

156

201



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N :
FLORES VALDEZ ROSA GUADALUPE
ROQUE PINEDA AIDA OFELIA



México, D. F.

1986



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.

Indice

	<u>Página</u>
CAPITULO I	
Introducción	1
CAPITULO II	
Historia Clínica	3
1. Examen general	4
a) Aparatos y sistemas	4
b) Antecedentes patológicos personales	7
c) Antecedentes no patológicos	7
d) Antecedentes hereditarios	8
2. Exámenes de laboratorio	10
3. Examen bucal	11
4. Historia clínica protésica	14
CAPITULO III	
Prostodoncia total inmediata	18
1. Generalidades	18
2. Definición de prostodoncia total inmediata	19
3. Ventajas de la prostodoncia total inmediata	20
4. Desventajas de la prostodoncia total inmediata	21
5. Indicaciones	21
6. Contraindicaciones	22

CAPITULO IV

Generalidades para la construcción de un aparato de prostodoncia total inmediata	24
1. Impresiones anatómicas y modelos de diagnóstico	24
2. Portaimpresiones individuales, impresiones fisiológicas y modelos	25
3. Elaboración de la base de registro o placa base	27
4. Plano oclusal y relación céntrica	28
5. Dimensión vertical	29
6. Montaje en el articulador	30
7. Selección y colocación de dientes	30
8. Encerado	33
9. Enfrascado	34
10. Desencerado	35
11. Preparación de la guía quirúrgica	35
12. Empacado	37
13. Pulido y terminado	38

CAPITULO V

Cirugía e inserción del aparato (Dentadura)	39
1. Examen y tratamiento preoperatorio	39
2. Anestesia	40
3. Técnica quirúrgica	41
a) Incisión	41
b) Desprendimiento del colgajo	42
c) Extracción quirúrgica de los dientes	43
d) Regularización de procesos	43

	<u>Página</u>
4. Rectificación del proceso por medio de la guía transparente	44
5. Sutura	45
6. Inserción de la dentadura y tratamiento postoperatorio	45
CAPITULO VI	
Instrucciones al paciente	48
CAPITULO VII	
Técnicas para rebase y cambio de base	50
1. Introducción	50
2. Definición	51
3. Indicaciones para el rebase o cambio de base	52
4. Contraindicaciones	52
5. Consideraciones generales	53
6. Técnicas de rebase	54
7. Preparación de los tejidos	55
8. Preparación de la dentadura	55
9. Errores principales	56
10. Técnicas de rebase a boca cerrada	57
11. Técnicas para el rebase mandibular	62
12. Técnicas de impresión a boca abierta	64
13. Técnica sugerida	67
14. Procedimientos del laboratorio	71
15. Procedimiento de inserción	72

CAPITULO VIII

Consejos a los pacientes portadores de prostodoncias	73
---	----

CAPITULO IX

Conclusiones	81
Bibliografía	82

CAPITULO I

INTRODUCCION

Un problema importante, al que se puede enfrentar cualquier persona, es la pérdida, por diversas causas, de sus piezas dentarias, lo cual puede ocasionarle alteraciones anatómicas, fisiológicas y de fonación, así como algún complejo. La importancia de una prostodoncia es evitar cualquier afectación originada por este daño.

Este trabajo expone los elementos a considerar para el tratamiento de estos pacientes. Principia con una serie de exámenes necesarios para la determinación de las características, tanto del paciente, como las que deberá cumplir la prostodoncia, para su correcto funcionamiento; trata las ventajas y desventajas, además de las indicaciones y contraindicaciones que permitan o condicionen el tratamiento.

El procedimiento a seguir en la construcción de un aparato de prostodoncia total inmediata, definiendo cada uno de los pasos que intervienen para su elaboración, es el que se expone en este trabajo.

Explica el tratamiento operatorio, desde su examen hasta la inserción de la dentadura, asimismo comprende una serie de instrucciones postoperatorias que deberá tener en cuenta el paciente.

Por último, indica y examina las correcciones y ajustes de la prostodoncia y se dan una serie de recomendaciones para los pacientes portadores de ésta.

CAPITULO II

HISTORIA CLINICA

Es importante y necesario, para obtener un mayor éxito en la construcción de la protodoncia total inmediata, proceder al estudio minucioso de la cavidad bucal; para darnos cuenta exacta y ver las condiciones existentes favorables o desfavorables y poder pronosticar el éxito que se pueda obtener.

Se hace previamente un exámen anatomofisiológico de nuestro paciente, tanto interno como externo.

Los datos más importantes de nuestro paciente, que se deben tener en cuenta, para elaborar un diagnóstico, son:

- i. El estado físico general y edad aproximada
- ii. Otros datos de menor importancia son: el perfil y el relieve de las facciones, sus formas, proporciones, movimientos, posturas, expresión, etc.
- iii. El número de dientes naturales; que tiempo ha estado parcialmente desdentado; si ha usado prótesis parciales, y el estado de salud de la superficie desdentada
- iv. Tejidos duros y blandos
- v. Si presenta restos radiculares

- vi. Inserción de los tejidos blandos a los maxilares
- vii. Estudio de la articulación temporo-mandibular
- viii. Y también, cómo contempla el paciente la perspectiva de usar prostodoncia total inmediata.

El método para el diagnóstico puede dividirse en dos partes:

- a. Interrogatorio. Sobre afecciones generales del organismo.
- b. Exploración de la región por intervenir.

1. Examen general

a) Aparatos y sistemas

Aparato Respiratorio

Con respecto a este aparato podremos obtener del paciente los siguientes datos:

- i. Coriza (inflamación de la mucosa nasal)
- ii. Dolores en los senos nasales
- iii. Tos
- iv. Expectoración (acción de arrojar por la boca la saliva mezclada con secreciones de la tráquea o de los pulmones)
- v. Dolores torácicos
- vi. Hipertrofia amigdalina (aumento excesivo del volumen de un órgano del cuerpo)

- vii. Hepistaxis (hemorragia nasal)
- viii. Hemoptisis (hemorragia bucal proveniente del pulmón)

Aparato Renal

Los síntomas a que se debe prestar mayor atención son:

- i. Edemas (hinchazón blanda de una parte del organismo, producida por serosidad infiltrada en el tejido celular)
- ii. Oligurias (disminución de la secreción urinaria)
- iii. Nicturias (orinar por la noche)
- iv. Disurias (dolor al orinar)
- v. Hematurias (orinar con sangre)

Aparato Digestivo

Lo que nos interesa saber respecto de este aparato es:

- i. Anorexia (falta de apetito)
- ii. Dispepsia (dificultad en la digestión)
- iii. Disfagia (dificultad en la deglución)
- iv. Meteorismo (formación gaseosa ventral)
- v. Flatulencia (eliminación de gases)

Sistema Cardiovascular

De este obtenemos datos como:

- i. Alteraciones cardiacas (investigar si se presenta dolor precordial)
- ii. Disnea al menor esfuerzo
- iii. Palpitaciones
- iv. Respiración bucal
- v. Edemas en los tobillos
- vi. Cefalea y mareos
- vii. Infartos recientes
- viii. Lesiones en las coronarias
- ix. Hemorragias frecuentes
- x. Aparición de hematomas
- xi. Tensión arterial
- xii. Pulsaciones visibles anormales

Sistema Nervioso

De aquí tomaremos datos del paciente y de su familia, como:

- i. Pérdida del conocimiento
- ii. Convulsiones (contracción violenta e involuntaria de los músculos)
- iii. Parálisis (pérdida de la sensibilidad de una parte del organismo o de todo él)

- iv. Parestesias (sensación anormal de los sentidos, que se manifiesta por una sensación de quemaduras, hormigueo o pinchazos)
- v. Tics (movimiento espasmódico involuntario que se presenta en la cara de personas neurópatas).
- vi. Temblores, dolores, mareos, amnesia, etc.

b) Antecedentes patológicos personales

El conocimiento de las enfermedades anteriores es importante para establecer el diagnóstico y tratamiento conveniente. Ya que una enfermedad actual puede tener su origen en una enfermedad anterior.

c) Antecedentes no patológicos

Sobre las costumbres y hábitos tendrá lugar preferente el uso del tabaco, bebidas alcohólicas, etc. y la relación que pueda tener con el padecimiento actual.

Es importante también el interrogatorio de la alimentación, por lo que respecta a su consistencia, ya que los alimentos blandos son en general más perjudiciales para el sistema dentario.

La edad es un factor importante, pues cuanto más joven sea la persona más rápido se adaptará al uso de la dentadura.

El lugar de nacimiento es de gran importancia ya que nos dará indicaciones sobre antecedentes raciales; y el color de la piel nos orientará con el de los dientes a usar en la futura dentadura.

La ocupación de los pacientes nos interesa por los hábitos que el paciente tenga.

d) Antecedentes hereditarios

Los antecedentes hereditarios son importantes para conocer las enfermedades que han padecido los familiares, existiendo la posibilidad de que la herencia influya en el organismo creando estados patológicos determinados u originando propensión para adquirir algunos padecimientos tales como cardiopatías, diabetes, etc.

La historia clínica tanto bucal como general, la podemos elaborar con los siguientes medios de exploración:

Inspección:

Esta se efectúa por medio de la vista, y nos daremos cuenta de la forma, volumen y coloración de la parte explorada, su

traslucidez, así como también la actitud, fisonomía y constitución general del paciente.

Palpación:

Es la exploración por medio del sentido del tacto. Con ella obtenemos la consistencia, forma y volumen de los tejidos o cuerpos extraños, temperatura local, tanto de la propia cavidad bucal como de las regiones inmediatas (ganglios, tumores, etc.)

Percusión:

Es el procedimiento de exploración que consiste en dar pequeños golpes, con el objeto de despertar dolor, producir ruidos, o provocar movimientos.

Auscultación:

Es la exploración que se efectúa por medio del oído. Esta exploración puede ser decisiva en el diagnóstico de ciertos tumores del cuello, también nos ayudará a precisar las distintas tonalidades acústicas de los dientes y maxilares enfermos.

Olfación:

Es la exploración que nos ayudará muy eficazmente en el diagnóstico y en el curso evolutivo de los procesos infecciosos de conductos radiculares, alveolitis, e incluso en el diagnóstico de ciertas enfermedades generales como (diabetes, gastropatías).

Todos estos métodos de exploración pueden ayudarse o no de instrumentos especiales según sea el caso, es lo que se llama exploración directa e indirecta.

2. Exámenes de laboratorio

Los exámenes de laboratorio, en ocasiones, constituyen un medio decisivo. De acuerdo con la práctica establecida para toda operación quirúrgica, ordenaremos las pruebas y exámenes de laboratorio indispensables:

- i. Tiempo de coagulación
- ii. Tiempo de sangrado
- iii. Tiempo de protombina
- iv. Biometría hemática
- v. Determinación de urea en la sangre
- vi. Glucosa

En el caso de tumoraciones en la zona o región a intervenir es necesario hacer una biopsia.

Habiendo obtenido el diagnóstico por el estudio clínico del paciente, podremos determinar si está indicada la aplicación de la prostodoncia.

En la prostodoncia total inmediata podríamos citar algunas causas que contraindican su uso, como son aquellos casos en que por la edad y enfermedades el peligro del shock es inminente en el caso de practicar extracciones múltiples.

Mas adelante citaremos las contraindicaciones que hay para la elaboración de la prostodoncia total inmediata.

3. Examen bucal

Interrogatorio directo e indirecto.

Datos que obtenemos:

- i. Dolor
- ii. Tiempo de evolución
- iii. Condiciones del desarrollo de la enfermedad
- iv. Terapéutica empleada anteriormente
- v. Complicaciones existentes

Por el tiempo de evolución del padecimiento podemos darnos cuenta si la enfermedad es aguda, sub-aguda o crónica.

Inspección:

Por medio de ella obtenemos ciertos signos como son: calor, estado de la superficie, volumen, etc.

Palpación:

Vamos a percibir dolor a la presión, volumen, consistencia, condiciones propias de la región, movilidad, etc.

Percusión:

Vertical y lateral de la pieza, por medio de éste obtenemos reflejos dolorosos.

Olfación:

En endodoncia consiste en penetrar una lima a una cavidad para identificar si existe contenido purulento, seroso o tisular.

Pruebas de vitalidad pulpar:

Por medios térmicos y eléctricos.

Método radiográfico:

Radiografías: Periapicales, interproximales, oclusales, por medio de estas obtenemos datos de las regiones oseodentarias.

Es muy importante elaborar un odontograma, pues por medio de este, desarrollaremos un estudio analizando las piezas dentarias, sus anomalías y alteraciones.

Lengua:

Alteraciones. Fisurada, geográfica, negra, voluminosa, etc.
Tamaño. Microglosia y Macroglosia (ver si es problema endócrino).
La lengua urente o escaldada puede ser un síntoma de diabetes, la boca es caliente y hay sensibilidad de todas las piezas dentarias, con agrandamientos gingivales de tipo inflamatorio, parodontitis.

Frenillos:

Labiales o linguales, forma consistencia, volumen, color, etc.

Paladar:

Anomalías respecto de su profundidad y forma (torus palatino, torus mandibular y hendiduras).

Se observan tres tipos de paladar que son: Cuadrado, triangular y redondo.

Oclusión:

Neutroclusión, Mesioclusión y Distocclusión

Articulación temporomandibular:

Chasquido.- dolor al abrir o cerrar la boca, anquilosis, luxación parcial o total.

4. Historia clinica protésica

Información General

Fecha: _____

1. Nombre _____ 2. Edad _____ 3. Sexo _____

4. Salud General _____
_____5. Ocupación y Posición Social _____
_____6. Historia Dental _____

7. Historia de Dentaduras _____

A. Motivo principal de la consulta _____

B. Tiempo de haber permanecido desdentado

Maxilar _____ Mandibula _____

C. Tiempo de haber usado dentaduras

Maxilar _____ Mandibula _____

D. Dentaduras Anteriores

1) Clase _____

2) Número Maxilar _____ Mandibula _____

3) Experiencia Favorable _____ Desfavorable _____

E. Dentaduras Actuales

	Reacción del paciente a	Observaciones del Dentista
1) Eficiente a la Masticación (Oclusión)	_____	_____
2) Retención	_____	_____
3) Estabilidad	_____	_____
4) Estética	_____	_____
5) Fonética	_____	_____
6) Comodidad	_____	_____
7) Dimensión Vertical	_____	_____

F. Recomendaciones de paciente y dentista para mejorar las dentaduras

Características Físicas

1. Habilidad Neuromuscular comprobada por:
 - A. Lenguaje (articulación) Buena _____ Mediana _____ Mala _____
 - B. Coordinación Buena _____ Mediana _____ Mala _____
2. Apariencia General
 - A. Índice Cosmético Promedio _____ Alto _____ Bajo _____
 - B. Aspecto Agradable _____ Tenso _____
 - C. Personalidad Delicada _____ Media _____ Vigorosa _____
3. Cara
 - A. Forma Ovoide _____ Cuadrada _____ Alargada _____
 - B. Perfil Normal _____ Prognática _____ Retrognática _____
 - C. Cabello Blanco _____ Negro _____ Castaño _____ Rubio _____
 - D. Ojos Negros _____ Cafes _____ Verdes _____ Azules _____
 - E. Tez Clara _____ Mediana _____ Rubicunda _____ Morena _____
 - F. Textura (piel) Normal _____ Otra (explicar) _____
 - G. Arrugas debidas a: Edad _____ Pérdida de Dimensión Vertical _____
 - H. Labios Activos _____ Largos _____ Medianos _____ Cortos _____
 - I. Bordes Bermellón visibles _____

Evaluación Clínica

1. Articulación Temporomandibular
 - A. Comodidad _____
 - B. Crepitante _____
 - C. Sonora _____
 - D. Suavidad _____
 - E. Desviación _____
2. Movimiento Mandibular (Evaluélo como normal, excesivo o limitado)
 - A. Protusivo _____
 - B. Lateral Derecho _____
 - C. L. I _____
3. Factores Biológicos
 - A. Tono Muscular
 - Normal (CI I) _____ Casi Normal (CI II) _____ Subnormal (CI III) _____
 - B. Desarrollo de los músculos de masticación y expresión
 - Normal _____ Cerca de lo normal _____ Subnormal _____

- C. Tamaño de Maxilar y Mandibula
 Mandíbula y Maxilar compatible _____
 Mandíbula más pequeña que el maxilar _____
 Mandíbula más larga que el maxilar _____
- D. Altura de el Proceso residual
 Maxilar: Normal _____ Pequeño _____ Plano _____
 Mandíbula: Normal _____ Pequeño _____ Plano _____
- E. Forma de el Proceso residual
 Maxilar: "U" _____ "V" _____ Afilado _____
 Mandíbula: "U" _____ "V" _____ Afilado _____
- F. Forma de el Arco
 Maxilar: Cuadrado _____ Triangular _____ Ovoide _____
 Mandíbula: Cuadrado _____ Triangular _____ Ovoide _____
- G. Forma de el Paladar Duro
 Plano _____ "U" _____ "V" _____
- H. Inclinación en el Paladar Blando
 Suave _____ Mediana _____ Aguda _____
- I. Relación de los Procesos
 Ortognático Normal _____ Retrognático _____ Prognático _____
- J. Paralelismo de los Procesos
 Ambos procesos son paralelos _____
 Uno de los Procesos no es paralelo _____
 Ambos Procesos son divergentes _____
- K. Distancia Interarco
 Adecuada _____ Excesiva _____ Limitada _____
- L. Retenciones Oseas
 Maxilar: Ninguna _____ Ligera _____ Requiere Remoción _____
 Mandíbula: Ninguna _____ Ligera _____ Requiere Remoción _____
- M. Torus
 Maxilar: Ninguno _____ Ligero _____ Requiere Remoción _____
 Mandíbula: Ninguno _____ Ligero _____ Requiere Remoción _____
- N. Tejidos Blandos que cubren el Proceso Alveolar
 Espesor firme y uniforme _____
 Tejido Grueso _____
 Tejido Hiperplásico o Resilente _____

- O. Mucosa Sana _____ Irritada _____ Patológica _____
- P. Inserciones Tisulares (encia insertada)
 Mínimo 12 mm. _____ 8-12 mm. _____ Menos de 8 mm. _____
- Q. Inserciones Musculares y Frenillos
 Baja _____ Mediana _____ Alta _____
- R. Espacio Postmilohioideo
 Mínimo 10 mm. _____ Menos de 10 mm. _____
 Sin espacio para la dentadura _____
- S. Sensibilidad del Paladar (respuesta a la palpación)
 Ninguna _____ Mínima _____ Hipersensibilidad _____
- T. Tamaño de la Lengua
 Normal _____ Mediana _____ Grande _____
- U. Posición de la Lengua
 I Normal ____ II Punta fuera de posición ____ III Retraída ____
- V. Saliva Cantidad y Consistencia normal _____
 Cantidad Excedida _____ Poca o nada de Saliva _____
- W Actitud Mental
 Filosófica _____ Exacta _____ Histérica _____ Indiferente _____
- X. Examen Radiográfico
 Hueso denso _____ Hueso Canceloso _____ Hueso no denso _____
 Patología Retenida (lista) _____
-
-

CAPITULO III

PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA

1. Generalidades

La prostodoncia total inmediata satisface a las necesidades funcionales y psíquicas, y puede salvar al paciente el cambio de su dentición natural a la prótesis, sin que se vea desdentado en ningún momento.

Antes de empezar todo el procedimiento, debemos explicar ampliamente al enfermo la naturaleza del trabajo que se le va a practicar, y hacerle comprender que sufrirá un período de adaptación a su prótesis.

La duración en servicio de una prostodoncia total inmediata es sumamente variable; efectuando la alveolotomía su acomodamiento es mayor, pero, por lo general, su ajuste es menor, ya que después de un tiempo se va sintiendo olgada (floja), resultando incómodas, debido al movimiento existente, haciéndose necesario un rebase. Un 20% de los casos de prostodoncia total inmediata (post-alveolotomía) son estables y se adaptan perfectamente, y el resto requiere entre uno y tres rebases durante el primer año. En general, conviene hacerlas durar en servicio el mayor tiempo

posible, procurando no rebasar durante los primeros seis meses, a menos que sea absolutamente necesario, para evitar la formación hiperplásica del tejido y por consecuencia su extirpación quirúrgica posterior.

Las deformidades, tanto de tejidos blandos como óseos, son interferencias frecuentes para el correcto desarrollo de la prostodoncia total inmediata, mucosas blandas o exageradamente amplias, hiperplásicas o hipertrofiadas, inserciones musculares fibrosas o altas, heridas cicatrizales, torus, crestas alveolares agudas, densidad ósea, atrofia de apófisis, etc., en cuyos casos nos valemos de la cirugía como ayuda a la prostodoncia total inmediata.

2. Definición de prostodoncia total inmediata

Podemos definir a la prostodoncia total inmediata como la construcción del aparato dentoprotético antes de la extracción de los últimos dientes naturales que aún conserva el paciente, colocándose el aparato inmediatamente después de haber practicado las extracciones y acondicionar el proceso respectivo, a diferencia de la prostodoncia mediata, la cual se coloca en la cavidad bucal semanas después de realizarse las últimas extracciones.

3. Ventajas de la prostodoncia total inmediata

1. La dentadura funciona como apósito o férula para ayudar a controlar el sangrado o infecciones.
2. Facilita la rápida cicatrización.
3. El paciente no permanecerá sin dientes durante el periodo de cicatrización.
4. El color, la forma dimensión y colocación de dientes será más precisa, guiados por las piezas existentes.
5. Los pacientes no se oponen a las extracciones de los dientes enfermos, cuando se les asegura que se les repondrán inmediatamente.
6. Conserva el funcionamiento normal de la ATM.
7. Mantiene la Dimensión vertical.
8. Los labios, lengua, carrillos no han cambiado sus posiciones por la falta de estas piezas.
9. Disminuye la inflamación.
10. Regeneración ósea que se produce por el estímulo que ejerce la dentadura sobre los tejidos de sostén.
11. Los pacientes se adaptan más rápido a sus funciones, como son: el habla, deglución, masticación y respiración.
12. Para algunos pacientes es una necesidad continuar sus labores con interrupciones mínimas.

4. Desventajas de la prostodoncia total inmediata

1. En pacientes que no puedan asistir a las consultas.
2. En pacientes que se encuentren limitados económicamente, pues harán un gasto adicional al mandarse a hacer la prostodoncia total inmediata, ya que ésta la utilizarán corto tiempo y posteriormente se les colocará la definitiva.
3. Cuando la articulación no queda correcta, por los desplazamientos del maxilar inferior, para buscar una posición conveniente y la fuerza de la masticación que se ejerce sobre las piezas reemplazadas.
4. No hay oportunidad de hacer la prueba de dientes en cera.

5. Indicaciones

1. Cuando el estado de salud del paciente permita hacer las extracciones.
2. Cuando la irregularidad del proceso alveolar, no necesite un tratamiento quirúrgico extenso.
3. En pacientes jóvenes, para no perder el espacio que dejan los dientes extraídos, y así devolver su fisonomía.
4. Cuando existan piezas superiores e inferiores anteriores que nos sirvan de guía para la relación intermandibular.
5. Que la dimensión vertical sea favorable.

6. Contraindicaciones

1. Que la edad del paciente o el estado de salud no permita hacer seis o más extracciones con intervención quirúrgica en una sólo sesión.
2. Cuando haya absesos y otras lesiones patológicas dentales.
3. Está absolutamente contraindicado en pacientes diabeticos y tuberculosos.
4. En pacientes que han sufrido terapia de irradiación.
5. Lesiones locales como torus, heridas cicatrizales, inserciones altas, estomatitis, etc., sin previo tratamiento.
6. Discrasias sanguíneas graves que no han sido controladas.
7. Enfermedades metabólicas.
8. Pacientes alérgicos a los acrílicos.
9. En pacientes sifilíticos, con lesiones orales terciarias.
10. En cancerosos, con lesiones bucales.
11. En pacientes con reumatismos cardiacos
12. En infecciones parodontales agudas.
13. En caso de sinusitis maxilar aguda que impida la extracción de premolares y molares superiores.
14. Enfermedades hemolíticas, pudiendo atenderseles con previo tratamiento medicamentoso y curadas o controladas las enfermedades, si es posible intervenir al paciente.

15. Cuando el paciente no se haya preparado para valorar las implicaciones de ese tipo de atención o a hacer frente a gastos y tiempo adicionales que ello involucra.
16. La posibilidad de que el paciente experimente más molestias después de la colocación de la prostodoncia total inmediata.
17. La prostodoncia total inmediata requiere mayor servicio de mantenimiento que las prostodoncias completas comunes. En pocos meses, generalmente, se requiere un forrado o rebasado de la prostodoncia total inmediata, y ocasionalmente, si esto fuera necesario, la construcción de una prostodoncia nueva.
18. Se establecerá y se explicará de antemano la probabilidad de un nuevo gasto.

Nota: La confección de prostodoncias totales inmediatas no es tan simple como muchos creen, pues aumenta el número de visitas del paciente, por la necesidad de vigilar, durante los primeros meses, el cambio de la oclusión, causado por el asentamiento desigual de las bases. Si el paciente no se presenta para esos controles, y las prostodoncias ocluyen mal, por variaciones tempranas en los tejidos, puede producirse hipertrofia tisular anterior.

CAPITULO IV

GENERALIDADES PARA LA CONSTRUCCION DE UN APARATO
DE PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA

Las impresiones son un paso importante para llegar a lograr el mayor éxito posible en cualquier aparato protésico que se vaya a elaborar.

Para obtener los resultados deseables, debemos procurar que los portaimpresiones no interfieran con los movimientos musculares y que el material de impresión sea lo suficientemente ligero para que registre, sin problemas, las zonas anatómicas de la cavidad bucal y los tejidos adyacentes, y que además el material utilizado gelifique lo necesario para que no sufra alguna distorsión.

1. Impresiones anatómicas y modelos de diagnóstico

Se selecciona un portaimpresiones metálico perforado al tamaño adecuado del maxilar o mandíbula, y para una mejor adaptación a los tejidos blandos se recomienda agregar cera rosa en los bordes y zona palatina del portaimpresiones para una mayor aproximación del éste al paladar.

El material de impresión, para las impresiones anatómicas, es el hidrocoloide irreversible (alginato). El cual deberá ser vaciado inmediatamente después de retirar la impresión de la boca.

2. Portaimpresiones individuales, impresiones fisiológicas y modelos

Sobre este modelo se fabrica el portaimpresiones individual. Su confección depende de la técnica de impresión que se utilizará. Nosotros hemos empleado dos técnicas de buenos resultados definidos.

La primera de ellas se fabrica con resina autopolimerizable sobre el modelo, con espaciador de cera. Se establece un efecto de tope en tripode sobre los bordes incisales de los dientes remanentes en la porción anterior y en la zona de sellado palatino posterior y de la repisa vestibular, en la parte posterior.

El portaimpresiones se prepara para la impresión definitiva con hidrocoloide irreversible haciendo varias perforaciones retentivas y aplicando un adhesivo a su superficie tisular. Si por otro lado se utilizara una impresión con elastómero (mercaptano), thiokol liviano se prevé espacio en el portaimpresiones sobre la cresta del reborde y sobre el centro del paladar y se aplica un adhesivo para mercaptano.

La segunda técnica involucra un sistema combinado. Se confeccionan portaimpresiones de resina autocurado adaptándolas únicamente a los segmentos desdentados. Estos portaimpresiones están provistos de topes en las superficies linguales o palatinas de los dientes remanentes y en la repisa vestibular y en la zona de sellado palatino posterior.

El portaimpresiones se alivia mediante varios agujeros de escape con el fin de que salga el aire atrapado y que la impresión resulte más precisa. Se termina con una impresión con pasta zinquenólica; se quita todo el material de exceso y se vuelve a colocar la impresión en la boca.

Se elige un portaimpresiones metálico perforado, que acomode los dientes remanentes; el repliegue mucoso que está sobre ello y que alcance a cubrir también el portaimpresión individual. Se llena el portaimpresiones con alginato; se coloca alginato por vestibular de los dientes antes de insertarse el portaimpresiones cargado en la boca. Una vez que haya fraguado el alginato se retiran las dos impresiones juntas de la boca. Se corren las impresiones juntas y se obtiene el modelo definitivo. Se recorta.

3. Elaboracion de la base de registro o placa base

Ya obtenido el modelo definitivo, se construye sobre este modelo la base de registro o la placa base. Barnizamos primero el modelo con separador; podemos elaborar la placa base de autopolimerización utilizando el método de adición polvo-líquido. Poco a poco se irá adaptando lo mejor posible a los cuellos de las caras palatinas de los dientes remanentes y también se irán liberando las inserciones musculares.

La placa base se emplea para las relaciones de los maxilares y para colocar los dientes artificiales; se requiere de una placa base rígida, estable y precisa y que pueda pulirse hasta adquirir una superficie tersa.

Ya adaptadas las placas base se colocan los rodillos de cera, los cuales son de forma rectangular y de 8 mm de ancho aproximadamente; posición en la que posteriormente será ocupada por los dientes artificiales.

Los rodillos oclusales se emplean para ayudar a establecer el plan de oclusión para los dientes maxilares posteriores.

4. Plano oclusal y relación céntrica

La presencia de dientes inferiores naturales es una guía útil para el establecimiento de la altura del plano oclusal, y los rodetes de oclusión se confeccionan, en forma tal, que corresponda su altura.

Nuevamente aquí, los procedimientos clínicos y de laboratorio son los mismos que en la confección de las prostodoncias completas comunes.

La plantilla de fox nos sirve de guía para tomar el registro del plano oclusal. Con la placa base y rodillos en la boca del paciente trazamos una línea que vaya de la parte inferior del ala de la nariz a la parte media del tragus y otra que vaya de una pupila a la otra (línea imaginaria).

Introducimos la platina de fox a la boca del paciente y la apoyamos en el rodillo superior, observamos y comparamos la altura de la platina, con las líneas antes mencionadas. Si no existe dicho paralelismo, se rebajará reblandeciendo la cera y aplanándola o aumentándola si es necesario.

Después se adapta la inferior haciendo que el paciente abra y cierre, en relación céntrica con las placas puestas y luego sin ellas, y así se investigará si ha variado la articulación o se ha desviado nuevamente la mandíbula; si coinciden los movimientos con los registros de oclusión quedan establecidos el plano oclusal y la relación central.

5. Dimensión vertical

Una vez determinadas la líneas paralelas del plano oclusal, se procederá a tomar la dimensión vertical en la siguiente forma:

Se toma la distancia existente entre la comisura palpebral externa y la comisura labial, y la del punto medio de la base de la nariz al ángulo del mentón; ésto se hace teniendo los dientes en posición de descanso, al establecer el plano oclusal con las placas colocadas en la boca se rectificarán estas medidas hasta lograr el punto deseado; si los dientes están distribuidos en forma irregular o hay desgaste y movilidad será necesario aumentar la dimensión vertical y evitar que éstos choquen.

Después se le indica al paciente hacer movimientos de lateralidad y protusión y retrusión, hasta estar seguros de que la mandíbula ha vuelto a su posición de contracción posterior sin dificultad, anulando así los malos hábitos.

En caso de que no se vaya a utilizar arco facial, se le indica al paciente que cierre y adapte la posición de relación central, para poder fijar los rodillos con grapas y unirlos en forma de X y así, están listas las placas para llevarlas al articulador.

6. Montaje en el articulador

En primer término, medimos las relaciones de nuestros modelos para apreciar la altura y recortarlos si es necesario, hasta adaptarlos al articulador. Abrimos la rama superior del articulador, colocamos sobre la parte superior el modelo yeso y cerramos la rama del articulador, esperamos a que frague el yeso y repetimos ésto, pero invirtiendo el articulador, es decir, con el modelo de la mandíbula hacia arriba.

7. Selección y colocación de dientes

La selección de los dientes es uno de los pasos importantes en la prostodoncia total inmediata, viéndolo desde el punto de vista estético, ya que en este paso se le va a dar la semejanza más aproximada en cuanto a la forma, tamaño y tono a la piezas dentarias que aún conserva el paciente.

Los dientes anteriores se colocan de dos formas: en la primera, en el modelo, se recortan los dientes en forma alternativa y se excava la porción radicular anterior dándosele poca profundidad (aproximadamente 1 mm) del lado vestibular y al ras, con el margen gingival del lado lingual o palatino. La depresión ligera recortada en la porción vestibular acomodará los cuellos de los dientes artificiales. Por supuesto, es obvio, que en bocas con enfermedad parodontal, acompañada por retracción gingival y pérdida ósea, no se recortará el yeso o muy poco. El escaso recorte del modelo permitirá la confección de una prótesis que proveerá una matriz adecuada para un reborde plano, redondeado de la zona inmediata. Se obtienen los mejores resultados si no se recorta hueso alguno en el momento de colocarse las prótesis inmediatas. Los dientes seleccionados se enfilan en sus posiciones específicas y se modifican, como se requiera. Por lo común, el incisivo central derecho es el primer diente artificial que se enfila en su posición y se pega con cera. Después, se reemplazan alternativamente los dientes hasta que todos estén enfilados.

Al quitar solamente un diente por vez, permite que se reproduzcan las pequeñas irregularidades que puedan haber. Después se recortan los incisivos laterales y se los reemplaza por dientes artificiales. Los dientes superiores remanentes (el incisivo central izquierdo y los caninos derecho e izquierdo) se

ubican en el lugar de los que están en el modelo de yeso piedra. Con un calibrador de Boley se mide la distancia entre las superficies vestibulares de los caninos, en el modelo de yeso piedra, de modo que sus reemplazantes tendrán una distancia idéntica entre sus caras vestibulares.

Mediante este procedimiento es más fácil lograr la reproducción exacta del aspecto, posición de los dientes individuales y posición del arco dentario.

En el segundo sistema los dientes se recortan de acuerdo con la línea única correspondiente al surco gingival. Los dientes se separan rompiéndolos del modelo en su porción cervical y se redondea el reborde para imitar el procedimiento de recorte no óseo, excepto en las zonas interproximales. Se lleva a cabo este procedimiento de un lado o en la mitad de los dientes remanentes, y después del otro. Se pueden enfilar los dientes de los segmentos, alternativamente, o se pueden desdentar todo el arco y utilizar el modelo de diagnóstico para la colocación de los dientes.

8. Encerado

La forma de la superficie de cera alrededor de los dientes, debe ser por razones de estética, imitar aproximadamente la forma de los tejidos que rodean a los dientes naturales.

Debe darse a cada diente una pequeña prolongación radicular. La parte superior de la superficie debe ser formada de tal manera que no pierda nada de la anchura marginal de la impresión. 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.

Para formar las raíces se hacen marcas triangulares, para indicar la longitud y posición de las raíces, recordando que el canino superior es más largo, el incisivo lateral más corto y el central de una longitud intermedia. En la placa inferior el canino es más largo, el incisivo central más corto y el lateral de longitud intermedia.

Se raspa la cera de los espacios, entre las marcas triangulares, con lo cual la forma de las raíces empezará a mostrarse. Las formas de estas raíces se redondean con la espátula y se alisan con un algodón mojado en alcohol.

9. Enfrascado

Nos cercioramos de que el modelo no sea demasiado grande para la mufla, si ésto sucede se recortará el modelo, se mezcla yeso a una consistencia poco espesa y se coloca en la mitad inferior de la mufla, se oprime el modelo en el yeso bastante profundo, para evitar una fractura de los dientes al hacer el prensado; ésto sucede cuando las cúspides de los dientes alcanzan a la contratapa, al colocar el modelo procuramos que los dientes queden paralelos a las paredes de la mufla evitando retenciones y posibles fracturas, se agrega yeso para llenar el espacio entre el borde del frasco y la periferia de la dentadura; no debe llegar yeso sobre la cera, antes de que frague se alisa la superficie y después se barniza con agua jabonosa, se humedecen los dientes para facilitar la entrada del yeso a los espacios interdentarios, se coloca el anillo de la mufla y se vierte yeso en estado cremoso, se vibra para que corra por todos los espacios, se agrega otro poco de yeso a una consistencia más espesa que la anterior hasta que sobrepase la altura del anillo, se coloca la tapa oprimiendo firmemente con los dedos forzando la salida del excedente de yeso por los agujeros.

10. Desencerado

Una vez que el yeso haya fraguado, se coloca la mufla en agua hirviendo y se deja por espacio de tres a cinco minutos.

Posteriormente abrimos la mufla, ya abierta se lava la cera con un chorro de agua caliente, si quedara algo de cera se elimina frotando el modelo con algodón mojado en cloroformo.

Cuando separamos las dos porciones de la mufla, podemos ver que en la parte que corresponde al anillo, se encuentran las caras oclusales de los dientes insertados en el yeso, quedando libre su porción cervical, que es la que quedará oprimida por el acrílico.

11. Preparación de la guía quirúrgica

Se confecciona una guía quirúrgica transparente como guía de modelado del reborde en el momento de las extracciones dentarias y la colocación de la prostodoncia. La guía transparente nos permitirá ver a través de su transparencia la isquemia que se produzca en los puntos donde haya cantidad excesiva de hueso, los cuales deben de quitarse, y también por medio de la guía vamos a evitar la remoción excesiva de dicho hueso.

Para la elaboración de la guía mojamos el modelo que está instalado en la mufla y colocamos alginato en el portaimpresiones con que se tomó la impresión original. El portaimpresiones cargado se calza en su posición sobre el modelo en tal forma que no queden atrapadas burbujas de aire en el material de impresión, se retira la impresión y se hace el vaciado de la misma.

Sobre el modelo se adapta un trozo de cera y se confecciona un patrón de cera para la guía quirúrgica. Este ha de tener un espesor uniforme de unos 2 mm, excepto en los bordes donde debe reproducir los de la impresión.

Se incluye en mufla el modelo, y se adapta un papel de estaño sobre el patrón de cera. Se termina de poner en mufla. Se calienta en agua hirviente y se elimina la cera, como cuando se trata de una prostodoncia común. Una vez limpia la mufla, se adapta sobre el modelo una hoja de papel de estaño.

Los sustitutos de la hoja de estaño no son tan efectivos en el curado, pues no sellan el molde tan efectivamente como la hoja de estaño. Como resultado, las guías confeccionadas con sustituto de la hoja de estaño son un tanto lechosas en vez de transparentes.

Se carga en el molde resina acrílica incolora y se cura de la misma manera que una prostodoncia. Si así se desea, es factible confeccionar una guía quirúrgica transparente mediante la técnica al vacío.

12. Empacado

En este paso debemos preparar el modelo y contramodelo, esto se hace barnizando con separadores para evitar que el acrílico se manche.

Se prepara el acrílico de la siguiente manera: en un frasco limpio se coloca la cantida de polvo (polímero) y se agrega líquido (monómero) en una proporción de 3 a 1, respectivamente.

Cuando el acrílico esta en su punto se amasa con la yema de los dedos y se va empacando poco a poco, haciendo un poco de presión para que ocupe el espacio que dejó la cera. En seguida colocamos un pedazo de papel celofán humedecido, con el fin de abrir la mufla después de haber hecho el prensado de prueba y recortar el excedente. Cerramos la mufla una vez que se haya recortado el sobrante y retirado el papel; lo colocamos en una prensa de compensación y lo ponemos en un depósito de agua a la temperatura ambiente y vamos a elevar la temperatura hasta llegar

al punto de ebullición. A partir de este momento contamos 45 minutos, después de ese tiempo se retira del agua y se deja enfriar.

13. Pulido y terminado

Una vez que la mufla esté completamente fría, se abre para sacar la dentadura. La prostodoncia se extrae por medio de segueta y tijera para yeso.

Las asperezas se quitan con piedras montadas, discos de lija y posteriormente, se pule con piedra pomex, disco de fieltro y con blanco de España.

La parte interna nunca se debe tocar. La superficie que quedará en contacto con la mucosa será revisada cuidadosamente para quitar con fresas algunas asperezas que pudieran quedar por burbujas del modelo.

CAPITULO V

CIRUGIA E INSERCIÓN DEL APARATO
(Dentadura)1. Examen y tratamiento preoperatorio

Es recomendable hacer este examen antes de construir la dentadura, pues hay ocasiones en que no se pueden llevar a cabo las extracciones múltiples en una cita, o es necesario dar algún tratamiento antes que estemos seguros que las condiciones del paciente sean buenas y evitemos algún trastorno en el momento de la intervención, o alguna complicación postoperatoria.

Es aconsejable volver a tomar los datos generales del paciente, pues se someterá a una intervención quirúrgica; en el interrogatorio se le pregunta: nombre, edad, sexo, ocupación, peso, hábitos y actitud.

Se toman nuevamente los datos de los aparatos: respiratorio, renal y digestivo; y de los sistemas cardiovascular y nervioso; asimismo, se necesita conocer los antecedentes hereditarios patológicos personales, no patológicos, y los exámenes de laboratorio verificarlos. En caso de que el paciente presente alguna alteración o trastorno, queda a juicio del Cirujano Dentista pedir la cooperación del Médico Cirujano.

Una vez ya teniendo la seguridad de que el estado del paciente está en condiciones de ser sometido a la intervención quirúrgica, se le administra un barbitúrico, media hora antes de la intervención, para tranquilizarlo, calmar su ansiedad o nerviosismo.

Habiendo hecho el estudio previo del paciente se procede a la selección del anestésico. Esta selección se determina de acuerdo a las condiciones físicas y psíquicas del paciente.

2. Anestesia

No nos extenderemos en este tema, sólo cabe mencionar algunas técnicas que podemos llegar a utilizar para poder realizar las extracciones y la regularización del proceso, en caso de que lo amerite.

Dependiendo de la zona que se va a regularizar, ya sea Superior o Inferior, procederemos a anestesiarse la zona anatómica correspondiente:

SUPERIOR. El agujero nasopalatino, en el caso de los dientes anteriores. Los agujeros palatinos posteriores, en caso de dientes posteriores.

INFERIOR. Se anestesia en la espina de Spix, para los dientes posteriores. El agujero mentoniano, en caso de los dientes anteriores.

Para asegurar una buena inducción de el anestésico, nos apoyamos en el reforzamiento de la anestesia con puntos locales en el maxilar superior y mandíbula.

3. Técnica quirúrgica

a) Incisión

Se pueden seguir dos formas para hacer una incisión:

1. Primero, se pueden hacer las extracciones de las piezas afectadas y, posteriormente, la insición.
2. Segundo, se hacer la insición y, en seguida, el desprendimiento de la mucosa y las extracciones.

El uso de una u otra forma queda a criterio del Cirujano Dentista que esté interviniendo.

Se toma el bisturí en forma de pluma, se inicia la incisión en la cara disto gingival, de la pieza deseada, de derecha a izquierda, siguiendo el festoneado de las piezas remanentes y así

proseguir hasta llegar al lado opuesto en la cara distogingival, se hace en piezas tanto anteriores como posteriores. Es importante hacer la incisión con la presión adecuada, para cortar el tejido fibroso de la encía y evitar provocar un desgarre en el desprendimiento de la misma.

También conviene ver donde se insertan los frenillos, en caso de que lleguemos a involucrar alguno en la cirugía, pues no debemos provocar su desinserción (desprendimiento), o llegar a involucrar alguna zona anatómica importante. En el caso del maxilar inferior, se siguen los mismos pasos.

b) Desprendimiento del colgajo

Para hacer el desprendimiento del colgajo mucoperiostico se utilizan legras de 2 filos o espátulas delgadas para encerar.

Es aconsejable iniciar el desprendimiento del colgajo en el punto donde se hizo la incisión (cara distogingival de la pieza deseada), y levantar el colgajo vestibular hasta llegar a la cara distal del otro canino; se debe levantar el colgajo con el periostio y para ésto es necesario que la legra descansa directamente sobre la lámina ósea.

c) Extracción quirúrgica de los dientes

En este caso de la prostodoncia total inmediata, las extracciones tienen una gran importancia, pues al hacer las extracciones hay que tener mucho cuidado de no llegar a luxar la tabla externa pues, como consecuencia de esto, puede perder su forma la arcada y desajustarse la dentadura.

d. Regularización de procesos

A este procedimiento se le llama osteotomía (corte quirúrgico del hueso), el instrumento que se utiliza es la pinza alveolotomo.

Se puede encontrar, durante la exploración, la presencia de espículas óseas cortantes, reportando el paciente sintomatología dolorosa a la presión.

Al hacer la extirpación del tejido alveolar (hueso) es necesario tener el campo operatorio seco y esto se logra con gasas estériles, y el colgajo se mantiene levantado, para dejar libre el campo quirúrgico, y se procede a eliminar el tejido óseo con el alveolotomo, para después limarlo con una lima para hueso.

Todos los bordes altos se deben recortar hasta dejar contornos más o menos uniformes, dejando una superficie redondeada. Nos podemos ayudar de nuestro dedo índice, pasándolo

por la zona limada y llegar a sentir la superficie cortante (pequeñas prominencias de hueso), que pueden impedir la inserción de la prótesis.

4. Rectificación del proceso por medio de la guía transparente

Después de haber hecho el limado de hueso perfectamente, sin haber dejado prominencias óseas, procedemos a llevar el colgajo mucoperióstico a su lugar, adaptándolo a la lámina ósea lo mejor posible; esta adaptación es un procedimiento que se hace con el dedo índice de preferencia, y al momento de recortar el excedente de mucosa, se debe procurar que sólo sea lo necesario, pues al momento de suturar podría llegarse a desgarrar el tejido en caso de cortar de más y quedaría suelto el colgajo.

Es importante que al momento de unir los extremos del colgajo se cubran perfectamente los alveolos y que el espesor de la mucosa sea de tamaño adecuado. Una vez recortado y adaptado el colgajo procedemos a colocar la guía transparente y nos daremos cuenta si aparecen zonas izquémicas, esto nos demuestra que hay que eliminar más tejido óseo. Una vez eliminado el hueso sobrante, procedemos a adaptar de nuevo el colgajo y la guía transparente, todo este proceso se sigue cuantas veces sea necesario, hasta que desaparezcan las zonas izquémicas; y la guía se adapte perfectamente.

Posteriormente se procede a lavar con suero fisiológico la zona, para eliminar esquirlas óseas o algún desecho de la propia intervención.

5. Sutura

Después de haber lavado la zona con suero fisiológico, procedemos a suturar los colgajos, utilizando una aguja curva e hilo de seda.

El tipo de sutura puede hacerse en forma de puntos aislados, pero es recomendable hacerlo en una forma continua.

Hay que tener cuidado de que la mucosa no quede en tensión, para que no sufra algún desgarre.

6. Inserción de la dentadura y tratamiento postoperatorio

La dentadura inmediata se coloca cuando se han terminado las intervenciones quirúrgicas. El paciente no se debe quitar la dentadura, hasta el quinto día; el Cirujano Dentista puede llegar a retirar la prostodoncia al tercer día, para limpiar la zona de materia alba; se anestesia la zona, pero posteriormente se coloca la prostodoncia.

En caso de que el paciente no haya acatado las instrucciones dadas, de desalojarse la dentadura después de la intervención, se le advertirá que aparecerá una inflamación excesiva, lo cual le impedirá ponérsela de nuevo durante varios días.

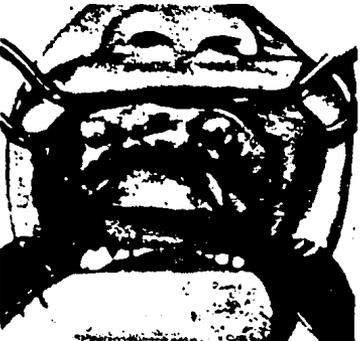
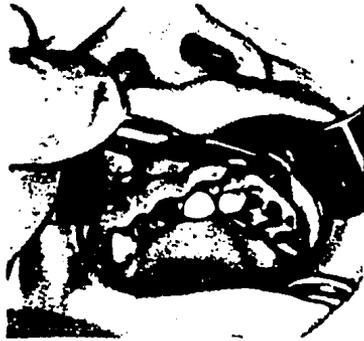
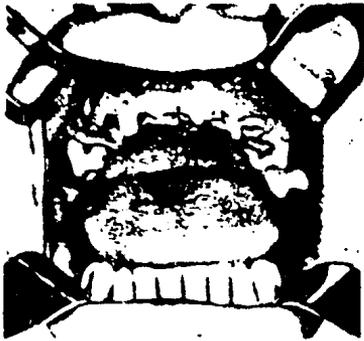
También se le darán instrucciones al paciente para que no intente masticar alimentos sólidos, primordialmente los primeros días.

Es importante decirle al paciente que el segundo día de la intervención puede haber dolor muy intenso, pero a pesar de esto, por ninguna causa debe desalojarse la dentadura.

Para disminuir el dolor se le recetará un analgésico. Hay autores que aconsejan desalojar la prostodoncia pasadas 24 horas, pero la práctica aconseja que esto se haga el tercer día, sólo para su limpieza, y el quinto día siguiendo las indicaciones del Cirujano Dentista.

En la zona donde irrite demasiado o ejerza mucha presión la prostodoncia se rebajará con piedras montadas.

A los 6 u 8 días se retirarán los puntos de sutura, posteriormente se citará al paciente para ver si el aparato ha perdido su retención o necesita un rebase, y pasado algún tiempo se podrá hacer un aparato definitivo.



TECNICA DE LA PREPARACION QUIRURGICA DE UN MAXILAR SUPERIOR EN EL QUE SE EXTRAJERON TODOS LOS DIENTES Y SE COLOCO UNA PROSTODONCIA INMEDIATA.

CAPITULO VI

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

Indicaciones Postoperatorias

- a) Aplicar compresas de hielo en la zona intervenida, con un tiempo de aplicación de 10 minutos e intervalos de 15 minutos para descansar. Esto se hace el primer día.
- b) El primer día, dieta fría y líquida (helado de limón).
- c) El segundo día se recomienda compresas de agua caliente, esto es para tener una vasodilatación; se aplica igual a la anterior con 10 minutos de aplicación y 15 de descanso, ésta se aplica hasta que desaparezca el edema (inflamación).
- d) El segundo día, dieta blanda exenta de irritantes, grasa.
- e) Reposo por lo menos dos días.
- f) No exponerse al cambio brusco de temperaturas (sol), porque esto provocará edema y por lo tanto dolor.
- g) Es recomendable que el paciente duerma en una posición semifowler (posición semisentada, con dos almohadas colocadas en la espalda), esto es para evitar menos irrigación a la cara.
- h) Los enjuagues o colutorios deben efectuarse de 8 a 9 horas, después de la intervención, con agua tibia y bicarbonato o agua con poquita sal. La higiene es normal.

- i) Se le puede recetar un antibiótico ayudado de un antiinflamatorio y un analgésico para reducir el dolor.
- j) Una cuestión importante es que luego de haberse colocado la prostodoncia no debe quitarse durante 5 días. Se va a presentar dolor intenso, pero a pesar de esto no se retira la prostodoncia por esta causa se receta un analgésico.
- k) Al tercer día el Cirujano Dentista puede anestesiarse y retirar materia alba.

CAPITULO VII

TECNICAS PARA REBASE Y CAMBIO DE BASE

1. Introducción

El mantenimiento de la adaptación de las bases de la dentadura, a las mucosas que cubren los bordes residuales, constituye una parte importante en el servicio de prótesis total.

Los rebordes residuales se reabsorben con mayor rapidez en las mujeres que en los hombres y en los blancos que en los negros.

La resorción parece ser más rápida dentro de los primeros 6 meses después de la extracción de los dientes, nivelándose a los 12 meses para aumentar de nuevo cuando el paciente llega a la edad de 65 años.

La gravedad de la resorción no siempre es proporcional a la precisión de la dentadura. La resorción puede ser el resultado de enfermedades generales. En una situación ideal la alteración general debe ser eliminada o controlada antes de rebasar, cambiar de base o construir una nueva dentadura.

Los dentistas sin experiencia y los técnicos tienen la idea que el rebasar o cambiar la base de las prótesis totales, constituye una labor fácil. Dichas personas no comprenden la técnica meticulosa y la habilidad requerida para tal procedimiento. En realidad muchos usuarios de dentaduras tratan de realizar esto por sí mismos, utilizando "rebases de farmacia" con resultados desastrosos, incluyendo la más rápida destrucción de los rebordes alveolares óseos residuales.

2. Definición

El rebase es el proceso de agregar material adicional al lado tisular de la dentadura para rellenar el espacio entre el tejido y la base de la dentadura.

El cambio de base es un proceso en el que se reemplaza todo el material de la base de una dentadura. El propósito de tal proceso es rellenar el espacio entre el tejido y la base de la dentadura sin cambiar la posición de los dientes y la relación entre las mismas.

Muchos dentistas creen que la reposición de la porción palatina de una dentadura maxilar siempre es necesaria para evitar aumentar la dimensión vertical oclusal. Si esto se acepta, el

término "rebase" es aplicable a la técnica de cambio de superficie de la dentadura maxilar, siendo reemplazada en su totalidad.

3. Indicaciones para el rebase o cambio de base

1. Dentaduras inmediatas a los 3 o 6 meses después de su construcción.
2. Cuando los bordes alveolares residuales se hayan reabsorbido y sea mala la adaptación de las bases de la dentadura de los rebordes.
3. Cuando el paciente no cuente con los medios económicos suficientes para la construcción de nuevas prótesis.
4. Cuando la construcción de nuevas dentaduras con la consiguiente serie de visitas al consultorio ocasione angustia física o mental, como en el caso de pacientes geriátricos o con enfermedades crónicas.

4. Contraindicaciones

Las dentaduras no serán rebasadas, ni su base será cambiada cuando existan una o más de las siguientes anomalías:

1. Cuando se ha presentado una resorción excesiva.
2. Cuando existan tejidos blandos lastimados. El rebase no estará indicado hasta que los tejidos recuperen su salud y se encuentren lo más parecido posible a su forma normal.

3. Cuando el paciente presente problemas en la articulación temporomandibular. Hasta que se haya realizado el diagnóstico y tratamiento precisos de este problema, estará contraindicado el rebase o el cambio de base.
4. Si la dentaduras poseen mala estética o relaciones maxilares no satisfactorias.
5. Si las dentaduras causan un problema importante en la fonación.
6. Cuando existan grandes zonas retentivas óseas, hasta que se haya realizado la extirpación quirúrgica y la cicatrización.

5. Consideraciones generales

Deberá realizarse un examen minucioso del paciente y de las dentaduras existentes antes de comenzar el tratamiento. Es necesario prestar consideración especial a los siguientes puntos:

1. La dimensión vertical oclusal deberá ser satisfactoria.
2. La oclusión céntrica tiene que coincidir con la relación céntrica; se permite un error si éste es pequeño y puede corregirse.
3. La apariencia del paciente ha de ser aceptable para él mismo y para el dentista.
4. Los tejidos bucales deberán encontrarse en óptimo estado de salud.

5. El límite posterior de la dentadura maxilar estará correcto.
6. Si son adecuadas las extensiones de la base de la dentadura.
7. Las extensiones de la base de la dentadura aseguran la distribución adecuada de las fuerzas masticatorias sobre un área lo más grande posible.
8. La distancia interoclusal es correcta.
9. El habla es satisfactoria con la disposición dentaria existente.
10. Existen trastornos en los tejidos duros y blandos que contraindicarían la técnica, como exceso de tejido o grandes retenciones óseas.

6. Técnicas de rebase

Existen dos técnicas principales de rebase: a boca abierta y cerrada. En la primera se presta mayor importancia a la toma de impresiones separadas, dando atención individual al registro de las relaciones maxilares. En la técnica de rebase a boca cerrada suele aceptarse una oclusión céntrica habitual. Esta oclusión céntrica puede ser o no igual que la relación céntrica. Creemos que con ciertas precauciones alcanza a desarrollarse un método que incorpore las ventajas de ambas técnicas.

7. Preparación de los tejidos

Con cualquier técnica de rebase o cambio de base, los tejidos y las dentaduras deberán ser preparadas para los procedimientos necesarios de la manera siguiente:

1. El tejido hipertrófico excesivo ha de ser eliminado quirúrgicamente. Las dentaduras se utilizan como una férula quirúrgica.
2. Las mucosas bucales tienen que estar libres de zonas de irritación.
3. La eliminación de las dentaduras de la boca, durante el sueño es indispensable durante varias semanas antes de comenzar el tratamiento, si es que el paciente utiliza sus dentaduras durante la noche.
4. Las dentaduras necesitan dejarse fuera de la boca un mínimo de dos o tres días antes de hacer la impresión final.
5. El manejo diario de los tejidos blandos es útil para estimular su irrigación sanguínea.

8. Preparación de la dentadura

1. Las áreas de presión sobre la superficie tisular de las dentaduras deberán ser aliviadas.
2. La falta de armonía oclusal menor es corregida por desgaste selectivo.

3. Se corrigen pequeñas zonas inadecuadas de los bordes.
4. Debe establecerse un sello palatino correcto antes de hacer la impresión final. Para esto puede utilizarse modelina en barras y resina acrílica de autopolimerización.

9. Errores principales

Los errores principales que hay que evitar en cualquier técnica para rebasar una dentadura completa son los siguientes:

1. No aumentar la dimensión vertical oclusal.
2. Deberán existir contactos múltiples y parejos en relación céntrica.
3. No tiene que permitirse que la dentadura superior se desplace hacia adelante durante la toma de la impresión.
4. Asegurarse de que la relación céntrica y la oclusión sean idénticas.
5. Verificar que se haya establecido un sello palatino posterior preciso.
6. Deberá emplearse un grosor uniforme de material para la impresión final.

10. Técnicas de rebase a boca cerrada

Técnica A

Relación céntrica. La relación céntrica se corrige antes de tomar la impresión, utilizando el medio de elección (modelina o cera).

Preparación de la dentadura. La dentadura se prepara antes de tomar la impresión aliviando todas las zonas retentivas y aliviando de 1.5 a 2 mm de la superficie tisular. Los bordes se reducen 1 o 2 mm excepto el borde posterior de la dentadura maxilar.

Sugerencia especial. Se elimina gran parte de la porción media palatina de la dentadura maxilar para lograr visibilidad al colocar la dentadura maxilar durante la toma de la impresión.

Moldeo de los bordes. Los bordes de la dentadura vuelven a formarse según sus contornos funcionales empleando modelina de baja fusión.

Impresión. Se recomienda la pasta para impresión a base de óxido de cinc y eugenol como el material indicado. Durante el moldeo de los bordes y la toma de la impresión, el paciente debe

cerrar con suavidad en el registro interoclusal hecho con anterioridad. La impresión de la porción expuesta de la sección palatina se hace con yeso de fraguado rápido.

Ventajas. 1) La abertura de la porción palatina permitirá un mejor ajuste de la dentadura maxilar y evitará el error de aumentar la dimensión vertical. 2) El registro interoclusal hecho con anterioridad ayuda a colocar las dentaduras durante la toma de la impresión y a orientar las dentaduras sobre el articulador. 3) La técnica de impresión de dos pasos reducirá la posibilidad de mover la dentadura maxilar hacia adelante durante la toma de impresión final.

Desventajas. 1) La posibilidad de desplazar la dentadura maxilar hacia adelante aún presenta un problema importante. 2) El registro interoclusal de cera no constituye un registro preciso ni seguro de que el paciente pueda cerrar varias veces sin la posibilidad de dañar este registro. 3) Esta técnica no sugiere ninguna solución para las dificultades surgidas en el rebase de ambas dentaduras al mismo tiempo.

Técnica B

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

Preparación de la dentadura. Igual que en la Técnica A.

Sugerencia especial. Se prepara para la eliminación de una gran porción de la sección palatina de la siguiente forma: primero deberá señalarse el perímetro del área por eliminar, haciéndose la profundización de la superficie pulida de la dentadura hasta la mitad del grosor de la base. Se hacen agujeros a 5 o 6 mm de intervalo dentro de éste surco. Se recomienda este procedimiento para la eliminación fácil de la porción palatina durante el empaque y procesado.

Moldeo de los bordes. Se recomienda la modelina de baja fusión (verde) para el moldeo de los bordes.

Impresión. El material de impresión para esta técnica es la cera que fluye a la temperatura de la boca, como la cera para impresión de Kerr. La impresión se hace en dos etapas. La impresión de la aleta labial y la cresta del reborde alveolar entre los caninos se realiza como segunda etapa.

Ventajas. La técnica para impresión de dos etapas reduce la posibilidad de un movimiento anterior grande de la dentadura maxilar.

Desventajas. 1) El material para impresión de cera es difícil de manejar y existe la posibilidad de distorsión. 2) Los errores de la oclusión céntrica existente pueden producir una impresión inadecuada.

Técnica C

Relación céntrica. Igual que la técnica B.

Preparación de la dentadura. Igual que las técnicas A y B.

Sugerencias especiales. Se perfora la aleta labial y palatina de la dentadura. Las perforaciones disminuyen la presión dentro de la dentadura durante el proceso de toma de impresión, evitando así el desplazamiento de la dentadura maxilar.

Moldeo de los bordes. Igual que las técnicas A y B.

Impresión. No se recomienda material alguno en especial.

Ventajas. Ninguna en especial.

Desventajas. Igual que en las técnicas A y B.

Técnica D

Relación Céntrica. La oclusión céntrica existente se emplea para colocar la dentadura maxilar.

Preparación de la dentadura. Al igual que en las otras técnicas.

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

Moldeo de los bordes. No se ha recomendado el moldeo de los bordes, aunque se ha hecho énfasis en que durante la toma de las impresiones se deje una leve cantidad de material de impresión en los bordes aplanados.

Impresión. Se recomienda el yeso de París o el óxido de cinc y eugenol para la primera etapa de la toma de impresiones y yeso de París para la segunda etapa (las porciones palatinas).

Ventajas. Igual que la técnica A.

Desventajas. Aunque se ha sugerido que el paciente no debe ajustar la dentadura, haciendo presión sobre la misma, los errores existentes en cuanto a la oclusión céntrica puede producir algunos puntos de presión y malos resultados de la impresión.

11. Técnicas para el rebase mandibular

Se acepta, en términos generales, que los peligros, durante el rebase de una dentadura maxilar completa, son mayores que para el rebase de una dentadura mandibular completa. Hay muchos factores que tienen que considerarse durante el rebase de la dentadura mandibular. Es necesario considerar las relaciones entre los rebordes, la forma de los mismos, así como las características de la mucosa que los cubre. También existen otros factores con los que debe estar en armonía la dentadura.

Técnica E

Relación céntrica. La relación céntrica existente (interdigitación cuspídea) se utiliza como forma para colocar la dentadura mandibular durante la impresión secundaria. La oclusión se corrige cuando se establece una nueva dimensión vertical oclusal.

Preparación de la dentadura. No especificada.

Sugerencias especiales. La pérdida de la dimensión vertical se corrige pegando modelina reblandecida a las superficies oclusales. Se le pide al paciente que pronuncie en forma repetida la letra "m". Este registro se enfría, se recorta y se calienta ligeramente antes de volverlo a colocar en la boca del paciente. El procedimiento se repite hasta que la dimensión oclusal vertical se haya establecido a satisfacción del operador. A continuación se da una impresión de la porción inferior. Después de vaciar la impresión y montar la dentadura inferior en el articulador, se retira y limpia la dentadura inferior. Cualquier zona retentiva importante debe ser eliminada. La dentadura se pega al maxilar en la posición de máxima interdigitación cuspídea. Se coloca modelina reblandecida dentro de la dentadura inferior cerrándose el articulador contra el modelo inferior, hasta que el vástago de

la guía incisal haga contacto. Con este procedimiento, la magnitud de la dimensión vertical indicada por el grosor de la modelina en la superficie de los dientes mandibulares es llevada a la base de la dentadura mandibular. En esta etapa de dentadura mandibular es utilizada como portaimpresiones para hacer la impresión final.

Impresión. Los materiales recomendables son la modelina en la primera etapa y óxido de cinc y eugenol en la segunda.

Ventajas. 1) La pérdida de la dimensión vertical es compensada durante los procedimientos de rebase. 2) El error de oclusión céntrica puede reducirse durante las etapas de laboratorio.

Desventajas. 1) Esta técnica es muy tardada desde el punto de vista de procedimientos clínicos y de laboratorio. 2) El procedimiento para el establecimiento de la dimensión oclusal vertical es muy dudoso.

12. Técnica de impresión a boca abierta

En todas las técnicas descritas con anterioridad la impresión final se realiza con la boca cerrada. La técnica de Boucher (técnica F) es la única descrita en la literatura que explica un método para rebasar las dentaduras superior e inferior al mismo

tiempo. Además se ha hecho énfasis en que en esta técnica las impresiones se hacen en forma independiente, sin utilizar la oclusión céntrica existente. En realidad las dentaduras se emplean como portaimpresiones para hacer las impresiones secundarias. Una vez que se hayan hecho las impresiones maxilar y mandibular se determina una nueva relación céntrica. Todo esto se hace en una sola visita.

Técnica F

Relación céntrica. Utilizando ambas dentaduras, como base de registro, la relación de los maxilares se registra después de hacer las impresiones secundarias mandibular y maxilar.

Preparación de la dentadura. Se forma un sello palatino posterior en la modelina, sobre la dentadura maxilar antes de hacer cualquier cambio en el lado tisular de la dentadura. Se proporciona 1 mm de espacio dentro de la dentadura para el nuevo material de impresión. Los bordes se acortan 1 mm para dejar espacio para que el material de impresión forme un nuevo borde.

Sugerencias especiales. La dentadura inferior se prepara para la impresión de la base de la misma forma que se prepararía un portaimpresiones para hacer una nueva dentadura. Las superficies bucales de las aletas linguales se desgastan para

reducir al mínimo la presión contra el borde milohioideo y entre los tejidos del piso de la boca y los lados bucales de las aletas linguales. La aleta lingual entre las eminencias premilohioideas es acortada 1 mm.

La aleta labial entre las escotaduras bucales se acorta 1 mm. Se hacen dos surcos en los lados bucales de las aletas linguales para facilitar la eliminación de las eminencias retromilohioideas después de haber vaciado el molde. Se hace un mango de modelina sobre los dientes anteroinferiores que facilitan el manejo de la dentadura cuando ésta es llevada a la boca. Se adapta tela adhesiva sobre las superficies pulidas de ambas dentaduras y sobre los dientes.

Moldeo de los bordes. Si las aletas son inadecuadas, los bordes deberán ser corregidos con modelina.

Impresión. Se recomienda material de impresión a base de óxido de cinc y eugenol con la siguiente técnica: exactamente 15 segundos después de haber colocado la dentadura en la boca, se pide al paciente que haga tracción sobre su labio superior y que abra la boca hasta sus máximas dimensiones. Estas acciones moldean el material de impresión sobre el borde de la dentadura.

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

Desventajas. 1) Aunque esta técnica parece sencilla, la realización de los procedimientos no es fácil. 2) Esta técnica requiere más tiempo de clínica y laboratorio.

13. Técnica sugerida

En todas las técnicas descritas con anterioridad, el paciente requería dejar la dentadura fuera de su boca por un período de 24 a 72 horas antes de hacer la impresión; además del tiempo que ha tenido que dejar la dentadura con el dentista después de haber hecho la impresión. Esta no es una situación agradable para los pacientes. Ellos también requieren algunas visitas para el ajuste. Este puede reducirse mediante la siguiente técnica de rebase sugerida. La técnica se basa en la utilización de resinas

liquidadas (materiales para acondicionamiento de tejidos), como material de impresión. Existe mucha evidencia clínica que señala que puede hacerse una buena impresión funcional con este material.

Procedimientos clínicos para la técnica recomendada

Se recomiendan los siguientes procedimientos:

1. Hay que educar al paciente respecto a los procedimientos y en especial sobre la necesidad de no utilizar las dentaduras toda la noche. Debe aceptar su responsabilidad en el plan de tratamiento.
2. La dentadura anterior tiene que ser examinada con cuidado corrigiendo los errores de la oclusión, hasta que se logre obtener una relación céntrica satisfactoria, que deberá coincidir con la relación céntrica.
3. La superficie basal de la dentadura es reducida para dejar espacio para el material de acondicionamiento tisular.
4. Esta superficie se seca antes de colocar el material en la dentadura.

5. Se coloca un grosor mínimo de material para acondicionamiento de tejidos sobre la superficie tisular de la dentadura dentro de la boca, seguida por la técnica habitual para la utilización de los acondicionadores de tejidos. Después de retirarse de la boca, el acondicionador de tejidos es recortado para eliminar todo el material excedente; se instruye al paciente en el cuidado del material de rebase elástico y se despide al paciente.
6. Cuando el paciente regresa con el dentista, después de 3 a 5 días, se examina la dentadura buscando zonas denudadas. Se marcarán con un lápiz indeleble y se alivian las zonas de presión sobre la dentadura antes de aplicar nuevamente el acondicionador de tejidos.
7. El material debe renovarse periódicamente; nunca se deja dentro de la dentadura por más de una semana, ya que el material mismo llega a convertirse en una fuente de irritación. Cuando los tejidos hayan recuperado su estado de salud se citará al paciente para hacer las impresiones.
8. Todo el material para acondicionamiento de tejidos sobre la superficie tisular de las dentaduras será reemplazado con material nuevo. Se pedirá al paciente que utilice las dentaduras durante 30 minutos mientras se encuentra en la

sala de espera y, si lo desea, podrá ingerir una comida ligera. Si no existen áreas de presión, esta impresión puede considerarse como la maestra para el rebase de las dentaduras.

9. Las investigaciones en el laboratorio indican que estos materiales comienzan a endurecer 30 minutos después de haber sido mezclados; careciendo de actividad después de 3 días. La reproducción inicial del detalle y las dimensiones de estos materiales son excelentes. La dentadura con el material para el acondicionamiento de tejidos en su lugar deberá ser conservada en la boca durante 15 o 45 minutos para asegurar el registro de todos los detalles. Si se conserva más de 60 minutos, se reduce la precisión de la reproducción de los detalles. Deberá vaciarse el molde inmediatamente ya que el material presentará algunos cambios en cuanto a los detalles, aun así se coloca en un humidificador.

10. Durante una de las visitas se hace una transferencia precisa con el arco facial de la dentadura maxilar, conservándose ésta para el futuro.

14. Procedimientos del laboratorio

1. Después de haber hecho la impresión final, se vacía de inmediato el molde.
2. Se montará el modelo maxilar sobre un articulador semiajustable utilizando el registro de transferencia al arco facial. También puede usarse un dispositivo como un articulador de bisagra. Aunque esto es más fácil que utilizar un articulador, es menos preciso, especialmente cuando se requiere algún ajuste oclusal adicional.
3. Se relaciona la dentadura mandibular con la maxilar, que ya se encuentra montada en el articulador, utilizando un registro interoclusal.
4. Si existe alguna discrepancia oclusal, suele ser corregida utilizando un procedimiento de desgaste selectivo.
5. Los procedimientos de rebase y cambios de base son los mismos hasta esta etapa. Durante la fase de laboratorio del proceso de rebase, toda la base de la dentadura anterior es reemplazada con material nuevo sin cambiar la disposición de los dientes. La presencia de dientes de porcelana facilita mucho el procedimiento de cambio de base. Si existen dientes

resina, suele estar indicado el rebase, ya que resulta difícil cambiar la base a una dentadura con dientes de resina.

6. Cuando las dentaduras estén terminadas, se harán modelos de yeso para el remontaje, montándose el modelo maxilar sobre el articulador.

15. Procedimiento de inserción

1. Se utilizará una pasta indicadora de presión para localizar las áreas de presión. Estas serán aliviadas con cuidado por desgaste con piedras montadas.
2. Se utiliza un nuevo registro interoclusal para montar la dentadura inferior en relación céntrica.
3. Es necesario verificar el montaje antes de ajustar la oclusión.
4. Con un procedimiento de desgaste selectivo, la oclusión puede perfeccionarse a nivel de la dimensión vertical oclusal correcta.
5. Antes de despedir al paciente en la última visita de ajuste, se revisará de nuevo la oclusión.

CAPITULO VIII

CONSEJOS A LOS PACIENTES PORTADORES DE PROSTODONCIAS

Las dentaduras son aparatos destinados a reemplazar los dientes perdidos por enfermedad, accidente o por diversas causas. De todos los substitutos artificiales, tales como piernas u otros órganos, las dentaduras son las que más se asemejan en restaurar la apariencia y función del órgano perdido.

Ningún paciente debe tener la creencia de que puede lograr un 100% de eficiencia. Es verdad que algunos pacientes comentan que prefieren la prostodoncia a sus dientes naturales perdidos, pero esto sucede en aquellas personas cuya dentición ha sufrido serios desarreglos. A otros pacientes más afortunados en su dentición es conveniente ponerlos en el conocimiento de las ventajas y limitaciones de la prostodoncia.

Las dificultades e inconvenientes son los que se enumeran a continuación:

El habla

Se nota a menudo habla gruesa y balbuceante. La boca se considera como una caja sonora en la cual se modulan los sonidos

con diferencias de amplitud y tono, articulados principalmente por la lengua y los labios. En tal caso es necesario educarlos a fin de asegurar una adaptación exitosa a las nuevas circunstancias. Es seguro que leyendo en voz alta y practicando constantemente se vencerán estas dificultades.

Sensación de náusea

Algunos pacientes reaccionan a la dentadura con sensaciones de náuseas debidas a alteraciones nerviosas; sin embargo, un porcentaje mayor solucionan estos trastornos, apretando simultáneamente dientes y labios y respirando por la nariz con movimientos de deglución.

La salivación tiende a ser viscosa o gruesa, por lo cual hay que hacer disminuir esta anomalía dejando disolver en la boca caramelos de frutas ácidas, pues éstos ayudan a que la saliva sea más fluida y por lo tanto más fácil de deglutir.

Dolor

En la acomodación de la protodoncia nueva es frecuente encontrar zonas o puntos dolorosos, pero antes de aliviarlas deberán ser usadas el tiempo suficiente para su acomodo y hasta

lograr una marca definida en los tejidos sin que llegue a ser ulcerativa.

Estos puntos dolorosos se deben comúnmente a la presencia de esquirlas que son crestas óseas o la presión ejercida sobre los músculos por la prostodoncia.

Esta molestia se aliviará mediante pequeños desgastes a la prostodoncia en esas zonas.

Masticación

El paciente debe aprender a masticar la comida sobre ambos lados a la vez, esto implica naturalmente la división del bolo alimenticio en dos porciones. El masticar y el morder de un solo lado provocaría la caída de la prostodoncia. Una buena manera de adquirir este hábito es masticando pequeños trozos de alimentos suaves.

Deben evitarse comidas de tipo pegajoso (pan) hasta que se haya adquirido alguna experiencia.

Los alimentos recomendados para la alimentación, durante las dos o tres primeras semanas que siguen a la instalación de la prostodoncia, son: huevo, leche, postres blandos, verduras

cocidas, sopas, ensaladas (finamente cortadas), pescados, purés y licuados.

Mordisco de los carrillos (mejillas)

Cuando las piezas posteriores han faltado por algún tiempo, las mejillas caen y al colocar la prostodoncia las vuelve a su posición, la mucosa es pelliscada por la tendencia que tiene de caer. Puede subsanarse llenando de aire las mejillas mientras con la boca cerrada se mastica.

Su uso de noche

Es ventajoso retirarse la prostodoncia al acostarse, a fin de dar libertad a los tejidos presionados por la misma durante el día. No obstante, también tiene sus desventajas, pues las mejillas y labios tienden a hundirse dentro de la boca; tal situación resulta incómoda para el paciente, pero a pesar de ello, es conveniente retirarla durante la noche y colocarla en un depósito de agua agregándole un poco de sal, bicarbonato o elementos químicos propios para el caso.

Limpieza de la prostodoncia

Debe efectuarse después de cada comida y antes de acostarse, para lo cual se usará un cepillo plano de cerdas duras y largas, bicarbonato y agua fría. Se recomienda no usar agua caliente.

En el momento de la limpieza, debe colocarse, en el fondo del lavabo, una toalla húmeda y sostener la prótesis con la palma de la mano sobre la toalla, mientras se cepilla.

Como en los dientes naturales también suele formarse sarro en la prostodoncia, por lo cual debe ser llevada al cirujano dentista para que lo retire y pule la misma nuevamente.

Reabsorción de los tejidos

Después de algún tiempo, se presenta una reabsorción de los tejidos, razón por la cual es necesario un rebase a la prostodoncia. Algunas prótesis exigirán el rebase entre el tercer y cuarto meses de haber sido colocadas, en otros pacientes esta reabsorción es más lenta.

Este ajuste se hace a expensas del paciente pues la pérdida no se debe a cambios de la prostodoncia, sino a la de los tejidos

sobre la cual el Cirujano Dentista no puede tener un control directo.

Fonación

El habla puede estar alterada de manera temporal en algunos pacientes. En dentaduras construidas con corrección debe haber solamente tres cosas que contribuyen a la dificultad en el habla que son:

- a) Exceso de flujo salival
- b) Lengua grande
- c) Material de base que cubre el paladar

Si se coloca una bolita en una boca desdentada, se estimula la secreción de saliva. Dos dentaduras en una boca desdentada harán lo mismo. Se dice al paciente que este exceso de saliva se detendrá dentro de algunas horas y que sus palabras no serán confusas. La lengua tardará alrededor de 4 a 5 semanas en reducirse a su tamaño original; en presencia de una lengua agrandada es posible hablar con comodidad en 24 o 48 horas.

El paladar duro se cubre con una capa de material de base que excede en mucho el espesor del tejido perdido en esa zona. Esto altera la conducción de las ondas sonoras, hasta el mecanismo auditivo del paciente. En muchos casos sus tonos suenan como

extraños para él, pero no para sus interlocutores. Esto es algo temporal y se disipa en horas o en pocos días.

La producción de los sonidos del lenguaje abarca una serie de órganos:

1. Los pulmones
2. La laringe
3. La lengua, junto con la bóveda y las paredes de la cavidad bucal, los dientes y los labios.

Si los dientes han sido hubicados en posiciones incorrectas, pueden producirse defectos en la emisión de los sonidos del lenguaje.

Si los criterios previos, sobre la posición de los dientes, han sido aplicados, enfilando los dientes en la posición de sus predecesores, mientras sea posible, las dificultades del lenguaje serán escasas.

Los sonidos que más deben preocuparnos son los labiodentales, es decir: f y v, y los linguodentales: s, t, d y ch. La dificultad para pronunciar los sonidos f y v se originan en los dientes superiores anteriores, colocados muy hacia palatino o con los bordes incisales muy bajos. La dificultad para pronunciar g se debe a menudo a un excesivo resalte que puede corregirse llevando los dientes superiores anteriores hacia atrás; llevando

los dientes inferiores anteriores hacia adelante, o combinando ambas maniobras.

Para detectar si el paciente no puede pronunciar todos los sonidos con claridad, es necesario conversar con él y escuchar todo sonido anormal.

CAPITULO IX**CONCLUSIONES**

Considerando que la dentadura es una de las partes más importantes para el hombre, ya que es la encargada de la masticación, ayudándonos en la fonética, así como en nuestra apariencia personal; es necesario que en la pérdida de ésta, por cualquier motivo, no se carezca de una prostodoncia por un largo periodo.

El objeto de este trabajo ha sido exponer que la prostodoncia total inmediata es una alternativa inicial en el tratamiento de pacientes totalmente desdentados; ofreciendo una serie de ventajas, con una rápida y mejor recuperación.

Es importante hacer que la prostodoncia total inmediata recobre el verdadero sentido con el que fue creada, ya que sus bases están encaminadas a evitar que el paciente sea visto totalmente desdentado y, además, evitar que sus funciones lleguen a atrofiarse o sufran alguna modificación.

BIBLIOGRAFIA

- Dra. Rocío Fernández, *Apuntes del curso de Cirugía Bucal*, de 7° y 8° Semestres.
- Apuntes del curso de Técnicas Quirúrgicas*, de 6° Semestre.
- Dr. Emmett R. Costich y Dr. Raymundo P. White, Jr., *Cirugía Bucal*, Ed. Interamericana, S. A. de C.V., 1974, pág. 93.
- Doxtater L. Walter, "Colocación de la prótesis inmediata" y "Consejos a los pacientes portadores de prótesis", *Dentaduras completas y parciales*, capítulos XIV y XVII, págs. 123 a 131 y 157 a 168, respectivamente.
- S. Howard Payne, "Disminución de fracasos en prótesis"; M.M. Album, "Odontología para impedidos", *Odontología Clínica de Norteamérica*, Ed. Mundi, Serie IV, Vol. II, Buenos Aires, Argentina, pág. 63.
- Belisario Pérez Rodríguez, *Importancia actual de la prótesis total inmediata*, Tesis, UNAM.
- Santiago Robles, Fernando, *La prostodoncia inmediata*, Tesis, UNAM.
- Burket W. Lester, *Medicina bucal, Diagnóstico y tratamiento*, Capítulo II, pág. 6 a 17.
- John J. Sharry, *Prostodoncia dental completa*, Ediciones Toray, S.A., Barcelona, 1977, pág. 297.
- Atme Abud José, *Prostodoncia total inmediata*, Cap. II, Tesis, UNAM.
- Ejnar Erksson, *Manual ilustrado de anestesia local*, págs. 66 a 76.
- S. Winkler, *Prostodoncia total*, Ed. Interamericana, pág. 446 a 497.
- "Prótesis de dentaduras completas", *Odontología clínica de Norteamérica*, Ed. Mundi, serie III, Vol. 24, Buenos Aires, Argentina, pág. 226 y 227. Junin 895

- Adela Zetina Ruíz, *Prótesis total inmediata*, Tesis, UNAM, 1962.
- Ma. Elena Reyes Ruíz, *Prótesis inmediata y preparación quirúrgica de los tejidos bucales*, Tesis, UNAM, 1966.
- D.J. Neill y R.I. Nairn, *Prótesis completa*, (Manual clínico y de laboratorio, Ed. Mundi, Buenos Aires, Argentina, pág. 111 y 112.
- Judson C. Hicken y George A. Zarb, *Prosthodontic Treatment for Edentulous patients*, Ed. Mundi, Buenos Aires, Argentina, pág. 493 a 507 y 531 a 543.
- Odontólogo Moderno, O.M.*, febrero-marzo 1980.
- Losaid Jaimes Maldonado, *Prótesis Inmediata*, tesis.
- H.O. Capuselle y T. Schavertz, *Tratamiento del desdentado total*, Ed. Mundi, Buenos Aires, Argentina, pág. 348, segunda edición.
- Odontología práctica*, (Prótesis Odontológica), Ed. Alhambra Primera edición española 1978, tomo III.
- Ries Centeno G., *Cirugía bucal*, capítulo XI, págs. 442 a 446 y 738 a 750.
- Saizar Pedro, *Prostodoncia total*, págs. 456 y 477.
- Gustavo O. Kruger, *Cirugía Buco-maxilofacial*, Ed. Medica Panamericana, págs. 70 a 75.