

229
20j

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
RITA MARIA OCAMPO ALVAREZ
SALVADOR MELCHOR MEZA
MEXICO, D. F. 1987



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

= I N D I C E =

CAPITULO I

Introducción	Página 1
------------------------	-------------

CAPITULO II

Historia Clínica	2
1o. Ficha de Identificación	3
2o. Examen General e Interrogatorio	3
a) Antecedentes Personales no Patológicos	3
b) Antecedentes Patológicos Personales	4
c) Antecedentes Hereditarios	4
d) Interrogatorio de Aparatos y Sistemas	5
3o. Examen Regional (Bucal)	7
4o. Examen de Laboratorio	9
5o. Examen Radiológico	10
6o. Historia Clínica Protésica	11

CAPITULO III

Prostodoncia Total Inmediata	15
1o. Generalidades	15
2o. Definición de prostodoncia total inmediata	16
3o. Indicaciones de la prostodoncia total inmediata	16
4o. Contraindicaciones de la prostodoncia total inmediata	17
5o. Ventajas de la prostodoncia total inmediata	18
6o. Desventajas de la prostodoncia total inmediata	19

CAPITULO IV

Generalidades para la construcción de una Prosthodoncia total inmediata.	20
1o. Registros para conservar	21
2o. Impresiones primarias y modelos de diagnostico	22
3o. Portaimpresiones individuales, impresiones secundarias o fisiológicas y obtención de modelos definitivos.	22
4o. Elaboración de la base de registro ó placa base.	24
5o. Plano de oclusión y relación céntrica.	25
6o. Dimensión Vertical.	26
7o. Montaje en el articulador	27
8o. Selección y colocación de los dientes.	27
9o. Encerado.	29
10o. Enfrascado	30
11o. Desencerado.	31
12o. Realización de la guía quirurgica.	32
13o. Acrilizado	33
14o. Pulido y terminado	34

CAPITULO V

Preparación quirurgica e inserción de la dentadura.	36
1o. Examen preoperatorio.	36
2o. Anestesia.	36
3o. Técnica Quirurgica.	37
a) Incisión.	37
b) Levantamiento del colgajo.	38
c) Extracción de las piezas dentarias	38
d) Regularización de procesos	39
e) Comprobación proteticoclinica por medio de la guía transparente o de Sears.	39

f) Sutura.	40
4) Inserción de la dentadura y tratamiento postoperatorio.	40
5) Indicaciones postoperatorias al paciente.	41

CAPITULO VI

Instrucciones al paciente portador de dentaduras	43
--	----

CAPITULO VII

Métodos de rebase y reposición de la base.	46
1o. Generalidades.	46
2o. Definición	46
3o. Consideraciones Generales.	47
4o. Indicaciones	47
5o. Contraindicaciones	48
6o. Preparación tisular y de las dentaduras.	48
7o. Errores a evitar	49
8o. Técnicas de rebase	50
9o. Técnicas de rebase a boca cerrada.	50
10o. Técnicas de rebase mandibular.	55
11o. Técnica de impresión a boca abierta	57
12o. Técnica que se sugiere.	59
a) Procedimiento Clínico	60
b) Procedimiento de laboratorio.	62
c) Inserción de la dentadura	62

CAPITULO VIII

Conclusiones	64
Bibliografía	65

CAPITULO I

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

Posteriormente a un examen minucioso y a una valoración del paciente y que se haya tomado la determinación de extraer los dientes naturales remanentes se procederá a realizar la siguiente parte del tratamiento que será la construcción de la protodoncia, para sustituir los dientes naturales extraídos.

Un problema serio al que se puede llegar a enfrentar cualquier persona es la pérdida de sus órganos dentarios por diferentes causas, lo cual puede ocasionarle diferentes alteraciones, ya sean anatómicas, fisiológicas, fonéticas y estéticas y por consiguiente un complejo de diferente magnitud dependiendo de la clase social, sitio de trabajo y círculo social en que se desenvuelve el individuo afectado.

Una solución es la elaboración de una protodoncia total inmediata que salvaría al paciente de cualquier situación antes descrita y le permitiría desenvolverse en el medio en que se encuentre.

En este trabajo se trata de exponer el procedimiento a seguir al elaborar una protodoncia total inmediata; iniciando con la historia clínica y culminando con las diferentes técnicas de rebases.

CAPITULO II

HISTORIA CLINICA

La historia clínica constituye un documento útil y muy importante, por medio del cual vamos a conocer el o los padecimientos de --- nuestro paciente, así como las condiciones actuales del mismo, en un de terminado momento para fines legales.

Por medio de la historia clínica podemos obtener un diagnóstico y establecer un plan de tratamiento adecuado y así llegar a un pronóstico satisfactorio.

Para efectuar la historia clínica general así como la bucal la podemos realizar con los siguientes métodos de exploración:

Palpación: Es un método de exploración clínica que se efectúa por medio del tacto y por él vamos a obtener el estado de la superficie, movimientos, cambios de volumen, de temperatura, zonas o puntos dolorosos. Se deben tener las manos suaves y limpias.

Percusión: Método que se efectúa por medio de golpes suaves que se efectúan directamente con la mano y a través de un instrumento y se obtienen sonidos, movimientos o dolor.

Auscultación: Esta se efectúa por medio del oído, es un procedimiento de medición, punto de comparación den--

tro del ritmo-paciente, también nos ayudará a precisar las distintas tonalidades acústicas de los dientes y maxilares enfermos.

Punción: Consiste en introducir una aguja o lima endodóntica en un sitio hueco para drenar y saber qué tipo de contenido existe.

Los datos para la elaboración de una historia clínica son los siguientes:

1° Ficha de identificación:

- I. Nombre
- II. Edad
- III. Sexo
- IV. Ocupación
- V. Escolaridad
- VI. Estado Civil
- VII. Lugar de residencia
- VIII. Lugar y fecha de nacimiento
- IX. Domicilio y teléfono

2° Examen General e Interrogatorio

a) Antecedentes personales no patológicos

- I. Tabaquismo (número de cigarrillos por día)
- II. Bebe (qué clase de bebida y la cantidad)
- III. Otros hábitos

IV. Habitación (buena aereación, buena iluminación, etc.

V. Alimentación habitual (componentes principales de la alimentación.

Es muy importante saber la consistencia, ya que los alimentos --- blandos son más dañinos para el aparato masticatorio.

b) Antecedentes patológicos personales

Es de gran importancia conocer las enfermedades anteriores por -- las secuelas que puede presentar aún después de transcurrido un perfodo - largo.

I. Tuberculosis

II. Enfermedades venéreas

III. Hepatitis

IV. Diabetes

V. Alergias (alimentos, medicamentos o vestuario)

VI. Fiebre reumática

VII. Parásitos

VIII. Tumores

IX. Cirugías

c) Antecedentes hereditarios

Este tipo de antecedentes son importantes porque nos dan a cono-- cer las enfermedades sufridas por familiares del paciente, ya que existe la posibilidad de que la herencia sea transmitida o hacer susceptibles de adquirir con más facilidad patologías como son:

- I. Cardiopatías
- II. Obesidad
- III. Enfermedades reumáticas
- IV. Convulsiones
- V. Alergias

d) Interrogatorio de aparatos y sistemas

APARATO RESPIRATORIO

- I. Sensación de obstrucción nasal
- II. Alteraciones en la intensidad de la voz
- III. Tos (acompañada de dolor, sangre)
- IV. Expectoración
- V. Dificultad para respirar
- VI. Dolor en los senos nasales
- VII. Hemistaxis (hemorragia nasal)
- VIII. Hemoptisis (hemorragia bucal que proviene del pulmón)

APARATO DIGESTIVO

Con respecto a este aparato obtendremos los siguientes datos:

- I. Anorexia (falta de apetito)
- II. Disfagia (dificultad en la deglución)
- III. Meteorismo (formación de gases)
- IV. Regurgitaciones
- V. Náuseas
- VI. Vómito
- VII. Dispepsia (dificultad en la digestión)
- VIII. Flatulencia (eliminación de gases)

APARATO GENITO-URINARIO

- I. Número de micciones
- II. Nicturia (orinar durante la noche)
- III. Hematuria (orina acompañada de sangre)
- IV. Anuria (dificultad para orinar)
- V. Poliuria (Exceso de orina)
- VI. Disuria (Dolor al orinar)
- VII. Edemas (inflamación de tobillos o párpados)

APARATO CARDIOVASCULAR

- I. Dificultad para respirar
- II. Dolor precordial
- III. Aumento de volumen en los párpados
- IV. Aumento de volumen en los tobillos y pies
- V. Tinnitus (Zúmbido de oídos)
- VI. Cefáleas
- VII. Lesiones en coronarias
- VIII. Disnea al esfuerzo
- IX. Mareos
- X. Disnea de decubito
- XI. Disnea en reposo
- XII. Hemorragias espontáneas

SISTEMA NEUROMUSCULAR

- I. Pérdida del conocimiento
- II. Sensación de adormecimiento
- III. Pérdida de la sensibilidad

- IV. Convulsiones (Contracción violenta e involuntaria de los músculos).
- V. Pérdida de movilidad
- VI. Dificultad para caminar
- VII. Pérdida de la memoria
- VIII. Tics (Movimientos en forma de espasmos)

SISTEMA ENDOCRINO

- I. Tiene indolencia al calor
- II. Tiene intolerancia al frío
- III. Siente deseos de orinar con frecuencia durante el día
- IV. Tiene mucho apetito
- V. Cambios en la abundancia del pelo
- VI. Pérdida o aumento de peso

3° Examen Regional (Bucal)

De este examen obtendremos los siguientes datos:

- I. Anormalidades en la zona
- II. Estado actual de la patología, si existe
- III. Dolor en la zona
- IV. El tiempo de evolución nos dirá si la patología es aguda-
o crónica.
- V. Terapéutica utilizada
- VI. Complicaciones sufridas

Observaremos con detalle las siguientes estructuras:

LABIOS

Color, forma, como cualquier anormalidad, úlceras, laceraciones, resequedad, etc.

CARRILLOS

Color, traumatismos, si no existe resequedad, etc.

FREMILLO

Inserción de los mismo, si existen traumas

PISO DE LA BOCA

Observaremos el color, si no existen traumatismos, vascularización, alguna patología (mucosele, ránula, etc.)

PALADAR DURO

Observaciones: profundidad, color, forma, torus palatino, cualquier alteración, alguna manifestación de enfermedad venérea, etc.

PALADAR BLANDO

Movimientos del paladar blando, buen sellado posterior, úvula -- grande o pequeña.

LENGUA

Alteraciones en la anatomía como son: fisuras, lengua geográfica, lengua bifida, lengua pilosa, lengua escrotal, microglosia y macroglosia ardor en la lengua que puede ser síntoma de diabetes.

TEJIDO GINGIVAL

Observaremos la coloración, forma, el volumen, si existe sangrado espontáneo, dolor, ardor, agrandamientos gingivales.

OCLUSIÓN

Cualquier anomalía.

ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

Dolor al abrir o cerrar la boca, anquilosis, luxación, fractura, algún chasquido o crepitación.

4° Exámenes de Laboratorio

En virtud de la necesidad que tenemos de realizar extracciones múltiples y la regularización del proceso alveolar; procederemos a ordenar los exámenes de laboratorio para así prevenir cualquier complicación en los períodos transoperatorios y postoperatorio que se pueden manifestar en forma de choque por anemia, sangrado abundante, falta de coagulación, etc..

Los exámenes de laboratorio más usuales son:

- I. Tiempo de sangrado
- II. Tiempo de coagulación
- III. Tiempo de protrombina
- IV. Tiempo de tromboplastina parcial
- V. Biometría Hemática

VI. Química Sangüínea

Si observamos crecimientos anormales en la región a intervenir realizaremos una biopsia incisional o excisional según sea el caso.

5° Examen Radiológico

Ningún examen de la cavidad oral no estaría completo si careciera de un estudio radiográfico que es un recurso auxiliar del cirujano -- dentista por medio del cual tendremos conocimiento de las diferentes anomalías como son: Raíces retenidas (restos radiculares, cuerpos extraños, fracturas, osteoporosis, osteomielitis, dilaceración o curvatura de las raíces hiper cementosis, enfermedad parodontal, abscesos, quistes, dientes incluidos, etc.

Así como estructuras anatómicas normales como por ejemplo:

Localización de agujeros mentonianos, densidad ósea, agujero palatino anterior, agujero palatino posterior, etc.

5) Recomendaciones de paciente y dentista para mejorar las dentaduras _____

Características Físicas

1. Habilidad Neuromuscular comprobada por:

A. Lenguaje (articulación) Buena _____ Mediana _____ Mala _____

B. Coordinación 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 _____ Alargada _____

B. Perfil Normal _____ Prognático _____ Retrognático _____

C. Cabello Blanco _____ Negro _____ Castaño _____ Rubio _____

D. Ojos Negros _____ Cafés _____ Verdes _____ Azules _____

E. Tez Clara _____ Media _____ Rubicunda _____ Morena _____

F. Textura (piel) Normal _____ Otra(explicar) _____

G. Arrugas debidas a: Edad _____ Pérdida de dimensión Vertical _____

H. Labios Activos _____ Largos _____ Medianos _____ Cortos _____

I. Bordes Bermeillon visibles _____

Evaluación Clínica

1. Articulación Temporomandibular

A. Comodidad _____ D. Suavidad _____

B. Crepitante _____ E. Desviación _____

C. Sonora _____

2. Movimiento Mandibular (Evalúelo como normal, excesivo o limitado)

A. Protusivo _____ B. LateralDerecho _____ C.I.I. _____

3. Factores Biológicos

A. Tono Muscular

Normal (CI I) _____ Casi Normal(CI II) _____ Subnormal (CI III) _____

B. Desarrollo de los músculos de masticación y expresión

Normal _____ Cerca de lo normal _____ Subnormal _____

C. Tamaño de Maxilar y Mandíbula

Mandíbula y Maxilar compatible _____

Mandíbula más pequeña que el maxilar _____

Mandíbula más larga que el maxilar _____

D. Altura de el Proceso residual

Maxilar: Normal _____ Pequeño _____ Plano _____

Mandíbula: Normal _____ Pequeño _____ Plano _____

E. Forma de el Proceso residual

Maxilar: "U" _____ "V" _____ Afilado _____

Mandíbula: "U" _____ "V" _____ Afilado _____

F. Forma de el Arco

Maxilar: Cuadrado _____ Triangular _____ Ovoide _____

Mandíbula: Cuadrado _____ Triangular _____ Ovoide _____

G. Forma de el Paladar Duro

Plano _____ "U" _____ "V" _____

H. Inclinación en el Paladar Blando

Suave _____ Mediana _____ Aguda _____

I. Relación de los Procesos

Ortognáptico Normal _____ Retrognático _____ 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. Retenciones Oseas

Maxilar: Ninguna _____ Ligera _____ Requiere Remoción _____

Mandíbula: Ninguna _____ Ligera _____ Requiere Remoción _____

M. Torus

Maxilar: Ninguno _____ Ligero _____ Requiere Remoción _____

Mandíbula: Ninguno _____ Ligero _____ Requiere 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 (encía insertada)
 Mínima 12 mm _____ B-12 mm _____ Menos de 8 mm. _____
- Q. Inserciones Musculares y Frenillos
 Baja _____ Mediana _____ Alta _____
- R. Espacio Postmiloalveolar
 Mínimo 10 mm _____ Menos de 10 mm _____
 Sin espacio para la dentadura _____
- S. Sensibilidad del Paladar (respuesta a la palpación)
 Ninguna _____ Mínima _____ Hipersensibilidad _____
- 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 Excedida _____ Poca o nada de Saliva _____
- W. Actitud Mental
 Filosófica _____ Exacta _____ Histérica _____ Indiferente _____
- X. Examen Radiográfico
 Hueso denso _____ Hueso Canceloso _____ Hueso no denso _____
 Patología Retenida (lista) _____

Pronóstico _____

CAPITULO III

PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA

1. GENERALIDADES

Este tipo de prostodoncia constituye un medio de disminuir la tragedia física y psíquica del desdentamiento y puede salvar al paciente del cambio de su dentición natural extraída a la dentadura sin que por un momento se vea desdentado. Es muy importante que antes de iniciar el procedimiento expliquemos al paciente de una forma amplia el tipo de trabajo que se le va a realizar, los contratiempos que pueden surgir desde el momento de sus extracciones hasta el período de adaptación, así como de sus ventajas y desventajas.

El tiempo de duración en servicio de una prostodoncia total inmediata es del todo variable, dependiendo del grado de destrucción ósea que se realiza, de la recuperación de los tejidos blandos afectados, si se efectúa una regularización de reborde su acomodamiento es mayor; pero su ajuste menor, ya que transcurrido algún tiempo se van sintiendo olgadas y por lo tanto resultan incómodas debido al movimiento existente, requiriéndose realizar un rebase.

Por lo general este tipo de prostodoncia requiere de uno y hasta 3 rebases durante el primer año dependiendo de la cantidad de tejido perdido, lo ideal es no rebasar durante los primeros meses y así evitar la formación hiperplásica de tejido y tener que recurrir a la extirpación quirúrgica.

2. DEFINICION DE PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA

Se entiende por prostodoncia total inmediata a la construcción -- del aparato dento protético antes de la extracción de los dientes remanentes que aún conserva el paciente, y colocándose inmediatamente después de haber realizado las extracciones y el respectivo regularizado de proceso alveolar, a diferencia de las prostodoncias mediatas que se colocan posteriormente a que se haya establecido el proceso cicatrizal al cabo de varias semanas posteriores a las extracciones.

3. INDICACIONES DE LA PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA

- 1° En pacientes en que la edad y el estado general permitan la o las intervenciones quirúrgicas necesarias.
- 2° Que el estado de la cavidad oral admitan la espera requerida para el trabajo preoperatorio.
- 3° Cuando la dimensión vertical sea aceptable.
- 4° En pacientes que deseen este tipo de servicio y esté dispuesto a aceptarlo.
- 5° Cuando las condiciones del proceso alveolar, no tengan necesidad de un tratamiento quirúrgico amplio.
- 6° En pacientes jóvenes para no perder el espacio que dejan los dientes extraídos y así devolver su fisonomía.

4. CONTRAINDICACIONES DE LA PRÓSTODONCIA TOTAL INMEDIATA

- 1° En pacientes en que el factor edad y estado de salud sean un obstáculo para realizar seis o más extracciones con intervención quirúrgica en una sesión.
- 2° En pacientes que han recibido terapia radioactiva.
- 3° Cuando existan procesos infecciosos (abscesos), sin previo tratamiento.
- 4° Cuando el paciente no tenga el tiempo necesario y la capacidad económica para la realización del trabajo.
- 5° En pacientes sifilíticos con lesiones orales
- 6° En procesos infecciosos agudos.
- 7° Pacientes alérgicos a los acrílicos.
- 8° Problemas sangüíneos sin previo tratamiento.
- 9° En casos de sinusitis aguda que impida la extracción de premolares y molares superiores.
- 10° En lesiones dejadas por el cáncer bucal.
- 11° Infecciones parodontales agudas.
- 12° En pacientes con enfermedades metabólicas.
- 13° Cuando exista tuberculosis o pacientes diabéticos.
- 14° En pacientes con reumatismos cardiacos.

5. VENTAJAS DE LA PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA

- 1° La dentadura actúa como áposito o ferula, para así controlar el sangrado; proteger contra lesiones o impactos de los alimentos, líquidos bucales, acción lingual.
- 2° Ayuda a mantener el coágulo en su sitio y así ayudar a la rápida cicatrización.
- 3° Conserva en estado normal la ATM
- 4° Mantiene la dimensión vertical
- 5° Los labios, lengua y carrillos no han cambiado sus posiciones por la falta de estructuras.
- 6° El color, forma, tamaño, colocación será más exacto que por las piezas naturales existentes.
- 7° Para algunos individuos es necesario no interrumpir sus actividades laborales y sociales.
- 8° Los pacientes se muestran reacios a la extracción, cuando se le asegura su pronta restitución. No.
- 9° Los individuos parecen funcionar en el habla, deglución, masticación, respiración con mayor prontitud.
- 10° Psicológicamente el paciente se adapta con más rapidez a la idea de ser portador de prostodoncias totales.
- 11° No tienen que enfrentarse a sus familiares y amigos en estado desdentado.

- 12° La dentadura inmediata conforma el hueso (por la presión que ejercen sobre éste lo van modelando.)
- 13° Impide el ensanchamiento lingual.

6. DESVENTAJAS DE LA PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA

- 1° La coordinación Quirúrgica-Protética exige precisión en la -- técnica.
- 2° El servicio se encarece por la duración que es corta y la necesidad de reemplazarla por una dentadura definitiva.
- 3° Las fallas técnicas o de laboratorio sólo las podremos observar después de la intervención quirúrgica final.
- 4° No hay posibilidad de hacer ninguna prueba (dientes en cera,-- oclusión, etc.)
- 5°. La necesidad que existe de realizar uno o varios rebases en un tiempo corto.

CAPITULO IV

GENERALIDADES PARA LA CONSTRUCCION DE UNA PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA.

Un examen minucioso en todos sus detalles debe cubrir no sólo el estado general facial y bucal, sino también el estado mental, la actitud del paciente y su capacidad para comprender y asimilar la situación si el paciente no está en condiciones de comprender el por qué de la prótesis inmediata, sus desventajas y ventajas, no debe iniciarse el tratamiento.

Como requisitos mentales y emocionales esenciales deben ser, -- captación disposición, valoración y lo que es muy importante la plena -- confianza en el cirujano dentista.

El plan de tratamiento debe de realizarse sin demostrar ninguna duda para así hacerle sentir al paciente la seguridad de que se encuentra en buenas manos y de que se cuenta con la preparación profesional necesaria para realizar un servicio satisfactorio.

La toma de impresiones es un paso de los más importantes por -- que de aquí depende el éxito de cualquier aparato protésico que se elabore, debemos procurar que los portaimpresiones no interfieran en los movimientos fisiológicos que se realicen y de utilizar el material de impresión adecuado y en su consistencia ideal.

1. REGISTROS PARA CONSERVAR

Estos registros realizados antes de la extracción tienen como objetivo conservar y reproducir con exactitud el tamaño, posición, forma y color de las piezas dentarias, su articulación, forma de encías, la altura facial y eventualmente la forma de la cara.

Pueden considerarse las más importantes: la altura facial morfológica, color, la impresión frontal, perfil y fotografías.

MEDIDAS PARA ANOTAR:

Debemos medir y registrar las siguientes distancias:

- a) A boca cerrada la distancia entre base de nariz y base del mentón.
- b) Borde incisivo superior a base de nariz.
- c) Borde incisivo inferior a base de mentón.

2. IMPRESIONES PRIMARIAS Y MODELOS DE DIAGNOSTICO

Las correctas impresiones de trabajo para la prótesis inmediata total pueden ser dificultosas, y es posible que las soluciones mediocres constituyan un origen de inconvenientes con este tipo de prótesis.

Se selecciona un porta impresiones de tamaño adecuado al maxilar y mandíbula el cual debe ser metálico y perforado para lograr una mejor adaptación colocaremos cera negra en los bordes del portaimpresión y

para obtener una mayor aproximación al paladar también podemos colocar esta cera en la región palatina.

El hidrocoloide irreversible ó alginato es el material ideal para realizar esta impresión la cual deberá ser corrida de inmediato después de retirarla de la boca del paciente y lavado al chorro de agua, para retirar saliva, restos de alimentos y sangre, eliminando la tensión superficial y así evitar la formación de burbujas.

3. PORTA IMPRESIONES INDIVIDUALES, IMPRESIONES SECUNDARIAS O FISIOLÓGICAS Y OBTENCIÓN DE MODELOS DEFINITIVOS O DE TRABAJO

Ya obtenido el modelo realizaremos el porta impresión (cubeta) individual el cual se puede hacer por medio de dos técnicas las cuales han dado resultados satisfactorios.

La primera de las técnicas es utilizar resina autocurable para fabricar este portaimpresión colocando una hoja de cera sobre el modelo que nos servirá como espaciador, la cual deberá adosarse perfectamente a la superficie del modelo 2 mm. por arriba del fondo de saco haciendo unas muescas que al llenarlas de acrílico servirán como topes en las superficies incisales de las piezas remanentes en la parte anterior; en la zona de sellado posterior y repisa vestibular y se agrega el acrílico que puede ser por método laminado o por polvo líquido.

Ya polimerizado el acrílico lo retiramos del modelo y quitamos la cera la cual nos dejará unos topes en la zona donde hicimos las muescas.

El portaimpresión se prepara para la impresión con elastomero -- (hule de polisulfuro), haciendo varias perforaciones en las cuales fluirá el material de impresión y nos servirá de retención, aplicaremos un adhesivo para aumentar la fijación del hule de polisulfuro al portaimpresión.

La segunda técnica es combinada, confeccionaremos el portaimpresión con resina autocurable adaptándolo solamente en las partes desdentadas, estos portaimpresiones llevarán unos topes en las regiones linguales o palatinas de los dientes remanentes en la zona del sellado posterior y repisa vestibular.

Al portaimpresión le haremos unos agujeros a criterio para que así el material fluya y no atrapemos aire, se culmina tomando la impresión con pasta zinquenolica lo retiramos de la boca y recortamos todo el excedente de pasta y se vuelve a introducir en la cavidad oral. Seleccionamos un portaimpresión metálico perforado que aloje los dientes remanentes, el repliegue mucoso que está sobre ella y que alcance a cubrir el portaimpresión individual de acrílico, se carga este portaimpresión con alginato. Se coloca alginato en la zona vestibular de los dientes antes de llevar el portaimpresión ya cargado en la boca, una vez que haya gelificado el alginato se retiran las dos impresiones juntas.

Para obtener los modelos deben llevarse con cuidado todos los requisitos para asegurarlos correctos.

En las impresiones compuestas es de rigor hacer un zocalo de yeso parís que los asegure, en las impresiones elásticas se debe eliminar con cuidado toda parte fluctuante.

El recorte del modelo lo haremos de una forma adecuada a la pro-
stodoncia y presentable al paciente.

4. ELABORACION DE LA BASE DE REGISTRO O PLACA BASE

Estas placas pueden realizarse con "base plate" o con acrílico - autocurable nosotros lo haremos con este último cubriendo los rebordes re-
siduales y zona palatina de igual forma que en prostodoncia total, cuidan-
do al hacerlas las relaciones con los dientes remanentes para no perjudi-
carlos, además de no penetrar en los socabados retentivos que presentan -
en la parte gingival y también de los rebordes residuales, para mayor ---
exactitud conviene estabilizarlas rebazándolas con cera o pasta zinqueno-
lica.

Ya obtenido el modelo lo barnizamos con separador yeso acrílico-
y aplicamos el método que mejor nos resulte, ya sea acrílico laminado ó -
adición polvo-líquido, cuidando de ir adaptándolas lo mejor posible a los
cuellos de las caras palatinas y linguales de las piezas remanentes y li-
brando inserciones musculares.

Estas placas los usaremos para las relaciones intermaxilares y -
colocación de los dientes artificiales y los requisitos que deben tener -
son:

- I. Que ajusten en el modelo de trabajo igual que en la boca pa-
ra que la transferencia de relaciones intermaxilares al arti-
culador sea exacta.

- II. Que sean rígidos y resistentes; que no se deformen durante la etapa de registros.
- III. Que tengan el diseño, extensión y grosor de la base de la dentadura terminada; sus características determinan la relación funcional y estética con el sistema labios - carrillo - lengua.
- IV. Que puedan pulirse y adquirir una superficie tersa.

Ya adaptadas las placas se colocan los rodillos de oclusión de cera los cuales son de forma rectangular y de 8 mm. aproximadamente de ancho, estos rodillos de cera servirán para establecer el plano de oclusión para los dientes posteriores del maxilar.

5. PLANO DE OCLUSION Y RELACION CENTRICA

Los dientes naturales remanentes inferiores son una guía útil para lograr establecer la altura del plano oclusal, y así los rodillos de oclusión se realizan en forma tal que corresponda su altura.

Los procedimientos clínicos y de laboratorio son similares que los utilizados en las protodoncias totales comunes.

Para tomar el registro del plano oclusal nos auxiliamos de la platina de fox, con la placa base y sus respectivos rodillos de cera en la boca del paciente trazamos una línea que vaya de la parte inferior del ala de la nariz a la parte media del tragus y otra que vaya de una pupila

a la otra (líneas imaginarias).

Se introduce la platina de fox en la boca del paciente y la colocamos en el rodillo superior, observamos y comparamos la altura de la platina, con las líneas antes mencionadas, si no existiera paralelismo, se rebajará reblandeciendo la cera o aumentará si fuera necesario hasta lograr dicho paralelismo.

Posteriormente se adapta la placa base inferior haciendo que abra y cierre la boca el paciente en relación céntrica con las placas puestas y luego sin ellas y de este modo sabremos si ha variado la articulación ó se ha desviado nuevamente la mandíbula, si coinciden los movimientos con los registros de oclusión quedan establecidos el plano oclusal y la relación céntrica.

6. DIMENSION VERTICAL

Este punto se refiere a la distancia existente y constante entre reborde alveolar superior e inferior.

Para obtener esta dato se toma la distancia existente entre la comisura palpebral externa y la comisura labial y la del punto medio de la base de la nariz al ángulo del mentón: esto se hace teniendo los dientes en posición de descanso, al establecer el plano oclusal con las placas colocadas en la boca se rectificarán estas medidas hasta lograr el punto deseado, si los dientes están distribuidos en forma irregular ó hay desgaste

y movilidad será necesario aumentar la dimensión vertical y evitar que éstos choquen.

Posteriormente se le indica al paciente hacer movimientos de lateralidad, de protrusión y retrusión hasta tener la plena seguridad de que la mandíbula ha vuelto a su posición de contracción posterior sin problema anulando así los malos hábitos.

Si se va a utilizar arco facial, se le indica al paciente que cierre y adopte la posición de relación céntrica para poder fijar los rodillos con grapas y unirlos en forma de X y así están listas las placas para llevarlas al articulador.

7. MONTAJE EN EL ARTICULADOR

Mediremos la relación de nuestros modelos para apreciar la altura y recortarlo si lo amerita, hasta adaptarlos al articulador, abrimos la rama superior del mismo y colocamos el modelo superior con su respectiva placa (previa aplicación de vaselina en la rama del articulador para posteriormente retirarlo y realizar el procesado). Colocamos yeso y esperamos a que frague y se repite la operación pero invirtiendo el articulador.

8. SELECCION Y COLOCACION DE DIENTES

Uno de los pasos importantes de la prostodoncia total inmediata, es la selección de los dientes viéndolo desde el punto de vista estético, ya que en este paso se tratará de darle la semejanza más próxima en cuanto a forma, color y tamaño de las piezas dentarias existentes.

Los dientes anteriores se colocan en 2 formas:

En la primera, en el modelo se recortan los dientes en forma alternativa y se excava la porción radicular anterior dándole poca profundidad, aproximadamente de 1 mm. del lado vestibular y al raz, con el margen gingival del lado lingual ó palatino. La depresión ligeramente recortada en la porción vestibular acomodará los cuellos de los dientes artificiales es obvio que en una persona con enfermedad parodontal, acompañada de retracción gingival y pérdida de hueso no se recortará el yeso ó se hará este corte a criterio. Este escaso recorte del modelo permitirá la confección de una dentadura que proveerá una matriz adecuada. Se obtienen mejores resultados si no se recorta hueso en la cirugía pre-protética. Los dientes artificiales se enfilan en sus posiciones específicos y se modifican como se requiera.

El incisivo central derecho es el primer diente que se coloca fijándolo con cera, posteriormente se van reemplazando los demás dientes hasta que todos están enfilados.

Uno de los problemas de quitar solo un diente por vez, es el de reproducir las pequeñas irregularidades que existan en la dentición natural. Después se recortan los incisivos laterales y se les reemplaza.

Los dientes superiores remanentes como el incisivo central izquierdo y los caninos derecho e izquierdo se ubican en el lugar de los que existen en el modelo. Con un calibrador de Boley, se mide la distancia existen

te entre las caras distovestibulares de los caninos en el modelo de yeso - piedra, de modo que los que lo sustituyen tengan una distancia igual.

Mediante este método es más fácil la reproducción exacta del aspecto y posición de los dientes en el arco dentario y lograr una buena oclusión.

En el segundo sistema los dientes se recortan de acuerdo con la línea única que corresponde al surco gingival. Los dientes se retiran rompiéndolos del modelo en su parte cervical y se redondea el reborde para imitar el procedimiento de recorte no óseo, excepto en zonas interproximales. Este procedimiento se lleva a cabo en un lado ó la mitad de los dientes remanentes y después del otro. Se pueden enfilar los dientes de los segmentos alternativamente, ó se puede desdentar todo el arco y utilizar el modelo de diagnóstico para la colocación de los dientes artificiales y así darles una buena estética, función y fonética a las dentaduras que estamos realizando.

9. ENCERADO

La superficie de la dentadura debe ser por razones estéticas lo más parecida a los tejidos naturales adyacentes, a las piezas dentarias. Lo haremos de la siguiente manera:

El encerado de nuestras dentaduras ya sea por el agregado de cera fundida ó por tiras de cera pegadas en caliente la cual debe sobrepasar el cuello de los dientes, esto es por vestibular, y ya que tengamos un buen -

espesor, hacemos el recorte de los cuellos de las piezas, haciendo el reborde a la altura del cuello, realizando canales entre pieza y pieza, y al flamear esta cera para darle tersura aquél grueso prominente va a adelgazarse y queda nuestro recorte que se llama festoneado. En palatino y lingual se hace más ó menos semejante aunque menos acentuado, se acostumbra ponerle arrugas palatinas para darle mayor naturalidad a la dentadura, y algunas veces por recursos económicos paladar transparente.

En la porción radicular se le debe hacer una pequeña prolongación en forma de triángulo para indicar la longitud y posición de las raíces, recordando que el canino superior tiene una raíz más larga, el incisivo lateral más corto y el central de una longitud intermedia, en el maxilar inferior el canino es más largo, el incisivo más corto y el lateral de longitud intermedia, se raspa la cera de los espacios entre las marcas triangulares, con lo cual la forma de las raíces empezará a mostrarse, las formas de estas raíces se redondean con la espátula y se alisan con un algodón empapado en alcohol para darle la tersura necesaria la cual nos va a redituar en tiempo al hacer el pulido final de la dentadura.

10. ENFRASCADO

Nuestras dentaduras ya enceradas y que no han perdido su dimensión vertical, que existe correcta articulación interdentaria, y se conservan todas las reglas de articulación se procede al enfrascado, para ello se requiere de 2 muflas o frascos para empacar dentaduras, las podemos encontrar para superior e inferior, se lubrica con vaselina interiormente y

con yeso para enmuflar se llena el vaso de la mufla donde se va a hundir - el conjunto para enfrascar, previamente barnizado el zocalo con separador- para facilitar el desenfrascado. El yeso del vaso de la mufla debe llegar- al borde externo del zocalo del modelo y del borde interno de la pared de- la mufla se alisa y se recorta lo necesario, se coloca separador de acríli- co en el yeso y la placa base menos en las superficies dentarias, se colo- ca el anillo de la mufla y se vierte yeso hasta llenar dicho anillo, y se- vibra para evitar atrapar burbujas de aire, se le pone la tapa de la mufla y se prensa hasta que el yeso ha endurecido por su mismo fraguado.

11. DESENCERADO

Una vez que el yeso haya fraguado se lleva la mufla a un recipien- te con agua hirviendo donde se deja por espacio de 7 minutos y se saca, se abre la mufla y vamos a encontrar la cera en estado gelatinoso, fácil de - retirar y como el yeso de la mufla está húmedo esta cera reblandecida no - es absorbida por el yeso.

Debemos tener otro recipiente con agua limpia, también hirviendo, en el cual introduciremos una manguerita para que el agua fluya por método de sifón y usando una brocha cuyo pelo se ha recortado a la mitad nos ayu- damos a cepillar las superficies tanto del modelo como de los cuellos cer- vicales que sobresalen del yeso en el anillo de la mufla. La placa base es retirada del modelo que se encuentra en el vaso de la mufla y se hace la - misma limpieza.

12. REALIZACION DE LA GUIA QUIRURGICA

Deberemos confeccionar una gufa transparente que nos servirá como gufa de modelado del reborde en el momento de realizar las extracciones y la colocación de la prostodoncia. Esta gufa nos permitirá ver a través de ella la izquemia que se produzca al hacer contacto ésta, con los puntos -- donde exista una cantidad excesiva de hueso o haya irregularidades, los -- cuales deberemos retirar en cantidad adecuada para así no hacer una destrucción extensa.

Para elaborar esta gufa mojaremos el modelo que está instalado en la mufia y colocaremos alginato en el portaimpresión en el cual se tomó la impresión original. Ya cargado el portaimpresión se coloca sobre el modelo de forma tal que no lleguemos a atrapar burbujas de aire, se retira la impresión y se realiza el vaciado de ésta.

Sobre el modelo adaptaremos un trozo de cera y se confecciona un patrón de cera para la guía quirúrgica, el cual debe tener un espesor uniforme de 2 mm., menos en los bordes donde debe reproducir los de la impresión.

Se coloca en mufia este modelo, y se adapta una hoja de papel estaño sobre el patrón de cera, se termina el enmuflado, se elimina la cera con el método de desencerado indicado en el punto anterior, ya limpia de - cera se adapta sobre el modelo una hoja de papel estaño.

Los sustitutos de este papel no son tan efectivos en el curado, - pues no realizan el sellado del modelo como el estaño y además resultan de un color lechoso en lugar de transparente, se realiza el acrilizado con re sina acrílica transparente o incolora y se hace el curado de la misma forma que la de una prostodoncia común.

13. ACRILIZADO

El acrilizado se refiere al empaque del acrílico entre las dos -- partes de la mufia que estén ya frías y limpias sus superficies, barnizamos con separador yeso acrílico y preparamos nuestra masa acrílica ya sea 20, 25 ó 35 cm³ de polvo según sea la dentadura chica, mediana ó grande, - humedeciéndolo con el monómero (líquido del acrílico), no deberemos batir el acrílico para evitar atrapar burbujas de aire, burbujas nefastas en una dentadura terminada.

Ya lista la masa acrílica, se coloca procurando no captar aire y se extiende sobre toda la superficie protésica con el dedo mojado en líqui do acrílico. Se coloca una hoja de papel celofán propia para dentaduras, - el cual se humedece, se arruga y se extiende sobre el acrílico, se coloca el contra modelo y se va prensando poco a poco dando lugar a que la masa - acrílica llene todos los espacios y se vaya desalojando el sobrante, se -- prensa hasta 1 ó 1½ mm. antes del cerrado total de la mufia.

Pasado un tiempo de 10 ó 15 minutos se abre la mufla y se retira el papel celofán y recortaremos los excedentes, en esta apertura se com--- prueba si hay faltante ó sobrante de acrílico.

Se pueden hacer 3 ó 4 pruebas de prensado, las que sean necesa--- rias hasta quedar satisfechos de ello, se retira el papel celofán y se --- vuelve a barnizar el modelo, cerrando la mufla definitivamente hasta lle--- gar al tope de la prensa.

Se deja de 1 a 3 horas a que la masa acrílica sin endurecer se -- conforme totalmente al modelo. Posteriormente colocaremos la prensa con -- las muflas en un recipiente con agua fría y se lleva al fuego, con el ca-- lor lo más bajo posible, se deja por espacio de 4 a 6 horas, mientras más-- dure mejor porque así se elimina el monomero del acrílico. Transcurrido es-- te tiempo se retiran del agua y se dejan enfriar.

14. PULIDO Y TERMINADO

Una vez que la mufla esté fría procederemos a abrirlas dándole -- unos golpes ligeros y se extrae el bloque de yeso, y con unas pinzas para-- yeso, se va recortando el yeso de las orillas para no fracturar el modelo-- o las dentaduras, logrado esto, procederemos a quitar las partes gruesas - de acrílico y las asperesas con piedras montadas y discos de lija para qui-- tar las huellas dejadas por las piedras, posteriormente con hules abrasi-- vos dejaremos tersa la superficie para finalmente llevar la dentadura al - disco de manta o fieltro y con blanco de España dejaremos bien pulida la - dentadura.

Es conveniente señalar que la parte interna de la dentadura nunca deberemos tocarla, solo que existan asperezas que puedan lacerar los tejidos, las cuales quitaremos con fresa, cuidando de no alterar la integridad de la dentadura.

CAPITULO V

PREPARACION QUIRURGICA E INSERCIÓN DE LA DENTADURA

1. EXAMEN PREOPERATORIO

Antes de iniciar con nuestro acto quirúrgico es recomendable hacer una revisión total de nuestra historia clínica, para así evitar cualquier -- contratiempo que pueda surgir durante y después de la cirugía.

Se toman nuevamente los datos que se considera más importantes como -- por ejemplo, aparato renal, respiratorio, digestivo y cardio-vascular, siste -- ma nervioso, etc.

Los exámenes de laboratorio los verificaremos nuevamente, para en ca -- so de que exista alguna anomalía, quede a juicio del cirujano dentista so -- licitar el auxilio de un médico cirujano.

Otro de los factores que debemos tener en cuenta es el estado de áni -- mo del paciente, ya sea que esté nervioso, ansioso ó intranquilo queda a cri -- terio del cirujano la necesidad de administrar premedicación anestésica como puede ser un barbitúrico.

2. ANESTESIA

Una vez que nuestro paciente está valorado y apto para la cirugía -- procederemos a la selección del anestésico que irá de acuerdo a las condicio -- nes físicas del paciente y a la predilección del cirujano dentista.

Dependiendo de la zona a intervenir ya sea maxilar superior ó inferior procederemos a anestesiarse la zona anatómica correspondiente.

SUPERIOR

Agujero infraorbitario y nasopalatino para los dientes anteriores, agujero palatino posterior en caso de dientes posteriores y técnica cigomática.

INFERIOR

Anestesiaremos en la espina de spix para los dientes posteriores y anteriores y agujero mentoniano para los dientes anteriores.

Podemos reforzar nuestra anestesia con puntos locales tanto en maxilar superior como en mandíbula y asimismo con fines hemostáticos regionales.

3. TECNICA QUIRURGICA

a) INCISION

Se puede realizar de dos formas de acuerdo al criterio del cirujano dentista.

- I. Se pueden realizar las extracciones y posteriormente la incisión.
- II. Hacer la incisión, desprender colgajo y realizar las extracciones.

Se toma el bisturf en forma de pluma y se inicia la incisión en la cara distogingival de la pieza dentaria deseada, de derecha a izquierda, siguiendo el festoneado de las piezas remanentes y así seguir hasta llegar al lado opuesto en la cara distogingival, tanto en piezas anteriores como en posteriores, es importante hacer la incisión con la presión adecuada para cortar el tejido fibroso ó queratinizado de la encía y así evitar un desgarre de la mucosa.

Otros puntos anatómicos que debemos respetar son:

Las incisiones de los frenillos los cuales debemos tratar de no involucrar en la cirugía para no provocar su desinserción. Los mismos pasos se siguen con la región mandibular.

b) LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO

Para realizar este procedimiento lo podemos hacer ayudándonos -- del periostomo ó espátula. iniciaremos el desprendimiento del colgajo muco-perióstico donde se inició la incisión (cara distogingival de la pieza dentaria deseada) y levantar el colgajo vestibular hasta llegar a la cara distogingival del otro lado; es importante tener un punto de apoyo seguro para no correr el riesgo de hacer un desgarre al hacer esta manobra, será necesario que el instrumento descansa sobre la lámina ósea para así levantar completo el colgajo (muco-perióstico)

c) EXTRACCION DE LAS PIEZAS DENTARIAS.

Estas se practican de acuerdo a la técnica que corresponda a ca-

da diente; es importante evitar la fractura de la tabla externa para no perder la forma natural de la arcada.

d) **REGULARIZACION DE PROCESOS**

En los casos que no presenten bordes ó zonas protrusivas y que no ameriten alveolectomía correctora, la ostectomía se reducirá a la necesaria o sea eliminar las crestas interdientarias.

La ostectomía se realiza con pinzas gubias que resecan los bordes filosos cortantes y las crestas prominentes para posteriormente utilizar limas para hueso ó escofinas y limar las asperezas restantes. Todos los bordes altos se deben recortar hasta tener contornos uniformes y dejar superficies redondeadas.

Con el dedo índice se investigan crestas ó bordes cortantes y donde existan irregularidades ahí se deberá de insistir.

Debemos colocar el colgajo en su lugar y palpar a través de él, para darnos cuenta de la condición que guarda el reborde alveolar.

e) **COMPROBACION PROTETICOCLINICA POR MEDIO DE LA GUIA TRANSPARENTE O DE SEARS**

Para estar seguros que el caso clínico ha quedado como nos propusimos o sea igual que el modelo donde se construyó la prótesis inmediata se coloca el colgajo en su sitio y se adapta sobre el maxilar la base transparente o de sears que tiene la forma exacta de la dentadura y en

aquéllos sitios donde aparezca una zona izquémica por el exceso de presión se levanta el colgajo y con pinza gubia se recorta el hueso excedente y con limas para hueso se alisan las asperezas y se vuelve a colocar la gafa de sears hasta que ya no existan estas zonas izquémicas y la gafa transparente se adapte perfectamente, se lava con suero fisiológico la zona para eliminar esquirlas óseas y coágulos.

f) **SUTURA**

Posteriormente al lavado con suero fisiológico se adapta el colgajo y recortaremos todo el excedente de tejido para así favorecer la nutrición.

Procederemos a la fijación del colgajo por medio de sutura, la cual la realizaremos con aguja curva y seda fina, hilo o nylon.

Los colgajos no deben quedar tirantes ni debemos de modificar las inserciones musculares.

4. INCERSION DE LA DENTADURA Y TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

Terminada la operación se lava la superficie con suero fisiológico ó agua oxigenada y se coloca la dentadura la cual el paciente no podrá retirarla antes de 5 (cinco) días, porque al hacerlo la inflamación que surge posterior a la cirugía no lo permitirá volver a colocársela, es importante indicarle al paciente del dolor que puede sobrevenir pero a pesar de esto no debe intentar desalojar dicho aparato para prevenir -

esto es necesario prescribir un analgésico y así disminuir la molestia.

Al tercer día se le cita para limpiar la zona de materia alba retirando la dentadura para desinfectarla y colocándola hasta el quinto día, en las zonas donde exista irritación ó ejerza mucha presión la dentadura se rebajará con piedras montadas.

A los siete días aproximadamente se retiran los puntos de sutura dándole al paciente posteriores citas para revisar el estado de las dentaduras y si ameritan un rebase.

5. INDICACIONES POST-OPERATORIAS AL PACIENTE

a) Las primeras 24 horas aplicar compresas de hielo en la zona - durante 10 minutos con descansos de 15 minutos.

b) El primer día dieta líquida de preferencia fría, nieve de limón.

c) A las 48 horas aplicar compresas con agua lo más caliente - posible, durante 10 minutos con intervalos de 15 minutos de descanso, esto se hace para favorecer la afluencia de líquidos a la zona.

d) Los primeros días dormir con 2 almohadas para evitar el congestionamiento y por consiguiente la inflamación de la zona.

e) Al segundo día dieta blanda excenta de irritantes como el limón, chile y grasa.

- f) No exponerse a los cambios bruscos de temperatura
- g) Reposo los primeros días.
- h) La higiene debe ser normal.
- i) Hacer colutorios ó enjuagues con agua tibia y bicarbonato o - con sal.
- j) Si se cree conveniente para prevenir cualquier alteración (infección e inflamación) recetar un antibiótico y un anti-inflamatorio, acompañado de un analgésico para reducir el dolor.

CAPITULO VI

INSTRUCCIONES AL PACIENTE PORTADOR DE DENTADURAS

La adaptación que existe entre la cavidad oral y el aparato protético es muy variable entre un paciente y otro, en unos se lleva demasiado tiempo y en otros es casi de inmediato, como en ciertos pacientes que padecieron por largo tiempo de su dentadura natural el cambio les resulta benéfico y por eso de su rápida adaptación, en otros pacientes más afortunados en su dentición es necesario ponerlos en antecedentes de las ventajas y limitaciones de la prostodoncia, las cuales se enumerarán a continuación:

DOLOR

En la instalación de la nueva dentadura es muy frecuente encontrar puntos ó zonas dolorosas antes de proceder a aliviarlas rebajando la base protética, es conveniente dejar pasar un tiempo para que el tejido busque su acomodamiento fisiológico y lograr una marca definida sin llegar a ulcerativa.

MASTICACION

El paciente deberá realizar una masticación bilateral porque hacerlo por un solo lado provoca el desbalance de la dentadura y la consecuente atrofia de los tejidos.

Es recomendable obtener práctica y adquirir hábito comiendo pe--

queños trozos de alimento suave.

Los alimentos ideales durante las primeras semanas son: huevo, - leche, verduras cocidas, sopas, pescado, purés y licuados, postres de -- consistencia blanda, se evitarán los alimentos pegajosos hasta tener la experiencia necesaria.

NAUSEAS

Uno de los trastornos es la sensación de náuseas, muchas veces - debido a alteraciones nerviosas, una de las formas de evitar esto es cerrando la boca con fuerza y haciendo movimientos de deglución y respirando por la nariz. La saliva de consistencia espesa ó viscosa es una forma de estimular el reflejo nauseoso por lo tanto se debe disolver algún - dulce con sabor ácido y así hacer más fluida la saliva y fácil de deglutir.

HABLA

Al principio ésta se tornará balbuceante, gruesa y silbante y se rá necesario educar al paciente leyendo en voz alta y practicando con -- frecuencia para así lograr una adaptación al aparato y éste resulte menos notorio.

LACERACION DE LOS CARRILLOS POR MORDISCOS

Uno de los efectos de la edentación es la caída de los carrillos y debido a la costumbre de caer después de colocar el aparato protésico-este tejido es pellizcado y por consiguiente se forma la ulceración, pa-

ra evitar esto será necesario que al masticar llenemos de aire los carrillos y así distender estos mismos hacia los lados lejos de las piezas dentarias artificiales.

CUIDADOS NOCTURNOS

Será necesario desalojar la dentadura por las noches para así dejar descansar los tejidos orales presionados durante todo el día y darles pequeños masajes con las yemas de los dedos y de esta forma favorecer la irrigación.

La dentadura será depositada en un recipiente con agua a temperatura ambiente agregándole un poco de bicarbonato ó sal.

HIGIENE DE LA DENTADURA

Deberá el paciente de limpiarla después de cada comida con un cepillo de cerdas duras y largas y acompañado de bicarbonato y agua normal. Por las noches será necesario cepillarla pero con detergente en polvo para evitar la acumulación de malos olores.

CAPITULO VII

METODOS DE REBASE Y REPOSICION DE LA BASE

1. GENERALIDADES

El servicio de mantenimiento de la protodoncia total incluye la adaptación de la base protésica a las mucosas y bordes residuales, las cuales tienen un grado de resorción mayor en mujeres que en hombres y en individuos de raza blanca que en los negros.

La resorción puede ser secuela de alguna enfermedad general, la cual debe ser tratada ó controlada antes de realizar el rebase, reponer la base ó construir una nueva dentadura.

Algunas profesionistas y técnicos dentales sin experiencia creen que el método de rebase es una cosa fácil, pero no toman en cuenta la habilidad y técnica que amerita este trabajo, ciertos portadores de dentaduras tratan de realizar este rebase por medio de productos farmacéuticos que en general resultan negativos por sus efectos sobre los tejidos blandos y la pérdida ósea en los rebordes residuales.

2. DEFINICION

El rebase es la acción de agregar material adicional a la dentadura en la parte que está en contacto con los tejidos blandos ya sea del paladar ó del reborde residual de la mandíbula y de esta manera ocupar ó rellenar el espacio existente entre la mucosa y la base de la dentadura.

La reposición de la base es el reemplazo de toda la base de la dentadura sin llegar a alterar la posición de los dientes y la relación con toda la dentadura.

3. CONSIDERACIONES GENERALES

Antes de iniciar el tratamiento es necesario un examen riguroso tanto del paciente como de las dentaduras, tomando en consideración especial los siguientes factores:

- 1° La apariencia del paciente debe ser aceptable
- 2° Los tejidos bucales deberán encontrarse en un estado de salud óptimo.
- 3° La dimensión vertical deberá ser satisfactoria
- 4° El límite posterior de la dentadura maxilar estará correcto.
- 5° El habla es satisfactoria con la dentadura existente.
- 6° La existencia de tejido hiperplásico y retenciones óseas.
- 7° Si son adecuadas las extensiones de la base de la dentadura
- 8° La oclusión céntrica coincide con la relación céntrica.

4. INDICACIONES

- 1° Cuando los rebordes alveolares hayan sufrido alteración y la adaptación de las bases de la dentadura no sean satisfactorias.
- 2° Cuando el paciente no cuente con los medios económicos para la construcción de la dentadura definitiva.
- 3° Cuando por falta de tiempo el paciente no pueda asistir a las citas que requiere una dentadura nueva.

5. CONTRAINDICACIONES

- 1° Cuando exista buena adaptación de las dentaduras a los tejidos.
- 2° Cuando existan ulceraciones y traumatismos en los tejidos -- blandos, el rebase se hará hasta que los tejidos estén en un estado de salud satisfactorio.
- 3° Si las dentaduras poseen mala estética ó relaciones maxila-- res inadecuadas y la fonación alterada.
- 4° Cuando exista tejido hiperplásico, éste deberá ser extirpado por método quirúrgico.
- 5° Hasta no corregir cualquier alteración como son retenciones-- en el proceso alveolar que dificulten la inserción ó retiro-- de la dentadura, problemas con articulación temporomandibu-- lar los cuales deberán ser tratados y eliminados.

6. PREPARACION TISULAR Y DE LA DENTADURA

Para realizar cualquier técnica de rebase es necesario darle una preparación tanto a las dentaduras como a los tejidos.

DE LOS TEJIDOS:

- 1° Las mucosas deben estar libres de zonas irritadas.
- 2° Las dentaduras deben estar fuera de la boca del paciente por lo menos dos o tres días antes de realizar el rebase.

- 3° El tejido hipertrófico debe ser removido quirúrgicamente.
- 4° El masaje diario de los tejidos es necesario para activar la irrigación.
- 5° La remoción de las dentaduras por las noches es necesaria durante varias semanas antes del rebase, si es que el paciente acostumbra no retirarlos por las noches.

DE LAS DENTADURAS

- 1° Las áreas de presión deben ser aliviadas
- 2° Se corrigen las zonas inadecuadas de los bordes de la dentadura.
- 3° Deberemos establecer un sello palatino correcto con modelina, ó resina autocurable.
- 4° Las disarmonías oclusales menores se corrigen por medio de un desgaste selectivo.

7. ERRORES A EVITAR

- 1° No debemos permitir que la dentadura superior se nos desplace hacia adelante durante la toma de impresión.
- 2° Verificar el establecimiento de un sello palatino posterior exacto.
- 3° No aumentar la dimensión vertical
- 4° No deberán existir contactos oclusales unilaterales
- 5° La oclusión céntrica y relación céntrica deben estar bien definidas.

6° El grosor de material de la impresión final deberá ser uniforme.

8. TECNICAS DE REBASE

Las técnicas más usuales de rebase son dos: una a boca abierta, - en la cual se le dará mayor importancia a la toma de impresiones separados y al registro de las relaciones intermaxilares y la otra es la técnica de rebase a boca cerrada que acepta una oclusión céntrica habitual, - la cual puede o no ser igual que la relación céntrica.

9. TECNICAS DE REBASE A BOCA CERRADA

TECNICA No. 1

Relación céntrica. Se corrige antes de tomar la impresión, usando modelina o cera.

Preparación de la dentadura. Se alivian todas las zonas retentivas, aliviando de 1.5 a 2 mm. de la superficie tisular, los bordes se reducen de 1 a 2 mm. excepto en el borde posterior de la dentadura del maxilar.

Sugerencia: Eliminaremos gran parte de la porción palatina media de la dentadura superior y así lograr mayor visibilidad al colocar la dentadura maxilar durante la impresión.

Moldeo de los Bordes. Con modelina de baja fusión formaremos sus contornos funcionales.

Impresión. Se recomienda la pasta zinquenolica, durante el moldeo de los bordes y la toma de impresión, el paciente cerrará con suavidad en el registro interoclusal hecho con anterioridad. El positivo de la impresión se hará con yeso de fraguado rápido.

VENTAJAS

1. La abertura de la parte palatina permitirá un mejor ajuste de la dentadura superior y así evitaremos aumentar la dimensión vertical.

2. El registro interoclusal hecho antes de la toma de impresión, ayudará a centrar las dentaduras durante la toma de impresión y orientarlos mismos sobre el articulador.

3. Esta técnica de dos pasos reducirá la posibilidad de mover hacia adelante la dentadura durante la toma de impresión.

DESVENTAJAS

1. El registro interoclusal de cera no constituye un registro seguro ni preciso de que el paciente cierre varias veces sin dañar dicho registro.

2. Esta técnica no sugiere ninguna solución a las dificultades surgidas en el rebase de ambas dentaduras al mismo tiempo.

3. La posibilidad de mover la dentadura hacia adelante aún representa un problema inminente e importante.

TECNICA No. 2

Relación Céntrica. Se utiliza la oclusión céntrica existente y la interdigitación cuspídea como medios para asentar la dentadura.

Preparación de la dentadura. Se alivian todas las zonas retentivas rebajando de 1.5 a 2 mm. la superficie tisular, y de uno (1) a 2 mm. los bordes excepto en el posterior de la dentadura del maxilar.

Sugerencia Especial. Se eliminará una gran parte de la porción palatina de la siguiente forma:

Primero debe señalarse el perímetro del área a eliminar, haciéndose la profundización de la superficie pulida de la dentadura hasta la mitad del grosor de la base, se realizan agujeros con un intervalo de 5 a 6 mm. dentro de este surco. (Esto se recomienda para lograr una fácil eliminación de la porción palatina durante el empaque y procesado)

Moldeo de los bordes. Se realiza con modelina de baja fusión.

Impresión. El material ideal es la cera Kerr (cera de Iowa) que fluye a la temperatura de la cavidad oral, la impresión se hace en 2 etapas.

VENTAJAS

1. La técnica de impresión de 2 etapas reduce la posibilidad de-

un movimiento anterior de la dentadura maxilar.

DESVENTAJAS

1. Los errores de la oclusión céntrica existentes pueden producir una impresión incorrecta.
2. Existe la posibilidad de una distorsión de la cera, además de lo difícil del manejo de ésta.

TECNICA No. 3

Relación Céntrica. La oclusión céntrica existente y la interdigitación cuspídea se utilizan como medios para asentar las dentaduras.

Preparación de la dentadura. Se rebaja de 1.5 a 2 mm. de la superficie tisular, los bordes se reducen de 1 a 2 mm. excepto en el borde posterior en la dentadura del maxilar.

Sugerencias Especiales. Se perfora la aleta labial y palatina de la dentadura, estas perforaciones disminuyen la presión dentro de la dentadura durante, la toma de impresión y así evita el desplazamiento de la dentadura superior.

Moldeo de los bordes. Se utiliza modelina de baja fusión.

Impresión. No se recomienda material alguno en especial.

VENTAJAS

Ninguna

DESVENTAJAS

Similar a las técnicas 1 y 2

TECNICA No. 4

Relación céntrica. La existente se emplea para colocar la dentadura superior.

Preparación de la dentadura. Similar a las técnicas anteriores

Sugerencias Especiales.

1. La periferia de la dentadura deberá ser acortada para crear un borde plano.
2. Se hará una abertura grande en la porción palatina de la dentadura maxilar.
3. Se coloca cinta adhesiva sobre la parte bucal y labial de ambas dentaduras a 2 mm. de los bordes de la misma.
4. Con una piedra filo de cuchillo se hará un surco profundo en la parte lingual y bucal de la dentadura donde se une el material de impresión, llenándolo con cera fundida para placa base.

Moldeo de los bordes. No se ha recomendado el moldeo de éstos, -- aunque se haya hecho incapie en que durante la toma de impresión se deje una leve cantidad de material de impresión en los bordes aplanados.

Impresión. Se recomienda la pasta zinquenolica.

VENTAJAS

Igual a las de la técnica 1

DESVENTAJAS

Los errores existentes en la oclusión céntrica puede producir algunos puntos de presión y malos resultados de la impresión.

10. TECNICAS DE REBASE MANDIBULAR

Los contratiempos que sobrevienen en el rebase de una dentadura maxilar, son mayores que los que se suscitan en el rebase de una dentadura mandibular, es necesario considerar las relaciones entre los rebordes-residuales, la forma de éstos, así como las cualidades de la mucosa que los cubre.

TECNICA No. 5

Relación Céntrica. La existente se utiliza como medio para colocar la dentadura mandibular durante la impresión secundaria, la oclusión se corrige cuando se establece una nueva dimensión vertical.

Preparación de la dentadura. No especificada.

Sugerencias Especiales. La pérdida de la dimensión vertical se corrige pegando modelina reblandecida a las superficies oclusales.

Se pide al paciente repetir la letra "M", este registro se enfría se recorta y se calienta un poco antes de volverlo a colocar en la boca - del paciente, esta operación se repite hasta que la dimensión vertical -- sea satisfactoria. A continuación se da una impresión de la porción infe-rior, después de vaciar ésta y montar la dentadura inferior en el articulador se retira y limpia la misma, cualquier retención debe ser eliminada, - la dentadura se pega al maxilar en la posición de oclusión céntrica, se - coloca modelina reblandecida dentro de la dentadura inferior cerrándose - el articulador contra el modelo inferior, hasta que el vástago de la gufa incisal haga contacto.

Con este procedimiento la magnitud de la dimensión vertical indi- cada por el grosor de la modelina en la superficie de los dientes mandibu- lares es llevada a la base de la dentadura mandibular, en esta etapa la - dentadura mandibular es utilizada como portaimpresión para hacer la impre- sión final.

Impresión. Los materiales indicados son la modelina en la primer- etapa y óxido de zinc y eugenol en la segunda.

VENTAJAS

1. La pérdida de dimensión vertical es compensada durante el re-

base.

2. El error de oclusión céntrica puede disminuirse durante el -- procedimiento de laboratorio.

DESVENTAJAS

1. Este técnica lleva mucho tiempo desde el punto de vista de pro cedimientos clínicos y de laboratorio.

2. Al querer establecer la dimensión vertical da resultados dudo sos.

11. TECNICAS DE IMPRESION A BOCA ABIERTA

En las técnicas anteriores la realización de la impresión final - es a boca cerrada, la Técnica No. 6 o de Boucher es la única que explica- el método de rebase de ambas dentaduras al mismo tiempo, además se ha he- cho incapie que en esta técnica las impresiones se hacen por separado, -- sin utilizar la oclusión céntrica existente, la realidad es que las denta duras se usan como portaimpresiones en las impresiones secundarias, ya he- chas éstas se determina una nueva relación céntrica, este procedimiento - se realiza en una sola cita.

TECNICA No. 6

Relación Céntrica. Se utilizan ambas dentaduras como base de re-- gistro, la relación de los maxilares se registra posteriormente a las im-

presiones secundarias del maxilar y mandíbula.

Preparación de la dentadura. Se forma un sello palatino posterior en la modelina sobre la dentadura maxilar antes de hacer cualquier cambio en el lado tisular de la dentadura. Se le da un (1) mm. de espacio dentro de la dentadura para el nuevo material de impresión, los bordes se recortan 1 mm. para dejar espacio y que el material de impresión forme un nuevo borde.

Sugerencias Especiales. La dentadura inferior se prepara de la -- misma forma que se prepararía un portaimpresión para hacer una dentadura-nueva, las superficies bucales de las aletas linguales se desgastan para - disminuir al mínimo la presión contra el borde milohioideo y entre los te jidos del piso de la boca y los lados bucales de las aletas linguales, la aleta lingual entre las eminencias premilohioideas se acortan un (1) mm.

La aleta lingual entre las escotaduras bucales se corta 1 mm. se realizan 2 surcos en los lados bucales de las aletas linguales para facilitar la eliminación de las eminencias retromilohioideas después de haber vaciado el molde. Se hace con modelina un mango sobre los dientes antero-inferiores, se coloca tela adhesiva sobre las superficies pulidas de am-- bas dentaduras y sobre los dientes.

Moldeo de los bordes. Si las aletas son inadecuadas, los bordes - se corrigen con modelina.

Impresión. Se recomienda pasta zinquenolica con la técnica siguien te:

Después de 15 segundos de haber colocado la dentadura en la boca se pide al paciente que haga tracción sobre su labio superior y que abra la boca a lo máximo, en estas condiciones se moldea el material de impresión sobre el borde de la dentadura.

VENTAJAS

1. Es posible verificar el registro de relación céntrica si es necesario.
2. El registro interoclusal que se hace con yeso es confiable.
3. El recorte de la dentadura y el espacio dejado para el material de impresión facilitará la realización de una impresión con presión selectiva sin interferencia oclusal.
4. Un registro interoclusal separado utilizando impresiones ya realizadas, bases de registro, permitirá al operador concentrarse al 100% en el registro de las relaciones maxilares.

12. TÉCNICA QUE SE SUGIERE

En las técnicas anteriormente descritas el paciente tenía que desalojar las dentaduras por espacio de 24 a 72 horas antes de realizar la impresión, además del tiempo que requiere dejarla con el cirujano dentista después de la impresión, lo cual no es agradable para el paciente, además de las siguientes visitas que son para dar el ajuste a las dentaduras.

Estos contratiempos se pueden reducir mediante la técnica que se sugiere, la cual se basa en la utilización de materiales acondicionadores de tejido como materiales de impresión.

a) Procedimiento Clínico

Se aconseja lo siguiente:

- 1) Poner en conocimiento al paciente de los procedimientos a seguir.
- 2) Explicar la obligación que tiene de desalojar la dentadura -- por las noches.
- 3) Deberá aceptar su responsabilidad en el plan del tratamiento.
- 4) Corregir los errores que existan en la oclusión.
- 5) Reduciremos la placa base de la dentadura para obtener un espacio el cual ocupará el material acondicionador, esta superficie deberá estar seca antes de colocar el material.
- 6) El paciente enjuagará su boca con una solución astringente.
- 7) Se coloca un grosor mínimo de material acondicionador sobre la parte rebajada de la dentadura y se llevará a la boca del paciente siguiendo la técnica ordinaria para la utilización de estos materiales, se retira y recortaremos los excedentes-

dadosa.

2) Se utiliza un nuevo registro interoclusal para montar la dentadura inferior en relación céntrica.

3) Es necesario verificar el montaje de los modelos antes de hacer ajustes en la oclusión por medio del desgaste selectivo.

4) Se revisará con cuidado la oclusión antes de despedir al paciente.

y se le dan las indicaciones al paciente del cuidado de este material y se despide.

8) Transcurridos 3 ó 5 días se observan las zonas denudadas ó -- gastadas, mismas que marcaremos con lápiz indeleble y se alivian éstas, - antes de volver a colocar el acondicionador de tejido, este material nunca debe de quedar por más de una semana porque se convierte en fuente local- de irritación. Cuando los tejidos hayan recuperado su estado de salud se- citará al paciente.

9) El material acondicionador es reemplazado en su totalidad por- material nuevo, se le pedirá al paciente que use las dentaduras durante - 30 minutos mientras está en la sala de espera y si lo desea ingerir una - comida ligera, se observa si no existen zonas de presión, de no hayarlas- esta impresión es utilizada como definitiva.

10) Estos materiales endurecen después de 30 minutos posteriores- a la mezcla, perdiendo actividad después de 3 días, la dentadura deberá - estar en la boca durante 15 ó 45 minutos para registrar los detalles con- exactitud, por si se deja más de 60 minutos se reduce la precisión de re- producción de los detalles.

11) Deberá vaciarse el modelo inmediatamente para evitar los cam-- bios en cuanto a detalles.

12) Durante una de las citas se hace la transferencia con el ar- co facial de la dentadura superior.

b) Procedimiento de laboratorio

1) Se montará el modelo superior sobre un articulador utilizando la transferencia del arco facial.

2) Se relaciona la dentadura inferior con la superior, utilizando un registro interoclusal.

3) Si hay una disarmonía oclusal se corrige por medio del desgaste selectivo.

4) El rebase y reposición de la base son los mismos hasta esta etapa, durante la fase de laboratorio del rebase, toda la base de la dentadura es reemplazada por material nuevo sin cambiar la posición de las piezas dentarias.

La presencia de dientes en porcelana facilita la reposición de la base pero si hay dientes acrílicos lo ideal es el rebase por la dificultad que presenta el cambio de base con este tipo de dientes.

5) Después que estén las dentaduras ya terminadas se hacen modelos en yeso para hacer el remontaje, montándolos en el articulador.

c) Inmersión de la dentadura

1) Se utilizará una pasta indicadora de presión para localizar estas áreas las cuales serán aliviadas con piedras montadas en forma cui-

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES

Una de las partes más importantes en el organismo humano es la -- dentadura natural, ya que ésta se encarga de una de las funciones más indispensables y es la masticación, ayudándonos en la fonética y siendo --- esencial en la estética, en lo que respecta a la apariencia personal; en vista de esto y ante la inminencia de la pérdida de la dentadura natural, es necesario no carecer de una prostodoncia por un tiempo largo por los - efectos nocivos que acompañan al desdentamiento.

Este trabajo está encaminado a hacer resaltar la importancia que -- tiene la prostodoncia total inmediata en el tratamiento inicial de pacien -- tes edentulos, haciendo resaltar las ventajas, la rápida recuperación de -- los tejidos y la buena adaptación a la dentadura artificial.

Además de que evitaremos que el paciente sea visto desdentado y - por consiguiente las funciones de la cavidad oral no sufran alguna atro-- ffa ó alteración.

BIBLIOGRAFIA

SHARRY, John J. Prostodoncia dental completa. Ediciones Toray, S.A., Barcelona, 1977. Pág. 297.

FERNANDEZ, Rocfo, Dra. Apuntes del curso de cirugía bucal, de 7° y 8° semestres.

ARAU NARVAEZ, Juan, Dr. Apuntes del curso de técnicas quirúrgicas del 6°-mestre.

WINKLER, S. Prostodoncia total, Ed. Interamericana, 1982. pág. 446 a 497.

EJNAR ERKSSON, Manual ilustrado de anestesia local, págs. 66-76.

SAIZAR, Pedro. Prostodoncia total. Edit. Mundi, 1973. págs. 456 y 477.

LEON, Mario, Dr. Apuntes del curso de prostodoncia total: 4° semestre.

KRUGER, Gustavo O. Cirugía buco-maxilofacial. Ed. Médica Panaméricana. -- págs. 70-75.

OTERO SANCHEZ, Juan, Dr. Curso de prostodoncia total, 5° y 6° semestres.

RIES CENTENO, G. Cirugía bucal, capítulo XI, págs. 442-446 y 738-750.

OZAWA DEGUCHI, José, Prostodoncia total. México: UNAM, 1984.

SHILLING BURG, Herbert, Jr. Fundamentos de prostodoncia fija. 2a. edición
Quinta Essence Publishing Co. 1981.

RITACCO ARALDO, Angel. Implantes endodónticos intraóseos. 2a. edición. --
Editorial Mundi, 1979.