPTOS GENERALES,  
TOMO II
  
- VI. PROSTODONCIA TOTAL NUCLEO II  
S.U.A.