

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TRATAMIENTO PROTETICO
DE LA
EDENTACION TOTAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A

LAURA ESTELA OCHOA RUBIO

MEXICO, D. F.

15134

1979



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INTRODUCCION

CAPITULO I

HISTORIA CLINICA Y DIAGNOSTICO.

CAPITULO II

TOMA DE IMPRESIONES

A) IMPRESIONES PRIMARIAS.

a) OBTENCION DE LOS MODELOS DE ESTUDIO

b) OBTENCION DE LA CUCHARILLA PARA LA TOMA DE IMPRESION FISIOLÓGICA.

B) IMPRESION FISIOLÓGICA.

a) OBTENCION DE LOS MODELOS DE TRABAJO O DEFINITIVOS

C) OBTENCION DE LA PLACA BASE

D) CONFORMACION DE LOS RODILLOS DE OCLUSION

CAPITULO III

RELACIONES INTERMAXILARES.

A) DIMENSION VERTICAL.

B) RELACION CENTRICA

C) OCLUSION CENTRICA.

D) PLANO DE OCLUSION.

CAPITULO IV

SELECCION DE DIENTES

CAPITULO V

ARTICULACION DE DIENTES

A) DIENTES DE 30°

B) DIENTES DE 20°

C) DIENTES DE 0°

CAPITULO VI

PROCESO DE LABORATORIO.

- a) ENCERADO DE LA DENTADURA.
- b) ENMUFLADO.
- c) PULIDO Y BRUÑIDO.

CAPITULO VII

BALANCE OCLUSAL.

CAPITULO VIII

RECOMENDACIONES AL PACIENTE.

CAPITULO IX

AJUSTE FINALES A LAS DENTADURAS.

CAPITULO X

LESIONES IRRITATIVAS RELACIONADAS CON DENTEDURAS COMPLETAS

- a) APARICION DE ZONAS IRRITATIVAS INMEDIATAMENTE DESPUES DE INSERTAR DENTADURAS.
- b) LESIONES IRRITATIVAS CRONICAS PROVOCADAS POR PRESION ANORMAL DE BORDES DE DENTADURAS.
- c) LESIONES IRRITATIVAS DEL PALADAR
- d) IRRITACION DE TEJIDOS QUE SOSTIENEN DENTADURAS POR EL SILASTICO.
- e) PARESTESIAS ASOCIADAS CON DENTADURAS.
- f) RELACION ENTRE LOS PROCESOS MALIGNOS Y LAS DENTADURAS.
- g) ESTOMATITIS POR DENTUDARA.

CAPITULO XI

TRANSTORNO EN EL GUSTO DE PERSONAS PORTADORAS-DE DENTADURAS.

CAPITULO XII

SINDROME DE INTOLERANCIA PROTETICA GRAVE.

CAPITULO XIII

RECHINAMIENTO Y BRUXISMO.

CAPITULO XIV

IMPEDIMENTOS ANATOMICOS EN LA COLOCACION DE -
DENTADURAS

CAPITULO XV

PORQUE FRACASAN LAS DENTADURAS.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION.

El objetivo principal que deseo alcanzar con la realización de esta tesis es crear un sentido de gran responsabilidad en el Cirujano Dentista, ante el paciente edéntulo.

Durante las prácticas clínicas realizadas, pude comprobar la importancia de este tipo de pacientes, y la dificultad que tienen de adaptarse a las dentaduras; algunos por situaciones psicológicas y otros por una elaboración inadecuada. Debido a que en algunas ocasiones el profesionista hace recaer mucha de la responsabilidad que debiera ser ejercida por él en el técnico dental, lo cual conduce en muchas ocasiones al fracaso, ya que las condiciones clínicas observadas por el cirujano a través de un examen son las que deberan establecer el criterio en situaciones tales como, la articulación de dientes, grosor de la superficie pulida, etc., pasos conocidos únicamente por el clínico.

Es de gran importancia saber que: Las dentaduras son prótesis utilizadas para corregir parcialmente una invalidez física, o sea la pérdida de los dientes naturales del paciente.

Estas dentaduras artificiales modifican los tejidos de la boca, alteran la anatomía y la fisiología de la cavidad bucal y pueden tener efectos profundos sobre el ajuste psicológico del paciente. La satisfacción que reciben los pacientes desdentados al disponer de dentaduras artificiales depende de un examen completo de salud, el logro de las técnicas en la fabricación de dentadu-

ras y el condicionamiento psicológico adecuado ajustando al paciente al estado de portador de dientes artificiales.

Es por esto que en este trabajo trató de exponer los pasos a seguir en la elaboración de una prótesis total, así como las lesiones que estas pueden ocasionar de haber sido mal fabricadas y trastornos que traen consigo.

No pretendo con esto hacer un tratado ni aportar nada nuevo sobre la materia, ya que los conocimientos descritos se han obtenido de la consulta de algunos textos. He tratado de apegarme a las más recientes técnicas, que en algún tiempo no muy lejano serán imperantes, gracias a los nuevos descubrimientos alcanzados en esta rama de la odontología.

Pongo a consideración del H. Jurado este trabajo, que presenté con el fin de obtener el título de Cirujano Dentista.

Laura Estela Ochoa Rubio.

C A P I T U L O I

HISTORIA DENTAL Y MEDICA

Generalmente cuando un paciente busca tratamiento protésico la historia de sus cuidados dentales lo manifiestan como bueno, malo o indiferente. tiene importancia para el profesional tomar notas de las experiencias del paciente, es importante saber si ha llevado dentaduras, sean parciales o completas y saber si sus experiencias han sido buenas o malas y si algunos de los miembros de su familia tiene buena o mala experiencia.

La historia médica del paciente tiene gran importancia en el diagnóstico; si el paciente goza de buena salud física como psíquica, esta predispuesto a admitir el tratamiento protético satisfactoriamente, si nos refiere una historia de padecimientos la colocación de la prótesis a menudo va asociada con una agravación de este proceso patológico continuo.

En ocasiones los trastornos neurológicos, las perturbaciones metabólicas y las disfunciones hormonales presentan problemas aunque no sean una contraindicación absoluta para la prótesis es frecuente que pacientes que padezcan neuropatías del tipo de la esclerosis múltiple, enfermedades cerebrovasculares o enfermedad de Parkinson, requiere una oclusión meticulosamente equilibrada y que la dimensión vertical difiera de la que eligiríamos si no hubiera estos impedimentos, en estos casos la estética es secundaria a la obtención de un buen funcionamiento masticatorio.

EXPLORACION:

La inspección visual y la palpación digital de la zona maxilofacial incluyen las estructuras faciales, cavidad oral y faringe. Además hay que tener en cuenta las actitudes generales y la postura del paciente.

FACIES.

La inspección facial del enfermo es una fuente importante de información para el dentista; tiene importancia observar el estado de las comisuras observando si hay humedad o inflamación crónica en ellas, el contorno del borde del bermellón de los labios, el carácter de los surcos faciales nasolabial y geniolabial y la presencia o ausencia de filtrum.

Los pacientes a menudo solicitan que el surco nasolabial sea elevado o eliminado, es difícil eliminarlo, pues la gravedad desempeña un papel importante en su desarrollo; en algunos casos se puede modificar con rellenos pues si mejoran la estética a veces dificultan el juego muscular.

El surco geniolabial de configuración más o menos curva, en ocasiones forma un ángulo y en otros es casi plano; esta curvatura indica carácter generalmente de las relaciones maxilo - mandibulares, en una clase II de Angle el surco presenta un ángulo agudo en el cuál el labio inferior queda doblado hacia la barbilla. En la clase III hay un ángulo de 180 grados, casi en las relaciones normales forma un ángulo obtuso. Esta configuración de carácter general-

sirve para indicarnos la naturaleza de las relaciones entre los procesos, antes de que se hayan obtenido los modelos de estudio.

La observación del filtrum es de importancia, porque es una formación que tiene unas relaciones muy estrechas con la presencia de dientes, pues cuando un paciente pierde hueso alveolar en la arcada labial la cual sirve de sostén al orbicular de los labios el - filtrum se pierde; este hoyelo o depresión en la dentadura natural se pierde casi por entero en los desdentados, la colocación inadecuada de los dientes anteriores es motivo a veces de su desaparición, mientras que en una dentadura con sus dientes colocados correctamente restaura ese contorno en muy poco tiempo.

EXAMEN LOCAL:

Debe ser minucioso y sistemático:

A.) HISTORIA CLINICA

Se anotan los datos personales del paciente, sexo, edad, estado civil, ocupación, dirección los principales datos subjetivos y sobre todo las observaciones objetivas.

B.) EXPLORACION VISUAL Y DE PALPACION

Este examen revela el carácter de la membrana mucosa; se deben señalar zonas inflamadas, zonas blanquecinas (leucoplasias, liquen plano, ulceraciones), la alteración de color de estas nos interesa pues nos revela malignidades. Debe comprender la superficie - lingual superior e inferior así como los bordes, la superficie lin-

gual y vestibular de los procesos alveolares y en general toda la mucosa desde el fórnix vestibular, el paladar duro y blando, los pilares anteriores de las fauces y pared posterior de la faringe.

Debemos observar también la presencia de una excesiva secreción mucosa y mediante examen digital comprobar la resistencia de los tejidos del fondo o suelo de boca, la resistencia de las inserciones musculares al proceso óseo y la presencia o ausencia de un importante reflejo de vómito.

Tiene mucha importancia tanto la observación visual como la palpación digital, pues esta con una presión suave pero firme con el pulpejo del dedo índice es muy reveladora en cuanto al carácter del hueso subyacente de la mucosa y subyacente de la mucosa y submucosa, de los tejidos glandulares y grasos y demás características de estas estructuras la inspección solo nos informa de la topografía y contornos generales de los tejidos de la cavidad oral; el examen digital revela la presencia o ausencia de resistencia así como de dolor. Y el paciente se acostumbra y no rechazará cuerpos extraños como el de los materiales.

Postura de la cabeza.

Importa la observación de la postura de la cabeza y aspecto natural del paciente, para algunos es natural colocar la cabeza -

a uno u otro lado, hacia adelante o atrás; sin embargo cuando el paciente se sienta en el sillón con su cabeza apoyada de manera firme en su sitio, este debe poder mantenerla en una posición recta y más tarde en esta posición ejecutaremos todas las maniobras de registro, en estos pacientes cuando se termina su dentadura se observa que al dejar la silla retornan a su posición habitual, el plano de oclusión acaso no sea correcto, pues parecerá inclinado la musculatura no funciona bien y a veces en los flancos de las dentaduras se ve material que antes cuando se le mantenía erecta la cabeza no era aparente.

C.) RADIOGRAFIAS:

Deben ser tomadas de toda la boca, pues en ellas se aprecian a veces la presencia de fragmentos radiculares, infección, zonas radiolúcidas, espéculas de hueso, y quistes que eran inaparentes, estas han de ser examinadas cuidadosamente y señalar aquellas zonas donde es mayor la radiolucidez, la presencia de espéculas óseas queda comprobada por presión digital.

D.) MEDIOS DE ESTUDIO:

Es conveniente hacer modelos de estudio aún en bocas desdentadas, pues gracias a ellos podemos determinar más correctamente los contornos hísticos al poder examinarlos desde todos los ángulos, pues podemos verlos desde un punto posterior, cosa imposible en la boca, estos medios de estudio nos permiten además establecer las relaciones intermaxilares, lo cual nos proporciona

un conocimiento más completo del caso.

Se deben observar también las características de:

REBORDE ALVEOLAR:

Observar el grado de reabsorción, con todas sus irregularidades; el ancho, altura, resiliencia de la mucosa, grado de desplazamiento, y las distintas anomalías que se pueden presentar.

REGION VESTIBULAR:

Pueden existir prominencias, hundimientos, frenillos e inserciones musculares altas, proliferaciones anormales; es importante observar el tono de la mucosa, elásticas o flácidas.

REGION LINGUAL:

Altura del frenillo lingual, si se presenta el reborde alveolar muy reabsorbido y el frenillo muy alto.

En presencia de torus mandibular observar su prominencia, cresta milohioidea que puede presentarse aguda y sobresaliente, roma y en ocasiones poco perceptible al tacto.

LINEA OBLICUA EXTERNA:

Estudiar su amplitud, su marcada existencia y hasta qué punto es recubierta por el músculo buccinador.

RAMA ASCENDENTE:

Observar su anchura y si se presenta bien diferenciada. El ángulo que se forma entre la rama horizontal y la ascendente de -

la mandíbula, según su angulación será favorable para la estabilidad; cuando se presenta muy aguda o muy obtusa es un factor negativo.

TUBEROSIDADES:

La importancia que tienen las tuberosidades del maxilar superior en la estabilidad y la retención de las dentaduras, influyen en la extensión adecuada y correcta del portaimpresión; cuando son muy pronunciadas, al registrar la posición de relación vertical existe una interferencia entre el portaimpresión y la tuberosidad.

AREA RETROMOLAR:

La cresta temporal de la mandíbula al llegar al cuerpo de la misma, se encurva horizontalmente hacia adelante, dividiéndose en dos ramas: externa e interna, que al prolongarse hacia adelante se confunden con las aristas externas e internas del reborde alveolar perteneciente al tercer molar desaparecido.

INDICACION DE TRATAMIENTO:

Comprende las medidas preprotéticas quirúrgicas o médicas; el tipo de prótesis (tipo de dientes, calidad, extensión de las bases, etc.); el plan de transición, si es necesario prótesis inmediatas, rebasados, levantamiento sucesivo, prótesis parciales - transitorias, etc.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES:

En términos generales la prostodoncia total está indicada toda vez que es indispensable devolver al paciente todas las piezas dentarias ausentes y estructuras adyacentes, siempre y cuando su colocación no signifique un perjuicio mayor.

En general no existen contraindicaciones absolutas.

En pacientes con neoplasias, sífilis y ciertas formas de tuberculosis, así como a enfermos mentales, epilépticos e histéricos no es aconsejable su colocación máxima si ella está en contacto con la lesión.

Las condiciones favorables que requiere la boca dentada son:

- 1) Estado de salud bucal, con buena tonicidad muscular.
- 2) Regularidad simétrica de los arcos alveolares.
- 3) Rebordes alveolares residuales no retentivos.
- 4) Altura mínima vestibular del reborde de por lo menos 4 mm.
- 5) Rugas palatinas poco marcadas.
- 6) Ausencia de torus palatino y mandibular.
- 7) Mucosa que cubra a los procesos, firme, elástico y de espesor uniforme.
- 8) Distancia mínima intermaxilar suficiente para la colocación estética y funcional de las piezas artificiales.
- 9) Caída suave del velo palatino con respecto al paladar duro.

C A P I T U L O I I

TOMA DE IMPRESIONES

Es la reproducción en negativo de las superficies estructurales y tejidos adyacentes que van a entrar en contacto con -- las bases de la dentadura completa obtenida en una posición estática anatómica o fisiológica. En ella se trata de conservar la -- triada protésica: Soporte Estabilidad y Retención.

PRINCIPIOS DEL DR. WILSON

1.- La impresión es la base sobre la cual va a constituirse el aparato dento-protético y el éxito depende de ella de una manera principal.

2.- Una buena impresión se obtiene solamente cuando se ha estudiado con detenimiento la boca y se ha hecho, por decirlo -- así, un esquema definido de la manera de proceder.

3.- La primera cosa especial para una buena impresión, es un porta-impresión adecuado.

4.- La retención de un aparato dento-protético, está en -- relación directa con la superficie plana por cubrir.

5.- La base de un aparato dento-protético debe extenderse en todas direcciones, tan lejos como las inserciones musculares -- lo permitan.

6.- La periferia de una dentadura, debe hacer compresión adecuada sobre los tejidos blandos, con el objeto de formar

la cámara sellada.

7.- En ningún caso la periferia de un aparato debe tropezar con una inserción muscular.

8.- El borde palatino posterior, es el punto vital de la placa superior.

9.- Una área tan grande como sea posible, deberá cubrirse por la placa palatina.

10.- Deberá existir contacto completo en toda la superficie del aparato dentoprotético.

11.- Los tejidos blandos son los que terminan la variedad en las impresiones finales.

12.- No deberá hacerse presión exagerada sobre los tejidos ya sean duros o blandos.

13.- Nunca deberá usarse cámara de vacío.

14.- Raspar al modelo positivo en algún punto para un aumento en la retención, no está indicada nunca.

15.- Todos los materiales de impresión, tienen valor positivo cuando son inteligente y cuidadosamente usados.

16.- Ningún material de impresión, tiene un defecto capital, todo depende muchas veces de la dificultad de actuar sobre los tejidos compresibles.

A) IMPRESIONES ANATOMICAS O PRIMARIAS

SE UTILIZAN:

1.- Como método de examen de la sensibilidad y tolerancia

del paciente.

2.- Para conocer mejor la topografía del maxilar y mandíbula.

3.- Para estudiar mejor las relaciones intermaxilares y ciertas características relacionadas con la estética facial del paciente.

4.- Para confeccionar los portaimpresiones individuales.

5.- Que permitan resultados definidos y faciliten el desarrollo del juicio crítico.

6.- Una impresión se da por buena cuando en todo su interior no existen trazos y repliegues del material, una vez retirada y enfriada al probarla nuevamente en la boca debe tener retención vertical y horizontal. Como última maniobra se deben eliminar todas las zonas retentivas.

SELECCION DEL MATERIAL:

Se pueden registrar con materiales como el yeso soluble, compuestos de modelar, cera, alginato, agar o por procedimientos mixtos: Compuestos de modelar con yeso soluble, pasta zinquenólica alginato, mercaptano o silicona. En las impresiones mixtas existe el inconveniente en costo y tiempo; en cambio en las impresiones simples tienen la ventaja inapreciable por la facilidad de repetición.

El material preferido es el compuesto de modelar o modelina, que es fácil de manipular, admite correcciones y agregados, -

no es desagradable para el paciente, facilita el rechazo de los tejidos movibles es cuando es necesario, y la obtención fiel de los modelos.

Para las correcciones utilizamos una modelina en forma de barra o bastón de baja fusión que responda también al calor --- seco.

MANIPULACION DEL COMPUESTO DE MODELAR

En procesos de un tamaño mediano, será suficiente con una pastilla para la superior y una y media o dos para la inferior.

Se procede de la siguiente manera:

- 1.- Amasar la modelina a una plasticidad conveniente y uniforme.
- 2.- Darle la forma de cilindro o arrifonada.
- 3.- Introducir el portaimpresión por el agua caliente para que no robe calor a la modelina.
- 4.- Colocar la modelina con la forma que le dimos, en el fondo del portaimpresión e introducirlo nuevamente en el agua caliente.
- 5.- Modelar el compuesto con los dedos humedecidos, dándole la forma aproximada del proceso alveolar, y volver a introducirlo en el agua caliente.
- 6.- En el inferior, doblar y presionar la modelina contra el exterior del portaimpresión en los bordes posteriores y en la parte anterior para que se adhiera y permita invertir el porta-

impresión.

El material de impresión debe distribuirse en forma uniforme en toda la superficie interna del portaimpresión y con una sobrecarga en los bordes de la misma, se deben cubrir todos los bordes para evitar que los tejidos impidan que el material fluya hacia afuera.

Debe estar la superficie más blanda que el resto del material o sea debe de tener distintos grados de temperatura de mayor a menor, desde la superficie a la parte adosada a la cuchara.

PORTAIMPRESION COMERCIAL.

De preferencia se utilizan de aluminio por la facilidad para doblarlos y recortarlos de acuerdo con los requerimientos del caso.

Los portaimpresiones que se emplean para la toma de esta impresión debe reunir tres condiciones:

- A) Facilmente moldeables para poder adaptarlos sobre los elementos anatómicos de la mandíbula.
- B) Que no tenga elasticidad.
- C) Que no se deformen durante la impresión.

Los superiores deben tener extensión palatina suficiente para llegar al paladar blando, los flancos vestibulares deben cubrir los rebordes residuales sobrepasandoles en más de 5 mm.

Los inferiores deben tener flancos linguales suficiente -

mente extensos y profundos para sobrepasar las líneas oblicuas - internas y cubrir las líneas oblicuas, las áreas retromolares, - las caras anteriores de las ramas ascendentes, zonas retroalveolares de Neil y todo el surco vestibular y lingual.

SELECCION PRUEBA Y ADAPTACION DEL PORTAIMPRESION

Se debe utilizar el tamaño adecuado, prefiriendo la excesiva a la escasa, lo cual se adapta doblando, recortando o moldeando sus flancos con la ayuda de tijeras, cizallas, pinzas y - piedras.

Si la boca es chica y difícil en el caso de la superior, - se baja luego el mango o asa del portaimpresión, para observar - el alcance posterior y la superficie del diámetro transversal; - en el caso inferior, al contrario levantamos el mango o asa para conservar el alcance posterior de la región retromolar.

IMPRESION ANATOMICA SUPERIOR

Procuramos obtener reproducciones anatomicas de los proce - sos desdentados, registrando éstas con modelina o alginato; desde posición de trabajo separar la camisura izquierda con el dedo medio o con el espejo bucal y con la derecha empujar el portaimpresión entre el dedo pulgar, el índice y el dedo medio dere----chos; centramos correctamente el portaimpresión sobre el proceso que debe cubrir; para profundizar la impresión presionamos con - el dedo medio el centro del portaimpresión o con los dedos de -- ambas manos apoyados en la base la irá llevando a su sitio has-

ta que se observe un exceso de modelina o alginato desbordar por la parte palatina posterior; adaptamos al contorno periférico, - mientras que los dedos medios mantienen el portaimpresión en posición, los demás ajustan la modelina plástica o el alginato contra las superficies vestibulares del maxilar mediante presiones sobre labios y carrillos. No se busca ninguna delimitación en altura sino al fondo del vestíbulo incluyendo la inserción de los frenillos y tuberosidades; es necesario mantener el portaimpresión en posición, pues cualquier movimiento puede falsear la impresión; una vez enfriada con agua la modelina o plastificado el alginato, procedemos a desprenderlo separando el labio para facilitar la entrada de aire entre mucosa y modelina o alginato y traccionar ligeramente hacia abajo y retirarlo con una maniobra inversa a la entrada.

Se lava de inmediato, bajo la presión del agua, para eliminar saliva y asegurar la rigidez o elasticidad a la impresión.

**IMPRESION ANATOMICA INFERIOR.
MODELINA O ALGINATO.**

Desde la posición de trabajo, separar la comisura izquierda el dedo índice o el pulgar y cuando se hace imprescindible usando el espejo bucal, y la derecha con el portaimpresión empuñada entre el pulgar, el índice y el dedo medio derecho; centramos correctamente el portaimpresión sobre el proceso que debe cubrir para profundizar la impresión inferior de la rama horizontal. En

caso necesario, los índices pueden rechazar la modelina hacia la fosa retromolar; esperamos la rigidez o elasticidad del material utilizando manteniendo el portaimpresión con una mano o ambas; - procedemos a desprenderlo separando el labio para facilitar la - entrada de aire y lo extraemos en forma inversa a la entrada; lo lavamos con abundante agua a presión.

MODIFICACIONES EN LA TOMA DE LA IMPRESION ANATOMICA DE LA MANDIBULA.

A. Se toma la impresión en la forma antes señalada, y si existe duda sobre la fidelidad de esta no perceptible a simple - vista con un cuchillo se eliminan los excedentes, se introduce - en la boca para comprobar que no existen puntos dolorosos, se re tira, se seca y se vuelve a impresionar con pasta zinquenolica.

B. En rebordes muy reabsorvidos se toma la impresión, pero presionando poco para que quede un buen espesor de compuesto de modelar y se enfríe; se eliminan los excedentes y se va re -- blandeciendo la parte interna para ir impresionando poco a poco hasta obtener la impresión.

C. En caso de que el portaimpresión no se pueda adaptar - porque la mandíbula es demasiado grande o pequeña, muy reabsorvi da, sin surco en la zona del frenillo lingual, o que lesione los tejidos, o que la abertura bucal sea demasiado pequeña e imposibilite la entrada del portaimpresión. Se toma una impresión lo - mejor posible, tratando de obtener los detalles de la mandíbula-

desdentada. Se efectúa el vaciado y sobre el modelo obtenido se elabora un portaimpresión en acrílico de acuerdo a la boca individual del paciente; una vez obtenida se procede como se explicó anteriormente o con las modificaciones A. ó B.

CUALIDADES NECESARIAS

Las impresiones deben mostrar nitidez y extensión general en detalles de las superficies mucosas y abarcar íntegramente la zona soporte de los rebordes alveolares, y bien sobreextendida - en la región posterior de las superficies; además que sobrepasen hacia atrás los surcos hamulares, los límites del paladar duro y las faveolas palatinas. Deben cubrir los surcos vestibulares incluyendo al frenillo labial superior, los frenillos bucales y accesorios si los hay, los procesos zigomáticos cuando son bajas y las tuberosidades del maxilar.

En el inferior; es condición indispensable y necesario extenderlo hasta la zona retromolar incluyendo la papila piriforme.

Deben tener soporte suficiente; condición que comprobamos colocándolas en la boca y presionando alternativamente en ambos lados del reborde alveolar, a la altura de los segundos premolares; si al presionar de un lado la impresión se desprende del lado opuesto, y viceversa, nos está indicando que existe un punto de apoyo que actúa como palanca el cual se debe eliminar o repetir la impresión. Ahora bien, si al presionar de un lado la --

impresión se desprende del lado opuesto, pero la viceversa no se cumple, es decir, al presionar del otro lado no se vuelve a desprender la impresión, ya no existe aquí un punto de apoyo, si no que de lado de la impresión que se desprende falta adaptación -- por escasez de material, en éste caso se hace la corrección o se repite la impresión.

ENCAJONADO DE LA IMPRESION ANATOMICA.

Considerando la impresión correcta debe procederse de inmediato al encajonado o bardeado de las mismas con el objeto de combinar y retener el material, para obtener con el fraguado el modelo de estudio.

Existen varias técnicas: rodear la impresión con una tira de papel encerado, con cera rosa, o cera negra para encajonar; - unir sus extremos y correr cera derretida entre la periferia de la impresión y la parte interior del papel o cera, tener la precaución de no invadir la superficie impresionada, y además en el inferior cubrir perfectamente el hueco lingual para evitar el -- escurrimiento del yeso.

También podemos realizar el encajonamiento con unas barras prefabricadas, diseñadas en distintos tamaños a base de hule rojo, o hule espuma, fácil de adaptar.

MANIPULACION DEL YESO BLANCO O DE TALLER.

Ya encajonada la impresión se prepara el yeso de la siguiente manera:

1.- Vertir el agua ya graduada previamente en la taza de hule con el objeto de homogenizar al yeso.

2.- Se agrega el yeso procurando no se formen montículos.

3.- Con la espátula se hace un movimiento giratorio franco y decidido durante un minuto.

4.- Se mezclan perfectamente los componentes (agua yeso)- y se golpea de vez en cuando la taza de hule sobre la mesa para eliminar las burbujas de aire.

5.- Cuando el yeso ha tomado una consistencia plástica -- cremosa se le considera de trabajo y es cuando se le aprovecha -- para efectuar el vaciado.

MUNIPULACION DEL YESO PIEDRA.

Es similar al del yeso blanco; su diferencia finca en la dureza y resistencia mecánica que deben de tener para soportar -- las presiones y el calor a que se los somete durante la construcción de las dentaduras completas.

A) OBTENCION DE LOS MODELOS PRELIMINARES O DE ESTUDIO.

Se procede de la siguiente manera:

1.- Con la espátula, coloque una porción de yeso en la -- parte más prominente de la impresión y vibre manual o mecánica-- mente de tal manera que el material se esparza por todas las cavidades sin que atrape burbujas.

2.- Agrege más yeso y repita la maniobra hasta cubrir toda la impresión de tal manera que se llene hasta los bordes de --

la barda.

3.- Espere el fraguado del yeso, elimine el material de--
encajonado.

4.- Separar el material de impresión.

5.- Si se utilizo modelina y el modelo no se desprende, -
se introduce en agua a 55°C, se espera a que la modelina plasti-
fique, se saca del agua y se retira el modelo .

6.- Recorte los excedentes del yeso y prolíja el zócalo -
del modelo obtenido.

B) PORTAIMPRESION INDIVIDUAL

Se construye en el modelo de estudio, es conveniente de--
jar un espesor adecuado de 1 a 2 mm. para el material a utilizar
con lo cual reducimos la presión normal y las posibilidades de -
variaciones volúmetricas.

Condiciones que se deben de reunir:

1.- Perfecta adaptación entre su superficie de asiento y
mantenimiento de una superficie uniforme con la del modelo de --
estudio.

2.- Rigidez suficiente para eliminar toda posibilidad de-
deformación elástica.

3.- Forma inalterable frente a cambios de temperatura que
originan las condiciones de trabajo.

4.- Resistencia suficiente para que puedan elaborarse im-
presiones Fisiológicas sin riesgo de fracturas, ni deformaciones

DISEÑO DEL PORTAIMPRESION INDIVIDUAL

Obtenido el modelo se procede a diseñar el portaimpresión individual para la impresión fisiológica.

Sobre el modelo trazamos una línea a lo largo del reborde alveolar; paralelo a esta línea y a cada lado trazamos otra un poco por fuera de la línea oblicua externa generalmente es fácilmente visible o perceptible al tacto. Perpendicular a estas dos líneas se traza otra a la altura de la inserción del ligamento pterigomandibular si es posible por encima de la papila piriforme y lo extendemos por lingual hasta la línea milóhioidea -- en casos en que ni es perceptible la papila se traza la línea en lo más alto posible de la rama ascendente que nos da el modelo.

En la parte vestibular se marcan las inserciones y frenillos librándolos en forma de "V" invertida uniendo después todos estos trazos; en caso de duda se hace el diseño a nivel de fondo de saco.

Por lingual, la parte anterior de premolar a premolar, -- por el fondo del surco, y desde aquí un milímetro por debajo de la línea oblicua interna hasta alcanzar la línea que corta perpendicularmente a las dos paralelas. En caso de duda extendemos hacia abajo este diseño.

CONFECCION DEL PORTAIMPRESION.

Delimitado el portaimpresión sobre el modelo se elabora --

una placa base en cera doble grosor sobre el diseño efectuado. En su parte anterior y sobre el reborde alveolar y perpendicular a él se coloca un mango ó asa, con las siguientes dimensiones: ancho el de 4 incisivos; grueso unos 3 mm. aproximadamente y alto unos 20 mm. El material de preferencia es el acrílico termopolimerizable.

ELEMENTOS INDISPENSABLES.

Acrílico autopolimerizable (polvo y líquido), lápiz tinta, un envase de porcelana o vidrio, una varilla de vidrio o espátula de acero inoxidable, un proporcionador de alginato y una jeringa de vidrio o proveta graduada; dos cristales grandes para cemento, bisturí, tijeras, papel de asbesto, cera rosa, papel celofán o vaselina y si es necesario una mufla o frasco con una prensa.

PROPORCIONES DE POLIMERO Y MONOMERO.

Utilizamos un proporcionador de alginato (27 cc.) para medir el polvo (polímero) y una jeringa Luer o probeta (5 c.c.) para el líquido.

MEZCLA REPOSO Y AMASADO.

En el envase de vidrio se mezclan el polvo y el líquido con la espátula de acero, se tapa y se deja reposar unos instantes. La masa pasa por diferentes estados físicos; En ciertos momentos la espátula arrastrará filamentos de acrílico, llamado "Estado Filamentoso" que procede inmediatamente al "estado plástico"

que es el de trabajo, la masa tiende a desprenderse de las paredes del envase lo que permite levantarla con la espátula, amasarla con las manos húmedas y limpias y darle forma de pelotilla llevando -- los bordes hacia el centro.

TECNICA DE ACRILICO LAMINADO.

La pelotilla de acrílico se prensa entre los cristales con hojas de celofán humedecidas hasta obtener una lámina, el espesor de la cual es de unos 2 mm. que asegura la regularidad y resistencia del portaimpresiones.

ADAPTACION PREVIO DISEÑO DE NUESTROS MODELOS DE ESTUDIO Y ADAPTADO.

Sobre esta la tira de papel de asbesto humedecido que colocamos sobre toda la zona prevista y a 1 ó 2 mm. más corto que el contorno periférico, procedemos a realizar una correcta adaptación manual del material en su estado plástico sobre el modelo.

Cuando comienza su polimerización adquiere características elásticas por lo tanto no se debe levantar la lámina hasta que haya polimerizado por completo.

RECORTE DEL PORTAIMPRESION.

Antes de recortar el portaimpresión debemos probarlo y comprobar que no existe ningún punto doloroso y que tenga succión. Lo primero es fácil eliminar y lo segundo se buscará la causa, que puede deberse a boca muy reabsorbible, mala confección del porta -

impresión o una mala toma de la impresión.

Ante cualquiera de los casos anteriores lo aconsejable es volver a tomar otra impresión anatómica (utilizando el mismo porta impresión de acrílico) con el fin de obtener otro portaimpresión individual.

Posteriormente se coloca el portaimpresión en posición, dejar el labio en reposo y marcar sobre la cara externa del mango del portaimpresión 1 mm. por debajo del borde libre del labio inferior.

TECNICA DE ACRILICO ENFRASCADO.

Ya delimitados con lápiz demográfico los contornos periféricos se adaptan tres láminas de cera rosa para base, de tal manera que queda 2 mm. más corto que dicha marca, les construimos sus respectivas asas de 12 mm. de ancho por 14 mm. de longitud; a partir del punto de donde se sujeta a la última de cera, guiándose por la línea media y sobre la parte anterior de los rebordes alveolares, en posición vertical con una ligera inclinación labial.

Para evitar la deformación de la cera, aplicamos sobre esta una delgada capa de yeso blanco.

ENFRASCADO.

Se enfrasca en la mufla esta capa de yeso, con sus dos capas y el asa de cera rosa que tiene adheridas, de tal manera que quede el proceso hacia abajo, fraguado el yeso le aplicamos vaselina o un separador líquido.

Se coloca la contramufia y procedemos a terminar la segunda parte del enfrascado, esperamos el fraguado de todo el conjunto y procedemos a desencerar, sumergiendo la mufia en agua caliente -- durante 2 ó 3 minutos.

Aplicamos seaparador líquido al yeso, preparamos el acrílico auto ó termopolimerizable, se empaca, le colocamos una hoja de papel celofán humedecido y cerramos la mufia.

La prensamos durante 5 minutos si se empleó el acrílico -- auto polimerizable y esperamos el endurecimiento del material.

Abrimos la mufia y obtendremos el porta impresión individual, finalmente retocamos los bordes eliminando con un fresón o -- cuchillo los excedentes y pulimos perfectamente las superficies -- externas.

PRUEBA DEL PORTAIMPRESION INDIVIDUAL.

Como condición indispensable debe tener soporte, se comprue -- ba su extensión hasta el límite de flexión de los tejidos, dejando amplia libertad de movimientos a las inserciones musculares y fre -- nillos.

Debe quedar adaptado a los procesos ya sea por su propia re -- tención o con una suave presión de los dedos, cuando efectuamos el estiramiento de labios y carrillos, o cuando el paciente hace una -- apertura suficiente o movimientos de lateralidad.

B) IMPRESIONES FISIOLÓGICAS.

Al registrarlas incluyen las modificaciones de forma de los tejidos blandos, provocadas por la función; en que posteriormente han de ser reproducidos en los modelos definitivos de trabajo, sobre los que se construirán las futuras dentaduras completas.

Para que una impresión primero y la dentadura después, sean a la vez estables y cómodas, deben extenderse hasta cubrir el área de soporte del maxilar y la mandíbula, alcanzar el contorno correcto y toda la base de sustentación entrar en contacto firme y uniforme con los tejidos de soporte y estructuras subyacentes para evitar molestias, lesiones traumáticas o desplazamientos en los movimientos de la mandíbula durante los actos de la masticación, fonación, deglución, mímica facial, etc.

TECNICA DEL DR. S. KAWAI.

De acuerdo a la resorción de las crestas alveolares y condiciones de la mucosa clasifica a los procesos desdentados en tres tipos:

- Tipo 1.- Favorable: Cuando existe poca reabsorción de las crestas alveolares y recubiertas de mucosa elástica.
- Tipo 2.- Menos favorable: Con mediana reabsorción de las crestas alveolares y mucosa recubierta con partes elásticas y flácidas.
- Tipo 3.- Desfavorable: Con una pronunciada resorción de las crestas alveolares y recubiertas de mucosas flácidas.

Pasos para tomar una impresión fisiológica:

- 1.- La boca del paciente debe quedar a una altura entre el hombro y el codo del operador, en posición casi vertical.
- 2.- Escoger y adoptar el portaimpresión comercial a los procesos y preparar el material de impresión.
- 3.- Tomar la impresión estética o anatómica, con modelina o alginato.
- 4.- Obtener el modelo preliminar o de estudio en yeso blanco.
- 5.- Diseñar y construir el portaimpresión individual.
- 6.- Probarlo en la boca del paciente.
- 7.- Rectificar los bordes o áreas periféricas, por zonas, con modelina de baja fusión.
- 8.- Tomar la impresión fisiológica con pasta zinquenólica, hule o silicón.
- 9.- Obtener el modelo definitivo en yeso piedra.

PREPARACION DEL PORTAIMPRESION INDIVIDUAL.

Colocamos una capa de cera rosa para bases a la altura de los molares y centrales superiores e inferiores, cubriendo la cresta alveolar y prolongando 1 mm. por debajo del borde del portaimpresión para registrar la impresión fisiológica de los procesos del tipo 1 y 3.

Para el tipo 2, aplicamos la capa de cera rosa en toda la superficie del portaimpresión individual excepto a 1 mm. del borde inferior, y en el superior además, la zona de alivio del paladar, es decir la papila incisiva y sutura palatina.

RECTIFICACION DE LOS BORDES O AREAS PERIFERICAS DEL MAXILAR SUPERIOR.

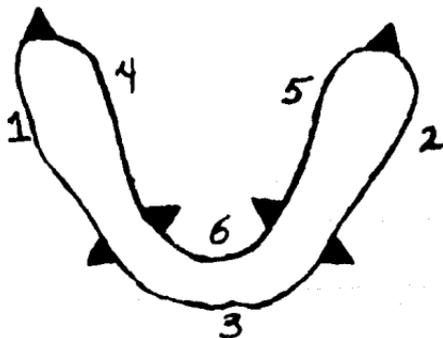
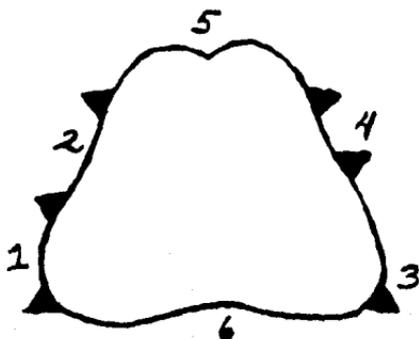
Se usa modelina de baja fusión en barras de color verde en el siguiente orden:

MAXILAR SUPERIOR.

- 1 y 3 ----- Vestíbulo bucal.
 2 y 4 ----- Frenillos bucales.
 5 ----- Vestíbulo labial y frenillo labial.
 6 ----- Línea virátil o post-daming.

MANDIBULA

- 1 y 2 ----- Vestíbulo bucal
 3 ----- Vestíbulo labial, frenillos bucales
 y Frenillo labial inferior.
 4 y 5 ----- Piso de la boca.
 6 ----- Frenillo lingual.



Se ablanda la modelina de baja fusión tratando de no quemar el material y se coloca en el borde del portaimpresión individual en cantidad suficiente de 3 mm. de altura y grosor, siguiendo el compuesto, se atempera en agua a la temperatura adecuada, se introduce en la boca y se procede a una primera profundización, ejerciendo una presión suave y uniforme hacia atrás a nivel de los premolares. Se enfría y se comprueba el centrado del portaimpresión, y si los bordes están cubiertos y si la presión ha sido uniforme en todos sus puntos.

Se obtiene con la modelina reblandecida el fondo de saco del vestíbulo bucal, haciendo que el paciente chupe el dedo índice del operador, con lo cual la modelina sube por la acción de los músculos del carrillo. Ahora que el paciente habra grande la boca, lográndose con ésto que la mucosa baje y determine el fondo o altura del vestíbulo bucal, después con la boca menos abierta que efectue movimientos laterales de la mandíbula para definir el ancho del borde.

Para obtener la inserción del frenillo bucal, se ordena al paciente que pronuncie varias veces la letra "E", y llevando la comisura de los labios hacia atrás y adelante, como al sonreír.

Para completar la marca de esta inserción hacemos que el paciente proyecte varias veces sus labios hacia adelante en forma circular; al mismo tiempo marcamos la inserción del frenillo, si esta no es muy prominente bastará con los movimientos que efectúe el paciente.

Si el centrado del portaimpresión no es correcto se procederá a tomar la impresión desde el principio, cargando el portaimpresión nuevamente. Los otros dos pueden corregirse.

Posteriormente se flamea sus superficies, se atempera y se vuelve a impresionar, ejerciendo mayor presión.

Antes de ser retirada la impresión se enfría convenientemente, se retira y se observa la exactitud de la misma en lo referente a nitidez, distribución del material y reguardo de los bor**de**s.

OBTENCION DE BORDE POSTERIOR DEL PALADAR.

En el borde posterior del portaimpresión individual colocamos la modelina de baja fusión previamente reblandecida, con un grosor de 2 mm. y 5 mm. de ancho.

Marcamos los movimientos del paladar blando para señalar la línea de vibración que nos servirá como límite posterior de la dentadura.

A ----- Normal en posición de descanso.

B ----- Baja al tratar de expulsar el aire con las narices tapadas.

C ----- Sube al pronunciar la letra "A"

RECTIFICACION DE LOS BORDES O AREAS PERIFERICAS DE LA MANDIBULA.

Obtener con la modelina de baja fusión previamente reblandecida, el borde del vestibulo bucal, ordenándole al paciente --

que baje la modelina con la punta de la lengua, o colocando nuestros dedos índices y medio sobre la superficie del portaimpresión y que trate de morderlos ejercitando la acción de los músculos maseteros.

Después de la maniobra anterior, hacemos que abra ampliamente la boca, logrando que suba la mucosa del carrillo y marque el contorno y profundidad del fondo de saco.

Para obtener la inserción del frenillo bucal, vestibulo labial y frenillo labial, que lleve varias veces el labio inferior hacia arriba. Ahora que proyecte el labio hacia atrás, dirigiendolo hacia adentro de la boca, al mismo tiempo marcamos la inserción del frenillo labial inferior, si ésta no es muy promimente bastará con los movimientos que efectúe el paciente, en caso contrario se le ayudará manualmente llevando el labio hacia arriba y con movimientos laterales.

OBTENCION DEL BORDE LINGUAL POSTERIOR.

Repetir varias veces el movimiento de deglución con lo cual se logra la elevación del piso de la boca, influenciada principalmente por la contracción del músculo milohioideo.

Si deseamos alargar la aleta lingual de nuestra prótesis para encontrar mayor retención en esta zona es necesario llevar por presión manual la modelina e indicarle al paciente los movimientos de deglución.

OBTENCION DEL BORDE LINGUAL ANTERIOR.

Repetir varias veces el movimiento lateral de la lengua sobre el labio inferior y tocándose las comisuras de los labios.

ZONA DEL SELLADO POSTERIOR.

Para efectuar este paso en la impresión fisiológica agregamos cera plástica de Kerr o cera negra calentándola superficialmente para evitar el reblandecimiento del compuesto de modelar de la impresión. Se deja en posición unos tres minutos de la cera se vaya adaptando correctamente merced de la temperatura bucal; se retirará previo enfriado y luego de lavarse bien se hace el vaciado inmediatamente con yeso piedra, protegiendo los bordes mediante un remarginado con cera.

OBTENCION DE LAS IMPRESIONES FISIOLÓGICAS SUPERIOR E INFERIOR.

Para el tipo de los procesos I y II la elección del material de impresión definitiva recaerá en las pastas zinquenólicas que es a base de óxido de zinc y eugenol; para el tipo 3, utilizamos un material a base de mercaptanos que es un polisulfuro de caucho y el acelerador, peróxido de plomo; o el silicón que contiene en su base polidimetil siloxano y el líquido compuesto orgánico de estaño. Antes de tomar la impresión con cualquiera de estos materiales, aplicamos alrededor de la boca del paciente crema o vaselina, para evitar que se adhiera a la piel.

Preparamos o mezclamos el material de impresión:

Para el superior:

7 cm. en partes iguales a ambos tubos;

Para el inferior

5 cm. en partes iguales de ambos tubos.

Tiempo de espátulado:

Durante un minuto sobre el block de papel encerado.

Colocación uniforme del material sobre el portaimpresión individual con los bordes o áreas previamente rectificadas.

Aplicación del portaimpresión con el material cargado sobre los tejidos a impresionar, repitiendo con naturalidad todos y cada uno de los movimientos ordenados anteriormente.

Fraguado convenientemente el material se retira cuidadosamente de la boca del paciente.

TECNICA MODIFICADO DEL DR. FOURNET.

Se apoya en los estudios efectuados sobre los tejidos que circundan la mandíbula desdentada y sobre los principios de la estabilidad y su aplicación práctica, bajo los siguientes puntos:

A.- Precisión y minuciosidad en todos los pasos.

B.- Tiempo y paciencia por parte del paciente y profesional.

Muchos de los fracasos de las dentaduras inferiores son generalmente atribuibles a un examen insuficiente ya sea de la mandíbula o el maxilar.

A) OBTENCION DE LOS MODELOS DEFINITIVOS DE TRABAJO.

Con las impresiones fisiológicas previamente encajonadas se obtienen los modelos definitivos de trabajo, haciendo el vaciado con yeso piedra en las proporciones correctas de agua y yeso.

debidamente espátulados y bajo vibración mecánica, se espera el -
 fraguado del material entre cuarenta y cinco minutos a una hora -
 antes de separarlos.

Obtenidos los modelos, se recorta cuidadosamente dejándoles
 una altura adecuada para las presiones del enfrascado, se les la-
 bra unas ranuras en las bases de aproximadamente 5 milímetros de-
 ancho por 3 milímetros de profundidad que servirán como retención
 del yeso en el articulador y guías del remontaje.

Se marca el contorno periférico y se diseña el borde poste-
 rior o postam de acuerdo a las necesidades del caso.

C) OBTENCION DE LA PLACA BASE

a) ADAPTACION DE LAS PLACAS BASES.

Se confeccionan con placas Graff ablandandolas cuidadosamene
 te sobre la flama de un mechero Bunzen y aplicados y adaptados --
 perfectamente con la flama horizontal de una lámpara de Hanau so-
 bre los modelos de trabajo a los que se les aplico polvo de talco
 se les recorta con tijeras o se les dobla hasta el contorno peri-
 férico de tal manera que no queden bordes agudos e irregulares --
 posteriormente irriten o desplacen los tejidos, y eviten movimient
 os que deformen los registros intermaxilares. Si existen reten-
 ciones en los modelos estos deben aliviarse rellenándolos en cera,
 antes de confeccionar y adaptar las placas bases, y poderlas reti-
 rar una vez endurecidas sin lastimar los modelos.

b) REFUERZO DE LAS PLACAS BASES

Las placas bases deben ser reforzadas para que conserven su precisión y estabilidad. Para esto se utiliza alambre de plata -- del número 16 de espesor, el cual previo conterneado con pinzas -- se inserta en la placa base superior a 5 milímetros por delante -- del borde posterior y sus extremos se extienden a 3 milímetros -- por fuera de la cresta alveolar a la altura de las tuberosidades -- del maxilar.

En la placa inferior insertamos el alambre exactamente entre la altura de la cresta alveolar y el borde lingual inferior, de -- tal manera que sus extremos queden a 3 milímetros por delante -- del borde posterior.

c) ESTABILIZACION DE LAS PLACAS BASES.

Reforzadas las placas bases, estañar previamente los mode-- los definitivos o de trabajo, hasta el margen del contorno perifé-- rico. Se mezcla el material estabilizador que puede ser pasta zin-- quenólica, mercaptanos o silicones; se distribuye la pasta uni-- formemente en la parte interna de las placas bases, oprimiendo -- suavemente estos contra los modelos, se empieza por la parte ante-- rior, y luego, en la posterior para permitir la salida del aire.--

Se espera a que la pasta frague lo suficiente y retiramos -- las placas bases estabilizadas de los modelos, liberando primero -- el margen posterior.

D) CONFORMACION DE LOS RODILLOS DE OCLUSION O RELACION.

Estos se pueden hacer con la ayuda de un conformador de ro--

dillos. Coloque un rollo de cera rosa reblandecida en el conformador abierto y envaselinado. Mientras todavía este blando se cierran fuertemente las dos mitades, para comprimir la cera rosa en su lugar. Se corta el sobrante de la cera al ras con el conformador y con un cuchillo una vez endurecido se separan las dos mitades del conformador y se retira el rodillo. La superficie más ancha del rodillo se sujeta a la placa base con una espátula caliente y se le da la forma y el contorno que siguen las periferias de las placas bases.

FORMA Y CONTORNO DE LOS RODILLOS.

Los rodillos se diseñan aumentando o disminuyendo cera por sus contornos vestibulares, palatino o lingual.

Rodillo Superior: se le da una inclinación de 85 grados en su parte anterior y una altura de 10 milímetros, y en posterior una altura de 7 milímetros, el ancho del plano de oclusión o relación debe ser de 5 mm. en la parte de los incisivos, 7 mm. en la parte de los premolares y 10 mm. en los molares.

Rodillo inferior; igual altura en la parte anterior y anchura del rodillo superior, variando la altura posterior que se continúa con la altura del tubérculo retromolar; todas las superficies de los rodillos deben coincidir perfectamente, tanto en anterior como en posterior.

Posteriormente estos se orientarán con la altura individual que registre la boca de cada paciente al determinar la dimensión

vertical en sus posiciones de descanso fisiológica y de oclusión.

ALTURA DEL RODILLO SUPERIOR

Sentamos al paciente, haciendo lo posible para que este lo más cómodo posible y relajado, marcamos un punto en la línea media por debajo de nariz y otro a la altura del mentón, siempre en la línea media. Le hacemos tragar saliva, medimos con el instrumento graduado la distancia entre ambos puntos. Muchas veces mediremos esa distancia entre ambos puntos durante las maniobras que vamos a realizar, para obtener un promedio de altura que corresponderá a la dimensión vertical de descanso. Nos valemos también de otro recurso para obtener esa posición de descanso hacer que el paciente abra al máximo la boca, para provocar cansancio, y cierre los ojos, para desconectarlo un poco del medio ambiente; y al indicarle después que quede en reposo buscará la posición más cómoda posible, que es la dimensión vertical de descanso. Esta maniobra de mantener al paciente con la boca abierta mientras realizamos el trabajo sobre los rodillos de cera, calentándolo y recortándolos, la acompañamos siempre repitiendo en reposo, la medida de la distancia entre los puntos que marcamos en el rostro. Y llegará el momento en que dicha medida sea la misma, ó sea que el propio paciente nos está aportando un elemento muy importante determinado por fisiología.

Trabajamos primeramente con la placa superior, dejando que el borde libre del rodillo sobrepase el borde del labio superior

uno o dos milímetros.

INCLINACION DEL PLANO DE OCLUSION:

Ayudados por el plano de Fox buscando la inclinación del plano de oclusión. Para ello colocados frente al paciente, ubicamos el plano de Fox de modo que quede paralelo a la línea bipupilar.

Visto de perfil el plano de Fox debe quedar paralelo al plano de Camper (línea tragus borde inferior del ala de la nariz).

ALTURA DEL RODILLO INFERIOR

Conseguido el doble paralelismo del plano de Fox con la línea bipupilar y el plano de Camper envaselinamos el rodillo superior y empezamos a trabajar en el inferior.

Se coloca el rodillo superior envaselinado en la boca, calentamos el inferior, lo llevamos a la boca y lo hacemos morder. Vigilando que cada intento de mordida se haga llevando la mandíbula lo más atrás posible. Con sucesivos recortes y calentamiento del rodillo inferior nos vamos aproximando a la medida que teníamos en la dimensión vertical de descanso.

Se eliminará cualquier prominencia que pueda significar algún punto de interferencia en la toma de la mordida, dejando siempre plano el rodillo. A medida que se regulariza el rodillo inferior la mandíbula irá buscando su posición correcta en cada nueva

rectificación en la búsqueda por la altura adecuada.

Entre la dimensión vertical de descanso y la dimensión vertical en oclusión existirá una diferencia correcta de 2 a 3 mm. - que nos indica el espacio interoclusal.

La distancia que corresponderá a la dimensión vertical en oclusión será menor en unos milímetros. Calentamos el rodillo inferior y bajamos 2 mm. la altura y tenemos así la dimensión vertical adecuada.

C A P I T U L O I I I

RELACIONES INTERMAXILARES

A) DIMENSION VERTICAL.- Dimensión vertical de la posición de reposo es la separación vertical de la mandíbula cuando existe una contracción tónica de la musculatura maxilofacial.

Es por tanto una posición que varía con el estado de salud, con la frecuencia respiratoria y con la postura del cuerpo.

Dimensión vertical de oclusión.- Es la separación vertical en la mandíbula cuando los dientes se hallan en contacto -- oclusal.

Con estas dos definiciones podemos establecer dos ecuaciones:

- a) La dimensión vertical es la relación fisiológica de reposo, es igual a la dimensión vertical de oclusión, más el espacio libre-interoclusal.
- b) La dimensión interalveolar en la relación fisiológica de reposo es el total de la distancia interalveolar y el espacio interoclusal libre.

Los métodos para determinar la dimensión vertical pueden clasificarse arbitrariamente en procedimientos basados sobre:

- 1) límites anatómicos, 2) técnicas radiográficas, 3) fenómenos fisiológicos, 4) actividad funcional.
- 1) Límites anatómicos.- Hay diversos procedimientos para determi

nar la altura facial teniendo como puntos de referencia determinados límites anatómicos. Estos procedimientos comprenden el uso de registros preextracción, tales como fotografías, impresiones de perfil, perfiles contorneados de alambre, máscaras faciales, y medidas faciales.

2) Técnica Radiográfica.- Estas técnicas están basadas sobre el concepto de que la centralización del cóndilo en la fosa glénoidea es un factor en la altura facial. Estas técnicas radiográficas no están lo bastante desarrolladas para una determinación satisfactoria de la dimensión vertical, pues estas producen composiciones e impresiones en las medidas sobre las radiografías -- creando tremendos errores, por lo cual no consideran este procedimiento como valorable.

3) Fenómeno fisiológicos.- La aplicación de los fenómenos fisiológicos para determinar la dimensión vertical, es la determinación del máximo poder masticatorio asociado con la óptima relación oclusal en retrusión, comprobada midiendo la fuerza de cierre en la posición mandibular retrusiva. Este procedimiento ha sido presentado como guía para determinar la dimensión vertical óptima. Sin embargo, no es un método clínico satisfactorio.

4) Actividad funcional.- Este sistema para determinar la dimensión vertical, es acaso el que más prevalece en la actividad.

En primer paso es la determinación de la posición respiratoria de reposo; el segundo paso es la observación de la manera-

de hablar del paciente; los sonidos silvantes "S" "Sh" los sonidos labiales "M" y los labios dentales "F" "V".

Se intenta así apreciar el aspecto de los dientes y la claridad de la fonación para determinar la adecuada dimensión vertical.

B).- RELACION CENTRICA.- Se dice que la mandíbula está en relación céntrica cuando ambas cabezas condilares descansan en las cavidades posteriores de las fosas glénoideas, sea cual fuere el grado de separación de la mandíbula.

Es el segundo registro importante que necesitamos para la construcción de la prótesis completa.

La finalidad de este registro de la relación céntrica es el traslado de la relación maxilomandibular a un articulador para sus prótesis que más tarde en la boca del paciente puedan funcionar de modo satisfactorio sin molestias o alteraciones para él mismo.

Son varios los factores que debemos considerar en el estudio de las relaciones maxilomandibulares:

- 1) Las estructuras temporomandibulares
- 2) Los músculos del aparato masticatorio.
- 3) Las estructuras óstias de soporte de la placa.
- 4) Los dientes en cuanto establecen los límites de estas relaciones.

Registro de la relación céntrica mandibular:

La relación céntrica de la mandíbula es la posición más retruida de la misma desde la cual pueden efectuarse movimientos de lateralidad.

Este registro de la relación céntrica mandibular se utiliza para fijar los modelos en relación céntrica sobre cualquier tipo de articulador dental. Este registro puede ser realizado desde el articulador a la boca y vuelto de nuevo al articulador, aunque algunos articuladores difieren en su capacidad para reproducir los deseados movimientos de lateralidad y protusión.

C).- OCLUSION CENTRICA.

Ha sido definida como el máximo contacto oclusal logrado cuando los dientes opuestos se cierran entre sí.

La oclusión céntrica no debe confundirse con la relación céntrica mandibular, pues ambas son dos fenómenos diferentes.

La relación céntrica mandibular, existe con la precencia de dientes ó sin ella; la oclusión céntrica de los dientes, pueden existir dentro ó fuera de la boca.

Sin embargo cuando son fijados los modelos al articulador en relación céntrica, los dientes se montan de acuerdo con esta posición de oclusión céntrica; y la armonía entre la oclusión céntrica y la relación céntrica depende, por consiguiente, del registro de éstas y de su transferencia al articulador.

D).- PLANO DE OCLUSION.

Es imaginario y que ha sido generalmente aceptado porque-

presta muy grande utilidad al montarse los dientes artificiales.

Este plano es casi siempre paralelo a una línea en la mejilla, desde el margen superior del meato auditivo externo ó parte inferior del tragus hasta el punto más bajo del ala de la nariz.

Si en bocas desdentadas la superficie oclusal de los rodillos se hace paralela a él y en su nivel, ligeramente debajo del labio superior, en estado de reposo se tendrá la posición más favorable para montar los dientes.

Las cúspides ó tuberculos de los dientes conforme se verá, se colocan sobre éste plano para establecer fácil y rápidamente las curvas de compensación y laterales aproximadamente correctas.

El plano de oclusión visto de frente.

La posición horizontal del plano oclusal usualmente visto de frente, será paralelo a una línea que pase a través de las pupilas de los ojos.

Después de haber establecido el paralelismo aproximado de la superficie oclusal, se coloca una regla sobre la parte anterior, comprobando el paralelismo con la línea de los ojos.

El plano oclusal visto lateralmente.

En casos completamente desdentados; se establece el nivel antero-posterior del plano oclusal, trazando con ayuda de la regla un pedazo de celuloide ó un cordón, una línea en la cara, -- desde el margen superior de meato auditivo externo a la parte -- más baja del ala de la nariz.

C A P I T U L O IV

SELECCION DE DIENTES

Antes de entrar al tema de la colocación de los dientes artificiales, se tratará de la selección que es de suma importancia tanto para la eficiencia como para la apariencia de las dentaduras.

Al escoger dientes artificiales los dos puntos principales que deberán tenerse en consideración son:

La apariencia que incluye la forma, preparación, color y la mecánica.

Todos los dientes deberán corresponder a armonizar por su forma y contorno con la forma de la cara que le sirve de marco, de manera que formen parte de la individualidad de la persona que les lleva, y los resultados serán agradables.

El Dr: Williams descubrió que hay tres tipos de cara: La cuadrada, la triangular, y la ovoidea y que estas formas están más o menos modificadas por una mezcla de los elementos característicos de dos o más de estas formas de tipos y que en todos los casos en que las formas de la cara y de los dientes corresponden y armonizan, el resultado es excelente y que, a medida que la forma de los dientes se diferencian de la cara, habrá falta de armonía y el resultado será desagradable.

MARCADO DE LA LINEA MEDIA

Es de suma importancia para los efectos de la estética, - indicar correctamente la línea media en los rodillos, esta puede hacerse usando como punto de referencia, uno en medio de la distancia entre las pupilas de los ojos, sobre el punto de la nariz y el otro, en el centro de la barba haciendo caso omiso de la - nariz.

Se extiende la línea media sobre el ancho del rodillo superior e inferior marcando una ranura entrante se une la punta - del registro guía del incisivo.

COMO SE DETERMINAN LOS LADOS DISTALES DE LOS CANINOS.

Colocandose el profesionista a un lado del paciente, con los rodillos en contacto hace que el paciente eleve los labios - lo más posible en la línea media se marca en el rodillo superior. Una línea paralela al plano oclusal, enseguida a una distancia - de 5 mm. frente al ángulo de la comisura labial de cada lado, se traza una línea perpendicular al plano oclusal y estas líneas de terminan con satisfacción la posición de las caras distales de - los caninos superiores, exepctuando las bocas muy grandes o las - muy pequeñas. Si la boca es muy grande se hará a 8 mm. frente a los ángulos y si es muy pequeña exactamente en los ángulos.

Con una cinta métrica flexible se mide el espacio entre - las líneas paralelas marcadas y esa medida dara exactamente el - ancho de los seis dientes anteriores.

Con referencia a los inferiores no hay necesidad de medir puesto que los juegos de dientes vienen perfectamente combinados en sus tamaños.

La relación de los dientes podrá limitarse en la forma y tamaño de los incisivos centrales, porque en dientes correctamente formados, expresan mejor el carácter del juego al que se conforman los incisivos laterales y caninos.

SELECCION DE DIENTES POSTERIORES.

Para la selección de los dientes posteriores en cuanto a tamaño según su superficie oclusal y a su cara vestibular, los tamaños respectivos se aprecian mejor en el articulador con los modelos montados, en relación central. Los dientes posteriores se seleccionan de acuerdo a la medida obtenida por la distancia de las líneas distales de los caninos, o sea de los seis dientes anteriores y según esa medida se escogieran los dientes posteriores por el juego correspondiente.

SELECCION DEL COLOR

Es sumamente importante determinar el color apropiado de acuerdo a ciertas características, para poder así dar un aspecto más estético y natural. Entre ellas deben tomarse en cuenta:

- a) Tomar el color con la luz del día, a las horas de mejor luminosidad.
- b) Que no reciba el sol directamente y que tampoco el operador-

proyecte su propia sombra.

- c) Es preferible una habitación pintada con colores claros.
- d) Mantener húmedos los dientes que se prueban.

Y refiriendome específicamente al color:

A.- Para pacientes jóvenes, use un color claro con un -
borde incisal a su lado.

B.- Para pacientes de edad avanzada, use colores obscu--
ros en todo el cuerpo del diente.

C.- Si tiene cabellos obscuro, ojos cafés, y tez morena,
use sombras más oscuras con más amarillo y café.

D.- Si tiene el pelo claro, ojos azules, y tez blanca, -
use sombras más claras con más gris.

E.- Mezcla de colores:

Seleccione la sombra lateral más clara que la central, y
la cuspídea más oscura que la central.

F.- Caracterize con manchas, silicatos, coronas de metal
e incrustaciones.

G.- Se deben tener en cuenta los deseos del paciente.

SELECCION DEL MATERIAL DEL CUAL ESTAN ELABORADOS LOS DIENTES:

Se debe seleccionar de preferencia los dientes de porce-
lana para la mayoría de los casos.

Se pueden usar dientes de resina acrílica para los siguie-
tes casos:

- a) Prótesis simples oponiéndose a los dientes naturales o de oro.
- b) Escaso proceso y mucosa.
- c) A pacientes que se presentan usando dientes de resina acrílica.

TIPOS DE DIENTES ARTIFICIALES.

1.- Dientes anatómicos, los que han sido diseñados siguiendo la forma de los naturales, los más representativos son los molares de Trubyte 33°.

2.- Dientes funcionales, los molares tienen la forma más conveniente para masticación sin modificar mucho la anatomía, los más representativos son los Trubyte 20°.

3.- Dientes NO Anatómicos, aquellos que carecen de la forma anatómica considerando únicamente su calidad funcional, entre estos los Trubyte 0°.

C A P I T U L O V

ARTICULACION DE DIENTES

ARTICULACION DE DIENTES ANTERIORES SUPERIORES.

COLOCACION DE LOS CENTRALES.

1.- Los dos centrales se colocaran usando como referencia la línea media, el borde labial, y el extremo del borde.

2.- Al ser colocados en la boca se revisará, la simetría de la línea media, longitud, y posición e inclinación labio-lingual.

3.- Los centrales deben estar paralelos al eje largo de la cara, y no inclinados.

4.- Realizar las pruebas fonéticas, para observar la longitud y la posición labio-lingual.

5.- Se debe observar la cara tanto de frente como de perfil para observar el soporte adecuado del labio.

6.- Se le pedirá al paciente que sonría; el labio debe subir fácilmente y debe llegar más o menos hasta el cuello de los dientes.

COLOCACION DE LOS LATERALES.

1.- Coloque los laterales de acuerdo a la estética. Una rotación mesiolabial se ve bien en un paciente del sexo femenino, o un paciente delicado, y es llamada lateral suave. Para el caso de un hombre, y para un efecto más vigoroso, se le dará una ro-

tación mesio-lingual, llamada lateral dura.

2.- Coloque los laterales más altos que los centrales, - dependiendo de la edad:

- a) Pacientes jóvenes - 2 mm.
- b) Edad regular - 1 mm.
- c) Edad avanzada - .5 mm.

3.- Haga un diastema, especialmente útil sobre el lado - dominante.

4.- Haga sonreír al paciente, y observar la línea de la sonrisa. El extremo de los dientes superiores debe seguir la - curva del labio inferior.

COLOCACION DE LOS CANINOS.

1.- Tienen dos posiciones básicas:

- a) Vista frontal - el cuello se ve afuera y la parte inicial hacia dentro.
- b) Vista de lado - eje recto vertical (a un ángulo recto al plano oclusal)

2.- Las cúspides son importantes debido a que controlan la forma del arco y complementan la línea de la sonrisa.

ARTICULACION DE DIENTES ANTERIORES INFERIORES.

Es muy ventajoso colocar por lo menos los dos centrales-inferiores, como una base para una buena fonética y estética y - como una revisión adicional de su dimensión vertical.

1.- Los dientes mandibulares anteriores deben ser colocados para favorecer el proceso mandibular y deben excepto en raros casos, ser colocados dentro del borde labial.

2.- Los dientes anteriores inferiores se irán colocándose de acuerdo a la articulación de, los dientes superiores.

3.- Los centrales inferiores pueden tener el cuello ligeramente más hundido que los laterales.

4.- Deben ser articulados uno a uno con sus ejes mayores verticales mirados de frente.

5.- El canino debe ir con su eje mayor inclinado hacia arriba y adentro.

A) ARTICULACION DE DIENTES POSTERIORES DE 30°

ARTICULACION DE POSTERIORES SUPERIORES.

PRIMER PREMOLAR:

Se colocará medio milímetro distante de la cara distal del canino para evitar más tarde que los dientes inferiores queden apiñados. La cúspide del primer premolar superior toca la superficie oclusal pero la cúspide palatina queda levantada del plano oclusal.

SEGUNDO PREMOLAR:

Ambas cúspides se colocan en contacto con el plano oclusal.

PRIMER MOLAR:

Su cúspide mesio-palatina toca el plano oclusal pero las otras tres cúspides no lo tocan. Iniciandose la curva de compensación que comienza con las cúspides bucales de los premolares.

SEGUNDO MOLAR:

Se inclina en su eje longitudinal en sentido mesial y ninguna de sus cúspides toca el plano oclusal, quedando sus cuatro cúspides levantadas continuando la curva de compensación.

ARTICULACION DE POSTERIORES INFERIORES**PRIMER MOLAR:**

Debe hacer contacto la cúspide mesio-bucal con la fosa distal del segundo premolar superior, la cúspide mesio-bucal con la fosa mesial de la primera molar superior.

SEGUNDO PREMOLAR:

Se coloca el segundo premolar colocando el borde en la forma descrita por el primer molar haciendo contacto con el segundo premolar superior.

PRIMER PREMOLAR

Debe hacer contacto con el primer premolar superior.

SEGUNDO MOLAR:

Su cara oclusal entra en contacto con el segundo molar su

perior.

TALLADO DE LOS DIENTES PARA MEJORAR SU CARACTERIZACION:

Se puede usar una piedra Bush, y mejorar algunas de las - características cuidadosamente haciendo el rebaje necesario. Es- to puede incluir el pulir los extremos incisales, y volver a dar les forma al perfil para mejorar las caracterizaciones femeninas o masculinas, aumentando la sepación de los dientes y otros efec- tos necesarios. No se deben pulir los dientes si es que el pacien- te no está seguro de aceptarlos.

ENCERADO DE LAS PROTESIS DE ENSAYO

Encerar las prótesis para que estén limpias. Esto dará - una buena impresión al paciente, y la aceptación de las prótesis de ensayo será más fácil.

EVALUACION DE ESTETICA.

- 1.- Color y modelo de los dientes anteriores, comentando- con el paciente.
- 2.- Observar la simetría de la línea media.
- 3.- Observar la longitud de los dientes anteriores, evaluar lo en la posición de descanso, hablando, y sonriendo, checar la- línea de la sonrisa para un mejor efecto.
- 4.- Evaluar la consistencia facial.
- 5.- Dar algo al paciente para que lea. Revisar cuidadosa-

mente los sonidos "f" y "s".

5.- Evitar el aspecto de teclas de piano a menos que el -
paciente especifique que así los quiera.

COLOCACION FINAL DE LOS DIENTES Y ENCERADO.

1.- Todos los dientes serán colocados firmemente en su lu
gar.

2.- El arreglo posterior se revisará nuevamente para una-
articulación balanceada.

3.- El terminado final es completado con un tallado cuidad
oso para lograr una mejor estética y una prótesis más higiénica.

4.- Pedir una forma de paladar al laboratorio si es que -
la prótesis antigua tenía una. Si tenía un paladar liso (especiall
mente en pacientes de edad avanzada) Pedir un paladar liso.

5.- Asegurese de que todos los dientes esten completamen-
te libres de cera.

B) DIENTES POSTERIORES DE "20°.

Whitemore los diseño siguiendo las ideas de Gysi, su pro-
pósito era producir cúspides bajas que pudieran articularse se-
gún la técnica de los anatómicos, pero que necesitan despues me-
nor desgaste para obtener la perfecta articulación, con una tra-
yectoria incisiva reducida.

El principio es teóricamente correcto, pero, debido a la-
mayor extensión de la cara oclusal o a una distribución menos -

conveniente de los canales de escape. Estos dientes resultan menos eficaces y confortables que los de 30°.

C) DIENTES POSTERIORES PLANOS O DE 0°

Holl lanzó la idea de la articulación plana. Este esquema oclusal elimina todo trabajo y transtorno como el registro de relaciones mandibulares, ajuste de articuladores, reajustes oclusales y rebasados.

En su uso se supone, que la falta de entrecruzamiento cuspidico trae ventajas como la eliminación de los palanqueos y arrastres laterales, lo que facilitará la estabilidad protética y los hace menos traumatizantes. Otra ventaja es la posibilidad de dar las relaciones vestibulolinguales o anteroposteriores que resulten mejores, sin preocupación por las posiciones exactas que exigen las cúspides.

La falta de cúspides obliga a utilizar la curva de compensación y la reducción del entrecruzamiento incisivo como factores de balanceo.

Algunos pacientes objetan la retención de alimentos en las fosas, para esto se puede tallar una muesca en V en un costado. La eficacia masticatoria de estos dientes se revela satisfactoria.

Estos dientes se usan en procesos de gran resorción, ya que así podrá soportar fuerzas horizontales. En estos dientes se

toman en cuenta los Axiomas de Sears que nos dicen: "Eliminar - planos inclinados y acción de palanca".

Se neutralizará el articulador, se colocará la esfera con dilar y mesa incisal en 0°. El plano de orientación debe estar - paralelo al brazo superior e inferior.

COLOCACION DE DIENTES. ANTERIORES

Los dientes anteriores superiores e inferiores estarán regidos por los mismos principios que los anatómicos, que son: Principios fonéticos, mecánicos y estáticos.

COLOCACION DE DIENTES POSTERIORES:

DIENTES POSTERIORES SUPERIORES: Deben tocar el rodillo inferior, y la parte media del diente debe coincidir con el borde-bucal del rodillo inferior. Todos son así, hasta el primer molar pero en el segundo molar se establecerá la rampa de balance protusivo.

La rampa de balance protusivo se obtiene así:

Se pinta una línea vertical sobre los rodillos en posición de oclusión céntrica, se realiza un movimiento de protusión y durante este movimiento se rompe la línea vertical y se establecerá otra, y esta será la rampa de balance protusivo buscada y - ahí estará colocado el segundo molar superior.

DIENTES POSTERIORES INFERIORES:

Basta con colocar los inferiores directamente sobre el -

reborde alveolar. Al colocarse todos los dientes debemos pensar en un balance de lateralidad, a nivel del segundo molar daremos una ligera inclinación buco-lingual que se continuará con la curva de Wilson o frontal.

COLOCADOS LOS DIENTES DE AMBAS ARCADAS OBSERVAR:

Para dientes de todos grados:

1.- Plano ó esquema oclusal.

En Oclusión céntrica observar: Dos puntos posteriores bi laterales de contacto en oclusión céntrica y lateralidad, y en protusión un apoyo anterior y dos posteriores.

2.- Estabilidad.

3.- Dimensión Vertical.

4.- Relación de continuidad de los dientes anteriores con los posteriores y el corredor vestibular.

5.- Simetría Facial.

6.- Características de la placa.

Superficie de soporte, pulida y oclusal.

INDICAR AL LABORATORIO:

a) No alterar la posición de los dientes.

b) Grosor normal de superficie pulida.

C A P I T U L O VI

PROCESO DE LABORATORIO:

Se resumen en tres pasos:

- a) Encerado de la dentadura.
- b) Enmuflado o enfrascado
- c) Pulido y bruñido.

a) ENCERADO:

El encerado tiene por objeto imitar la forma de los tejidos que rodean los dientes naturales con el fin de lograr una mayor estética, además la superficie pulida de la dentadura influye en la retención.

Existen ciertas características que no deben pasar desapercibidas:

- A) A cada diente se le dará una pequeña prolongación radicalar.
- B) La parte superior de la superficie debe estar formada de tal manera que no pierda nada de la anchura marginal de la impresión.
- C) El contorno de la periferia debe de llevar un exceso de cera para compensar la pérdida del material base durante el pulido.
- D) La forma del borde gingival y el borde de la dentadura debe favorecer la retención al dirigir las fuerzas de

los músculos y de los tejidos.

- E) En la placa superior es necesario dar mayor amplitud para los movimientos de la lengua.
- F) Para que el paciente no tenga dificultad al hablar se le dará un espesor mínimo y uniforme en toda la extensión.
- G) La prótesis inferior debe ser delgada en la parte lingual y bastante gruesa en el borde periférico, este espesor queda bajo la porción más angosta de la lengua y ayuda a la retención.
- H) Las rugosidades palatinas que casi no se usan se pueden realizar bryendo un pedazo de estaño sobre un modelo que que tenga rugas y transfiriendo este duplicado al paladar encerado; y serán de tres a cinco.

b) ENMUFLADO:

Consiste en reemplazar la cera por el material definitivo al igual que la forma y dimensiones terminadas.

Para esto necesitamos una mufla que consiste en: recipientes metálicos dentro de los cuales se preparan los moldes para el prensado y el curado de las bases de acrílico. Constan de cinco elementos: mufla, contramufla, tapa, guías y ajustadores.

Las muflas son adecuadas cuando tienen paredes gruesas y cuando son suficientemente grandes como para que dejen un espacio de 1.5 cm. 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.

Existen dos maneras de colocar el modelo de cera en la mufla:

Colocación directa e indirecta.

DIRECTA: Se debe lavar la cera con agua y jabón cuidadosamente, se prepara yeso piedra en consistencia cremosa, se cubren los dientes y toda la cara vestibular con un espesor de 1 cm. aproximadamente; se llena la primera parte de la mufla previamente envaselinada con el yeso paris ya preparado, posteriormente se coloca el modelo en posición haciendo que el yeso paris cubra el yeso piedra dejando la superficie lisa, acto seguido se estañan las superficies de la cera que queden expuestas y se cubren con yeso piedra para luego completar el llenado de la mufla, para esto se prepara yeso piedra mezclado con yeso de taller hasta completar el vaciado de la contratapa.

Terminando de llenar la mufla, se coloca en la prensa y compresión suave, obligamos y comprobamos el cierre correcto de las partes metálicas de la mufla.

INDIRECTA: Se lubrica con vaselina la primera parte de la mufla y se llena con yeso piedra, se coloca dentro del modelo cuidando que los incisivos queden más altos que los molares, (para proteger las tuberosidades y evitar retenciones en la porción anterior), el zócalo no debe hundirse completamente ya que así habrá un cierre más correcto.

Se alisa la superficie de manera que una al borde superior con el borde superior de la mufla, observando que no haya retencio-

nes; el borde de la contramufia debe estar perfectamente limpio para obtener un sellado perfecto con la contramufia. Se deja fraguar el yeso alisando con una capa de vaselina.

Fijado el modelo en la base se aislará. El contramolde se ha ce preparando yeso piedra de consistencia cremosa y con un pincelito se aplica poco a poco sobre los espacios interdetales, se vibra y se aumenta el espesor de la capa de yeso a 1 cm. para que envuelva a los dientes y a la cara vestibular y palatina; posteriormente se completa el vaciado de la contratapa con yeso de taller. Y se procede como en la colocación directa.

ELIMINACION DE LA CERA

Ya que ha fraguado el yeso, se eliminará la cera colocando - las mufas en un recipiente con agua hirviendo, se deja unos minutos y al salir burbujas de la mufla se retira del agua y se abre, - encontraremos que la cera y el acrílico están reblandecidos y se retirarán fácilmente, se colocan ambas partes de la mufla en el agua hirviendo y nos aseguraremos que el negativo del modelo quedó perfectamente limpio.

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

ENFRASCADO Y CURADO

Para mezclar el acrílico, la mufla deberá estar fría.

En un frasco de cristal colocamos tres porciones de polvo de

acrílico rosa y una de líquido, está se deja reposar hasta conseguir el aspecto pegajoso, entonces 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 dedos 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 repite la operación hasta que no quede 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 20 min. aproximadamente se procede al curado del aparato, esto se realiza colocando la mufla en una prensa y en agua hirviendo a una temperatura de 160° durante dos horas y después a 212° F durante una hora. Posteriormente se saca del agua caliente y se deja enfriar a una temperatura ambiente durante media hora y luego se coloca en agua fría por un cuarto de hora.

DESENMUFLADO

Se abren las muflas y se retiran las dentaduras, y las últimas porciones de yeso se separan con un cepillo duro y agua para evitar cualquier fractura, se procurará no estropear los modelos de yeso y así poder colocarlos en posición en el articulador.

C) PULIDO Y BRUÑIDO:

El terminado consistirá en preparar la dentadura con piedras, cinceles y lijas eliminando el yeso, y rayas profundas en la dentadura.

Se cortan todos los excedentes que existan tanto en el borde de la placa como en los festones gingivales, valiéndonos de fresas y piedras montadas.

Posteriormente se pulirán todas las superficies con un cepillo de cerda suave o disco de manta empleando el óxido de zinc o blanco de españa, mezclandolos con agua para formar una pasta.

Las superficies interiores de la prótesis, o sea las que quedan en contacto con la mucosa, no es conveniente pulirlas pues quitamos el ajuste que existe. En ocasiones únicamente se alisan con cuidado las burbujas o asperesas.

C A P I T U L O VII

BALANCE OCLUSAL

Es aconsejable en todos los casos realizar un balance oclusal con el fin de verificar las dentaduras completas antes de llevarlas a la boca, ya que se pudo haber producido alguna modificación durante el curado.

Se debe realizar un análisis muy cuidadoso de la oclusión, y de hacerce algun desgaste se realizará con pequeñas piedras montadas en forma de rueda, alrededor de $1/8$ por $5/8$ de pulgada y un cono invertido con diámetro de $3/8$ de pulgada y para finalizar el caso se terminará con un retoque a base de pasta abrasiva fina para desgastar las pequeñas imperfecciones sin disminuir las agudezas o aristas de los tubérculos.

Las verificaciones de la articulación se realizan debido a cambios ocurridos durante el secado de materiales como el yeso piedra, cambios en la cera debido a las alteraciones en la temperatura; errores que pueden ocurrir al empacar las resinas acrílicas; cambios de los materiales mientras se procesan, y estos pueden ocasionar cambios en la dimensión vertical, en la relación céntrica de lo cual pueden resultar dientes que se tocan por un lado primero e imperfección en la oclusión debido a contactos prematuros e interferencias de las cúspides.

Las dentaduras después de su procesado se deben montar para corregir estos cambios.

a) Precedimiento de balance oclusal, por medio de desgaste selectivo.

Remontados los modelos en el articulador vemos que las indicaciones del articulador sean las mismas que se usaron cuando se hizo la dentadura, entonces procedemos a colocar papel de articulación, o cinta de escribir, sobre los dientes inferiores, y los superiores se cierran suavemente sobre ellos.

Según la posición indicada de los dientes se seguirán unas reglas para realizar el desgaste.

PARA POSICION CENTRICA:

Si una cúspide y la fosa opuesta o un proceso marcan fuertemente como si el contacto fuera alto, se debe rebajar la cúspide si también está alta en las tres posiciones excéntricas.

Si la cúspide no hace contacto en ninguna de las posiciones excéntricas, profundice la fosa.

Después de terminado el desgaste para la posición céntrica, los dientes deben tener contacto uniforme excepto los incisivos.

PARA LA POSICION DE TRABAJO:

Se sigue la regla del desgaste "Bull", es decir, se rebajan las inclinaciones de las cúspides bucales superiores y las inclinaciones de la cúspides linguales inferiores. Esto se hace hasta que las cúspides superiores se deslizan por los surcos y entre las cúspides de los dientes inferiores.

Las cúspides e incisivos del lado de la relación de trabajo-

apenas deben estar en contacto si la relación de arco es normal, o clase III. En clase ángulo II sólo sea posible que estén en contacto las cúspides.

PARA LA POSICION DE BALANCEO:

La cúspide que se va a rebajar se deberá seleccionar cuidadosamente. Se rebajan las inclinaciones mesiales de las cúspides bucales inferiores, dado que las superiores linguales se necesitan para los topes céntricos y verticales. Terminado el desgaste las cúspides linguales de los dientes superiores posteriores deberán tocar las inclinaciones mesio-linguales de las cúspides bucales inferiores.

PARA LA POSICION PROTUSIVA:

Se sigue la regla Bull, posteriormente para un balance protusivo entre los centrales y las segundas molares es indispensable un contacto mínimo de tres puntos, pero es mucho más aconsejable tener todos los dientes posteriores en contacto en esta relación.

Una vez terminado verificamos que no haya puntos de interferencia en la oclusión balanceada. Si se desarrollaran interferencias en los dientes anteriores deben eliminarse. El rebaje a los superiores o inferiores depende de la edad del paciente.

Para un paciente mayor los dientes inferiores anteriores se pueden reducir en las orillas incisales con una leve inclinación,

para simular dientes naturales, mientras que en un individuo joven-
los dientes anteriores superiores se los puede rebajar las inclina-
ciones linguales arriba de las orillas incisales.

Después del desgaste selectivo, podemos hacer una abración -
automática en el articulador para perfeccionar este desgaste.

Una cantidad pequeña de pasta abrasiva se pone en los dien--
tes inferiores y se cierra el articulador en posición céntrica. De
esta posición iniciamos movimientos excéntricos para eliminar cual-
quier interferencia en el contacto. Sólo es efectivo en los dientes
de porcelana puesto que los de acrílico abrasionan mal.

Una vez terminado, se lavan las dentaduras y se inspecciona-
de nuevo todas las posiciones en el articulador, una vez correcta -
la oclusión, limpiamos las dentaduras y les sacamos brillo.

Guardamos las dentaduras en agua hasta el momento de entre--
gárselas al paciente.

C A P I T U L O VIII

RECOMENDACIONES AL PACIENTE:

El profesional debe explicar al paciente que las dentaduras no son más que aparatos que están reemplazando a la dentadura natural y que por lo consiguiente 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, y más en pacientes que presentan lengua retractil o piso de boca alto.

Se 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 placa; y sentirá su lengua más 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.

Se debe citar al paciente por lo menos una vez por semana dentro de las cuatro semanas posteriores a la colocación de la prótesis, para realizar ajustes menores en la base y en la oclusión.

La higiene oral será responsabilidad del paciente, quién debe retirar las prótesis de la boca por algún tiempo y dejarlas en agua. Los carrillos, lengua y paladar deberán ser cepillados y esto será con el fin de mantener la salud tisular, usando cepillo de -

dientes o gasas por lo menos cinco minutos al día.

Se le informará al paciente la forma en que debe limpiar adecuadamente su dentadura:

1.- Base de la dentadura de resina acrílica.

Jabón de tocador, agua y cepillo dental o de uñas.

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 se deben usar abrasivos fuertes, pasta de dientes o cepillos de nylon duros.

2.- Dientes artificiales.

Dientes de Porcelana: cepillo, jabon de tocador y agua, se puede embeber la dentadura en detergente para dentaduras.

Dientes de resina acrílica: jabón de tocador, agua y cepillo también se puede usar detergentes comerciales para dentaduras.

Requisitos que debe llenar la dentadura ya terminada.

- a) El paciente deberá mostrar una apariencia normal para ese individuo.
- b) El paciente debe poder hablar sin el menor impedimento.
- c) Debe ser posible que el paciente mastique con propiedad los alimentos.
- d) El paciente debe tener molestias orales mínimas.

C A P I T U L O IX

AJUSTES FINALES A LAS DENTADURAS

Generalmente se requieren algunos ajustes en las dentaduras. Areas típicas de irritación, sus causas y sus correcciones.

1.- Irritación periférica;

Debido a que el reborde periférico está muy ancho o muy largo, rebaje según sea necesario.

2.- Irritación en el borde posterior debajo de la dentadura inferior. Es debido a que la extensión esté pasada o que al ocluir haya contacto prematuro en el área; rebaje la extensión y revise la oclusión.

3.- Irritación en el borde posterior de la dentadura superior. Generalmente se debe a que esta sea pasada el post-dam; se rebaja el post-dam.

4.- Irritación alrededor de la tuberosidad bucal. Con frecuencia se debe a una deformación de material acrílico; cuidadosamente se arregla la base por el lado del tejido.

5.- Inflamación en el área de los frenillos. Generalmente se debe a que está pasada la extensión; se hace más grande la ranura.

6.- Irritación en la cresta alveolar. Se puede deber a presión en la impresión, o abrasión repetida del modelo por la placa de registro; cuidadosamente ponga en relieve el área que va sobre el tejido en la base. Ocasionalmente este tipo de irritación

se debe a una falta de extensión del reborde lingual en la región-milohioidea posterior; quizás se tenga que extender el reborde más allá de la cresta milohioidea.

7.- Irritación sobre el torus lingual. Puede deberse a que las dentaduras estén ligeramente fuera de relación céntrica o a interferencia oclusal lateral; revisar las posiciones oclusales por medio de un remontaje. La presión a la hora de tomar la impresión también puede causar esto; ponga en relieve la parte correspondiente de la base.

8.- Irritación sobre la cresta de la encía. Lo puede causar una falta de armonía en la oclusión; revisar la oclusión. Otra causa puede ser presión a la hora de tomar la impresión; ponga en relieve la parte correspondiente en la base de la dentadura.

9.- Irritación a un lado de la cresta de la encía. Muchas veces es causada por una relación oclusal de trabajo alto; revisar la oclusión.

10.- Presión sobre la papila incisiva. Causa isquemia por bloqueo de los vasos y nervios o una sensación de ardor; ponga en relieve el área en la base de la dentadura.

C A P I T U L O X

LESIONES IRRITATIVAS RELACIONADAS CON DENTADURAS COMPLETAS

Son de cuatro tipos:

- 1) Las que se presentan inmediatamente después de insertar la dentadura nueva.
 - 2) Las que se desarrollan unos años más tarde, después que las dentaduras ya se han gastado y causan presión inadecuado de los tejidos blandos;
 - 3) Las que se desarrollan en la bóveda palatina y cámaras de alivio.
 - 4) La entidad clínica conocida como "irritación bucal por dentadura".
- a) APARICION DE ZONAS IRRITATIVAS INMEDIATAMENTE DESPUES DE ISERTAR DENTADURAS.

Inmediatamente después de insertar una dentadura de fabricación nueva, pueden presentarse puntos de irritación, en zonas de presión excesiva cuando la dentadura está colocada, o cuando los tejidos se traumatizan durante la inserción o la extracción de la dentadura. Las zonas de presión excesiva cuando la dentadura está colocada pueden resultar de artefactos durante la elaboración de la misma o también de poca precisión al tomar las impresiones.

Estas lesiones suelen ser muy dolorosas, y el paciente busca rápidamente alivio. Si la presión es intensa o persistente puede desarrollarse una úlcera por compresión.

El tratamiento consiste en un ajuste ligero de la base de la

dentadura, y la aplicación de una pomada anestésica, de una pomada antimicrobiana o de ambas.

b) LESIONES IRRITATIVAS CRONICAS PROVOCADAS POR PRESION ANORMAL DE BORDES DE DENTADURAS.

Se han empleado diversos términos para estas lesiones; epuli fisurados, granulomas y úlceras protéticas. Pueden tener gran sentido para el dentista. Sin embargo estas lesiones son úlceras por decúbito, con grados diversos de hipertrofia o hiperplasia. Se ha observado un tipo similar de lesión, una variante del granuloma piógeno, por Farrel y Wilson, cuando prótesis de plástico por presión y fricción han producido una lesión de la cara que parece un carcinoma de célula basal.

Las úlceras por decúbito relacionadas con dentaduras suelen desarrollarse después que el paciente lleva la dentadura desde hace años. Ocurre sobre todo en pacientes que no han recibido el servicio periódico necesario. Estas lesiones se observan sobre todo en las regiones maxilar y mandibular anterior. En ocasiones pueden extenderse desde la zona molar en un lado del maxilar superior hasta la zona molar del lado opuesto.

Las lesiones iniciales resultan de resorción del tejido óseo que sostiene la dentadura. Esto puede permitir que partículas de material alimenticio queden interpuestas entre la dentadura y los tejidos de sostén subyacentes. Con el tiempo se produce hipertrofia e hiperplasia de las fisuras, y la presión excesiva del borde de -

la dentadura sobre los tejidos de los surcos bucales origina úlceras. Puede producirse una mas voluminosa de tejido hipertrofiado e hiperplásico y el borde de la dentadura puede apoyar en la zona central de las úlceras sin causar molestia intensa.

Cuando se ha producido úlcera por compresión y la irritación microbiana ha superado la capacidad de adaptación de los tejidos el paciente sufre dolor. Cuando hay infección secundaria, de la zona afectada y linfadenopatía, las úlceras por decúbito pueden simular un proceso neoplásico.

Estas lesiones tienen importancia porque pueden interferir con la retención y función de las dentaduras. También originan resorción anormal de los tejidos óseos de sostén, que en algunos casos pueden sufrir degeneración maligna. Estas lesiones pueden plantear problemas de diagnóstico, está indicada la biopsia.

Tratamiento: la fase inflamatoria puede tratarse primero en forma conservadora, puede aplicarse un antimicrobiano localmente y hacer lavados de boca con solución salina tibia, o con solución de bicarbonato. La dentadura debe quitarse y no volverse a poner hasta que hayan desaparecido los síntomas. El tratamiento definitivo consiste en la extirpación quirúrgica del tejido hiperplástico e hipertrofiado. Deben construirse nuevas dentaduras con gran cuidado para obtener relaciones céntricas correctas y establecer un buen equilibrio oclusal, esto ayudará a establecer un buen equilibrio y evita al mínimo la posibilidad de que se repita.

c) LESIONES IRRITATIVAS DEL PALADAR QUE ACOMPAÑAN A LAS DENTADURAS COMPLETAS.

Edema, inflamación del mucoperiosteo, e hinchazón de los elementos glandulares pueden presentarse en tejidos cubiertos por las dentaduras. Se ha comprobado que el número de años durante los cuales se lleva la dentadura, y el llevarla las 24 hrs, son factores importantes para provocar estas lesiones. La hipertrofia papilar inflamatoria puede estar causada o agravada por microorganismos, pero las placas de impresión destinadas a brindar alivio del paladar, o la elaboración inadecuada de la base, casi siempre fué la causa probable. Se producen en pacientes que no han recibido servicio dental desde hace años, también el ligero movimiento de la dentadura que originalmente quedó mal adaptada, o una dentadura suelta resultante de resorción alveolar a consecuencia de la masticación de alimento o de jugar con la dentadura origina irritación de los tejidos contiguos a la superficie palatal de la dentadura.

Puede seguir hipertrofia o hiperplasia de los tejidos. Las lesiones suelen tener límites bien definidos. La presión continua sobre los huesos del paladar producida por el tejido hipertrofiado hiperplástico se sabe que en algunos casos ha llegado a perforar ta les huesos. Además de los cambios antes señalados, se producen gra dos variables de irritación e hinchazón de las pequeñas glándulas palatinas. Ello origina un aspecto enrojecido edematoso y rugoso nodular del paladar, los tejidos suelen ser dolorosos y sangrar ligeramente cuando se quita la prótesis.

Tratamiento se dirige a los tejidos blandos y a fabricar una nueva dentadura, será necesario extirpar quirúrgicamente los tejidos hipertrofiados.

d) IRRITACION DE TEJIDOS QUE SOSTIENEN DENTADURAS POR EL SILASTICO

El silástico 390, caucho de silicona elástico, ha sido muy empleado para recubrir dentaduras completas en pacientes con bocas sensibles. Aunque la conservación de las dentaduras ha mejorado, gracias al empleo de este material, las complicaciones indeseables frecuentes, a veces graves, que puede producir han disminuido el empleo de este material. En plazo de 18 meses a dos años el material de revestimiento suele desintegrarse y desarrolla una porosidad indeseable. Este caucho de silicona también se ha asociado con el crecimiento de candida albicans sobre el propio material, con irritación de la mucosa de contacto e infección del tejido. Tratamiento: se suprimirá la dentadura y se aplicará tópicamente una suspensión de nistatina u otro antibiótico antimicótico. Se fabricará la nueva dentadura cuando la inflamación haya desaparecido.

e) PARESTESIAS ASOCIADAS CON EL PORTE DE DENTADURAS.

El paciente desdentado puede quejarse de parestesias en diversas partes de los tejidos que soportan las dentaduras.

Las parestesias que aparecen inmediatamente después de insertar dentaduras recién contruidas pueden guardar relación con errores al tomar la impresión o la fabricación de la base de la prótesis. No es raro que el paciente se queje de embotamiento de

la mucosa y la piel del mantón. Esta parestesia suele provenir de una presión anormal de la base de la dentadura sobre el nervio mentoniano y los vasos cuando salen del agujero mentoniano. Estos síntomas pueden suprimirse en gran parte moderando ligeramente la base de la dentadura o, de preferencia, utilizando una técnica de impresión adecuada que reduzca al mínimo los desplazamientos de la prótesis durante la masticación.

La parestesia unilateral en el paciente con dientes o sin ellos obliga al clínico a considerar la posibilidad de un nuevo crecimiento y compresión de un nervio.

f) RELACION ENTRE EL PORTE DE DENTADURA Y LOS PROCESOS MALIGNOS DE LA BOCA.

Muchos clínicos dentales y oncólogos han considerado las dentaduras mal adaptadas como una causa posible, a veces importante de procesos malignos en la cavidad bucal. Revisando las historias clínicas de estos pacientes se observa una relación que es más que coincidencia. En la mayor parte de los casos el proceso maligno se ha desarrollado en una zona donde el borde de una dentadura que se adapta mal ha irritado los tejidos en el surco bucal.

Se han estudiado grupos de pacientes desdentados con carcinoma bucal para determinar la frecuencia con la cual se descubre esta neoplasia en pacientes que llevan dentaduras. Norwegian Radiation Hospital afirma que la dentadura probablemente sea el factor aislado que con mayor frecuencia contribuye a la producción de cáncer de

boca. De los 560 pacientes estudiados con carcinoma epidermoide intrabucal, se consideró que 86 (15 por 100) estaban causados por dentaduras.

g) ESTOMATITIS POR DENTADURA

La estomatitis por dentadura debe considerarse un complejo - sintomático que pudiera resultar de diversos factores causales, locales y generales. Nyquist observó esta estomatitis algo más frecuente en pacientes jóvenes, y sobre todo del sexo femenino.

No comprobó correlación con la menstruación. Massler ha sugerido que la capacidad de las mujeres posmenopáusicas para llevar - dentaduras depende mucho del estado nutritivo y del equilibrio hormonal.

Las causas de esta estomatitis pueden agruparse según guarden relación con: Enfermedades generales, reacciones tóxicas y alérgicas a materiales de la base de las dentaduras, irritaciones mecánicas.

1) Enfermedades generales. Cualquier enfermedad general que disminuya la resistencia de los tejidos de la boca para factores locales - puede ser causa primaria o secundaria del desarrollo de esta estomatitis. Está indicado valorar al paciente y poder brindarle un tratamiento de sostén adecuado para poder lograr el mejor estado posible de los tejidos de la boca antes de fabricar las prótesis.

2) Reacciones quemotóxicas y alérgicas. La alergia para los materia

les de la base de la dentadura es causa posible de estomatitis. Puede producirse una reacción alérgica verdadera inmediatamente después de colocar la dentadura, y puede presentarse después de cierto tiempo de emplearla. Si se observan zonas eritomasas, vesiculares, erosionadas o necróticas en las superficies internas de los labios, donde estos tejidos tocan a los bordes de las dentaduras, es muy probable que el fenómeno sea alérgico.

La alergia para los materiales de base de la dentadura puede comprobarse con la prueba usual del parche, utilizando el material aplicado a la superficie interna de la parte alta del brazo del paciente. Otra prueba es aplicar una lámina de oro o de estaño a la mitad de la base de la dentadura mediante un adhesivo insoluble en agua. Luego se indica al paciente que se ponga la dentadura continuamente mientras dure la prueba. Los tejidos de la boca suelen examinarse con intervalos de 24 hrs.

3.- Irritación traumática. Las lesiones o la irritación por traumatismos a las zonas que sostiene las dentaduras son las causas más frecuentes de esta estomatitis. Las causas locales más frecuentes son inestabilidad de las bases de dentadura, relaciones inadecuadas céntricas e interferencias con la oclusión.

TRATAMIENTO:

Principalmente suprimir las causas, casi siempre a base de hacer dentaduras nuevas. El empleo de anestésicos locales solo brin

da alivio temporal y se destina fundamentalmente a suprimir los sin
tomias, no la causa del trastorno. Cuando se encuentran ya lesiones
de tejido fibroso hiperplástico y granulomatoso debe suprimirse qui
rúrgicamente.

C A P I T U L O X I

TRANSTORNO DEL GUSTO EN PERSONAS QUE USAN DENTADURAS.

No es raro que pacientes que llevan dentaduras completas se quejen de trastornos del gusto coincidiendo con el porte de las prótesis.

Dícese de algo que tiene "buen gusto" cuando el paciente obtiene placer comiendo o bebiendo la sustancia. Esta impresión cerebral del gusto está integrada por muchos factores aparte de los estímulos especiales del sabor. La consistencia física del alimento, su paso a lo largo de los tejidos gingivales, la mucosa y el paladar, los estímulos térmicos, el importante componente olfatorio y la estimulación de los botones gustativos constituyen e integran la "impresión cerebral del sabor". El dentista ha de comprender que el llevar una dentadura completa pudiera modificar esta apreciación del sabor.

El porte de las dentaduras completas ¿pudiera interferir con la estimulación de los botones gustativos? Estos se hallan principalmente en la superficie del dorso de la lengua alrededor de las papilas circunvaladas. Hay botones del gusto dispersos en la parte baja del paladar blando, y unos pocos profundamente en el surco lingual maxilar cerca de los molares posteriores. Si se colocarán dentaduras que cubrieran los receptores del gusto en el paladar blando y el surco lingual mandibular, las dentaduras serían tan extensas que el paciente no podría tolerar sus bordes, o resulta--

ría difíciles de quitar.

¿ Entonces como se explica el problema del gusto en pacientes portadores de dentaduras totales ? De las formas que puede afectar, podrían ser: la pérdida de contacto de fricción al pasar el alimento sobre los tejidos gingivales, la mucosa bucal y el paladar, y los estímulos térmicos.

Hay una pérdida gradual de sabor que acompaña al envejecimiento, y el paciente de mayor edad pudiera no darse cuenta de ello hasta hacerlo en ocasión de emplear una placa, que coincide con disminuir la percepción del sabor que ya iba disminuyendo desde hacía meses. El flujo salival disminuido que suele presentar también tiene efecto adverso sobre la agudeza gustativa.

Esto se deberá explicar al paciente para que tenga una mejor comprensión del problema.

IMPRESION CEREBRAL DEL SABOR EN PACIENTES DESDENTADOS Y PORTADORES-DE DENTADURAS.

	Paciente desdentado	Paciente portador de dentadura
Estímulos gustativos especiales	Presentes	Presentes-sin - modificación
Estímulos olfatorios especiales	Presentes	Presentes-sin - modificación
Estímulos visuales especiales	Presentes	Presentes-sin - modificación
Estímulos térmicos	Presentes	En gran parte - eliminados con dentaduras de plástico.

Sensación común-contacto de fricción del alimento con tejidos gingivales- y palatinos.	Presentes	Suprimido en gran parte.
---	------------------	-------------------------------------

C A P I T U L O XII

SINDROME DE INTOLERANCIA PROTETICA GRAVE

Este síndrome se hace agudamente consiente en algunos pacientes en los que se conjugan diversos factores que los llevan a un largo vía crúsis con sus prótesis, al que no consiguen superar, a veces ni siquiera mitigar, las atenciones de uno o varios odontólogos.

No se trata de un cuadro nosológico que admita la descripción en base a los caracteres comunes de su presentación en los distintos pacientes. Cambiante de un individuo a otro, las dificultades de origen anatómico, funcional, orgánico, mental y protético se superponen, mezcladas con los esfuerzos y reacciones del odontólogo, sin que suela ser fácil establecer si se trata realmente de intolerancia protética o simplemente de ineficacia protética; el caso es que el organismo no acepta la prótesis y la instalación no se termina.

Su manifestación básica es sufrimiento físico y mental que no parece guardar proporción con el factor desencadenante y porque se manifiesta como reacción contra la prótesis, aún cuando el paciente se somete con su mejor voluntad al tratamiento.

Dice Castro (1967): "Entendemos por intolerancia protética el conjunto de reacciones que pueden observarse en los portadores de aparatos protéticos como consecuencia de la inadaptación orgánica o mental que impide la incorporación satisfactoria

de las mismas en el esquema orgánico.

Nunca debe tomarse intolerancia protética las primeras -- reacciones, por violentas que sean, ni en el primer fracaso, ni siquiera el segundo. Solo se puede sospechar de ella a partir de la tercera prótesis fracasada y que debe diagnosticarse sobre el fundamento de haber agotado los elementos técnicos considerados normales para una prótesis correcta.

El factor mental está siempre presente en la intolerancia, aunque, puede no ser el iniciador o desencadenante, si no un sobreañadido a consecuencia del largo sufrimiento, que agrava el antagonismo entre el paciente y su prótesis, extendiéndolo al -- odontólogo.

Nunca se debe dar por perdido un caso en tanto el paciente quiera luchar, puesto que a la larga, se logra con suficiente paciencia, habilidad técnica, observación de los síntomas, búsqueda y eliminación de espinas irritativas y decisión por no omitir esfuerzos de ayuda, la disminución del sufrimiento y la aceptación del o los aparatos por el organismo.

El tratamiento médico es imprescindible si alguno de los factores de orden general pueden ser regulados con su ayuda. Es conveniente que el odontólogo se ponga en contacto con el médico para la eliminación de estos factores. No es raro que también el médico exija una buena alimentación acompañada de una -- buena masticación, como condición para mejorar el estado general.

Sharp encuentra considerable alivio a la falta de tolerancia protética mediante un tratamiento a base de tabletas de hígado crudo, vitamina B₁₂ y riboflavina.

Algunos pacientes abandonan la lucha, resignándose a la condición de desdentados, con tal de eliminar el sufrimiento. En este caso poco puede hacer el odontólogo.

Otros pacientes, las utilizan solo para las relaciones -- exteriores y no las usan en privado, y algunos mas sólo para comer. La mayoría sin embargo lucha e insiste.

El paciente que lucha contra su intolerancia no debe ser abandonado. Cuando después de infinitos retoques y ajustes se resuelva dar por fracasada la prótesis y volver a iniciar el tratamiento, debe volverse a un minucioso exámen y diagnóstico, en el que se incorporará la experiencia fracasada. Esto nos permite formular un nuevo plan de tratamiento, lo que dará origen a prótesis diferentes a las anteriores en muchos detalles.

Cuando el odontólogo comprenda que no puede dar más, procurará poner al paciente en manos de un colega capaz.

C A P I T U L O XIII

RECHINAMIENTO Y BRUXISMO

Se ha hecho evidente que se producen cambios en los tejidos duros y blandos inmediatamente después de colocada la prótesis. Los hábitos de rechinamiento y bruxismo que pudieran haber producido destrucción en la dentadura natural del paciente pueden intensificar los cambios óseos que de ordinario tiene lugar debajo de las prótesis. El reborde del paciente puede conformarse al tejido del lado de la dentadura por medio de reabsorciones y la aparición de manchas ulceradas. La reabsorción continua bajo tales presiones, y con la periferia que se afirma en zonas de hueso duro, puede producir dolor agudo y requerir ajustes interminables en los bordes de las prótesis.

Pueden ocurrir fracturas de la línea media y roturas de los dientes de porcelana.

Apretamientos que se prolongan largo tiempo pueden causar fibrosis de la musculatura, evidenciada por la apertura máxima limitada y la inelasticidad de las comisuras de la boca bajo estiramiento.

Es posible que el paciente deba quitarse la prótesis inferior durante la comida, con objeto de tener suficiente espacio para introducir los alimentos, y haya de colocársela de nuevo para tener soporte para el apretamiento. En general parece que se ignora la acción muscular, perjudicial para la función y longevi-

dad de las dentaduras artificiales.

AYUDAS PARA EL DIAGNOSTICO:

- 1.- Maseteros abultados.
- 2.- Historia de apretamiento y bruxismo
- 3.- Tensión bucofacial.
- 4.- Apertura máxima limitada.

AYUDAS PARA EL TRATAMIENTO:

- 1.- Informese al paciente sobre su responsabilidad.
- 2.- Evitese la mordida de apertura excesiva para soporte o estética.
- 3.- Usense bases metálicas donde las fracturas de la línea media sean posibles.
- 4.- Quitese la prótesis inferior durante la noche y durante el día si es posible.

C A P I T U L O X I V

IMPEDIMENTOS ANATOMICOS EN LA COLOCACION DE LAS PROTESIS TOTALES.

La preparación de la boca para la prótesis completa comprende de los procedimientos y medidas al alcance del odontólogo, en el estado actual de los conocimientos, para adecuar la boca a las necesidades y conveniencias del tratamiento.

De un modo general, esas necesidades se extienden a la conservación y restauración de la salud de los tejidos orales y correlativos, y a la preservación de las formas anatómicas adecuadas a las necesidades o conveniencias protéticas o su rectificación, cuando no lo son.

No se pretende, como se dice, a veces sin mucha reflexión, que las prótesis deban colocarse sobre maxilares sanos.

Tampoco se puede ni debe esperar la delimitación de todo proceso atrófico o la eliminación de toda la hipertrofia.

Pero el pronóstico es más claro cuando, si existen dificultades corregibles de orden anatómico, se las corrige.

a) EDENTACION INCOMPLETA Y FOCOS REMANENTES:

Es frecuente que los maxilares supuestamente desdentados, no lo sean del todo y aún aparezcan focos de infección, quistes, áreas de osteítis y, a veces, cuerpos extraños.

La primera conclusión que sacan los investigadores es la de

ficiencia quirúrgica, verdadera falta de preocupación por afinar - los diagnósticos que deben preceder a toda cirugía; como es el caso de los dientes incluidos y raíces y focos remanentes vecinos de las últimas extracciones y falta de interés por completar las extracciones en casos de fractura.

La segunda conclusión es un exámen radiográfico completo, ya que no se puede asegurar que un maxilar es desdentado a simple vista. Se ha demostrado que las radiografías panorámicas (oclusales) - son insuficientes; se requieren radiografías apicales cinco por lo menos, para cada maxilar.

La tercera conclusión es que: deben extraerse todos los cuerpos extraños que clínica o radiográficamente muestren signos de actividad. También deben extraerse todos los cuerpos de inclusión extraósea, sea supragingival o infragingival, ya que la cavidad subgingival está siempre infectada, aunque aparezca asintomática. No es necesario extraer los cuerpos totalmente incluidos en el hueso y carentes de signos de vitalidad, ya que probablemente no estén infectados ni en riesgo de serlo. No se deben extraer los cuerpos profundamente impactados en hueso, radiográfica y clínicamente inactivos, ya que su extracción representa un mal mayor.

La edad del paciente no es un factor ajeno a estas decisiones. Mc Callum señala la conveniencia de conservar terceros molares no erupcionados en personas jóvenes, puesto que sirven de estímulo a la osificación de las tuberosidades.

Considerando que un desdentado a los 20 años probablemente vivirá 40 años o más con prótesis, es razonable, en efecto conservar los terceros molares e ir retocando las prótesis durante algunos años hasta que, formadas las tuberosidades y erupcionados los molares, llega el momento oportuno para las extracciones.

Otro factor a considerar con respecto a la edad consiste en que la cirugía es mejor tolerada por jóvenes. En personas en los albores de la vejez puede ser preferible insistir en la extracción de ciertos dientes incluidos para evitarles el riesgo de tener que operarlos algunos años más tarde, con el estado general en declinación.

De cualquier manera, cuando no se extraen los dientes o cuerpos incluidos, el paciente debe saberlo, a los efectos de evitar equívocos y quizá sufrimientos innecesarios en el futuro. Frente a la prótesis completa, el odontólogo, no debe de perder de vista el futuro que es el total de la vida que el paciente tiene por delante.

b) FRENILECTOMIAS.

Las frenilectomías, como su nombre los dice, tienen por objeto eliminar frenillos. La más frecuente es la del frenillo superior mediano; pero puede tratarse de cualquier otro, o también de bridas cicatrizales. El resultado que se busca es mejorar la retención, facilitando el cierre periférico y eliminando la presión que el frenillo podría hacer sobre el borde protético.

Al realizar la frenilectomía el corte simple no es suficiente, ni aun en casos de prótesis inmediata, pues la tendencia a la -

regeneración es tan poderosa que exige ratoes de la prótesis, a medida que el frenillo se recupera. La frenilectomía exige la disección y extirpación del frenillo completada con una sutura que produzca la unión de la mucosa de ambos lados hasta el fórnix.

c) TORUS

Los torus son eminencia-s óseas, de tamaño variable, que aparecen en lugares definidos de los maxilares: centro de la línea media para el superior (torus palatino) y por lingual en la zona de los premolares para los inferiores (torus mandibular).

El superior es único, alargado en sentido anteroposterior, - alguna vez lobulado y, alguna vez, muy prominente. El inferior es generalmente semiesférico, de diámetro que rara vez pasa el de una lenteja y puede ser uni o bilateral, a veces multiple.

Característica de estas formaciones es su estructura ósea recubierta por una compacta gruesa, de dureza pétrea, cubierta por mucosa delgada. Por grande que sea el Torus palatino, el piso nasal nunca estaría descendido.

Los torus no tiene origen conocido ni significado patológico establecido. Pueden crear problemas en relación con las prótesis, muy poca adaptabilidad frente a las presiones de barras y bases protéticas.

Por lo general, basta construir las prótesis de manera que no toquen el torus para evitar los problemas.

Es corriente, que las personas que desarrollan torus promi-

nentes posean buen desarrollo óseo y qué, por lo general no planteen problemas difíciles de retención de prótesis completas.

No se deben perturbar a menos que sean obstáculo para la retención de las prótesis o causen perturbaciones en la palabra; entonces pueden insertarse dentaduras superiores haciendo un alivio para la protuberancia. Pero sí, por su tamaño o su forma, el torus causa dificultad, debe removerse.

d) HIPERTROFIAS TUBERALES:

Las hipertrofias de las tuberosidades pueden crear problemas en dos sentidos: hacia vestibular o hacia oclusal, donde pueden llegar a suprimir totalmente el espacio protético.

En este caso se debe decidir entre una prótesis que no cubra la zona correspondiente, ya sea haciéndola corta o con perforaciones a nivel de los sitios de falta de espacio, o la creación quirúrgica del espacio.

El diagnóstico quirúrgico puede presentar tres situaciones:

1.- La hipertrofia es puramente mucosa, en este caso bastaría con levantar unos colgajos, adelgazarlos y suturarlos.

2.- La hipertrofia es ósea y osteomucosa, en este caso se necesita alveolotomía con o sin adelgazamiento de la mucosa.

3.- El crecimiento es del seno maxilar, que ocupa la zona hipertrofiada, aquí es preferible prescindir de la intervención quirúrgica, que podría terminar en una comunicación antrobucaal o comunicación a seno.

C A P I T U L O X V

¿ PORQUE FRACASAN LAS DENTADURAS ?

¿ Que es una dentadura sin éxito y en que se diferencia -
de una exitosa ? Para decidir esto analizemos lo siguiente:

Las dentaduras completas deben:

- 1.- Restaurar la dentadura natural perdida y las estructu
ras asociadas del maxilar superior y del inferior.
- 2.- Mantener la salud de los tejidos de la boca.
- 3.- Restaurar la función, la fonética y la estética.
- 4.- Ser cómodas y no introducirse en la conciencia del --
portador.

Una dentadura sin éxito se puede definir como la que falla
en el cumplimiento de alguno o de todos los puntos arriba citados.

EZQUEMA DE RAZONES DE FRACASOS:

I Valoración inadecuada del paciente.

A. Falla en el reconocimiento de las limitaciones psico--
lógicas impuestas por el paciente.

B. Falla en la identificación de las limitaciones físicas
del paciente.

- 1.- Estructural
- 2.- Sistémica.
- 3.- Neuromuscular.
- 4.- Secuelas posoperatorias y de radiación.

II Falla del dentista para comprender sus propias limitaciones

- A. Conflictos personales con el paciente.
- B. Capacidad profesional insuficiente.

III Fallas en la preparación del paciente para dentaduras.

- A. Preparación física.
- B. Preparación psíquica.
- C. Alcance de las esperanzas del paciente.

1.- en cuanto a función

2.- en cuanto a aspecto

- D. Falla en explicar el plan de tratamiento y honorarios.

rios.

IV Errores en la construcción de las dentaduras.

- V Falla en el pedido de consulta cuando está indicada.

VI Falta de cuidado ulterior adecuado.

I VALORACION INADECUADA DEL PACIENTE

El primero y más frecuente punto de fracaso ocurre a causa de procedimientos inadecuados de valoración y diagnóstico. -- Los métodos y técnicas utilizadas para examinar y comprender al paciente son de la mayor importancia para la predicción del éxito o fracaso.

Del procedimiento de valoración el práctico debe extraer sobre su paciente ciertas conclusiones que guíen el curso de su tratamiento.

- A. Falla en el reconocimiento de las limitaciones Psicoló

gicas impuestas por el paciente.

Muchos fracasos ocurren porque el paciente no puede aceptar la realidad de las dentaduras, pues posee problemas emocionales que interfieren en su capacidad de adaptación. A menudo se identifican con rapidez, y puede resolverse con paciencia y cuidado un dentista penetrante y comprensivo. Hay algunos individuos, sin embargo, tan enfermos mentalmente que nada de lo que haga el dentista les permitirá usar dentaduras con éxito.

Como ejemplo de pacientes que son un peligro para la prótesis dental exitosa tenemos a: Los rechinadores de dientes, -- desesperados que gastan sus dientes constantemente, los nauseosos persistentes, las personas que salivan demasiado con las dentaduras o cuyas bocas se secan cuando las usan, los que están bien dotados físicamente para las dentaduras pero demostrar su capacidad de conquistar y derrotar al dentista.

B. Falla en la identificación de las limitaciones físicas del paciente.

Una valoración adecuada del paciente, puede, con frecuencia, descubrir anomalías estructurales o deficiencias sistémicas en él.

1.- Estructural.

Alteraciones anatómicas como bordes alveolares muy reabsorvidos, mandíbula o maxilar superior muy pequeño o con deformidades congénitas pueden ser de mucha dificultad para el dentista.

ta.

Los crecimientos óseos exagerados como tuberosidades maxilares anchas. El torus lingual o palatino y las exostosis vestibulares crean a menudo zonas de retención que son responsables de mucha incomodidad durante la construcción de la dentadura y después de ella.

Una lengua puede ser masiva, inmóvil o hiperactiva.

Los tejidos que rodean las zonas de asentamiento de la dentadura pueden insertarse de modo que el sellado adecuado sea imposible; la línea de vibración del paladar blando se puede extender hacia adelante tanto que el espacio para la dentadura superior se restrinja mucho.

2.- Enfermedades sistémicas.

Las enfermedades sistémicas se reflejan en los tejidos de la boca por tono pobre, fragilidad de los tejidos, umbral doloroso bajo, curación lenta, incapacidad de soportar presiones, sensibilidad marcada y alergias.

3.- Falta de coordinación neuromuscular.

Es de gran importancia la falta de coordinación neuromuscular que presentan algunos pacientes. Esto es una limitación grave que presentan algunos pacientes y disminuye su capacidad de ayudar al dentista en la confección de dentaduras adecuadas, pues hace más difíciles numerosos pasos intrincados que requiere la construcción de dentaduras. Más tarde estos pacientes encuentran que es muy difícil adaptarse a las dentaduras y usar -

las en la forma correcta.

4.- Secuelas posoperatorias y de radiación.

Estas limitaciones físicas impuestas por individuos que han sido sometidos a cirugía maxilo facial mayor, para corregir, defectos congénitos o como resultado de procesos malignos o accidentes, varían con cada caso. Esta gente desafortunada está a menudo provista de una carga emocional adicional y soporta el peso de la desfiguración. Muchos poseen dificultades en el habla y la deglución, lo cual hace imposible hacer frente a una restauración protética.

La radiación de las zonas de asiento de la dentadura disminuye la capacidad de ese tejido para tolerarla. Son dolorosas, se lesionan pronto y se reparan con lentitud.

II FALLA DEL DENTISTA PARA CAPTAR SUS PROPIAS LIMITACIONES.

Es importante que el dentista se valore en forma realista en relación con las necesidades de su paciente, de modo que pueda saber si está preparado para tratar a ese individuo o no. Debe tomarse todo el tiempo necesario para aprender cuanto pueda sobre como reacciona respecto de él.

A. Las limitaciones del conflicto emocional.

Los profesionales de más éxito son los que pueden reconocer conflictos irreconciliables de personalidad entre él y un paciente ocasional.

Puede ser un tono de voz, una actitud, ciertas formas de vestir o una palabra casual que inmediatamente instala alarmas -

y resistencias por parte del dentista. Este debería derivar a tal paciente a otra parte para su tratamiento. Todo dentista aprende, tarde o temprano, que no puede tratar con éxito a cuantos viene a él.

B. Las limitaciones del conocimiento o experiencias insuficientes

La segunda limitación es la más dura para el ego, pero debe ser enfrentado si el dentista desea agregar serenidad a su vida y su práctica. Nadie puede estar preparado para cada situación o desafío presentado por los pacientes, y si una apreciación objetiva del profesional indica que el paciente necesita cuidado especial, el medio adecuado para tratarlo es derivarlo a alguien - que este preparado en forma adecuada para proporcionar dicho tratamiento.

III FALLAS EN LA PREPARACION DEL PACIENTE.

La preparación del paciente para dentaduras es tan importante como la construcción en sí misma. Esto continúa, como lo hace nuestra valoración del paciente, durante el período de construcción.

A. Preparación física

Se puede evitar mucho dolor y dificultad al futuro portador de prótesis si se detectan obstáculos estructurales o físicos corregibles y se eliminan desde un principio.

El valor del acondicionamiento sistémico adecuado para el

paciente que sufre una enfermedad o un impedimento en la función física es, por supuesto, preludeo básico para tejidos sanos y tolerancia correcta de la dentadura.

B. Preparación emocional del paciente.

Mientras el dentista trabaja para lograr la prótesis bucal que el paciente empleará para restaurar la apariencia y la función de su mecanismo facial, bucal y faríngeo, debe tener sensibilidad para con las necesidades de su paciente.

Mientras el dentista prepara el caso debería explicar el papel que el paciente desempeñará para hacer un éxito de su nueva restauración.

C. Limitación de las esperanzas del paciente.

El dentista debería tratar de determinar cuán reales son las esperanzas del paciente respecto a sus dentaduras.

Si deseamos evitar desilusiones a nuestros pacientes, hemos de comparar sus esperanzas con la realidad de los límites impuestos por el caso en sí. Debemos entonces explicarles con cuidado lo que podemos razonablemente prever para su dentadura. La exactitud de nuestro pronóstico refleja nuestra apreciación del caso, nuestra experiencia y habilidad.

La falla en la limitación de las esperanzas del paciente y el informe completo de los riesgos y dificultades que significa lograr una prótesis acomodada a sus necesidades son cau

sas frecuentes de insatisfacción y falta de comprensión de nuestros pacientes.

D. Falla en el explicar el plan de tratamiento y honorarios.

Las mayores áreas de incomprensión y resentimiento de - - nuestros pacientes desdentados son la de los honorarios, la falta del conocimiento del trabajo por realizar y el tiempo que consume el plan de tratamiento.

Tras un diagnóstico atento y el establecimiento del plan de tratamiento, el dentista debe detenerse y explicar sus hallazgos y su tratamiento anticipado al paciente. Esto no debe hacerlo en la primera visita. En algunos casos estas explicaciones y ordenamientos se harán después de muchas visitas de diagnóstico. Es esencial que ocurra antes que comience el tratamiento real.

Por último, es preciso discutir los honorarios y el medio de pago. La gente se resiste en general a pagar honorarios que no han sido fijados antes del tratamiento. Los pacientes están acostumbrados a saber el precio antes de comprar, y si bien puede ser más difícil predecir con absoluta seguridad el costo de un servicio tan personal y variable como la odontología, la experiencia prueba que esto puede hacerse con justicia tanto para el paciente como para nosotros.

IV. ERRORES EN LA CONSTRUCCION DE DENTADURAS.

La mayoría de las fallas generalmente ocurren antes de que las prótesis se hagan.

Con frecuencia sucede que, además de la preparación y valoración inadecuadas, el paciente debe tolerar dentaduras que fallan en el cumplimiento de algunos requisitos para la construcción.

Los errores observados con mayor frecuencia son la falta de espacio libre interoclusal adecuado, relación interoclusal incorrecta, extensión periférica incorrecta, mala adaptación de las bases de las dentaduras a los tejidos subyacentes y mala estética.

Las dentaduras deben llenar estos requisitos, para su buen funcionamiento:

- 1.- Una oclusión de las dentaduras entre sí que las fije en sus bases más bien que las descoloque cuando funcionan.
- 2.- Una dimensión vertical que restaure el contorno facial normal y aun permita suficiente espacio interoclusal.
- 3.- Cobertura máxima e indentificación de la zona de apoyo de la prótesis para permitir un sellado periférico de la base en los tejidos blandos sin interferir en la función normal.
- 4.- Dentaduras que se adaptan de forma exacta a los tejidos subyacentes sin lesionarlos.
- 5.- Apariencia armoniosa con las características faciales y el tipo de vida del paciente.

V.FALLA EN EL PEDIDO DE CONSULTA CUANDO ESTA INDICADA.

El uso de un consultor es una ventaja con mucha frecuen-

cia descuidada en la construcción de dentaduras. Puede haber momentos, de preferencia antes de comenzar el caso, pero a menudo durante la construcción o después de ella, en que el consejo y el análisis objetivo de un problema por un colega, eviten el fracaso.

VI. FALTA DE CUIDADO ADECUADO ULTERIOR.

El dentista tiene la obligación de cuidar al paciente después de colocadas las prótesis. Suele suceder que se invierta más tiempo en el paciente una vez colocadas las dentaduras que durante su construcción. Cuando esta contingencia está planeada, no surgen problemas. Cuando sobrevienen dificultades inesperadas el dentista puede perder su objetividad y en lugar de tratar de determinar, con calma, la causa de la molestia del paciente, buscar remedios que no aliviarán la situación.

CONCLUSIONES

El paciente con dentadura completa necesita paciencia, persistencia y persuasión. La capacidad del paciente para adaptarse guarda relación directa con su estado de salud.

La educación del paciente de cierta edad requiere más tiempo y más paciencia, ya que consideran el llevar una dentadura postiza como signo de edad avanzada y son los que tendrán más dificultad para ajustarse a las prótesis, por muy buena que sea la destreza con la cuál se han preparado tales dentaduras.

Los motivos del tratamiento deben explicarse con todo cuidado, claridad y en forma concreta. La reacción emocional del paciente al tratamiento propuesto puede dar una buena pista de su probable cooperación y de la aceptación del tratamiento.

El dentista debe reconocer que los pacientes de todas las edades tienen miedo de perder la belleza, el vigor, etc, con la mutilación que representa la pérdida de los dientes.

Son demasiados los técnicos que están "fabricando y vendiendo dentaduras", y que no brindan a sus pacientes un servicio dental adecuado.

Ha de enseñarse al paciente desdentado el concepto de servicio dental completo. Las dentaduras artificiales no son en modo alguno un accesorio humano permanente, una vez fabricadas. Las dentaduras son dispositivos para compensar la pérdida de los dientes - estas requieren de vigilancia y modificación periódica para compen

sar cambios de los tejidos con los cuales pueden estar asociadas;-
la atención profesional periódica es necesaria y las dentaduras de
ben ser modificadas, según las necesidades del paciente.

BIBLIOGRAFIA

PROTESIS DE DENTADURAS COMPLETAS

Odontología Clínica de Norteamérica

Serie VIII Volúmen 24

Editorial Mundi 1968

PROSTODONCIA TOTAL

Dr: Pedro Saizar

Editorial Mundi 1971

PROSTODONCIA TOTAL

Dr: José G. Osawa Deguchi.

Editorial UNAM 1973

PROTESIS COMPLETA; MANUAL CLINICO Y DE LABORATORIO

D.J. Neill - R.I. Nairn

Editorial Mundi 1968

MANUAL CLINICO DE PTOTESIS TOTALES

Bernard Levin

7a. edición 1971

PROSTODONCIA TOTAL

Swenson Merrill G

UTEHA 1959

TECNICA DE PROTESIS COMPLETA EQUILIBRADA

Martorelli Héctor

1a. edición Buenos Aires 1967

PROSTODONCIA TOTAL

Sears y Nagle.

DENTADURAS COMPLESTAS

Clínica Odontológica de Norteamérica.

Editorial Interamericana edición 1977

MEDICINA BUCAL

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Dr: Lester W. Burket

6a. edición editorial Interamericana

OCCLUSION

Ramfjord Ash

2a. edición editorial Interamericana. 1972