



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

GENERALIDADES DE PROSTODONCIA TOTAL

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
PRESENTAN:
CECILIA NORA RAMOS FLORES
MA. GUADALUPE VILLEGAS MORENO

MEXICO, D. F.

1985



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

TEMARIO

Introducción.

I.-Breve Historia de la Prostodoncia.

II.-Historia Clínica.

III.-Anatomía:

Músculos de la masticación.

Anatomía y Fisiología de la ATM.

Importancia.

IV.-Paciente:

Clasificación desde el punto de vista
protésico.

V.-Materiales de impresión.

VI.-Impresiones:

Técnicas.

Construcción de cucharillas.

VII.-Registros de relación.

VIII.-Selección de dientes y articulación.

IX.-Cuidados e indicaciones al paciente.

X.-Prótesis inmediata y Regularización de procesos.

Conclusiones.

Bibliografía.

INTRODUCCION

Al elaborar el presente trabajo nos hemos dado cuenta de la importancia que tiene la prostodoncia total como parte integral de la ciencia odontológica.

Actualmente se tiene el conocimiento que la incomodidad bucal ocasionada por una prótesis inadecuada o incorrecta tiene repercusiones nocivas en el sistema nervioso, lo cual puede ocasionar una disfunción orgánica general.

Siendo este un problema trascendental, se han ideado varios aparatos y múltiples técnicas para solucionarlo. Para construir una prótesis debemos lograr el restablecimiento efectivo de la función masticatoria completa, cumplir los requisitos de estética y cubrir las exigencias de la fonética. Todo ello lo conseguimos siguiendo con habilidad, paso a paso, la técnica que se adapte a cada caso en particular.

Por lo anterior se ha querido realizar en este trabajo una revisión general y un ordenamiento de los principios fundamentales de la prostodoncia total.

TEMA I

BREVE HISTORIA DE LA PROSTODONCIA TOTAL

BREVE HISTORIA DE LA PROSTODONCIA.

Si bien ya desde civilizaciones muy antiguas se trataba de sustituir las piezas dentarias perdidas, por elementos análogos sostenidos a los vecinos por ligaduras, - constituían estos aparatos semejantes a los puentes y en manera alguna a las chapas que parecen haber tenido su origen en Roma; cosa ésta muy probable ya que descendiendo este pueblo de los antiguos etruscos, donde se marcaba a los delincuentes haciéndoles saltar un incicivo, tratan éstos de disimular esa señal denigrante, lo mismo aquellas personas que por un motivo cualquiera había perdido uno o varios dientes anteriores.

Así el poeta Marcial decía; "Ella lleva pelo y -- dientes postizos, ojos no, porque no los puede comprar", - esto pone en evidencia el uso de aparatos protésicos. No olvidemos a Plinio, el gran médico romano que encontró la manera de hacer obturadores velo-palatinos.

Durante la edad media, la odontología sufrió, como el resto de las ciencias, un estancamiento y solo en España la civilización árabe, con Avicena y Abulcasis a la cabeza (años 1000 a 1200), se apartó en algo del estancamiento.

Con el renacimiento llegamos a una época de gran incremento, en el que la odontología comienza a perfilarse como verdadera ciencia.

En 1684, Matías Purman encuentra la posibilidad de sacar impresiones bucales; Nuck, considera posible la construcción de una dentadura inferior completa y llegamos a 1728 en que Pierre Fauchard, en Francia fué el primero en usar la idea del obturador palatino para reponer en los dientes perdidos. Posteriormente describe la aplicación de la succión para la retención de aparatos superiores.

Publica "Le Chirurgien Dentiste" que es una síntesis de los ya numerosos conocimientos que se tenían en - - nuestra especialidad. Hablaba de dientes a pivot, puentes, prótesis completas y otros recursos protésicos.

En este siglo hubo un cierto adelanto en la industria de la porcelana. En 1774-1776 Duchateau y Dubois de - Chemant presentan los dientes incorruptibles de porcelana, que ponen termino al largo período en que las sustituciones se hacían de marfil animal o dientes humanos.

Bourdet.- Perfeccionó la prótesis, usó el oro en hojas rosado para las encías.

Felipe Pfaff.- Hizo los primeros modelos en yeso parís y se cree que fué el primero en tomar una impresión en la boca y vaciarla en yeso parís para hacer dientes artificiales, tomó impresiones fraccionadas en cera, empleó dientes de nacar en vez de dientes humanos o de marfil. Colocó una hoja de oro sobre la pulpa expuesta y luego la obturación.

Brunner.- Coloca dientes artificiales, en los que atornilla un pivote que encaja exactamente en la raíz previamente fresada para recibirlo.

Guillermeau.- Hace los primeros dientes artificiales y con ayuda de una sustancia semejante al lacre y coral pulverizado hacía la encía artificial.

Por el año de 1840 se comienza a usar la cera como material de impresiones.

Murphy ensaya en 1837 el empleo de vidrio para obtener dientes anteriores.

Gariot, toma la primera mordida y hace el primer articulador simple.

Delabarre, emplea la cubeta de impresión.

En 1840 Dunning hace uso del yeso y en el mismo año Good Year descubre la vulcanización que se aplica en -

prótesis a partir del año 1854.

En 1858, Bonwill patentó el primer articulador anatómico e inicia con sus estudios la "Era de Bonwill" o sea la era de la prótesis científica.

En 1890, los hermanos Green emplean las impresiones funcionales.

De 1908 a 1910 Gysi modifica hasta la perfección los articuladores anatómicos.

Desde entonces hasta nuestros días los progresos han sido notables.

TEMA II
HISTORIA CLINICA

HISTORIA CLINICA

La historia clínica para la determinación de una prótesis total, deberá estar encaminada a conocer el estado general del paciente como el estado particular de su boca.

Después de obtener los datos generales del paciente (nombre, dirección, edad, teléfono, etc.), se deberá interrogar acerca de las enfermedades que haya padecido durante su vida, para evaluar si alguna afectaría la realización de la prótesis total, entre las enfermedades que darán problemas bucales están: Sífilis, Tuberculosis, Cáncer. Al terminar el exámen general se procede a un minucioso exámen bucal que deberá ser extra e intraoral.

En el exámen extraoral se estudiarán los rasgos faciales que corresponden al tercio inferior de la cara y los cambios que se presenten en él, como: arrugas, hundimientos (provocados por las pérdidas dentarias), cicatrices (quirúrgicas ya sea por malformaciones o plásticas), pérdida de la dimensión vertical, ticks nerviosos. De los labios se observará si son gruesos o delgados, si son rígidos o flácidos, coloración, conformación, así como si existen lesiones como úlceras o fisuras.

También debemos valorar la personalidad del paciente para saber si vamos a tener problemas de cooperación, además de saber el nivel de tolerancia y capacidad de adaptación.

En el exámen intraoral, se deberá observar si hay alguna patología (exostosis, úlceras, inflamaciones, etc.) - se preguntará como y cuando perdió las piezas dentales. Se palparán las inserciones musculares (altas o bajas), tamaño y número de frenillos, limitación del fondo de saco labial y bucal. De los procesos alveolares se observará el tamaño y extensión (si son favorables o no para la prótesis). tama

ño de la tuberosidad del maxilar, todo esto para saber si es necesario hacer regularización de procesos. También se verifica la relación entre procesos (ortognata, retrognata o prognata), forma de la bóveda palatina (profunda, ojival o plana) y unión del paladar duro con el blando (que determina el sellado posterior de la prótesis superior). En lo que se refiere a la saliva se anotará su densidad (espesa, normal o fluida) y cantidad (poca, normal o abundante), esto es importante para la adhesión de las dentaduras y por lo tanto para la retención. Por lo que respecta a la lengua se tomará en cuenta su tamaño (grande, pequeña o normal), tonicidad muscular, ya que es uno de los factores para la adaptación de la prótesis inferior.

Después de haber efectuado el exámen radiográfico se podrá confirmar el diagnóstico de presunción, ya que este exámen servirá para descubrir piezas dentarias incluidas restos radiculares, abscesos, quistes, etc.

Ya obtenidos y estudiados todos estos datos y hecho ya un diagnóstico favorable para la elaboración de la prótesis total, se procederá al plan de tratamiento, que consistirá en los pasos que deberá el operador realizar para la construcción de la prótesis y en la explicación que se debe tener con el paciente con respecto al éxito que se obtendrá de acuerdo al diagnóstico.

REGISTRO DE DIAGNOSTICO PARA DENTADURAS COMPLETAS

INFORMACION GENERAL Fecha _____
Nombre _____ Edad _____ Sexo _____
Salud General _____

Ocupación y Posición Social _____

Historia Dental _____

Historia de Dentaduras _____

a).-Motivo principal de la consulta _____

b).-Tiempo de haber permanecido desdentado:

Maxilar _____ Mandíbula _____

c).-Tiempo de haber usado dentaduras:

Maxilar _____ Mandíbula _____

d).-Dentaduras anteriores:

Clase _____

Número Maxilar _____ Mandíbula _____

Experiencias Favorable _____ Desfavorable _____

e).-Dentaduras actuales

Eficiencia a la masticación (Oclusión) _____

Retención _____

Estabilidad _____

Estética _____

Fonética _____

Comodidad _____

Dimensión vertical _____

Recomendaciones de paciente y dentista para mejorar las dentaduras _____

CARACTERISTICAS FISICAS

Habilidad neuromuscular comprobada por:

a).-Lenguaje (Articulación) Buena _____ Mediana _____ Mala _____

b).-Coordinación Buena _____ Mediana _____ Mala _____

Apariencia General:

- a).-Índice Cosmético Promedio Alto Bajo
b).-Aspecto Agradable Tenso
c).-Personalidad Delicada Media
Vigorosa

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 la dimensión-
vertical
h).-Labios Activos Largos Medianos Cortos
i).-Bordes Bermellón visible

EVALUACION CLINICA

Articulación temporomandibular

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

Movimiento mandibular (Evalúelo como normal, excesivo o -
limitado)

Factores Biológicos

- a).-Tono muscular Normal Casi Normal Subnormal
b).-Desarrollo de los músculos de masticación y expresión
Normal Cerca de lo normal Subnormal
c).-Altura del proceso residual:
Maxilar: Normal Pequeño Plano
Mandíbula Normal Pequeña Plana
d).-Forma del proceso residual
Maxilar U V Afilado
Mandíbula U V Afilada

e).-Forma del arco:

Maxilar: Cuadrado _____ Triangular _____ Ovoide _____

Mandíbula Cuadrado _____ Triangular _____ Ovoide _____

f).-Forma de el Paladar duro

Plano _____ U _____ V _____

g).-Inclinación en el paladar blando:

Suave _____ Mediana _____ Aguda _____

h).-Relación de los procesos

Ortognático Normal _____ Retrognático _____

Prognático _____

i).-Paralelismo de los procesos

Ambos procesos son paralelos _____

Uno de los procesos no es paralelo _____

Ambos procesos son divergentes _____

j).-Distancia interarco

Adecuada _____ Excesiva _____ Limitada _____

k).-Retenciones óseas

Maxilar: Ninguna _____ Ligera _____ Requiere remoción _____

Mandíbula Ninguna _____ Ligera _____ Requiere remoción _____

l).-Torus

Maxilar: Ninguno _____ Ligero _____ Requiere remoción _____

Mandíbula Ninguno _____ Ligero _____ Requiere remoción _____

m).-Tejidos blandos que cubren el proceso alveolar

Espesor firme y uniforme _____

Tejido grueso _____

Tejido hiperplásico o resilente _____

n).-Mucosa Sana _____ Irritada _____ Patológica _____

o).-Inserciones musculares y frenillos

Baja _____ Mediana _____ Alta _____

p).-Tamaño de la lengua

Normal _____ Mediana _____ Grande _____

q).-Posición de la lengua

Normal _____ Punta fuera de posición _____

Retraída _____

TEMA III

ANATOMIA:

MUSCULOS DE LA MASTICACION

ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LA ATM

IMPORTANCIA

MUSCULOS

Los músculos son organos contractiles. Hay 3 tipos de fibras musculares:

- a).-Fibras lisas
- b).-Fibras cardiacas
- c).-Fibras estriadas

Los músculos masticadores están constituidos por músculos estriados, los cuales se componen de gran numero de células multinucleadas y alargadas llamadas fibras, son independientes unas de otras y cada una tiene su propia conexión nerviosa. Tienen generalmente 50 de diámetro y pueden medir algunos centímetros de longitud. El citoplasma se llama sarcoplasma.

Su principal función es dar movimiento al cuerpo, realizada por la contracción o acortamiento del músculo, seguido de una relajación y vuelta a su longitud de descanso, o incluso a un esfuerzo pasivo.

Músculo Masetero.-

Tiene su origen en la cara externa y superficie profunda del arco cigomático. Esta unión puede extenderse anteriormente al arco cigomático del maxilar y durante la contracción ejercer alguna influencia en el borde y en la zona de reborde de la dentadura.

La superficie con origen más inferior y anterior se inserta en la mitad inferior de la superficie lateral de la rama del maxilar. La porción más profunda con origen mas medial y posterior, esta insertada en la mitad superior de la superficie lateral del ranus y en la apófisis coronoides.

Función principal eleva al maxilar, aunque puede colaborar en la protusión simple y juega un papel importante en el cierre del maxilar cuando simultaneamen-

te es protraído. También toma parte en los movimientos laterales extremos del maxilar.

Músculo Temporal.-

Tiene su origen en la fosa temporal y da origen a la fascia temporal del lado del cráneo. Los haces de fibras convergen en dirección anteroinferior para formar un pesado haz que pasa por debajo del arco cigomático en la unión superior del músculo.

Se inserta en el borde superior y en la mitad de la superficie de la apófisis coronoides del maxilar. Los haces y los tendones se extienden hasta la superficie anterior del ranus y a lo largo de la cresta temporal, casi hasta el triángulo retromolar. En la zona de la tuberosidad del maxilar, la adherencia del músculo temporal a la mitad de la superficie de la apófisis coronoides y a la cara anteromedial del ranus afectará al reborde de la dentadura superior.

Función principal es dar posición al maxilar durante el cierre y resulta el más sensible a las interferencias oclusales.

Músculo Pterigoideo Interno.-

Tiene su origen, en la mitad de la superficie de la lámina pterigoidea lateral, la fosa pterigoidea y la cara cigomática del maxilar. Sus haces de fibras se dirigen hacia abajo, atrás y algo hacia afuera, para incertarse en la cara interna del ángulo del maxilar.

Este músculo junto con el masetero forman un tirante que sujeta el ramus mandibular. La adherencia del cuerpo maxilar podría afectar a la extensión posterior del borde de la dentadura con la hendidura pterigo maxilar.

Su función principal es la elevación y colocación en posición lateral del maxilar inferior. Los músculos pterigoideos son muy activos durante la protusión simple.

Músculo Pterigoideo Externo.-

Tiene origen doble: en la cresta esfenotemporal y en la carilla cigomática del ala mayor de la cara externa de la lámina lateral de la apófisis pterigoidea. Las fibras del músculo se dirigen a la cápsula y disco de la articulación temporomaxilar y en la superficie anterior y media del cuello de la mandíbula.

La contracción de estos músculos es directamente responsable de la proyección hacia adelante de la mandíbula. La contracción unilateral origina movimientos de lateralidad. Este músculo interviene activamente para estabilizar el cóndilo y el disco de la articulación temporomaxilar durante la función.

Músculos Suprahioideos.-

Reciben este nombre por hallarse situados por encima del hueso hioides y son:

Músculo Digástrico (Porción posterior).-

Nace en la ranura digástrica del temporal y en ocasiones en la cara interna de la apófisis mastoides, su inserción no es directa en el hueso hioides, sino que se fija a él en la región entre el cuerpo y asta mayor por medio de fibras de la aponeurosis cervical externa. Este tendón se continúa con la porción anterior del músculo y se dirige hacia la fosa digástrica de la mandíbula donde termina.

Músculo Digástrico (Porción Anterior).-

Su inserción se encuentra próxima al borde inferior de la mandíbula y a la línea media. Inervado por el nervio milohioideo.

Esta porción esta relacionada con la abertura de la mandíbula junto con otros músculos suprahioides y el músculo pterigoideo externo. Su actividad es más importante al final de la depresión de la mandíbula.

Cuando la mandíbula esta fija, este músculo eleva al hueso hioides y con este la larínge, desempeñando un acto importante en la deglución.

Músculo Milohioideo.-

Forma con el del lado opuesto una lámina muscular convexa hacia abajo, que cierra inferiormente al piso de la boca hasta límites bastante posteriores. Su origen ocupa toda la línea milohioidea, extendiendose, desde la región del tercer molar y la cara interna del mentón. Las fibras mas posteriores descienden hacia adentro, insertandose mediante fibras tendinosas en la superficie anterior del cuerpo del hioides. Las fibras restantes estan dispuestas cada vez menos oblicuas, concluyendo con las del lado opuesto en una franja tendinosa denominada rafe milohioideo.

Músculo Genihioideo.-

Va desde el mentón al hueso hioides. Su zona de origen por encima del extremo anterior de la lámina milohioidea, junto con la espina mentoniana en la apófisis geni inferior. Extiende sus inserciones por la parte inicial del asta mayor del mismo hioides. Dirige al hueso hioides hacia abajo.

Músculo Estilohioideo.-

Se origina en la cara externa y borde posterior - de la apófisis estiloides. Adosado primero a la cara interna del vientre posterior del digástrico y luego a su borde superior, se dirige hacia adelante y hacia abajo. Por encima del tendón intermedio del digástrico, se profundiza en dos delgados fascículos que rodean a dicho tendón y por debajo del mismo se insertan en el punto de reunión del cuerpo y del asta mayor del hueso hioides. Actúa como elevador del hioides.

ARTICULACION TEMPOROMAXILAR

Esta articulación de sinovial compuesta se presenta entre la parte escamosa del hueso temporal y el cóndilo maxilar. Un disco intraarticular completo separa los dos huesos, une los contornos de su superficie articular y -- subdivide el espacio de la articulación en dos compartimientos sinoviales. El cóndilo es convexo visto de frente. El elemento temporal consiste en una fosa maxilar glenoidea y un tubérculo articular situado anteriormente (eminencia), descrito como en forma de silla de montar, convexa en su plano sagital y cóncava en sentido frontal.

La punta lateral externa del cóndilo se localiza -- palpándola. El largo del eje del cóndilo se dirige normalmente hacia el margen anterior del agujero occipital. El cóndilo se proyecta en su mayor parte al lado medio del ramus. Si el borde superior afilado del ramus se dirige -- posteriormente desde la escotadura mandibular (sigmoideo) conduce a la punta lateral del cóndilo. Por eso, tres cuartas partes del cóndilo yacen en la mitad del ramus y se apoyan en un soporte triangular grueso, en la cara anterior, pero todavía se halla fuera de la cápsula de la articulación.

La zona del hueso encerrada en la cápsula pertenece enteramente a la parte escamosa del hueso temporal. Desde un punto más anterior, la línea de unión de la cápsula del hueso temporal puede ser seguida lateralmente a lo largo de un borde anterior afilado a la raíz de la apófisis cigomática. Entonces, sigue el borde lateral del tubérculo y postglenoideo.

La unión posterior sigue alrededor del margen del -- tubérculo directamente en el labio anterior de la fisura escamosotimpánica o petrotimpánica. Esta fisura conduce a

una espina angular del hueso esfenoides, en cuyo punto la cápsula alcanza su mayor extensión media. La unión capsular media continua anteriormente a lo largo de la sutura entre el ala mayor del esfenoides y el hueso escamoso, pasando en una corta distancia más allá del tubérculo dentro de la fosa infratemporal. Encerradas dentro de ésta área están las superficies mandibular y la superficie posterior, cresta y superficie anterior del tubérculo articular. Todas estas superficies muestran las típicas características de las superficies de las articulaciones, suaves y lubricadas cubiertas con líquido sinovial.

El tubérculo postglenoideo pertenece a la parte escamosa del hueso temporal y forma el límite posterior de la fosa mandibular. La fosa timpánica del hueso temporal se halla detrás de la articulación.

La placa timpánica y su extensión inferior, el proceso vaginal, que envuelve la base del proceso estiloideo, están separadas del cóndilo por la cápsula de la articulación, la parte profunda de la glándula parótida y el tejido conjuntivo en el cual está incrustada la glándula.

La fosa mandibular es el profundo espacio que existe entre el tubérculo postglenoideo y el tubérculo articular. Su forma es parecida a un surco con su largo eje paralelo al del cóndilo.

La superficie posterior del tubérculo articular es de contorno paraboloides; por tanto su desnivel varía sensiblemente en relación con el plano de Frankfort y oclusal.

El disco articular es, por así decirlo, una impresión de tejido conjuntivo flexible de los dos elementos de la articulación por lo cual forma una imagen negativa de sus contornos. Se sumergen alrededor de su periferia -

con la vaina capsular que envuelve la articulación. Estas uniones periféricas unen al disco fuertemente con el cóndilo, sobre todo en sus polos laterales y medio. Si se sigue inferiormente, se ahusa hacia abajo en su diámetro -- hasta que se funde con el periostio en el cuello del cóndilo, por eso, la superficie temporal del disco es dos veces mayor que la superficie mandibular. En el contorno, la superficie temporal tiene forma de S sagital y ligeramente convexa en el frente.

La superficie mandibular es cóncava en ambos planos el disco tiene 1 ó 2 mm de grueso en su parte central más fina situada entre el cóndilo y la superficie posterior - de la eminencia articular.

La parte media del borde anterior del disco proporciona la inserción para la cabeza superior del músculo -- pterigoideo externo.

Entre el disco y los elementos articulares hay dos cavidades sinoviales. Estas son espacio laminares, cuyas superficies estan normalmente húmedas y resbaladizas por una capa de líquido sinovial.

Las cavidades sinoviales no son visibles en una radiografía . El llamado espacio articular radiográfico corresponde a una área ocupada por los cartilagos articulares y el disco. Sin embargo, la forma y tamaño de las cavidades se puede demostrar inyectandoles medios de contraste.

Los espacios de la articulación estan cubiertos periféricamente por una cápsula de articulación fibrosa. La cápsula es más fina anteriormente donde forma el límite anterior de la cavidad de la articulación superior. En todas las demás superficies de la articulación, la cápsula se extiende hacia el cuello del cóndilo y se funde gradualmente con el periostio sin dejar marcas visibles de su

unión con la mandíbula. Sin embargo, anteriormente la extensión inferior de la cápsula está limitada por la inserción de la cabeza inferior del músculo pterigoideo externo. Medialmente la cápsula no es consistente o gruesa, posteriormente, bastante gruesa pero laxa y no muy densa. Lateralmente, la cápsula es gruesa y densa, y sus fibras discurren oblicuamente en dirección posterior desde la raíz de la apófisis cigomática a la parte posterolateral del cuello del cóndilo. El engrosamiento de la cápsula de la articulación se llama ligamento lateral.

A las tiras de tejido fibroso que corren entre la mandíbula y el cráneo, pero que no forman parte de la cápsula de la articulación, se les llama normalmente ligamentos accesorios de la articulación temporomaxilar. Uno de estos ligamentos esfenomaxilares es tejido conjuntivo sobrante, del cartílago de Meckel, en su curso embrionario entre la mandíbula y el cráneo. Se extiende desde la espina angular del esfenoides hasta la cara interna de la rama mandibular. Otro es el ligamento estilomaxilar, un engrosamiento de la aponeurosis cervical que va desde la apófisis estiloides al ángulo del maxilar.

La parte más gruesa de la aponeurosis bucofaríngea va desde la apófisis hamular del esfenoides al extremo posterior de la línea del milohioideo (Cresta -- del buccinador) en el lado medio de la mandíbula, aproximadamente en la articulación del cuerpo y del ramus. Su estado físico como ligamento está enmascarado por el hecho de que sirve de origen para los dos músculos: el buccinador y el constrictor faríngeo superior. En medio o por dentro la articulación esta encerrada por una pared de hueso que desciende desde el tubérculo y la -

fosa a la espina angular del esfenoides. La apófisis - postglenoidea actúa como un apoyo similar, posteriormente no hay nervios ni vasos sanguíneos que pasen entre estas paredes límites y el cóndilo. El extremo de la mitad del cóndilo esta separado del oído medio por la placa timpánica. Las células mastoideas, cavidades llenas de aire, se hallan muy próximas a la articulación por vía del recessus epitympanicus, el cual está por encima de la cavidad del oído medio.

Las células neumáticas de esta región se extienden realmente a la parte escamosa del hueso temporal - cerca de la porción posterior de la articulación. El - caracol y conductos semicirculares del oído interno es tán en el hueso petroso y separados de la articulación por el hueso timpánico, el conducto auditivo externo y la cavidad del oído medio. Por arriba la articulación - esta separada del lóbulo temporal del cerebro por una - placa delgada de hueso, que forma simultáneamente el - techo de la fosa mandibular y el suelo de la fosa craneal media.

Los músculos que pertenecen embriológicamente a la articulación temporomaxilar se derivan todos del ar co branquial primario, y por tanto, estan inervados -- por el nervio de ese arco, el V nervio craneal. En ellos se incluye el temporal, masetero, pterigoideo interno y externo, milohioideo y el vientre anterior del digástrico.

FISIOLOGIA

Cartilago Articular.-

Es un tejido que se ha segregado lentamente de sus células y constituyentes químicos. Sin embargo continua reemplazando las capas de cartilago de la superficie, que se desprenden dentro de la cavidad de la articulación durante la función, remodela los extremos articulares del hueso en respuesta a las tensiones mecánicas alteradas y, efectivamente, añade longitud al crecimiento del hueso. Ya que el cartilago es avascular, consigue su nutrición por difusión desde dos fuentes posibles: El líquido sinovial, que baña la superficie articular, y pequeñas zonas de contacto directo entre las capas de cartilago de base y los espacios medulares del hueso subyacente.

Las áreas de contacto entre el cartilago y los espacios de médula disminuyen sin cesar durante el crecimiento y son sumamente escasos o no existen en el adulto de edad mediana.

La difusión de los nutrimentos en el cartilago articular es facilitada por el movimiento de la articulación.

La habilidad del cartilago para proliferar se identifica fácilmente en las placas de crecimiento epifisario donde ocurre a un promedio rápido. El factor que limita la proliferación del cartilago articular y su expansión en grosor es probablemente la lenta difusión de la proporción del líquido y metabolitos a través de su substancia de base. La compresión intermitente del cartilago de la articulación, asociado con la función es beneficioso para la nutrición del cartilago

La función del cartilago articular está condicionada por la cantidad y estado de mucopolisacarido crea

tin-sulfato, en la sustancia base del cartílago. El -- componente de cartílago que resiste los movimientos de deslizamiento es la malla de fibras colágenas. Incluso la preparación de los haces de fibras esta relacionada con la distribución de la tensión funcional presente - en la articulación. La articulación temporomaxilar no es una articulación que soporta presión o peso principalmente. Sus fundas fibrosas estan mejor preparadas - para soportar los movimientos de deslizamiento y frote. Esto no quiere decir que el cóndilo maxilar no esté só lido y fuertemente en contacto con el hueso temporal du rante la función. La histología del disco articular fa cilita una clara indicación de esto, y un análisis de la colocación de estas fibras colágenas muestra que la parte central delgada del disco articular es la que so porta la presión del contacto articular.

Algunos de los cambios propios de la edad que se refieren al cartilago articular son las pérdidas de agua, de elasticidad y de creatin-sulfato.

Hueso.-

Es un tipo de tejido conjuntivo derivado de la - célula mesenquimal embrionaria multipotencial. Consiste en una porción orgánica de fibrillas de colágena y de una sustancia de base amorfa, principalmente mucopolizacáridos, y de un compuesto orgánico a base de complejos de fosfato de calcio.

La formación de hueso, el mantenimiento y la resorción se lleva a cabo mediante las siguientes células: Osteoblastos, osteocitos y osteoclastos.

Osteoblastos: células de tejido conjuntivo, que intervienen en la formación de hueso.

Osteocitos: Algunos osteoblastos se quedan atrapados -

en el tejido osteoide durante su formación, a las células se les denomina entonces osteocitos. Estos ocupan un espacio llamado lagunar y se anastomosan unos con otros por medio de protuberancias contenidos en canaliculos.

Osteoclastos: Reabsorven el hueso, son células de tejido conjuntivo grandes y multinucleadas, que estan activas en la resorción del hueso.

El hueso se forma por aposición de células osteogenas, hay tres tipos clasicos de hueso.

Compacto: Se encuentra cubriendo el cuerpo de la mandíbula y maxilar.

Alveolar: Se encuentra por arriba del compacto o más superficial, se pierde más facilmente.

Esponjoso: Se encuentra por abajo del compacto.

Sinovial.-

El componente mucopolizacarido del líquido sinovial es responsable de este asombroso grado de lubricación. La forma en que se lleva a cabo esta lubricación se ha considerado como lubricación hidrodinámica, con la incongruencia de las superficies articulares que crean un espacio en forma de cuña en el punto de contacto.

Un líquido lubricante es el que muestra afinidad fisicoquímica con una o ambas de las superficies articulares y de esta manera se adhiere a la superficie deslizando como una fina película.

En una articulación sinovial, la afinidad parece que es con el cartílago articular, el cual esta impregnado de líquido sinovial como una esponja. La habili-

dad del cartílago para tomar agua y perderla otra vez, durante la función y el descanso, tiene mucha importancia desde el punto de vista de la alimentación y nutrición.

Parece evidente que la articulación sinovial interviene de manera activa en lubricar la articulación y en proveerla de metabolitos para el continuo reemplazamiento, reparación y remodelamiento del cartílago articular.

El tejido sinovial también cumple una función fagocítica, despliega una notable respuesta inflamatoria a la irritación física y química y absorbe cualquier resto o fragmento de cartílago que penetre en la cavidad de la articulación.

Disco articular.-

El hecho de que complete las incongruencias de la articulación le asigna un papel primordial en la estabilidad del cóndilo mientras descansa. El disco actúa físicamente para amortiguar la carga en el punto de contacto articular.

TEMA IV

PACIENTE:

CLASIFICACION DESDE EL PUNTO DE VISTA
PROTESICO

PACIENTE.

El estudio del paciente es importante, para desarrollar una técnica determinada.

Los temperamentos en los individuos varían ampliamente, por lo tanto, la entrevista con el paciente tiene suma importancia.

Small (1960), dice que la entrevista desempeña dos funciones importantes:

- 1.-Ayuda a establecer la relación entre el profesionalista y el paciente y como tal, no solo ayuda para el diagnóstico, sino que tiene valores terapéuticos muy importantes
- 2.-La entrevista es el medio por el cual el dentista de una forma más o menos ordenada conoce las dificultades o éxitos, actuales o pasados del paciente.

Proporciona la mejor oportunidad para ganarse la confianza del paciente y a la vez evaluar su temperamento. Es muy importante también saber el medio en que se desenvuelve, tipo de trabajo, relaciones familiares, alimentación, en fin, una historia clínica completa.

Tipos de paciente según su mentalidad:

Mente filosófica:

Pacientes con mentalidad equilibrada, gozan de buena salud, inteligentes, dependen del dentista para un diagnóstico correcto, pronóstico y educación, prestan interés en su problema.

Mente exigente:

Presentan mal estado de salud, están seriamente preocupados por el aspecto y eficiencia de las dentaduras artificiales, y por lo tanto, renuncian a aceptar el consejo del dentista, tienen la idea equivocada de que una restauración le ha de prestar igual servicio que los dientes na-

turales sanos. Incluso insisten a veces, en que les den una garantía por escrito, o esperan que el dentista haga repetidas pruebas sin que les cobre nada.

Mente histérica:

Son los que, con mala salud y con la boca en condiciones de abandono patológico, temen la asistencia dental y se someten a la extracción dental como último recurso, - estando convencidos de que no pueden llevar dentaduras artificiales.

Mente indiferente:

No son capaces de asumir la responsabilidad que les corresponde en el cuidado de la dentadura, paciente mediocre, siente poca o ninguna necesidad de masticar, poco perseverante.

TEMA V

MATERIALES DE IMPRESION

MATERIALES DE IMPRESION

a).- Termoplásticos:

Modelina

b).- Rígidos:

Yeso Paris

Pasta Zinquenolica

c).- Elásticos:

Hidrocoloides:

Reversibles

Irreversibles

Elastómeros:

Siliconas

Hules de Polisulfuro

Hidrocoloide irreversible.-

Material de impresión elástico, es afectado por la saliva, fácil de preparar y manipular, cómodo para el paciente y es relativamente barato. Se usa en prostodoncia total como material de impresión en impresiones anatómicas.

Se caracteriza porque puede volver a estado de sol únicamente por inversión de la reacción química original y no por calor.

Componentes:

- Alginato de potasio
- Sulfato de calcio
- Oxido de zinc
- Fluoruro de potasio y titanio
- Tierra de diatomeas
- Fosfato de sodio

Compuestos de modelar.-

Se ablandan a calor y se solidifican al ser enfriados sin que se produzcan cambios químicos. Se clasifican como substancias termoplásticas. Se presta para la toma de impresiones de bocas desdentadas pero que no tengan un proceso retentivo.

Componentes:

- Cera de abeja, plastificantes como resina de --
- Borgoña, goma laca y gutapercha. Estearina y resina Kauri.

Compuestos zingueonolicos.-

Una de las reacciones químicas de mayor aplicación en odontología, es la de óxido de zinc y eugenol. Este material al fraguar es rígido y por lo tanto se usará en procesos no retentivos, es fiel al impresionar los tejidos pero irritante para algunos pacientes.

Componentes.-

Tubo # 1

Oxido de zinc

Aceite vegetal o mineral estabilizado

Tubo # 2

Esencia de clavo o eugenol

Gomoresina o resina polimerizada

Relleno (Tipo de sílice)

Lanolina

Bálsamo resinoso

Solución aceleradora (CaCl_2) y color

Elastómeros.-

Grupo de materiales de impresión que son elásticos conocidos también como hule sintético. Se agrupan en Gelescoloides e hidrófobos.

Los podemos considerar de dos tipos: a).-Materiales a base de mercaptanos; b).-Materiales a base de silicona.

Mercaptano.- O hule de polisulfuro, su componente básico es el mercaptano polifuncional o polímero sulfurado. - Los reactores químicos que se emplean son el peróxido de plomo y el azufre.

Silicones.-Son polímeros sintéticos, formados en una cadena de polímeros compuestos por silicio y oxígeno formando la cadena de silicones.

Se usan en prostodoncia total por su gran fidelidad al reproducir los detalles musculares, por su elasticidad lo podemos usar en procesos retentivos, tiene una gran resistencia a la presión, es imposible fracturarlo al retirarlo de la boca-

TEMA VI

IMPRESIONES:

TECNICAS

CONSTRUCCION DE CUCHARILLAS

IMPRESIONES.

Impresión, es la reproducción en negativo de los rebordes residuales y adyacentes.

Objetivos.-

Proporcionar: Soporte, estabilidad, retención, estética labial, salud para los tejidos orales.

Impresión primaria.-

Es aquella que se utiliza para fines de diagnóstico o para la construcción de un portaimpresiones individual, el cual se emplea para la impresión final.

Impresión secundaria.-

Es aquella que se utiliza para la elaboración del modelo de trabajo sobre el cual se va a fabricar la base de la dentadura.

Numerosas técnicas han sido desarrolladas para tomar impresiones, basandose en diferentes teorías. Algunas de estas técnicas registran a los tejidos en las mismas condiciones en que éstos se encuentran bajo la carga masticatoria, otras tratan de registrar a los tejidos sin desplazarlos en lo mas mínimo; otros aplican mas presión en ciertas áreas.

Elementos anatómicos que encontramos en el maxilar.-

Tuberosidad.- Porción ósea del reborde maxilar. Una tuberosidad bien redondeada se presta a la buena estabilidad de la dentadura.

Rugas.-Pliegues tisulares de forma irregular que se extienden en la parte anterior de bóveda palatina.

Papila incisiva.- Ubicada sobre el foramen palatino anterior, proporciona la salida para los vasos sanguíneos y el nervio nasopalatino.

Foramen palatino mayores y menores.-Son los que dan salida a los nervios y vasos palatinos mayores y menores.

Foveolas palatinas.-Dos pequeñas depresiones cerca de la línea del paladar justo dentro del borde posterior del delineado de la dentadura.

Línea de vibración.-Línea imaginaria que se localiza entre la unión del paladar duro y el paladar blando.

Escotadura pterigo-maxilar.-Depresión de tejido blando desplazable entre la tuberosidad y el proceso hamular.

Sellado posterior.-Región desplazable y blanda justo anterior a la línea de vibración.

Frenillo labial.-Pliegue de membrana mucosa desde el labio al reborde, generalmente en la línea media.

Vestíbulo labial.-Es el área donde la membrana mucosa se retira del labio superior hacia la encía no incertada comprendida entre los dos frenillos bucales.

Frenillo bucal.-Pliegue de membrana mucosa desde la encía al carrillo en la región de los premolares.

Vestíbulo bucal.-El área donde la membrana mucosa se retira desde el carrillo hacia el músculo buccinador detrás del frenillo bucal.

Elementos anatómicos que encontramos en la mandíbula.-

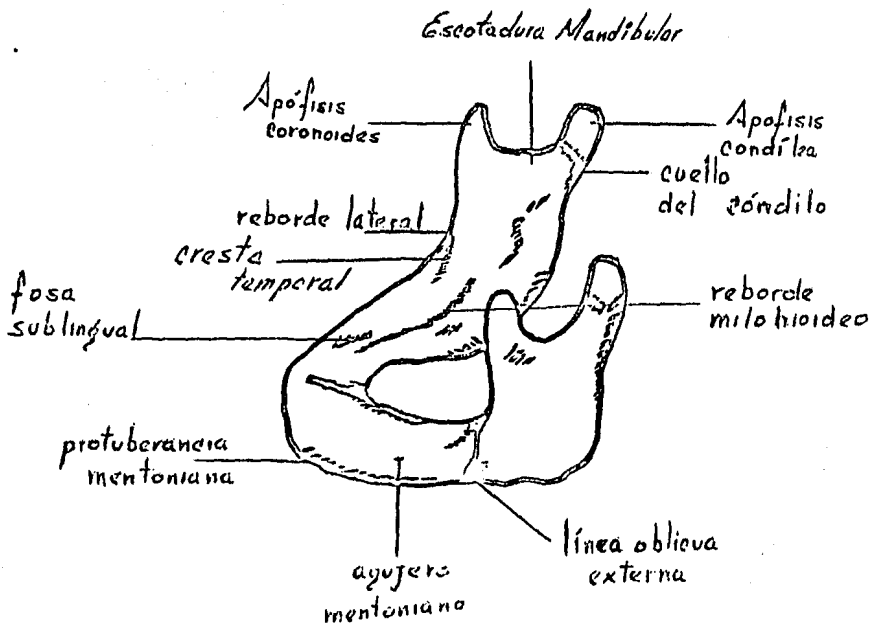
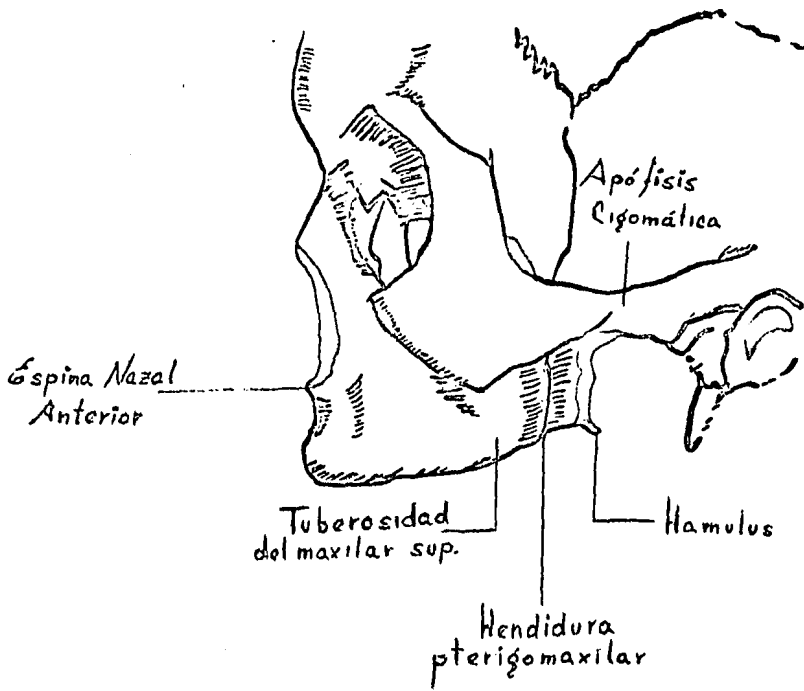
Frenillo labial.- Repliegue de membrana mucosa desde el labio al reborde.

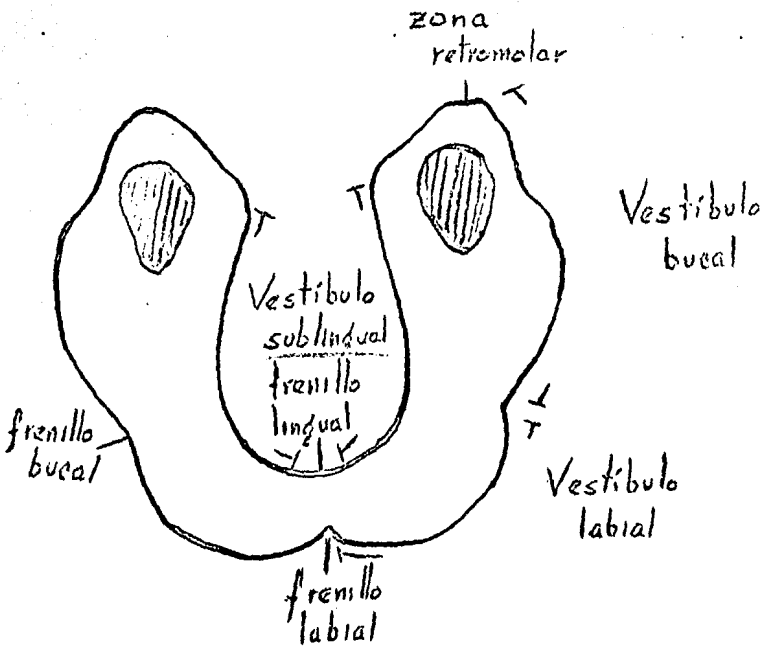
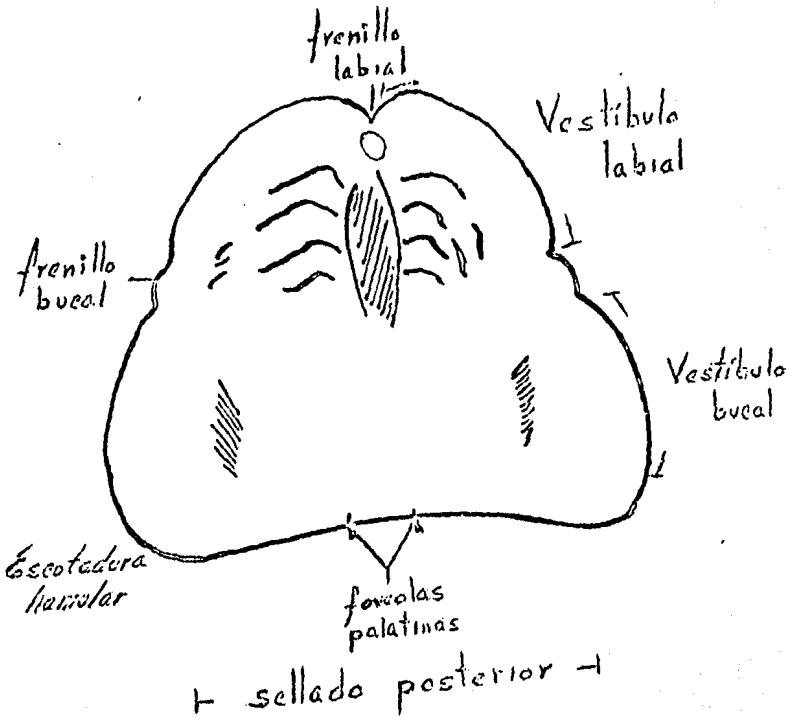
Vestíbulo labial.-Es donde la membrana mucosa se retira del labio inferior sobre la encía entre el frenillo labial y bucal.

Frenillo bucal.- Repliegue de membrana mucosa desde la encía al carrillo en la región premolar.

Vestíbulo bucal.- Hendidura entre los músculos buccinador y masetero.

Area retromolar.- Papila piriforme de tejido graso y fibroso, por detrás de la extremidad posterior del proceso alveolar del maxilar inferior.





Espacio Post-Milohioideo.-Determina la extensión lingual - posterior de la dentadura inferior.

Frenillo lingual.-Un pliegue de membrana mucosa en la línea media desde la encía al piso de la boca.

FORMA DE PALADAR.

La forma del paladar afecta a la retención de la - dentadura maxilar.

Bóveda plana.-Resiste el desplazamiento vertical utilizando mejor las fuerzas de adherencia y cohesión que son consecuencia de la superficie de contacto casi paralela entre la dentadura y la mucosa, pero proporciona poca resistencia al desplazamiento lateral.

Bóveda arqueada.-El contacto entre la dentadura y la mucosa soporta una relación mas vertical, y por tanto, resiste bien los esfuerzos laterales. Las fuerzas laterales tienden a desajustar facilmente la dentadura.

Bóveda redondeada o en forma de U, es la que tiene el pronóstico mas favorable, ya que soporta el desplazamiento lateral y vertical hasta su grado mas elevado.

PORTAIMPRESIONES.

Objetivos:

Dejar un espacio de 2 a 4 mm entre él y la mucosa del reborde residual a registrar.

Mantener el material de impresión en contacto con los tejidos orales.

Proporcionar fuerzas adicionales en regiones seleccionadas del proceso residual mientras que se impresionan otras regiones sin desplazar los tejidos.

Sostener el material de impresión cuando éste es retirado de la boca para poder obtener el modelo de yeso - correspondiente.

El tamaño adecuado para el maxilar superior se elige midiendo con los extremos de un compás colocados en el vestíbulo bucal en la región de la tuberosidad y ésta distancia se relaciona con el ancho de los flancos del portaimpresiones al nivel de la zona correspondiente.

En el caso del portaimpresiones inferior, las medidas se toman colocando los extremos del compás en la cara lingual del reborde, a izquierda y derecha, justo por debajo de la zona retromolar. Esta medida se compara con la efectuada entre los lados linguales del portaimpresiones.

Se prueba el portaimpresiones y si es necesario se recortan los contornos hasta adaptarlos conforme a la anatomía del paciente, se alisan los contornos y se aplican tiras de cera negra en todo el contorno.

MATERIALES DE IMPRESION.

Hoy en día existen muchos materiales de impresión, se seleccionará aquel que reúna las características y propiedades físicas que se necesitan para lograr los objetivos que se desean de la impresión.

Impresión con alginato.-

Impresiona bien los detalles, pero es afectado -- por la saliva, esta impresión no puede ser corregida. Debido a que este material es elástico se presta bien para pacientes que presentan un proceso retentivo.

Impresión con modelina.-

La modelina se presta bien para tomar impresiones primarias, es fácil rectificar, no se altera por la saliva y se pueden rectificar bordes con ella. Sin embargo debido a que no registra detalles finos de los tejidos no es recomendable para impresiones fisiológicas. Se usa en procesos no retentivos.

Impresiones con yeso.-

Es usado para impresiones finales con la técnica de mínima presión o para la impresión secundaria usadas para la elaboración de dentaduras inmediatas debido a que -- fluye apropiadamente e impresiona hasta los detalles mas -- mínimos. Este material no debe ser usado si existen retenciones.

Impresiones con pasta Zinquenolica.-

Fluye adecuadamente y registra los detalles finos requiere de un portaimpresiones y es un material rígido -- una vez que se ha endurecido. Debido a que es afectado por los fluidos bucales, la boca deberá estar completamente se ca antes de tomar la impresión. No es recomendable usar es te material en pacientes diabéticos pues frecuentemente se quejan de irritación tisular y sensación de ardor.

Impresión con hules.-

Los hules de mercaptano son usados basicamente co mo un material para impresiones finales. Se obtiene deta-- lles finos y puede ser usado cuando existen retenciones.

PORTAIMPRESIONES INDIVIDUAL.

Objetivo:

Preparar un portaimpresiones individual que asegure la obtención de correctas impresiones fisiológicas.

Características.-

Su diseño individual contribuye a procedimientos-- mas exactos. Permite utilizar cantidades mínimas de mate-- rial de impresión. Controla la extensión del material por-- toda la superficie por impresionar. Al colocar el material de impresión entre la mucosa y el portaimpresiones indivi-- dual, se adaptan a la mucosa expulsando el aire y la sali-- va. Correctamente extendido el material permiten la delimi-- tación funcional del nivel muscular.

Técnica de acrílico laminado (Ajustado).

Se prepara el acrílico poniendo en el recipiente de porcelana 5cm^3 de monómero y agregue el polímero poco a poco, hasta completar la medida del proporcionador 27cm^3 .

Tape el recipiente y deje reposar el acrílico por unos instantes. Cuando el acrílico esta en estado plástico se aprovecha para manipularlo.

Con las manos limpias y húmedas se retira toda la mezcla del recipiente, se amasa entre los dedos formando una masa acrílica. La depositamos y aplanamos sobre una superficie de cristal previamente envaselinada; coloque en los extremos del cristal dos tiras de cera rosa de doble grosor. Coloque el otro cristal que tiene envaselinada la superficie que entrará en contacto con la masa acrílica. Se presiona sobre ésta hasta que el cristal toque ambas superficies de la cera rosa.

Obtendrá de inmediato una lámina de acrílico auto polimerizable de grosor uniforme, homogénea y resistente.

En el modelo superior se adapta el acrílico laminado primero en la superficie palatina y de inmediato por vestibular, con presiones suaves de los dedos para no adelgazar el portaimpresiones.

En el modelo inferior se corta la lámina acrílica plástica por el medio, en dos tercios de su diametro, para poder extenderla y adaptarla a ambos lados.

Sin separar la lámina del modelo haga un corte de los excedentes con tijeras, después con un bisturí afilado haga el siguiente corte aproximado al contorno en el modelo de estudio. Con el excedente se modela el asa correspondiente. Se fija sobre la cresta y se pega en posición húmeda con monómero la superficie de contacto.

Se deja polimerizar y finalmente se separa el portaimpresiones individual y se recorta con piedra o freson.

Técnica para portaimpresiones individual (Hólgado).

Marcar con un lápiz rojo una línea aproximadamente a 2mm de distancia de la vuelta muscular, siguiendo la forma 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 paladar y los bordes bucales y fosa retromilohioidea en la mandíbula.

Adaptar una hoja de cera rosa en los modelos hasta la segunda línea. Antes de la adaptación del acrílico, se proporcionará topes anteriores y posteriores al portaimpresiones recortando unos rectángulos de cera, en la región de caninos y de los primeros o segundos molares extendiéndolos tanto labial como lingualmente en la cresta del proceso. Estos topes servirán como una guía para la colocación correcta en sentido vertical del portaimpresiones.

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

Prepare conformadores para la base del portaimpresiones tanto superior como inferior colocando placas base de Graff de doble grosor en una masa de yeso dental colocado en loseta. Las placas bases se presionan hasta que todo su espesor queda dentro del yeso, obteniéndose así el grosor adecuado para la resina acrílica del portaimpresiones. Se lubrica el conformador con vaselina.

Prepare acrílico autopolimerizable de acuerdo a las instrucciones del fabricante. Tan pronto como la resina alcance su consistencia de masa, distribuya su parte de la misma dentro del conformador. Otra parte deberá guardarse para hacer los mangos.

Retire la resina acrílica del conformador y colóquela sobre el modelo de manera que quede suficiente material para extender hasta los bordes periféricos del modelo.

Adapte la resina al modelo, haciendo mas presión en las áreas donde van a formarse los topes. El exceso de resina deberá cortarse en este momento con un instrumento afilado.

Construya un mango para cada portaimpresiones, este deberá centrarse sobre la línea media, extendiendolo lateralmente hasta la posición aproximada a los dientes anteriores naturales, esta extensión hacia abajo no deberá obstruir la movilidad del labio, pero debe permitir que se pueda tomar facilmente el portaimpresiones.

Se deja polimerizar completamente, se separa del modelo y se pulen los contornos.

IMPRESION FISIOLOGICA.

Cuando la impresión anatómica se registró correctamente y se construyó un portaimpresiones exacto, se procede a delimitar y a registrar las zonas de reflexión muscular en el contorno periférico, es decir, se procede al registro de la impresión fisiológica. Consta de dos etapas:

- 1.-Rectificación de bordes.-Consiste en delimitar y registrar las zonas de reflexiones musculares paraprotéticas.
- 2.-Impresión fisiológica.-Consiste en registrar totalmente las estructuras residuales de las áreas alveolares de soporte.

RECTIFICACION DE BORDES.

Pruebe los portaimpresiones individuales en la boca del paciente y determine que los bordes se extiendan correctamente.

La rectificación de bordes se hará con modelina -

de baja fusión. Esta se calentará con un mechero de alcohol, colocándose en los bordes del portaimpresiones, a continuación la modelina se acondicionará para no lesionar -- los tejidos, en un baño de agua caliente antes de colocarse en la boca del paciente.

MAXILAR.

- 1.-Coloque modelina en el borde bucal del portaimpresiones del ángulo bucal distal al área del frenillo bucal, de un lado. Se acondiciona la temperatura de la modelina y coloque el portaimpresiones en la boca del paciente. Tire el ángulo bucal hacia arriba, afuera, abajo y ligeramente hacia adelante. Se coloca de igual manera en el lado opuesto.
- 2.-Coloque la modelina en la región del frenillo bucal, acondicione la temperatura de la modelina. Tire los tejidos hacia arriba, afuera, abajo, adelante y atrás para simular la acción del músculo elevador del ángulo de la boca. Se realiza lo mismo con el frenillo bucal del otro lado.
- 3.-Coloque modelina en el borde labial del portaimpresiones de la escotadura para el frenillo bucal, la escotadura para el frenillo labial de un lado y tire el labio superior hacia arriba, afuera y abajo. Repetir del lado opuesto.
- 4.-Agregue modelina en la parte anterior del portaimpresiones y caliente toda el área del borde labial de ambos lados, tire el labio hacia arriba, afuera, abajo y haga que el paciente lleve el labio superior hacia abajo sobre los bordes labiales del portaimpresiones.
- 5.-Caliente los bordes bucales distales de ambos lados, haga que el paciente mueva la mandíbula de un lado a otro. La acción del proceso coronoides durante este movimiento funcional determinará el grosor del borde bucal.

- 6.-Coloque modelina en la región del sellado posterior del paladar, de escotadura hamular a escotadura hamular. La modelina deberá extenderse aproximadamente 2mm hacia adelante y 2mm hacia atrás de la línea de vibración. Indique al paciente que pronuncie la letra "A" varias veces.
- 7.-Caliente la modelina de ambas escotaduras hamulares, acondicione la temperatura y haga que el paciente abra ampliamente la boca para que se moldeen las regiones de las escotaduras hamulares.

MANDIBULA.

- 1.-Coloque la modelina en el área bucal de un lado en el portaimpresiones, del ángulo bucal distal a la región del frenillo bucal. Tire la mejilla hacia afuera, arriba y sobre el portaimpresiones. Repita del lado opuesto
- 2.-Coloque modelina en la región del frenillo bucal del portaimpresiones. Tome la comisura y tire hacia afuera, adelante y atrás. Esto permitirá espacio para librar la acción del músculo depresor del ángulo de la boca. Repetir del lado opuesto.
- 3.-Coloque modelina en el borde labial de un lado del portaimpresiones, de la escotadura para el frenillo labial tire el labio hacia afuera, arriba y sobre la modelina. Se realiza lo mismo del lado opuesto.
- 4.-Caliente toda el área de ambos bordes labiales del portaimpresiones, tire el labio inferior hacia abajo, afuera y arriba y luego haga que el paciente lleve su labio sobre los bordes labiales.
- 5.-Ponga modelina en el borde lingual comprendiendo entre la región de los premolares de un lado a la región de los premolares del lado opuesto, haga que el paciente eleve la lengua.

6.-Coloque modelina en el borde lingual en la región de -- los molares. Indique al paciente que lleve su lengua de una mejilla a otra.

7.-Coloque modelina en ambos extremos distales del portaimpresiones, del ángulo bucal distal al ángulo lingual -- distal y en el área de la zona retromolar. Acondicione la temperatura de la modelina y lleve el portaimpresiones a la boca. Este procedimiento permitirá la acción de los músculos masetero, pterigoideo interno y rafé -- pterigomandibular.

IMPRESION FISIOLÓGICA.

Indíquese al paciente que deje de usar sus dentaduras actuales, por lo menos 24 horas antes de que se le tomen las impresiones secundarias, para facilitar la recuperación de los tejidos de la superficie de asiento que así adquieren su recuperación.

Se harán perforaciones del tamaño de una fresa de bola del número 6 al portaimpresiones individual, con el propósito de proporcionar vías de escape para exceso de material de impresión y para reducir la presión en las áreas que no requieren tanta presión.

Se reduce la modelina de los bordes del portaimpresiones aproximadamente un milímetro con bisturí.

Practique en el paciente la colocación del portaimpresiones, también los movimientos a realizar.

Prepare el portaimpresiones quitando los excedentes de cera si se usó la técnica para realizar portaimpresiones olgados, se pincela el portaimpresiones con adhesivo.

Prepare el material de impresión de acuerdo a las indicaciones del fabricante y coloque este en el portaimpresiones.

Coloque el portaimpresiones en la boca del paciente, valiéndose de las guías descritas antes para sentarlo en el proceso. Presione el portaimpresiones superior colocando el dedo medio en la parte media del paladar inmediata al borde anterior del área del sellado posterior del paladar. Para sentar el portaimpresiones inferior, coloque los dedos índice sobre la región de los primeros molares.

Rectifique los bordes del portaimpresiones superior alternando con ambas manos y con el dedo medio en posición sobre el portaimpresiones, tirando del labio superior hacia abajo y adentro de la región del frenillo bucal hacia atrás y hacia adelante. Indique al paciente que pronuncie la letra "A" varias veces. Para rectificar los bordes labial y bucal del portaimpresiones inferior, tire del labio y mejilla hacia arriba y adentro; para el área del frenillo bucal, tire la mejilla hacia atrás y adelante. Para rectificar los bordes linguales, indique al paciente -- que abra ampliamente la boca, que mueva la lengua de mejilla a mejilla y que finalmente coloque la punta de la lengua en el área de la papila incisiva. Es necesario repetir estos movimientos mientras endurece el material de impresión.

Ya endurecido el material se retira de la boca -- del paciente y se examina la impresión, y se eliminan los excedentes del material de impresión.

MODELOS DE TRABAJO.

Para obtener nuestros modelos de trabajo, se corta una tira de cera negra para encajonar de 3 a 4mm de ancho. Se adapta la tira de cera en todo el contorno externo de la impresión fisiológica debe ser colocada a 2 o 3mm -- por debajo y por fuera, siguiendo sus sinuosidades y uniendo por medio de la espátula caliente.

El espacio lingual de la impresión fisiológica inferior se rellena mediante el añadido de una lámina de cera rosa que se adapta en el contorno superior de la cera negra.

Para construir las paredes verticales del encajonado se utiliza una lámina de cera rosa que se adapta a la cera negra por medio de una espátula caliente. La altura será de unos 3cm.

Mezcle la cantidad necesaria de yeso piedra puro en una taza de hule siguiendo las instrucciones necesarias deje que el yeso fragüe por lo menos 30 minutos.

Ya fraguado el yeso, se desprende la cera rosa, se elimina la protección de cera negra para encajonar, al igual que los excesos de cera o yeso piedra. Poner el portaimpresiones individual con el modelo en un termostato durante 2 minutos para que reblandesca la modelina, desprender con cuidado la impresión fisiológica. Posteriormente se recorta el modelo de trabajo.

Ventajas del encajonado:

- 1.-Someter el yeso piedra a vibración manual o mecánica -- dentro de la impresión.
- 2.-Depositar el material a una consistencia mas espesa.
- 3.-Calcular la cantidad necesaria e impresindible para cada uso.
- 4.-Obtener un espesor uniforme y correctamente distribuido
- 5.-Facilitar la recuperación con menos riesgos del modelo.
- 6.-Mínimo recorte y conformación al modelo de trabajo.

PLACA BASE,

Se construye sobre los modelos definitivos de yeso piedra, que producen en positivo los tejidos de soporte protético.

Requisitos:

- a).- Adaptación.
- b).- Rigidez.
- c).- Estabilidad.

Procedemos a diseñar el contorno periférico continuando el fondo vestibular y la línea vibrátil. Si al examinar el modelo se detecta la presencia de socavados retentivos, estos deben eliminarse con alivios.

Existen tres técnicas para evitar que la base de registro ocupe con su rigidez estas zonas retentivas y sea causa posible de fractura y desadaptación.

- 1.-Recortar la base, librando la retención.
- 2.-Eliminando la retención con relleno de material elástico autopolimerizable.
- 3.-Cubriendola con cera.

Para la construcción de placa base dos técnicas - la de laminado y la de goteo.

La técnica por goteo es una técnica sencilla y -- exacta, no compresiva. Se prepara el líquido o monómero en un frasco con gotero y el polvo del acrílico autopolimerizable en un frasco de plástico de tapa en forma cónica que permita una fina salida del polvo. Se aplica una capa uniforme de separador líquido al modelo. La aplicación se hace en forma alternada: Goteando el monómero sobre el modelo y encima polvo de acrílico hasta que capa por capa se satura y adquiere un espesor de 2mm la base de registro, - es recomendable hacerlo por zonas.

Se deja endurecer el acrílico se retira con cuidado y se recorta.

TEMA VII

REGISTROS DE RELACION

RELACIONES INTERMAXILARES

La masticación, el lenguaje y el aspecto dependen de las relaciones que existen entre el maxilar y la mandíbula.

Las relaciones intermaxilares son:

- 1.-Determinación del plano de oclusión.
- 2.-Dimensión vertical.
- 3.-Relación céntrica.
- 4.-Registros excursivos.
- 5.-Referencias dentofaciales.

Objetivos:

- 1.-Determinar la distancia morfológica correcta en la relación céntrica.
- 2.-Establecer funcional y estéticamente dicha distancia a los requerimientos del caso.
- 3.-Registrar esta posición, mediante las bases y rodillos de relación, para transferirla a los modelos de trabajo y al articulador.
- 4.-Lograr transferencias correctas al articulador cuyas referencias nos indicarán la posición de los dientes artificiales en lo que se refiere a su función fonética y estética.
- 5.-Registrar los movimientos y/o posiciones mandibulares centricos y excentricos necesarios para adaptarlos al articulador.

Para poder obtener estas relaciones necesitamos-- primero realizar unos rodillos de relación.

Rodillos de relación.-

Objetivos:

- 1.-Determinar la dirección del plano de orientación o de relación maxilo-mandibular.
- 2.-Realizar registros intermaxilares de diagnóstico o definitivos y valorar el espacio libre.
- 3.-Establecer la forma del contorno vestibular y lingual relacionada al sistema labio-carrillo-lengua.
- 4.-Colocar estética y funcionalmente los dientes artificiales.

Los rodillos, se pueden obtener de diversas maneras como: Por medio de conformadores, elaborados con modelina o con tiras de cera, prefabricados etc.

Rodillo superior.- En el plano anteroposterior, por delante una inclinación de 85° y una altura de 10 mm, por detrás, a 1 cm por delante del borde superior de la base y a 7 mm de altura. En el plano horizontal debe haber un ancho de 5 mm en la parte de los incisivos, 7mm en la parte de los premolares y 10 mm en la de los molares.

Rodillo inferior.- En el plano anteroposterior la posición vestibular debe ser vertical y la altura posterior se continua con el tubérculo retromolar.

Plano de oclusión.-

Se coloca la base y el rodillo superior de relación en la boca del paciente y observe el soporte del labio superior colapsado por la condición edéntula. Si aparece algún defecto de prominencia o al contrario, falta de apoyo, debe corregirse de inmediato, aumentando cera o retirando la cantidad necesaria con un cuchillo. Se debe realizar esta adaptación con criterio estético ya que su posición en reposo determinará la orientación del rodillo superior.

Considerese ahora la extensión del borde de la base superior, que no levante el labio bajo el ala de la nariz. Se adelgaza y rebaja con piedra para acrílico lo necesario.

Relación labio-rodillo superior.-

Señalar la visibilidad de 1 a 2 mm por debajo del labio en reposo en bocas con dimensiones regulares, cuando habitualmente se encuentre semiabierta la boca, debe mostrar los bordes incisales superiores.

Visibilidad de 3 a 5 mm por debajo del labio en reposo cuando las dimensiones labiales son pequeñas.

Referencia neutralizada de 0 mm a nivel del labio superior en reposo en bocas con grandes dimensiones, siguiendo las mismas condiciones.

Localizada la referencia descrita se marca horizontalmente con la espátula en la cara labial del rodillo y se toma como señal anterior para iniciar la orientación del plano de relación.

Colocar la base y el rodillo superior de relación en la boca, de frente al paciente, apoyar la platina de Fox sobre la superficie de cera con la mano derecha y con la izquierda colocar una regla flexible en la línea imaginaria bipupilar para apreciar el grado de paralelismo horizontal entre ambas reglas, es decir anterior a la platina de Fox y la regla.

Mantener la platina de Fox en posición, colocar ahora la regla flexible en el plano prostodóntico auriculo-nasal para apreciar en el lado correspondiente el paralelismo anterosuperior entre ambas reglas. Repetir el examen del lado opuesto.

Se recorta o aumenta la cera en los rodillos procurando quede correcto el paralelismo y las superficies lisas.

Dimensión Vertical.-

La dimensión vertical es cualquier medida de altura que fije una posición de la mandíbula con respecto a la cara.

Se llama también "Dimensión Intermaxilar", cuando se le considera dentro de la boca y "Altura Facial" cuando se refiere a la superficie externa de la cara.

No es una relación única, son muchas y cada una de ellas debe tener su nomenclatura al hacerles referencia:- Dimensión vertical de reposo, dimensión vertical de apertura máxima, dimensión vertical en oclusión centrada, etc.

La dimensión Vertical en posición de descanso es la medición vertical que existe cuando la mandíbula está en posición postural de reposo. La dimensión vertical que existe cuando las superficies oclusales están en contacto (rodillos de cera) es la dimensión vertical de la oclusión centrada. En otras palabras la dimensión vertical en oclusión centrada puede definirse como la medida que existe entre un punto mandibular fijo determinado a un punto fijo en el maxilar superior también determinado.

Se han ideado múltiples procedimientos para determinar la dimensión vertical:

Registros preextracción.-

Radiográficamente.-La exposición de una radiografía lateral completa de cráneo se realiza con los dientes en oclusión y, después de la extracción se hacen pruebas con una base a una dimensión vertical aparentemente correcta, se toma otra radiografía y se compara.

Fotografía de perfil.-Mismo procedimiento anterior.

Alambre de plomo.-Puede adaptarse perfectamente a los perfiles de preextracción y transferir este contorno a cartón. Este contorno se compara posteriormente con las placas de prueba.

Mascara facial.- Hecha de resina acrílica antes de las extracciones y después de éstas para ver si la dimensión vertical ha sido reestablecida.

Moldes de escayola (Yeso).- De los arcos dentales son de valor práctico en la imposición de la dimensión vertical. Estos moldes se pueden obtener con los dientes naturales en oclusión y las medidas se pueden tomar entre ciertos puntos relativamente estables, con las papilas incisivas y la cresta del reborde inferior, la altura extendida del frenillo bucal superior e inferior, o la hendidura hamular y la senda retromolar.

Registros Post-extracción.-

Estáticos (Mecánicos, métricos).

Funcionales (Deglución).

Estéticos.

Fonéticos.

Musculares (Gnatodinamometro).

Fisiológicos o de reposo.

Todos ellos son métodos arbitrarios, el cambio de la dimensión vertical se hace siempre en articulador no en paciente. Esta alteración debe hacerse con buen juicio y considerando siempre la distancia interoclusal (espacio libre), es la distancia entre la dimensión vertical de descanso y la posición vertical de oclusión céntrica. Se ha dicho que la distancia interoclusal en promedio es de 2 mm entre los bordes incisales de los dientes superiores e inferiores, cuando estos últimos están en posición de descanso.

Cuando la mandíbula se encuentra suspendida involuntariamente por una coordinación recíproca de los músculos de oclusión y los depresores, con los dientes superiores e inferiores separados, se constituye la posición de descanso mandibular.

Esta posición no es estable pues varia según la posición postural, la edad, envejecimiento, durante el sueño, por enfermedad y por estados nerviosos, Esta posición de descanso no es repetible con exactitud, por lo tanto, debe descartarse su uso como método para iniciar una reconstrucción oclusal.

Requisitos que debe llenar una dimensión vertical -- correcta:

- 1.- Debe permitir una distancia interoclusal entre la posición de descanso y la oclusión céntrica.
- 2.- Una altura facial, con los dientes en oclusión céntrica y relación céntrica, estéticamente satisfactoria.
- 3.- Una longitud de dientes y una altura de cúspides mecánicamente sana, estéticamente buena y fonéticamente correcta.

Cuando todos estos factores coincidan con determinada dimensión vertical, es casi imposible que no estemos en la dimensión vertical correcta. Uno de los métodos más exactos para determinar la dimensión vertical y la distancia interoclusal, es el fonético, siempre y cuando se considere la relación céntrica.

Cada sonido, excepto el nasal, es enunciado a través de un orificio de determinado tamaño y es posible clasificar estos sonidos de acuerdo con el tamaño requerido de apertura, desde la "S", porque este sonido requiere el mínimo de apertura hasta la "A", que requiere el orificio más grande. Es deseable que los pacientes usen el grupo de la "S", porque en este grupo es necesaria una distancia interoclusal mínima para que pueda hablar correctamente.

La mandíbula se aproxima más al maxilar superior -- cuando se enuncian estos sonidos; esto es lo que Silver--

man denomina como "Nivel de Enunciación más Próximo". Este nivel se dice que es constante, es respuesta a la demanda fisiológica funcional. Si al enunciarse la "S", las superficies oclusales chocan, estaremos violando la distancia interoclusal.

Ubicación del Eje Arbitrario.-

Se emplea el marcador condilar para trazar un arco de unos 13 mm anterior al conducto auditivo externo. Utilizando una regla, sujeta entre el ángulo del ojo y la punta del trago del pabellon de la oreja, coloque una señal donde esta línea corta el arco hecho por el marcador del cóndilo.

Transferencia del Arco Facial.-

Conecte la base superior estabilizada a la horquilla de mordida. Después introduzca el conjunto en la boca pidiendo al paciente que lo sujete con ambos pulgares y ejerciendo presión leve, o bien, coloque la base inferior en la boca y cierre sobre la horquilla de mordida. Entonces se lleva el arco facial a la cara del paciente y el conjunto articulado al arco facial-horquilla se introduce sobre el vástago del arco de la horquilla (horquilla de mordida); los dispositivos de plástico se colocan en los conductos auditivos externos llevándolos ligeramente hacia delante. El dispositivo para relacionar el nasion se conecta con el arco facial. La parte plástica del dispositivo debe descansar sobre el nasion y el arco facial ajustado y apretado; entonces se cierra el arco facial sobre la horquilla de mordida.

Después se lleva todo el conjunto al articulador. El modelo superior es conectado al articulador.

Unión del Modelo Superior con el Articulador.-

La platina de montar ranurada de Hanau es un método las dos partes son sujetadas por un clavo.

Relación Horizontal de la Mandíbula.-

"La relación céntrica es la relación más posterior del maxilar inferior en relación con el maxilar superior en la dimensión vertical establecida". La dimensión vertical establecida sería la posición o distancia vertical del maxilar inferior en relación con el maxilar superior cuando se hizo el trazo del arco gótico y que, posteriormente, sería la dimensión vertical.

Registro de la Relación Céntrica.-

Para ello quite unos 3 mm del borde inferior desde el área del primer premolar en sentido distal hasta la -- extremidad del borde de cera en los dos lados, derecho e izquierdo. Sobre el borde superior en la región correspondiente corte 2 ó 3 muescas; esta superficie debe ser lubricada ligeramente. Se coloca la base superior en la boca junto con la base inferior y se inicia la sesión de -- prácticas, enseñándole al paciente como cerrar en relación céntrica.

Posición de Relación Céntrica Aprendida.-

Cuando el paciente puede cerrar de manera satisfactoria en relación céntrica, saque la base inferior y coloque Aluwax blando en los sitios donde quitó 3 mm del -- borde de cera. El Aluwax debe ir cercano a 1.5 mm arriba de la altura original del borde de cera. Entonces se sumerge la base inferior en agua tibia para ablandar uniformemente la cara que se haya en los lados derecho e izquierdo. Con cuidado se coloca la base en la boca y se asienta sobre todo el borde; se pide al paciente de re -- truir el maxilar inferior y cerrar lentamente la boca. El grado de cierre es de importancia capital y solo la cera blanda debe entrar en contacto con el borde oclusal superior. Saque entonces las dos bases de la boca; no importa que estén unidas o separadas.

Las bases son enfriadas en agua fría y separadas; se corta el Aluwax en sentido vestibular y lingual para poder juntar las bases y comprobar el contacto Aluwax con el borde entallado superior; el contacto debe ser uniforme e igual en ambos lados. Entonces, se vuelven a colocar las bases en la boca, se pide al paciente retruir el maxilar inferior y cerrar; durante el cierre se observa si las bases entran en contacto simultáneamente y en posición correcta. Si esto ocurre, se considera que las bases son aceptables.

Verificación del Registro de la Relación Céntrica.-

Un método estándar para verificar el registro de la relación céntrica, consiste en conectar un conjunto trazador a las bases montadas sobre el articulador y hacer un trazo en punta de flecha (arco gótico). Se utiliza un trazador intrabucal formado por una placa metálica plana y una punta trazadora de apoyo central. En el comienzo existen varios modelos para este tipo de trazador; generalmente, los trazadores extrabucales son utilizados con menos frecuencia. Después, las bases unidas al conjunto trazador son sacadas del articulador y puestas en la boca. Cuando el paciente cierra y la punta de apoyo central o trazadora toca la placa metálica, la dimensión vertical correcta es transferible del articulador a la boca. Es el momento de comprobar la dimensión vertical. Hay dos casos donde será necesario volver a montar el modelo inferior: Cuando el registro original en relación céntrica es incorrecto y cuando es precoz modificar la dimensión vertical de la oclusión.

Cuando el dentista considera que la dimensión vertical es satisfactoria, puede proceder a realizar el trazado. Se seca la placa metálica y se pinta la superficie con una capa delgada de tinta (plumón marcador), se deja secar y se pone en la boca con la base inferior.

Se pide al paciente cerrar y poner en contacto, presionando ligeramente, la guía con la placa y mover el maxilar de un lado a otro y de posición protrusiva a retrusiva varias veces. Cuando se saca la placa de la boca debe presentar un ápice muy agudo que indica la relación céntrica.

Las bases se llevan nuevamente al articulador, se coloca papel de articulador y se cierra el articulador. La señal hecha por la aguja debe coincidir con el ápice del trazo.

Si no llega a coincidir, el registro de la relación céntrica es inexacto y será necesario volver a montar el modelo inferior con un registro nuevo y corregido.

Montaje del Modelo Inferior.-

Cada conjunto trazador incluye una pieza en plástico transparente con agujero en el centro. Coloque esta pieza sobre la placa trazadora de manera que el ápice del trazo esté en el centro del agujero y fije el plástico con cera pegajosa. Se llevan nuevamente las bases a la boca, pidiendo al paciente de retruir el maxilar inferior y cerrar la boca. La aguja debe dirigirse directamente en el agujero; mientras se mantiene esta posición se lleva una jeringa con yeso para impresión en la boca y se coloca yeso sobre el índice vestibular en cada lado. Cuando el yeso está endurecido se saca de la boca y se vuelven a ensamblar las bases con las férulas de yeso. Se quita entonces el modelo inferior del articulador y se coloca el modelo mandibular sobre la base inferior uniéndolo al articulador con yeso.

Registro Interoclusal en Protrusión.-

Después de haber sido montado el modelo inferior, quite los índices de yeso derecho e izquierdo y saque las bases del articulador. Observe la muesca sobre la pieza de plástico que está a unos 5 a 6 mm del agujero central.

Si se vuelven a colocar las bases en la boca del paciente-- y el maxilar inferior es guiado en movimiento protrusivo de manera que la aguja entre en la muesca, los maxilares estarán en posición adecuada para hacer el registro protrusivo. Se vuelve a utilizar yeso para impresión para hacer los índices.

Este registro es utilizado para disponer los planos - condilares del articulador de manera que correspondan con - la guía condilar de la articulación temporomandibular. Este registro de la protrusión esta basado en el fenómeno de -- Christensen.

Movimientos Laterales.-

Los movimientos laterales son, generalmente, activida des complejas en la mayor parte de los humanos. Su importancia es capital para el prostodoncista, ya que influyen en - la interdigitación cuspídea de los dientes durante la masticación activa. El movimiento de Bennett es el deslizamiento total lateral del maxilar inferior que ocurre en los movimientos laterales y que puede ser de grado variable, desde muy pequeño considerable. Se utilizan los registros izquier do y derecho para ajustar el articulador y tratar de reproducir los movimientos laterales del maxilar inferior.

Registros Interoclusales Laterales.-

Antes de realizar estos registros fije la guía de deslizamiento lateral a 45°. Quite la pieza de plástico de su posición protrusiva, pero sin destruir el trazo; si las mar cas laterales son destruidas es preciso hacer un trazo nuevo. A 6 mm de CR y a lo largo de la línea LL, haga una mar ca, centre el agujero de la pieza de plástico sobre la mar ca y fije con cera pegajosa. Guíe entonces el maxilar inferior del paciente hasta que la aguja trazadora penetre en - el agujero. Haga los índices derecho e izquierdo y lleve -- las bases con el yeso unido al articular y observará enton-

ces que la boca condilar está en proteusión. La guía de deslizamiento lateral debe ponerse en contacto con la bola desde su posición de 45°. También puede ser necesario hacer pequeños ajustes en la inclinación condilar. Se sigue el mismo procedimiento para el lado opuesto, un registro lateral derecho para ajustar el lado izquierdo del articulador.

ARTICULADORES

Los articuladores se pueden clasificar como:

Típos de bisagra simple.

Típos de guías fijas.

Instrumentos ajustables.

Los articuladores de hoy día pueden incluir gran variedad de ajustes, algunos más que otros. Entre los ajustes están los que alteran:

a).-Las guías condíleas horizontales.

b).-Las guías condíleas laterales.

c).-Las guías incisivas verticales.

d).-Las guías incisivas laterales.

e).-Las guías incisivas horizontales (movimientos del arco gótico).

f).-La anchura intercondílea.

g).-El cambio de lado inmediato.

h).-Los ejes horizontal y vertical de rotación.

EL HANAU H2, es un instrumento en el cual las guías condíleas y las guías incisivas son ajustables.

EL DENTATUS, es muy parecido, excepto en que el ajuste de guía condílar lateral tiene mayor alcance y el perno incisivo tiene un arco construido de manera que se puedan hacer cierres razonables del perno sin cambiar el lugar central del punto del perno sobre la mesa incisiva. El cierre del HANAU H2 (sin el arco), mueve el perno hacia atrás en la mesa incisiva, y por tanto, limita el movimiento del articulador.

El Kinoscopio de Hanau añade otros ajustes, la anchura intercondílea es variable en este instrumento, de modo que el trazado del arco gótico pueda ser seguido con exactitud. El mecanismo de Bennet está guiado por una modificación interesante. Los postes exteriores contienen un cono corto colocado desigualmente dentro de su hueco. La rotación

de dicho cono varfa la inclinaci6n condilea, limitando el movimiento lateral del eje de bisagra del instrumento.

EL WHIP-MIX, tambi6n es adaptable. Las distancias condilares pueden ser alteradas solamente en tres posiciones marcadas. Las guías condilares son planas como en la guía de Bennett. El instrumento es del tipo arc6n. La gufa incisiva es de tipo universal, pero el perno incisivo es recto.

El articulador est6 dise~ado para aceptar elevaciones con un arco de oreja y cara y tiene proyecciones (para aceptar el arco), que est6n distalmente localizadas de acuerdo con los elementos del c6ndilo.

PROCESADO DE LABORATORIO

Este lo dividiremos en cuatro etapas:

- a).-Encerado de la dentadura.
- b).-Enfrascado o enmuflado.
- c).-Curado o procesado.
- d).-Pulido y bruñido.

Encerado.-Tiene por objeto imitar la forma de los tejidos que rodean los dientes naturales logrando una mayor estética. Cualquier festoneado artificial o de fantasía es ta completamente fuera lugar. Hay puntos importantes que no deben pasar desapercibidos:

- 1.-Debe darse a cada diente una pequeña prolongación radicular.
- 2.-La parte superior de la superficie debe estar formada de tal manera que no pierda nada de la anchura marginal
- 3.-El contorno de la periferia debe preverse con un ligero exceso de cera para compensar la pérdida del material base en la pulida.
- 4.-La forma entre el borde gingival y el borde de la dentadura debe favorecer la retención dirigiendo las fuerzas de los músculos y de los tejidos.
- 5.-En general, conviene dar plenitud a las partes labial y lingual de ambas prótesis, pero no a la superficie palatina de la prótesis superior donde es preciso dar la mayor amplitud para los movimientos de la lengua.
- 6.-El habla del paciente será dificultado a menos que se de un espesor mínimo y uniforme en toda la extensión.
- 7.-La parte lingual de la placa inferior debe tener el menor volumen posible excepto en el borde periférico, que debe ser bastante grueso, este espesor queda abajo de la porción más angosta de la lengua y ayuda grandemente a la retención, llenando el surco mucolingual.

8.-Rugosidades palatinas (actualmente poco usadas), se pueden producir bruycndo un pedazo de estaño sobre un modelo que tenga rugas y luego transfiriendo este duplicado al paladar encerado, las rugas en la placa serán de 3 a 5.

Enfrascado o enmuflado.-Consiste en el remplazo de cera por el material definitivo y el transporte de la forma y dimensiones terminadas. Para este paso del enfrascado nos valemos de una mufla que son recipientes metálicos dentro de los cuales se preparan los moldes para el prensado y el curado de las bases acrílicas. Estas constan de cinco elementos o partes: Mufla, contramufla, tapa, guías, y ajustadores.

Estas serán adecuadas cuando tienen las paredes gruesas y cuando son suficientemente grandes como para que dejen un espacio de 1.5cm, de margen de yeso por todas partes y a partir del modelo que se incluye, el cierre debe ser de precisión, pues solo así se puede asegurar la dentadura sin variaciones en la articulación. El frasco eyector Hanau tiene la ventaja de que se efectúa el desenfrascado sin peligro de que se rompa la dentadura.

Existen dos maneras de la colocación del modelo de cera en el frasco:

Colocación indirecta.- Se lubrica con vaselina la primera parte de la mufla y se llena con yeso piedra, se coloca dentro del modelo de manera que los incisivos queden más altos que los molares (así se protegen las tuberosidades y se evitan las retenciones en la porción anterior favoreciendo el empaquetado y a la compresión), se cuidará de no hundir el zócalo completamente, porque así hay un cierre más correcto. Se alisa la superficie de manera que una al borde superior con el borde superior de la mufla, cuidando que no haya socavos ni retenciones; cuidando que-

el borde el borde de la contramufla quede perfectamente --
límpio para permitir el sellado perfecto con la contramu--
fla. Se deja fraguar el yeso alisando posteriormente con u
na capa de vaselina.

Una vez fijado el modelo en la base o mufla, procede
mos a aislarlo. El contramolde se hace preparando yeso pie
dra de consistencia cremosa y con un pincel vamos aplican
do el yeso piedra poco a poco sobre los espacios interden
tales, se vibra y se aumenta el espesor de la capa de yeso
a 1cm, de manera que envuelva a los dientes y a la cera --
vestibular y palatina, luego que se completa el vaciado de
la contratapa con yeso de taller o mezclado con yeso pie--
dra. Terminando de llenar la mufla se coloca en la prensa
y con presión suave, obligamos y comprobamos el cierre co
rrecto y contacto de las partes metálicas de la mufla.

Colocación directa.-Se lava cuidadosamente la cera -
con agua y jabón, preparando yeso piedra de consistencia -
cremosa, se cubren los dientes y toda la cera vestibular -
con un espesor de 1cm. aproximadamente, ahora se -repara -
el yeso París y se llena la primera parte de la mufla pre
viamente envaselinada, en estas condiciones se coloca el -
modelo en posición haciendo que el yeso París cubra el ye
so piedra dejando una superficie lisa, en seguida se esta
ñan las superficies de la cera que quedan expuestas y se -
les cubre con una capa de yeso piedra (1cm. de espesor), -
para luego completar el llenado de la mufla como en la téc
nica indirecta.

Eliminación de la cera.-Una vez que ha fraguado el -
yeso se elimina la cera, para esto, colocamos las muflas -
en un recipiente con agua hirviendo, lo dejamos unos minu
tos y cuando salen burbujas de la mufla, se retira del a--
gua y se abre, encontrando que la cera y el -crílico de --
las bases está reblandecido, por lo cual será más fácil re

tirlarla, enseguida colocamos ambas partes de la mufla en el agua hirviendo y así nos aseguramos de que el negativo del modelo ha quedado perfectamente limpio.

El espacio que ha quedado de la cera, es el que ocupará el material definitivo de la dentadura.

Curado de la dentadura.-Para mezclar el acrílico según las condiciones del fabricante, la mufla deberá estar fría. En un frasco de cristal colocamos tres porciones de polvo de acrílico rosa y una de líquido, ésta se deja reposar hasta conseguir el estado pegajoso, se amasa dándole la forma de un rodillo y se coloca en la contramufla aplicándolo contra los dientes y la pared vestibular por medio de los dientes pulgares. Se cubre la otra parte de la mufla con papel celofán humedecido. Se prensa lenta y progresivamente hasta encontrar resistencia. Se abre la mufla y se saca el papel celofán, se recortan los excedentes y se vuelve a hacer la misma operación hasta que pueda cerrarse bien sin ningún exceso de material.

Se pone un aislante en el proceso y se deja reposar durante un minuto, se prensa el acrílico nuevamente en dos muflas y se procede al curado.

Curado.-Después de un tiempo razonable, aproximadamente de 20 minutos procedemos al curado del aparato, esto lo hacemos colocando la mufla en una prensa de resorte en agua -- hirviendo a una temperatura de 160 grados durante 2 horas, y después durante una hora a 212 grados. Posteriormente se saca del agua caliente y se deja enfriar a una temperatura ambiente durante media hora y luego, se pone un cuarto de hora en agua fría.

Desenmuflado.-Procedemos a abrir la mufla y se retiran las dentaduras para evitar que haya cualquier fractura las últimas porciones de yeso se separan con un cepillo de uro y agua, procuramos no estropear los modelos de yeso y a

sí poder conservar las ranuras de la base del modelo para poder colocarlos en posición en el articulador.

Pulido y bruñido.-El terminado consistirá en preparar la dentadura para el pulido, se limpia y se alisa la superficie de la dentadura con piedras, cinceles y lija. Terminada la preparación para el pulido, no debe haber yeso ni rayas profundas en la dentadura.

El terminado lo vamos a hacer cortando todos los excedentes que existan tanto en el borde de la placa, como en los festones gingivales, esto lo haremos valiendonos de fresas y piedras montadas.

El pulido final lo vamos a hacer a todas las superficies, con un cepillo de cerda suave o disco de manta empapado de óxido de zinc, o en su defecto, blanco de España, y mezclamos con agua para hacer una pasta.

Las superficies interiores del aparato, es decir, -- las que van a quedar en contacto con la mucosa, no es conveniente pulirlas, pues quitaríamos el ajuste que existe en el aparato.

En ocasiones unicamente se alisan con cuidado las -- burbujas o asperesas, si fuese muy necesario.

Posteriormente, seguiremos los siguientes pasos:

- 1.-Las dentaduras se remontan al articulador.
- 2.-Se examinan para el espacio de los rebordes.
- 3.-Se examina el espacio de los dientes anteriores en la oclusión centríca.
- 4.-Los dientes posteriores se examinan en oclusión centríca para contactos simultáneos.
- 5.-Es adecuado también examinar la dimensión vertical.
- 6.-Rectificar el espacio excursivo desde la posición centríca.
- 7.-Se separa los modelos.

En el momento de colocar la dentadura en la boca del

paciente, se somete a revisión y revaluación de todas las etapas involucradas en las distintas fases de construcción de la prótesis.

Adaptación de las bases de soporte.-Consiste en hacer presión sobre las superficies oclusales. Cuando la adaptación es correcta las bases solo se mueven ligeramente siguiendo la depresibilidad de la mucosa.

La adaptación en relación a los puntos compresivos se detectan cuando socavados bilaterales en el borde residual interfieren con la colocación inicial de las dentaduras o cuando hubo sitios compresivos en la impresión definitiva.

Se utilizan ceras o pastas indicadoras, estas se extienden o se pincelan sobre la superficie de soporte de la base protética en capa uniforme y delgada. Se coloca la dentadura cuidadosamente en la boca del paciente bajo presión manual sobre el borde residual y se presiona sobre la superficie oclusal de los dientes para determinar la ubicación de los puntos compresivos en la base protética que desplaza el tejido blando. Se retira con cuidado, el punto de presión queda marcado a la vista por transparencia o desaparición de la pasta indicadora.

Se señalan con un lápiz las marcas; se retira la pasta y se alivia con piedra o fresa, se repite la prueba.

No debemos olvidar retirar la dentadura antigua quince minutos antes para que los tejidos orales se recuperen y vuelvan a su forma de descanso.

Revisión del aspecto facial.-Se comprueba que el paciente se vea agradable. Si la boca está muy llena en los labios o en la nariz, se debe corregir en este momento.

Revisar los espacios posteriores de la dentadura en la zona de la tuberosidad y la senda retromolar. También el espacio de la región anterior, de canino a canino se co

loca libremente un trozo de papel de articular cuando los dientes están en relación céntrica.

La revisión de la oclusión varía, dependiendo de la naturaleza del modelo oclusal que se emplee.

Los seguidores de la escuela anatómica generalmente se empeñan en emplear las indicaciones de las inclinaciones que encuentren en la dentición natural. Las pruebas se realizan en posición céntrica y excéntrica. Tiene que haber contacto simultáneo protusivo y lateralmente. Se necesitan registros de mordida tridimensionales y articuladores tridimensionales.

Cuando se utiliza el concepto neutrocéntrico, el probar el modelo oclusal para prematuridades incluye asegurar contacto simultáneo de los sectores anteriores y posteriores, izquierdo y derecho del modelo oclusal en posición céntrica solamente.

Se debe revisar la oclusión céntrica y la relación céntrica con mucho cuidado en el articulador, se deben usar registros de mordida. También se puede usar el arco facial con su respectivo registro para orientar la relación de los modelos en el articulador, si tenemos duda de la dimensión vertical, revisar las posiciones protusivas y laterales.

Se revisa la periferia de la dentadura por altura, grosor y comodidad.

Si se sospecha de una zona que requiera alivio, se realiza una prueba con pasta reveladora o con cera igual a la que se hace en la prueba de las bases.

Ya realizadas las pruebas, se pulen la dentadura,

Se hacen otras pequeñas pruebas cuando se va a colocar la dentadura definitivamente,

- 1.- Pruebas de la retención adecuada
- 2.- Revisión del contorno facial

- 3.- Revisión del aspecto gingivodental.
- 4.- Revisión del espacio anterior.
- 5.- Revisión de la oclusión para el equilibrio en la posición céntrica.
- 6.- Revisión de la estabilidad en el cierre céntrico,
- 7.- Prueba de las bases de la dentadura para la comodidad de masticar.
- 8.- Prueba del modelo oclusal durante la masticación.

TEMA VIII

SELECCION DE DIENTES Y ARTICULACION

SELECCIÓN DE DIENTES.

Hoy en día se pueden utilizar dientes de plástico o de porcelana. La elección depende de las ventajas verdaderas como de las preferencias personales. La apariencia y función son puntos importantes que hay que tomar en consideración .

Los dientes deben corresponder y armonizar por su forma y contorno con la forma y contorno de la cara que les sirve de marco.

Tipo de cara.-Cuadrada, triangular, ovoidea. También hay modificaciones por una mezcla de estos tres tipos y basándose en esto nació el Sistema Anatomorf de dientes artificiales.

Primero se debe marcar la línea media en ambos rodillos usando como referencias una combinación de la papila anterior, frenillo labial, filtrum y el perfil de la cara, se puede ayudar con un hilo de seda.

Para marcar la línea de los caninos existen varias técnicas, por ejemplo: Se puede utilizar la misma seda dental, se coloca un extremo del hilo, apenas pasando el ala de la nariz y marcamos ahí una línea en los bordes del maxilar. Esta línea nos indicará la cúspide del canino.

Para determinar el ancho de los dientes anteriores, se retira la placa base superior y con una regla milimétrica flexible, se mide la distancia que existe entre las dos líneas laterales y se le aumentan 6mm que corresponden a las caras distales de los caninos. Con esto se obtiene el ancho combinado de los seis dientes anteriores superiores.

La longitud es determinada midiendo el rodillo en la zona del central superior. La selección de dientes, para dentaduras completas, podrá limitarse a la forma y tamaño de los incisivos centrales, porque en dientes correctamente

te formados ellos expresan mejor el carácter armónico al que se forman los incisivos laterales y caninos.

Color.-

En general, las personas jóvenes no tienen los dientes oscuros, en cambio los pacientes de mas edad, presentan un color mas oscuro. El color de los dientes guarda relación con el color de la piel. La selección del color debe hacerse de preferencia con luz natural.

Colocación de dientes.-

Tomese un plano oclusal anatomorfo o un pedazo plano de madera o aluminio de unos 80mm².

Se comprueba la adaptabilidad mecánica del incisivo central superior antes de encerarlo en su sitio. Si fuese necesario se recorta la placa base por debajo del diente o se adelgaza el tope de esta o ambas cosas, de manera que el diente no descansa directamente contra el modelo.

El eje longitudinal del incisivo central superior, debe quedar vertical cuando se le mira de frente, e inclinado hacia abajo y hacia adelante, cuando se mira de lado. El borde incisivo está en contacto con el plano oclusal. Las superficies oclusales no se colocarán en ángulo recto con la línea media y sí se inclinarán los ángulos distales ligeramente hacia atrás iniciando la curvatura de la hiler dentaria indicada por el contorno del bloque de cera.

Incisivo lateral superior.-

Se prueba en su sitio y se coloca de manera que el borde incisivo esté como a 3/4 de mm por encima del nivel del plano oclusal y el eje longitudinal inclinado. Gracias a la inclinación hacia abajo y hacia adelante del eje vertical de los incisivos laterales superiores, el cuello de este diente se destaca menos que el del central superior. Esta depresión será sumamente importante para la expresión

dada a los dientes. Los bordes cortantes de los dientes laterales, se colocan para favorecer la curva establecida -- por el borde incisivo del rodillo superior.

Canino superior.- Se coloca de manera que su cúspide apenas toque el plano oclusal y su eje longitudinal esté inclinado, en tanto que el borde del diente se conforma a la curva del rodillo.

Primer premolar.- La cúspide bucal toca la superficie oclusal de la placa de ensayo inferior, pero la cúspide lingual queda a poca distancia de ella .5mm.

Segundo premolar.- Ambas cúspides se ponen en contacto con la cera.

Primer molar superior.- La cúspide mesio-palatina toca la superficie, la disto-palatina queda ligeramente elevada y la cúspide bucal a $3/4$ de mm, fuera de contacto. Esta cúspide inicia la curva de compensación formada por cúspides bucales de ambos molares superiores. El eje longitudinal de este diente visto de lado se inclina hacia abajo y atrás.

Segundo molar superior.- La cúspide palatina queda en contacto con la placa de ensayo opuesta, para la cúspide bucal a 2mm. de distantes de la cera, continuando la curva de compensación. El eje longitudinal visto de lado bucal, va inclinado hacia abajo y atrás mas que el primero.

Mientras se establecen estas relaciones, es necesario arreglar los dientes en las posiciones sobre el reborde que dan las dentaduras.

Dientes inferiores.- Se pega el primer molar inferior, se abre el articulador y se fija el molar al reborde en posición aproximadamente correcta, pero algo mas alto de lo debido, se cierra el articulador forzando el molar hacia el reborde y se hace establecer relaciones oclusales correctas con los superiores.

Setraza una línea a lo largo de la cresta bucal de la cúspide o tuberosidad media del molar inferior, cuya línea debe formar la continuación de la lámina trazada en la ranura bucal del molar superior. De este modo podremos ver los movimientos del primer molar inferior con respecto al superior durante la mordida activa. Esto se realiza mediante los movimientos realizados en el articulador.

Si hay movimiento, se verifica el motivo y se corrige. En caso de que no haya movimiento también se verifican los contactos oclusales.

Los molares superiores e inferiores deben engranar mientras estan en oclusión. La cúspide bucal del inferior debe llenar la ranura longitudinal en forma de "V" entre las cúspides lingual y bucal superior. El plano inclinado lingual de la cúspide bucal inferior debe estar en contacto con el plano inclinado hacia el lado bucal de la cúspide lingual.

Se coloca en oclusión aproximada con el segundo premolar superior el segundo premolar inferior. Se maniobra el articulador para comprobar la articulación de la mordida de trabajo, equilibrio o balceo.

Se monta el primer molar inferior según los métodos descritos. No montar los segundos molares inferiores hasta que se haya comprobado la disposición de los dientes en la boca y resulte satisfactoria.

Se ajusta el canino superior al primer premolar inferior. Por lo general es necesario desgastar la cara mesial

de la cúspide bucal del premolar inferior y la cara distal del borde cortante del canino para poder establecer relaciones correctas.

Canino inferior.- La inclinación mesio-distal de la - faceta en la mitad mesial del diente debe quedar practicamente paralela a la inclinación mesio-distal de las cúspides o tuberculos bucales de los premolares superiores. Los incisivos laterales superiores y los caninos inferiores no deben entrar en contacto en ningún movimiento de la mandíbula.

Los incisivos inferiores se montarán con los cuellos directamente sobre el reborde. Los incisivos laterales inferiores se inclinan hacia afuera mucho menos que los incisivos centrales.

TEMA IX

CUIDADOS E INDICACIONES AL PACIENTE

CUIDADOS E HIGIENE DE LAS DENTADURAS.

El operador debe explicar al paciente que las dentaduras no son más que aparatos que están reemplazando a la dentición natural y que lógicamente, no pueden funcionar de igual forma.

Se debe instruir al paciente para que aprenda a acomodar la lengua sobre su dentadura para que nos ayude a estabilizarla, sobre todo con pacientes que presentan lengua retractil o piso de boca alto.

Se le debe informar al paciente que la masticación va a ser diferente desde el principio y recomendarle que aprenda a masticar con alimentos blandos para que se le haga más fácil dominar la dinámica de las prótesis.

Para el paciente resultará extraño sentir su paladar cubierto por la base de la dentadura, inclusive, va a sentir su lengua muy grande y el exceso de saliva contribuirá para que exista dificultad al tragar y hablar. La lengua toma un lapso de 5 a 6 semanas para regresar a su tamaño original.

Es necesario citar al paciente por lo menos una vez por semana dentro de las cuatro semanas después de la colocación, para realizar ajustes menores en la base y en la oclusión.

La higiene oral pasa a ser responsabilidad del paciente, quien debe retirar las prótesis de la boca por algún tiempo y dejarlas en agua. Los carrillos, lengua y paladar deben ser cepillados regularmente para mantener la salud tisular, usando cepillo de dientes o gasas por lo menos 5 minutos al día.

Es necesario dar al paciente la información adecuada para la higiene de su prótesis:

1.- Base de la dentadura de resina acrílica.

a).- Jabón de tocador, agua y cepillo dental o de uñas.

b).- Para depósitos de sarro, el paciente puede embeber un algodón en vinagre y pasarlo por toda la dentadura. Si el sarro no se retira es conveniente que se sumerja la dentadura en un depósito con vinagre por 15 a 30 minutos y lavarla convencionalmente.

No usar abrasivos fuertes, pasta de dientes o cepillos de nylon duro.

2.- Dientes artificiales.

a).- Porcelana: Cepillo, jabón de tocador y agua, se puede embeber la dentadura en detergente para dentaduras.

b).- Resina acrílica: Jabón de tocador, agua y cepillo. También se puede usar detergentes comerciales para dentaduras.

Se le indica quitarse la prótesis de la boca después de las comidas y limpiar con cepillo blando para prótesis- utilizando un detergente líquido o jabón y agua. Que tenga la precaución de cepillarlos sobre un recipiente parcialmente lleno de agua o cubierto con una toalla húmeda, porque no son irrompibles si se les golpea.

Una vez a la semana se les dejará en un vaso con agua que contenga la siguiente solución:

Una cucharada de hipoclorito de sodio

Una cucharadita de calgón

Se dejan 30 minutos para eliminar la acumulación de tártaro o manchas, después se enjuagan minuciosamente y con cuidado las dentaduras.

Las dentaduras terminadas se cepillan con un cepillo de diseño especial para prótesis; Con el extremo se cepilla la parte interna de la base de la prótesis; Con las cerdas laterales se cepillan los dientes artificiales.

Se recomienda usar un cepillo blando para limpiar diariamente las superficies mucosas de los rebordes residuales y la superficie dorsal de la lengua. Este procedimiento proporciona estimulación para una mayor circulación y eliminar los residuos que podrían causar la irritación de la mucosa u olores desagradables.

TEMA X

PROTESIS INMEDIATA

REGULARIZACION DE PROCESOS

PROTESIS INMEDIATA

Una condición importante es tener realizado el aparato protésico previo al acto quirúrgico.

La técnica quirúrgica podrá ser realizada bajo anestesia local o general, cuando el tratamiento habrá de ser muy largo (más de 3 horas), se recomienda que se realice - bajo anestesia general, ya que el trabajar más cómoda e ininterrumpidamente, abreviará mucho el tiempo quirúrgico. - Una vez que el cirujano pasa a la sala de operaciones debe llevar en su mente y en los registros precortados todo lo que va a realizar sobre los maxilares del paciente.

Ya anestesiado el paciente por cualquiera de los métodos, (si se realiza bajo anestesia general algunos clínicos recomiendan la infiltración de algún anestésico con vasoconstrictor, no con el fin de producir anestesia, ya -- que ésto no es necesario, sino de producir acción vasoconstrictora para que la intervención se realice con menos sangrado y por ende con mayor visibilidad), se inicia la intervención mediante las incisiones o colgajos, que generalmente se realizan en la parte más superior del proceso residual en caso de que no existan dientes; si existen, se recomiendan incisiones que festoneen los dientes para así levantar los colgajos fácilmente tanto a la zona vestibular, como lingual o palatina. Habiendo realizado la exposición de los procesos alveolares mediante el levantamiento de los colgajos por medio del elevador de periostio, procedemos a realizar las extracciones, que serán si es necesario, con odontosección o con ostectomía, con el fin de proteger lo más posible las tablas externa e interna, ya que al fracturarlas provocaría severas depresiones sobre los procesos, habiendo realizado las extracciones se procede a la remodelación de los procesos por medio del cincel y mar

tillo, de la pinza gubia (alveolotomo), de la fresa para hueso y habiendo realizado la remodelación se alizará el hueso por medio de la lima para aliviar todas las zonas -- que provocaría dolor al apoyar la dentadura.

El cirujano deberá pasar varias veces su dedo sobre los procesos para percatarse de que no existen salientes ó seas cortantes; habiendo probado ésto, se llevan a su posición original los colgajos para observar el correcto asentamiento de éstos sobre su nuevo soporte, generalmente se observará que sobra tejido blando debido a la pérdida de tejido óseo, entónces se realizará el recorte del tejido blando excedente.

Una vez que las dentaduras se ajustan satisfactoriamente, se procede a suturar totalmente ya sea con surgete continuo o bien con puntos aislados colocados en lo que eran las crestas interdentarias y no sobre los alveolos, ya que ésto podría provocar hundimiento de los tejidos blandos; por último se colocan las dentaduras. Si la intervención se realizó bajo anestesia general, se recomienda que las dentaduras sean colocadas hasta que el paciente esté totalmente consciente.

En el manejo postoperatorio se recomienda al paciente que no retire sus dentaduras en las primeras 24 hrs. y pasado este lapso habrá de ser el cirujano dentista quién retire las mismas, éstas se lavarán, desinfectarán y serán nuevamente colocadas en la boca del paciente, previo lavado de las heridas quirúrgicas.

REGULARIZACION DE PROCESOS

Técnica quirúrgica:

a). Diéresis (Incisión-apertura)

b). Operación propiamente dicha (tratamiento del proceso-- patológico).

c).-Sinéresis (sutura, cierre).

La diéresis generalmente se elabora mediante el trazado de una incisión en la parte mas superior del reborde pudiendo ser tan larga como se necesite y si es el caso, - se puede hacer la elaboración de una o dos incisiones terminales. Quedan contraindicadas en la zona lingual y en la palatina debido a las complicaciones postoperatorias que - puedan acarrear.

Una vez realizada la incisión, debe ser ampliada para que se asegure una buena visibilidad, esta debe ser de un solo trazo y profunda abarcando tanto mucosa como periostio, dejando asi al descubierto el hueso maxilar o mandibular que deseamos regularizar o remodelar.

Cuando las irregularidades son pequeñas tales como - crestas, espinas, etc., bastará con realizar un limado o - pulido de dicha anomalía por medio de la lima para hueso; - cuando la malformación es amplia, se tendrá que recurrir - al uso de instrumental más especializado tal como cincel y martillo, fresa quirurgica y la pinza gubia o alveolotomo.

Instrumental y material quirúrgico

El instrumental para cirugía se divide en dos, el -- que se utiliza para tejidos blandos y el de tejidos duros.

Instrumental para tejidos blandos.-

Uno por cuatro (Instrumental de exploración)

Retradores o separadores (Farabeau), sirve para separar - los carrillos y al mismo tiempo el colgajo.

Mango para bisturi

Hoja para bisturi, existen varios números por ejemplo la - hoja #11 se utiliza para drenar abscesos, #12 para hacer - incisiones en tuberosidad del maxilar y para levantar colgajos linguales.

Legra.-Para levantar colgajo.

Pinzas hemostáticas (Mosco) rectas y curvas, son pinzas --,

muy finas sirven para ligar vasos.

Pinzas hemostáticas Kelly; sirven para ligar vasos de mayor calibre.

Pinzas Allis; debido a su forma sirven para tomar perfectamente los tumores,

Pinzas de disección (con dientes y sin dientes), a las de dientes se las llama también "de ratón".

Pinzas Hadson; tiene los dientes muy grandes.

Porta agujas.

Tijeras de Mayo; para cortar sutura.

Instrumental para tejidos duros.-

Escoplo y Martillo

Motor de baja velocidad;

Fresas quirúrgicas.

Cucharilla de Lúcas; tiene una concavidad para curetear la cavidad y dejar el hueso sano

lima para hueso; con esta se hace el limado de las paredes esto se hace llegando al hueso.

Sierra de Strgker; se trabaja con nitrógeno a presión.

Sierra de Gigly; se usa en resorción mandibular.

Material que debemos tener.-

Porta-vasos

Campos

Guantes de Cirugía

Cubre-bocas

Jeringas desechables de 10 cm

Suero fisiológico

Gasas estériles

Sutura

Anestésico

Aspirador quirúrgico

CONCLUSIONES

Por lo anteriormente escrito, quisieramos concluir diciendo que para la obtención del éxito del tratamiento - en la Prostodoncia Total, es ir desarrollando un criterio-profesional que permite elegir las técnicas adecuadas a cada caso en particular, con sus procedimientos a seguir ejecutando paso a paso el indicado, obligando a actuar siempre con profesionalismo y honestidad ante nuestro paciente.

BIBLIOGRAFIA

LIBROS:

Alvin L. Morris, Harry M. Bohmnan
Las Especialidades Odontológicas de la
Práctica General.
Editorial Labor 1980

División de Sistema de Universidad Abierta
Prostodoncia Total
Fac. Odontología

John J. Sharry
Prostodoncia dental completa
3ª Edición
Editorial Toray 1977

José Y. Osawa Deguchi
Prostodoncia Total
4ª Edición
Editorial Andrómeda 1981

Ralph W. Phillips
Ciencias de los Materiales Dentales de Skinner
Editorial Interamericana 1976

Villa Acosta, Honorato
Articuladores y articulación de dientes
artificiales en dentaduras completas.
Editorial Uthea.

REVISTAS:

Revista ADM

Volumen XXVII # 5

sept-oct 1970

Revista ADM

Volumen XXVIII # 4

julio-agosto 1971