

14 77

**Escuela Nacional de Estudios Profesionales  
Iztacala - U.N.A.M.**



---

**CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA**

**PROTESIS INMEDIATA**

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

**VICTORIA CASTILLO HERNANDEZ**

**SAN JUAN IZTACALA, MEXICO 1982**



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.

# I N D I C E

	pag.
PROLOGO -----	1
CAPITULO I	
1.- Concepto de Prótesis Inmediata -----	4
2.- Tipos de Prótesis Inmediata -----	5
CAPITULO II	
1.- Ventajas -----	8
2.- Desventajas -----	13
3.- Indicaciones -----	15
4.- Contraindicaciones -----	15
CAPITULO III	
1.- Procedimientos de Diagnóstico -----	17
a).- Historia Clínica Médica -----	17
Historia Clínica Dental -----	20
b).- Estudio Radiográfico -----	22
c).- Modelos de Estudio -----	24
d).- Articulación de Modelos -----	27
CAPITULO IV	
1.- Diagnóstico -----	31
2.- Pronóstico -----	32
3.- Plan de tratamiento -----	35
CAPITULO V	
1.- Portaimpresión Individual -----	38
2.- Impresión Fisiológica -----	44

pag.

3.- Modelos de Trabajo Definitivos -----	46
4.- Relaciones Intermaxilares -----	48
5.- Transferencia y Montaje -----	53

#### CAPITULO VI

1.- Cirugía del Modelo -----	61
2.- Placa Base Transparente -----	64
3.- Datos Preprotésicos -----	64
4.- Elaboración de la Prótesis -----	66

#### CAPITULO VII

1.- Preparación Quirúrgica -----	72
a).- Exámenes Clínicos -----	72
b).- Exámenes de Laboratorio -----	72
c).- Medicación Prequirúrgica -----	73
2.- Tratamiento Quirúrgico -----	73
a).- Exodoncia -----	74
b).- Alveolectomía -----	75
b.1).- Abulsora -----	76
b.2).- Estabilizadora -----	76
b.3).- Modeladora -----	76

#### CAPITULO VIII

1.- Comprobación de la Semejanza Protético Clínica -----	84
2.- Tratamiento Posoperatorio -----	86
3.- Control de Oclusión -----	87

pag.

CAPITULO IX

1.- Período de Transición -----	94
2.- Rebase -----	96

CONCLUSIONES -----	104
--------------------	-----

BIBLIOGRAFIA -----	105
--------------------	-----

## PROLOGO

La Prótesis Inmediata es el servicio profesional -- que requiere más conocimientos, habilidad y criterio que la Prótesis Dental Mediata; ya que se debe realizar un diagnóstico correcto para efectuar un buen plan de tratamiento de acuerdo a las necesidades del paciente.

Esta prótesis no autoriza la extracción de dientes cuya conservación satisfactoria es aún posible, ni garantiza contra los fenómenos iatrogénicos que pudieran sobreenvenir.

Para elaborar una Prótesis Inmediata, se deberá valorar la salud general del paciente, ya que es un factor importante a considerar, pues existen padecimientos como la diabetes y la anemia, que en un momento dado podrían dificultar este tratamiento. Otro de los puntos importantes para realizar esta prótesis es el estado psicológico del paciente, ya que influye primordialmente en el éxito de esta rehabilitación. Además se deben considerar los factores anatómicos, fisiológicos, así como la edad del paciente; el cual deberá estar conciente de que el precio de este tratamiento no es fijo, pues el tratamiento es largo y requiere de continuas modificaciones, hasta la colocación de una prótesis mediata.

Es imprescindible su preparación previa con el fin de colocarla inmediatamente después de haber eliminado los dientes naturales y de hacer la corrección de los procesos mediante la ostectomía. Esta prótesis nos ayuda

ra a controlar la hemorragia, colaborara con el proceso de cicatrización y contorneará el hueso residual, y el paciente no se encontrara desdentado durante el tiempo de cicatrización y elaboración de una prótesis mediata; reduciendo con ésto la tragedia física, psíquica y estética que trae como consecuencia tal estado.

Por otra parte es muy importante explicar al paciente, que esta restauración removible debe ser temporaria, pues puede afectar la integridad de los tejidos de soporte si se usa por un período de tiempo prolongado sin un cuidadoso control.

La rehabilitación con Prótesis Inmediata, no se realiza frecuentemente en el consultorio dental, posiblemente por la falta de preparación o por inseguridad en el diagnóstico; ya que si no se efectua un diagnóstico corrrecto se corre el riesgo del fracaso.

El Cirujano Dentista debe conocer los tipos de prótesis inmediata, sus ventajas, desventajas, indicaciones y contraindicaciones, así como, los procedimientos de diagnóstico para aplicarlos correctamente y así establecer un plan de tratamiento adecuado; tambien debe estar relacionado estrechamente con la Cirugía Bucal Preprotética con el fin de proporcionar un buen tratamiento al paciente que lo requiera.

Este trabajo, aunque es un breve resumen de la recopilación de datos bibliográficos, podrá insitar tanto al Profesional como al Estudiante de Odontología a preparar

se más, y así proporcionar un mejor servicio dento-protético en el consultorio dental.

## CAPITULO I

### 1.- CONCEPTO DE PROTESIS INMEDIATA

Prótesis Inmediata es el procedimiento que consiste en colocar un aparato protésico construido para sustituir la dentición perdida y las estructuras asociadas al maxilar superior o del maxilar inferior inmediatamente después de extraer el último o los últimos dientes naturales y después de realizar la regularización de los procesos.

Este es un criterio reducido ya que puede colocarse hasta unos días después de las extracciones, pero siempre antes de la cicatrización de las brechas quirúrgicas (que puede considerarse terminada con la epitelización del coágulo) y aún considerarse prótesis inmediata, pues participa en las circunstancias que la caracterizan: el sujeto no se ha acostumbrado a estar sin dientes, el aparato es colocado sobre brechas quirúrgicas sólo cubiertas por sus coágulos o por colgajos aún no consolidados y, por lo tanto, durante el primer período se debe atender simultáneamente a la instalación de la prótesis, al postoperatorio que evoluciona en contacto con ella y a la atrofia cicatrizal.

La Prótesis Inmediata, cualesquiera que sea la técnica seguida y el momento exacto en que se coloque, asienta sobre tejidos recién operados que probablemente sufriran modificaciones importantes en poco tiempo.

Esta prótesis puede sustituir desde un diente hasta los treinta y dos dientes y puede afectar una arcada o -ambas arcadas. Cuando es necesario extraer dientes de ambas arcadas no es obligatorio colocar las dentaduras en las dos arcadas en la misma sesión.

A la Prótesis Inmediata se le califica mejor con el término de Prótesis de Transición ya que no se le puede llamar Prótesis Provisoria o Temporaria, no porque no lo sea sino porque en un principio todas las prótesis lo son.

## 2.- TIPOS DE PROTESIS INMEDIATA

Los tipos de dentaduras que pueden insertarse en el momento cuando son eliminados algunos o todos los dientes pueden reducirse a cuatro tipos:

- a).- Prótesis Parcial Aditiva.
- b).- Férula Momentánea.
- c).- Prótesis Inmediata Completa Abierta (sin flanco vestibular).
- d).- Prótesis Inmediata Completa Cerrada (con encaje completa).

a).- Prótesis Parcial Aditiva.- Puede ser transformación de la prótesis que usa el paciente, si se encuentra en buenas condiciones, es la prótesis parcial en que se van agregando gradualmente las piezas artificiales -- conforme se van realizando las extracciones. Tiene ventajas definidas, que la indican en muchos casos: evita las

extracciones masivas, permitiendo un desdentamiento gradual, con menor cantidad de trauma.

Por lo mismo, facilita la extracción previa de los dientes posteriores, sirviendo como transición hacia la Prótesis Inmediata Completa. Puede hacer más económico - el servicio o facilitar su financiación, y a veces, prestar servicios duraderos.

b).- Férula Transitoria.- Los dientes posteriores - son reemplazados por férulas de acrílico que se articu--lan directamente en la boca, añadiendo acrílico autopolimerizable; los dientes anteriores se hacen rápidamente - por vaciado de los dientes en la impresión con acrílico de color adecuado. Esta es sólo provisional.

Puede ser una solución en ciertos casos, por su rapidez y economía de ejecución. Es algo así como una prótesis económica.

c).- Prótesis Sin Flanco Vestibular.- (intraalveo--lar). Casi siempre sin el flanco vestibular anterior. Se socava el alvéolo en el modelo y se introduce en éste -- dos o tres milímetros del diente de reemplazo. Esto hace que los dientes artificiales se muestren emergiendo de - la encía. Tiene la ventaja de permitir la atrofia vestibular sin perturbación y el inconveniente de requerir la encía artificial al cabo de quince a veinte días.

d).- Prótesis Inmediata Con Encía Completa.- Es la más exigente en la técnica de construcción y la preferi-

da por la mayoría, pues reduce el peligro de retención - deficiente, que puede presentarse en las prótesis sin en cía artificial.

Aunque la dentadura no sea un tejido vivo debe ser aceptada como parte de un sistema compuesto por tejidos vivos. Debe ser fisiológica y tolerada por el paciente.

Para lograr un resultado óptimo la dentadura comple ta debe llenar las exigencias siguientes:

- 1).- Compatibilidad con el medio ambiente bucal.
- 2).- Restauración de la eficacia masticatoria den--  
tro de ciertos límites.
- 3).- Armonía con las funciones del habla, respira--  
ción y deglución.
- 4).- Aceptabilidad estética.
- 5).- Conservación del soporte restante tanto duro -  
como blando.

Este último requerimiento es el desafío más grande que tiene que afrontar el dentista y el enfermo. Las pr i me ras cuatro exigencias pueden ser evaluadas mediante ob servación clínica, pero la última es difícil de realizar y es aún más difícil de evaluar.

## CAPITULO II

### 1.- VENTAJAS

La Prótesis Inmediata constituye el medio de reducir la tragedia física y psíquica del desdentamiento; si comparamos las ventajas de la dentadura inmediata con las dentaduras completas tradicionales, las ventajas superan las desventajas.

Las ventajas de la Prótesis Inmediata pueden clasificarse en: anatómicas, funcionales, estéticas, psíquicas y quirúrgicas.

#### ANATOMICAS:

a).- Impiden la pérdida inmediata de la altura, al reemplazar el tope oclusal preservando o restituyendo la altura morfológica.

b).- Los dientes naturales ayudan estableciendo la dimensión vertical de oclusión y posicionando los reemplazos artificiales.

c).- Evita violencias en las articulaciones temporomandibulares.

d).- Los labios, lengua y mejillas no cambian sus posiciones por la falta de soporte; por lo tanto, será más fácil hacer que las superficies pulidas de la denturasean compatibles con estas estructuras.

e).- Impide el colapso labial y hundimiento de las mejillas. El estar un período largo sin dientes motiva - que las mejillas caigan colapsadas y fofas; aún estar un tiempo corto sin dientes puede causar daño a la articulación temporomandibular, con dolor o sin el.

f).- Período de aprendizaje más corto; cuando se permanece sin dientes durante un largo período de tiempo se hace más difícil acostumbrarse a ellos de nuevo; el paciente desarrolla a veces hábitos, especialmente con la lengua (ensanchamiento lingual), que más tarde causan dificultades en el uso de las dentaduras nuevas.

#### FUNCIONALES:

a).- Permite a la musculatura afectada a seguir en sus posiciones normales.

b).- Los enfermos parecen recuperar más rápidamente las funciones del habla, deglución y respiración que --- cuando permanecen edéntulos un período de tiempo.

c).- La restauración inmediata de los dientes, especialmente de los anteriores, hace posible al paciente hablar con más claridad.

d).- A pesar de que la masticación se haga con cuidado en el período inicial, el paciente comerá mejor con dientes que sin ellos.

e).- El paciente se ahorra los inconvenientes y la angustia de algunos meses de incapacidad evitando o reduciendo los reajustes dietéticos y digestivos.

f).- Evita la mayor parte de los trastornos y reajustes fonéticos del desdentamiento.

g).- Ayuda a mantener normalmente la actividad de la vida de relación ya que para algunas personas es una necesidad económica poder continuar su trabajo con una interrupción lo más corta posible.

h).- Los rebordes alveolares resultantes son más grandes y más regulares que cuando se les deja sin protección por lo tanto son mejor soporte para las placas.

i).- No hay pérdida de tiempo en aprendizaje, ni ausencia de los negocios habituales, ni del medio social. La restauración inmediata permite al paciente acudir a su oficina u otras actividades públicas.

#### **ESTÉTICAS:**

a).- Impide el colapso facial, consecuencia de las pérdidas y transformaciones anatómicas.

b).- Con frecuencia permite introducir mejoras a veces considerables.

c).- El paciente está mejor con dientes y a menudo los nuevos dientes parecen mejor que los naturales. La -

apariciencia es afectada minimamente.

d).- El dentista podrá colocar los dientes en sus posiciones identicas. Como resultado la reproducción más fiel de la variación individual de los dientes, contornos de los arcos y posiciones son posibles. El dentista puede orientar los dientes anteriores en sus posiciones vertical y anteroposterior. De esta manera, las posiciones de los dientes anteriores pueden ser establecidas con exactitud.

#### PSIQUICAS:

a).- Elimina la "humillación que sufren muchos pacientes al quedarse sin dientes durante el período de ciatrización. Es crítico para todos los pacientes, quienes pueden perder prestigio social o en su ocupación.

b).- Facilita la continuidad de la vida de relación al evitar la influencia del "que diran". La pérdida de los dientes naturales no es apreciable con la dentadura inmediata, a menudo ni los mismos familiares, ni individuos con quien diariamente se relaciona son capaces de advertir que han sido quitados los dientes naturales. Para algunos pacientes esta es una gran ayuda psíquica y, por lo tanto, podran realizar sus actividades sociales y profesionales sin apuros.

c).- Facilita la decisión de sacrificar los dientes naturales cuando es preciso ya que no tienen que mantenerse en un estado edéntulo ante sus familiares, y pue--

den mantenerse en sociedad y continuar sus actividades - sin dificultad.

d).- Reduce los trastornos de acostumbramiento a la prótesis, casi siempre un paciente que tuvo dentadura inmediata será después un portador asiduo de dentaduras -- completas.

#### QUIRURGICAS:

a).- Actua como "vendaje" protector de las heridas durante los primeros días.

b).- Una dentadura con su base ajustada, al cubrir las heridas abiertas en los tejidos, reduce la pérdida - de sangre en los mismos.

c).- Los tejidos heridos son protegidos de la irritación provocada por los alimentos, líquidos bucales, de los dientes presentes en la arcada opuesta y especialmente de la irritación de la lengua.

d).- Estos tejidos heridos no quedan expuestos al - material infeccioso que entra en la boca o con los ali--mentos, que pueden facilitar el crecimiento bacteriano, protegiendo los tejidos contra las infecciones del exte--rior.

e).- Es un medio ideal para aplicar medicamentos. Las fases de las dentaduras aplicadas en contacto con -- los tejidos mantienen los medicamentos que sean necesaa--

rios en contacto estrecho con los mismos.

f).- Generalmente hay menos dolor porque la dentadura protege las áreas operadas contra la irritación, y especialmente contra el acceso de aire a los tejidos abiertos, disminuyendo así el dolor del paciente.

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

h).- El hueso es contorneado por la prótesis.

## 2.- DESVENTAJAS

Aunque existen pocas desventajas cuando todas las fases se ejecutan con cuidado, una técnica quirúrgica incorrecta o una dentadura inmediata mal construida pueden conducir a dificultades. Aún con las dentaduras inmediatas bien construidas pueden existir ciertas desventajas que se deben señalar al paciente, para que tenga clara conciencia de las limitaciones de la prótesis inmediata.

Las desventajas de la Prótesis Inmediata son exclusivamente sus exigencias:

a).- Un trabajo adicional. Tanto en la clínica como en el laboratorio se requieren más detalles y diversos procedimientos que se añaden a los habituales de la construcción de dentaduras ordinarias.

b).- La coordinación quirurgico-protético exige --- precisión en la técnica, establecida en base a exactos - diagnósticos y a ajustadas indicaciones en ambos senti - dos. Las intervenciones quirúrgicas al dejar de ser uni- tarias para extenderse a grupos de dientes, se hacen más traumatizantes, exigiendo habilidad y dominio. También - el trabajo protético requiere habilidad y experiencia, puesto que el fracaso resultaría intolerable.

c).- La selección de casos es una exigencia inexcu- sable. Ante la edentación total, si no hay contraindica- ción formal el protesista dejará de actuar solamente por incomprensión del paciente o por su propia incapacidad - frente a la dificultad del caso.

d).- Las bases no se fijan a los tejidos con tanta exactitud, especialmente donde se han quitado los dien- tes y debido a los cambios subsiguientes a la elimina --- ción de los mismos, las dentaduras inmediatas necesitan rebases muy pronto.

e).- Además de necesitar más tiempo para su cons--- trucción, el servicio se encarece, tanto por su menor du- ración probable, la necesidad de rebasado y reajustes, y requerirse nueva prótesis.

f).- Puede ser un inconveniente (serio) el hecho de que las fallas técnicas, que pueden ser clínicas o de la laboratorio, sólo se evidencian después de la intervención quirúrgica final ya que al tener aún sus dientes natura- les en la boca, no tenemos la posibilidad de colocar la

prótesis para comprobar sus efectos en la boca antes de terminarla.

### 3.- INDICACIONES

Tomando en cuenta que cada caso debe tratarse en -- forma particular, según caracteres y circunstancias, podemos mencionar las siguientes indicaciones:

a).- Que la edad y estado general del paciente permitan la o las intervenciones quirúrgicas que se requieran.

b).- Que el estado de la boca y dientes admitan la espera requerida para el trabajo preoperatorio.

c).- Que el paciente desee este tipo de servicio y esté dispuesto a aceptarlo, con todo su contenido implícito.

### 4.- CONTRAINDICACIONES

Si el caso no llena los requisitos anteriores, la -- contraindicación es formal. No debe intentarse prótesis inmediata en pacientes que no reúnan las condiciones físicas y psíquicas adecuadas para recibir el servicio y -- afrontar su responsabilidad como corresponde.

Está contraindicada cuando implique un riesgo para su estado o por su estado:

a).- Significa riespo en: idiotas, dementes, epilépticos.

b).- Puede agravar su estado en: el cancer, sífilis tuberculósis bucal u otros procesos graves en evolución, también es riesgosa en pacientes con maxilares irradiados y las posibilidades de éxito son negativas, como ya lo mencionamos, cuando el estado mental del paciente impide su comprensión, tolerancia o confianza suficiente.

## CAPITULO III

### 1.- PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICO

En su apreciación más simple, diagnóstico es la interpretación de los síntomas, entendiéndose como tal, a todo dato o información que pueda interpretarse como indicativo del estado del paciente tanto en lo que se refiere a su integridad física y a sus funciones orgánicas como a su estado constitucional.

Para llegar al diagnóstico, debemos llevar a cabo los procedimientos siguientes:

- a).- Historia Clínica Médica y Dental.
- b).- Estudio Radiográfico.
- c).- Modelos de Estudio.
- d).- Articulación de Modelos.

#### a).- HISTORIA CLINICA MEDICA:

La historia clínica es en realidad, el relato fiel que puede hacer el médico respecto a la evolución clínica de su paciente.

La historia clínica comprende los antecedentes hereditarios, familiares, sociales, ambientales y personales que se consideran de interés; más los datos que surjan - del examen, de los análisis de laboratorio, radiográficos o cualquier otro tipo de informes.

En la historia clínica se anotan los datos personales del paciente, sexo, edad, estado civil, ocupación, - dirección; además los principales datos subjetivos y sobre todo las observaciones objetivas.

La historia clínica debe incluir, además de los datos del exámen, los datos del diagnóstico, pronóstico y la indicación del tratamiento. También debe incluir los resultados, a medida que las distintas partes del tratamiento se vayan completando.

Se debe orientar el exámen para extraer los datos - que le permitan interpretar la sintomatología, conocer - orgánica y psicológicamente al sujeto y formular un diagnóstico, tanto mejor cuanto más amplio y completo, que - permita asentar un pronóstico certero y razonar el trata miento justo.

Se debe solicitar al paciente que haga una manifestación general respecto a su estado de salud general men tal y hábitos bucales.

El estado general de salud desempeña un importantísimo papel en el éxito protético y debe ser consultado - con el paciente y antes de empesar el trabajo, ya que -- existen circunstancias que conviene evaluar previamente por sus manifestaciones orales, como las enfermedades de generativas que perturban la adaptación de la prótesis, entre ellas la leucoplasia, sífilis, ciertas formas tu-- berculosisas, la diabetes.

Cada paciente presenta condiciones que conviene conocer para orientar su tratamiento: problemas frente a las extracciones, posibilidad y conveniencia quirúrgica, tipo de prótesis, secuencia de las sesiones clínicas, educación del paciente sobre la prótesis, necesidad de rebasado después de algún tiempo y requerimiento de la nueva prótesis.

No es posible enumerar las situaciones y menos indicar las soluciones, por lo que, cada paciente debe ser estudiado y evaluado en forma particular.

Las enfermedades más frecuentes que pueden dificultar este tratamiento parecen ser: las deficiencias nutricionales, los trastornos incidentes con la edad clínica y los seniles, estados diabéticos, cardíacos, artríticos asmáticos y alérgicos en general.

Existe un punto muy importante para realizar este tipo de tratamiento que es, el estado psicológico del paciente; no es el diagnóstico de su estado mental, de sus tensiones o de sus complejos, ni de la normalidad o no de su función psíquica; es simplemente el conocimiento de su disposición y su cooperación, puesto que sin su cooperación, disposición y su comprensión, ninguna prótesis removible tendrá éxito. Debe notarse y evaluarse la estabilidad temperamental, actitudes e incapacidades mentales, cuyas características dominantes son: receptivos, indiferentes, neuróticos, agresivos, escepticos, metódicos, intolerantes y psicóticos.

Si el paciente no esta en condiciones de comprender porqué de la prótesis inmediata, sus ventajas y sus inconvenientes, no debe indicarsele este servicio. Como requerimientos mentales mínimos del paciente deben exigirse:

- a).- Captación.
- b).- Valoración.
- c).- Disposición.
- d).- Confianza en el profesional.

#### HISTORIA CLINICA DENTAL:

El exámen local o clínico debe ser minucioso.

Exploración Visual y de Palpación.- El exámen bucal debe hacerse visual y por palpación, de los caracteres - constitucionales de la cavidad bucal y de las estructuras adyacentes; cara externa e interna de los labios y carrillos en posición de descanso, su color, textura, úlceras y otras anomalías.

Profundidad del vestíbulo y las inserciones de los frenillos labiales, bucales y lingual; músculos y tejidos móviles. La mucosa que los recubre cuya elasticidad puede ser normal, flácida, presentar hipertrófia, crecimientos, abrasiones y otros estados de enfermedad.

Posición de la línea de flexión próxima a la unión del paladar duro y blando, forma de la sutura palatina, posición del agujero palatino anterior y posterior.

Se examinará la lengua por sus caras laterales, dorsal y ventral; color, tamaño, grado de descamación, grietas, úlceras. En el piso de la boca se investigará si -- existe infarto ganglionar submaxilar y sublingual, así -- como las regiones amigdalinas y faringe.

El estado de las glándulas salivales que puede no--tarse por la sialorrea, xerostomía, etc. La saliva puede ser de consistencia incorrecta o de olor o aspecto pecu--liares, pero si es abundante y viscosa será favorable para la retención.

El exámen de los tejidos gingivales requiere una -- inspección y sondeo detallados para determinar su estado de salud. Observar los cambios de color, textura y forma gingival. La sonda periodontal calibrada para la medi---ción de la profundidad de las bolsas periodontales con -- esta sonda milimetrada. Deben detectarse zonas de la bi--furcación y trifurcación abarcadas periodontalmente.

Se debe observar y evaluar:

- 1.- Patrones de deglución.- Si es deglución típica o atípica.
- 2.- Hábitos de masticación, sea unilateral o bilateral.
- 3.- Diastémas y migraciones.
- 4.- Posición fisiológica de descanso.

5.- Espacio libre interoclusal.

Exámen de los Tejidos Duros.- Notar cualquier transformación dentaria, dientes ausentes y zonas desdentadas. Observar susceptibilidad a la caries, calidad de trabajo dental efectuado. Investigar cuidadosamente cualquier -- perturbación de la articulación temporomandibular que -- produzca molestias, chasquidos o ruidos en esa región. - Observar la presencia o ausencia de movimientos mandibulares inhibidos, que pueden ser causados por cambios degenerativos o inflamatorios en las articulaciones temporomandibulares.

Se debe tomar nota de todo lo importante que se observa, destacando de modo especial aquellas circunstan-- cias que son particulares del paciente y que, por su índole pueden requerir tratamiento previo, sean de orden - médico, quirúrgico, o que planteen dificultades especiales.

Es muy importante saber si ha tenido experiencias o dontológicas y cuales fueron los resultados. Si hubo tendencias hemorrágicas, excesiva hinchazón postoperatoria, o una reacción alérgica a los anestésicos locales cuando se le proporcionó algún tratamiento (obturación, extracciones, etc).

b).- EXAMEN RADIOGRAFICO

Se debe tomar una serie completa de radiografías. Este procedimiento es un complemento para el diagnóstico

no lo debe reemplazar. La radiografía es una ayuda para reconocer estados patológicos que deben ser removidos o restaurados a un estado de salud, capaz de soportar una función normal.

Las radiografías serán estudiadas y relacionadas -- con el paciente a quien se está examinando.

El estudio radiográfico se aplicará en todos los -- casos para descubrir: cualquier posible infección oculta y otros tipos de infecciones patológicas no visibles o -- inaccesibles al tacto, como áreas infectadas, raíces y -- dientes retenidos, densidad ósea, forma y tamaño del seno maxilar. Además se podrá observar el tipo y cantidad de hueso alveolar; presencia o ausencia de infección api cal; furcaciones comprometidas; reabsorciones y aposiciones radicales; tamaño, forma y posición de las raíces; estado de las estructuras de soporte de los dientes; -- dientes retenidos y raíces residuales; quistes y granulomas; relación del hueso alveolar remanente con la longitud y ancho de las raíces; capacidad del periodoncio para soportar fuerzas; espacio del ligamento parodontal; cortical alveolar, espículas óseas que eran inaparentes.

Las radiografías con aleta de mordida dan mucha información relacionada con caries y su proximidad a la -- pulpa, así como la de restauraciones viejas; y con frecuencia si la cresta esta inclinada en una inflamación -- periodontal.

Puesto que la base para la terapéutica es un diagnóstico estricto basado en la acumulación y valoración de toda la información pertinente, la documentación radiográfica completa es parte esencial de esta información. Esta documentación es importante tanto para el preoperatorio como para el posoperatorio, para evaluar si el diagnóstico, plan de tratamiento y técnicas terapéuticas son adecuadas para restaurar los requerimientos funcionales dentro de la actividad metabólica ósea del paciente.

c).- MODELOS DE ESTUDIO

Los modelos de estudio se obtienen de las impresiones preliminares y forman parte del exámen, al permitir conocer mejor la sensibilidad del paciente, explorar las condiciones de la boca para el trabajo protético y, en cierta proporción reconocer la disposición mental del paciente.

Los modelos preliminares provenientes de impresiones correctas permiten completar el conocimiento de las formas y características de los maxilares, revelando detalles y circunstancias que fácilmente escapan al exámen bucal directo.

Los modelos de estudio son una replica tridimensional de las zonas sobre las que apoyará la dentadura artificial. Estos modelos sirven posteriormente para construir los portaimpresiones individuales.

Los registros intermaxilares preliminares permiten formar conciencia sobre los problemas relacionados con la altura, la estética facial, el dominio muscular del paciente y especialmente los sentimientos y espíritu de colaboración.

Es conveniente hacer modelos de estudio, pues gracias a ellos podemos determinar más correctamente los contornos hísticos al poder examinarlos desde diferentes puntos de vista, pues podemos verlos hasta desde un punto posterior, cosa imposible en la boca; estos modelos de estudio nos permiten además establecer las relaciones intermaxilares, lo cual nos proporciona un conocimiento más completo sobre las características del caso.

En la toma de estas impresiones los materiales elásticos son de rigor. Pueden ser mixtos (godiva o cera con alginato, o silicona), pero generalmente bastan buenas impresiones de alginato, que cubran toda la superficie protética.

Los modelos deben vaciarse inmediatamente para mayor exactitud usando yeso piedra, con refuerzos metálicos para los dientes aislados o muy largos.

El uso correcto de los modelos de estudio en el diagnóstico y plan de tratamiento es de mucha importancia para evaluar la oclusión del paciente y también, si es necesario, para determinar los cambios oclusales.

Para un diagnóstico funcional los modelos deben ser montados en articuladores adaptables. Los modelos no montados son de valor limitado, porque pueden revelar la oclusión céntrica, pero no la relación céntrica, y porque no se pueden determinar los contactos dentarios en las posiciones de trabajo y de balanceo. Esto hace resaltar la importancia de un cuidadoso montaje de los modelos dentarios del paciente en un instrumento que copie sus movimientos mandibulares, de modo que el diagnóstico de las relaciones funcionales pueda realizarse estudiando los en conexión con los allazgos clínicos y radiográficos. Los modelos montados en articulador deben reproducir correctamente las relaciones bucales para duplicar exactamente los movimientos de la mandíbula. Debemos referirnos a los ejes que controlan la mandíbula y solamente si se hace así pueden los modelos diagnósticos ser de un valor para llegar al diagnóstico y a un plan de tratamiento adecuado.

Si es posible, es mejor tomar dos juegos de impresiones para lo siguiente:

1.- Un juego de modelos preoperatorios para el estudio de las relaciones oclusales, para el diagnóstico, plan de tratamiento y método terapéutico. Este juego debe conservarse como registro preoperatorio permanente, para documentación futura.

2.- Un juego para la construcción de férulas; que son necesarias en la localización del eje de bisagra y en el registro de un trazado pantográfico tridimensional

de los ejes mandibulares.

3.- Un juego para el estudio preoperatorio, para de terminar los tipos de preparaciones dentarias, localización y cantidad de estructura dentaria a ser removida, y para obtener la articulación en cera, la cual necesita - para restaurar adecuadamente, a una buena función la boca del paciente.

El segundo y el tercer modelo pueden ser vaciados, con mucho cuidado, de la impresión original, cuando se - usa el material apropiado. Hay que ser muy cuidadoso en la remoción del primero o segundo juego de modelos, para evitar distorciones y desgarramientos.

#### d) ARTICULACION DE MODELOS

El articulador de diagnóstico, es una guía para la estimación final de las relaciones intermaxilares. Permite estudiar el espacio protético y los problemas relacionados con el enfilado y la articulación de los dientes. Además permite formar claro juicio e informar al paciente y, eventualmente, al cirujano, sobre las medidas quirúrgicas requeridas. Es por otra parte, excelente elemento de juicio para caso de consulta, así como para explicarle al paciente diversas características de su propio caso.

Se utilizará; un arco facial convencional y un registro en relación céntrica para el montaje de los modelos de estudio. Se hace la transferencia con arco facial

de tal forma; que, el modelo pueda ser orientado sobre el articulador adaptable. en el mismo plano de oclusión en que se encuentra la boca del paciente.

El paso siguiente en este procedimiento de diagnóstico preliminar, es el acondicionamiento del paciente para el registro de relación céntrica. El registro de relación céntrica se hace en una dimensión vertical aumentada, para eliminar la guía dentaria. Ya registrada y comprobada la relación céntrica, se procede al montaje de los modelos en el articulador.

Se monta el modelo superior, sobre un articulador adaptable con el registro de transferencia del arco facial. Después, se invierte el articulador sobre la rama y se coloca el registro de relación céntrica sobre la superficie oclusal del modelo superior. Se coloca entonces el modelo inferior sobre el registro de relación céntrica, manteniéndolo firmemente en este registro y contra el modelo superior, asegurándolo con yeso de poca expansión de fraguado, a la rama inferior del articulador. Las ramas superior e inferior del articulador deben estar en relación céntrica.

Se verifican el segundo y tercer registro de relación céntrica, si no se observan discrepancias, los registros de relación céntrica son exactos y los modelos montados correctamente.

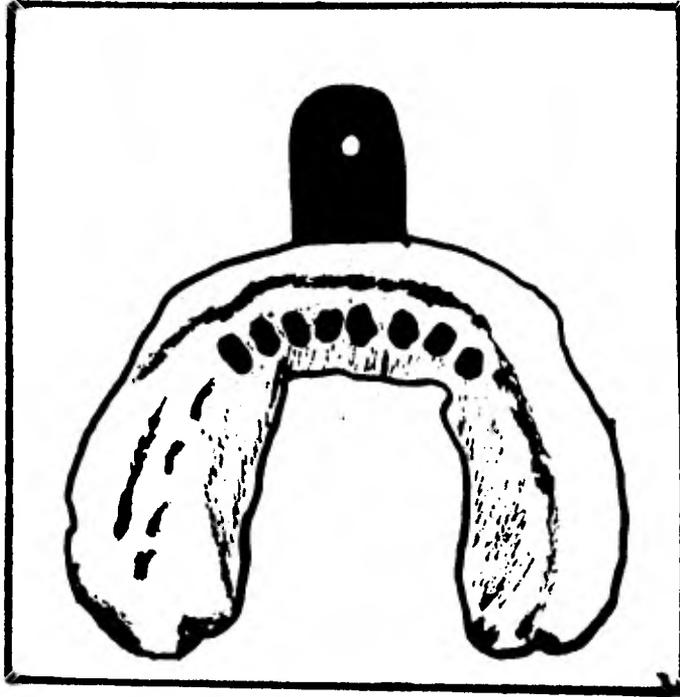
Los modelos deben estar adecuadamente orientados sobre un articulador adaptable, de manera que produzcan

correctamente las relaciones oclusales. Las relaciones dentarias en el articulador seran las mismas que en la boca, si el cierre y apertura de bisagra y las relaciones céntricas son las mismas en el articulador y en la boca.

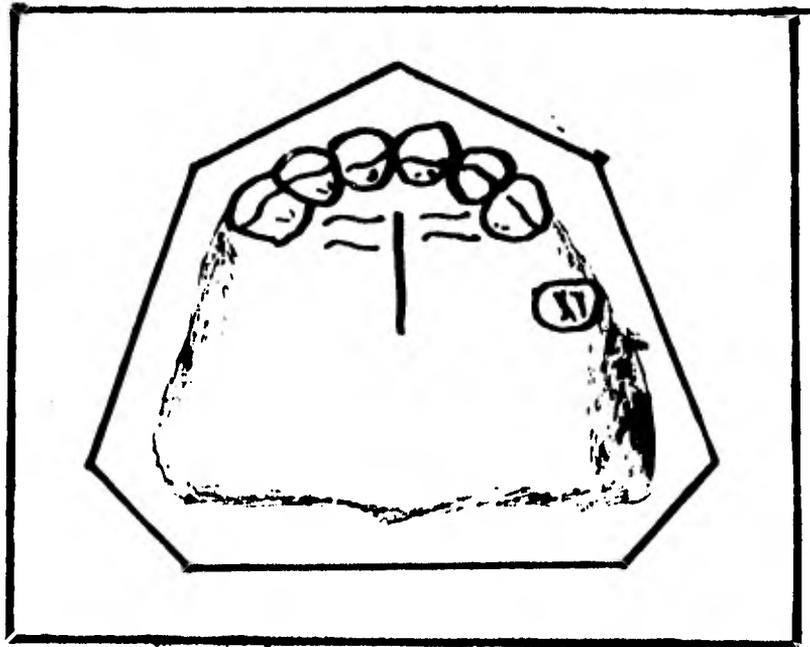
Los centros rotacionales de los cóndilos pueden ser determinados y transportados a los centros rotacionales de un articulador adaptable. Por lo tanto debemos localizar el eje de bisagra y registrar y transferir las tres trayectorias básicas que siguen. Estas trayectorias pueden ser combinadas para crear cada movimiento posible de la mandíbula, es decir reproducir sobre el instrumento las trayectorias de movimientos del eje.



Impresión preliminar  
del maxilar superior



**Impresión preliminar inferior**



**Modelo de trabajo**

## CAPITULO IV

### 1.- DIAGNOSTICO

Para tratar integralmente a un paciente odontológico, es fundamental un diagnóstico cuidadoso. Un minucioso exámen del paciente y una evaluación de todos los datos disponibles son elementos esenciales para un diagnóstico integral y la planificación del tratamiento, y ellos determinan el éxito o fracaso de los procedimientos restauradores extensos. Las técnicas más minuciosas pueden fallar si el caso no es correctamente diagnosticado o apropiadamente planeado.

Es conveniente hacer un estudio detallado de los estados fisiológicos y patológicos del mecanismo masticatorio para determinar si es necesario, como interceptar cualquier proceso patológico o como eliminar estados que conduzcan a enfermedades o lesiones. Al hacerlo, se debe instituir un plan de tratamiento que, incidentalmente, tendrá éxito sólo si el diagnóstico es correcto.

Los elementos de diagnóstico son obtenidos como ya se explico en el capitulo anterior por:

- a).- Historia clínica médica y odontológica.
- b).- Exámen visual y digital de la cavidad y estructuras asociadas.
- c).- Serie completa radiográfica.
- d).- Modelos de estudio orientados correctamente - en un articulador adaptable.

Los datos obtenidos por estos medios seran completos y detallados, tanto en su observación como en su registro, porque con esta información el odontólogo puede proceder a una planificación definitiva del tratamiento y a la terapéutica. No será de valor ningún servicio odontológico, a menos que se estudie toda la boca y se la trate como una unidad integral.

Es también esencial considerar la personalidad del paciente, especialmente si se encara la realización de procedimientos de rehabilitación bucal, debido a la posibilidad de componentes psicoterapéuticos, cuya importancia nunca será menospreciada.

El diagnóstico no queda completo en la primera visita del paciente; en la primera sesión sólo se adquiere una impresión clínica general, pero el diagnóstico se va completando durante el curso del tratamiento.

Durante la consulta y los procedimientos de diagnóstico el dentista debe explicar al paciente cuales son sus necesidades y obligaciones en el tratamiento. Este punto no debe ser descuidado, ya que es el dentista quien tiene la obligación de educar a su paciente en este sentido y no debe tomarlo a la ligera.

## 2.- PRONOSTICO

El pronóstico es un complemento obligado e inmediato del diagnóstico. Ambos integran el concepto que se hace sobre el paciente y su estado. Pero en tanto el diag-

tico expresa la síntesis de una realidad actual, el pronóstico anticipa el futuro.

El pronóstico puede ser presuntivo o de certeza. El pronóstico referido al tratamiento protético comprende dos partes:

a).- Pronóstico proximo o sea la probabilidad de -- éxito protético inmediato.

b).- Pronóstico mediato o pronóstico de durabilidad en servicio.

a).- Pronóstico Inmediato.- Es satisfactorio en personas jovenes con buen estado general y carentes de trasornos psicomotores, a condición de que las prótesis llenen las cualidades técnicas que les den retención, soporte y estabilidad, con estética, comodidad y salud. Este pronóstico está en función no sólo de la condición del paciente sino también la habilidad del profesional.

Los más evidentes factores que imponen reserva al pronóstico son, de un modo general todos los que alejan al paciente del cuadro idealmente favorable, cada uno de los cuales si cae en terreno psiquico, puede adquirir valor negativo y hasta configurar lo que llamamos intolerancia protética.

La edad avanzada, mal estado orgánico general, la senilidad y estado psiquico, son también factores de pronóstico de importancia muchas veces decisiva.

b).- Pronóstico Mediato.- Como la prótesis inmediata es colocada sobre brechas incicatrizadas en las cuales se efectuaran cambios anatómicos, el pronóstico señalará la probable necesidad de pronto rebasado y quizá, - la conveniencia de una nueva prótesis, al cabo de un año aún cuando esto no es seguro; a veces no se requieren -- prótesis nuevas por varios años.

PRONOSTICO DESFAVORABLE.- Muy pocos estudios señalan contraindicaciones para el servicio de dentaduras inmediatas. Aparentemente la mayor parte de los dentistas consideran este tratamiento como indicado para todos, a excepción de personas que no poseen los medios económicos para sufragar los gastos de este tratamiento. Esto -- no quiere decir que se deba negar este tratamiento a todos los enfermos que presenten un pronóstico desfavora--ble. En estos casos se pueden introducir modificaciones en el plan de tratamiento, pero el dentista tiene siem--pre la obligación de informar al paciente de estos cam--bios. No es prudente retener parte de la información ya que sólo mediante un conocimiento cabal de todos los he--chos el enfermo podra entender y aceptar su responsabili--dad y obligaciones a lo largo del tratamiento.

El pronóstico depende de la habilidad y experiencia del odontólogo en lo que respecta a la capacidad para ha--cer un cuidadoso y minucioso exámen y a la capacidad de interpretar correctamente los hallazgos. La capacidad -- técnica, el control del laboratorio y la armonía odontó--logo-paciente, son otros ingredientes necesarios.

La adaptabilidad orgánica conciente o inconciente, de los seres vivos, hace posible el éxito del tratamiento protético.

### 3.- PLAN DE TRATAMIENTO

El objeto de un plan de tratamiento es restaurar la boca a una condición funcional saludable. Todo se basa en una evaluación de las condiciones existentes y en las posibilidades del tratamiento.

La primera consideración importante para llegar a un plan de tratamiento es ver si hay indicaciones definidas para una rehabilitación completa de la boca y, de ser así, si el paciente está capacitado para este tipo de tratamiento, desde el punto de vista emocional y económico.

La segunda consideración es si el odontólogo tiene la capacidad y conocimientos necesarios para proporcionar este tipo de tratamiento.

Es de gran importancia un plan de tratamiento coordinado y evaluar todos los antecedentes reunidos, antes de recomendar un plan de tratamiento.

Formulada la indicación de tratamiento, corresponde completar con un plan, esto es: el momento en que lo iniciará; las etapas, si las hay, que lo integran; el orden en que se cumplan.

La prótesis inmediata exige un plan minucioso y --- claro que comprenda:

- a).- La preparación preprotética, frecuentemente ne cesaria.
- b).- El tiempo de preparación de la prótesis.
- c).- La intervención quirúrgica.
- d).- El posoperatorio inmediato.
- e).- El cuidado y reajustes posteriores.
- f).- El reemplazo.

El plan de tratamiento debe cubrir el período de --- transición entre el estado actual y la normalidad del pa ciente con la prótesis.

Entre otros puntos, se debe resolver para una próte sis monomaxilar; si se conservará la altura morfológica actual o alterada; si se conservará el aspecto dentario o no; si se articulará con oclusión o en relación céntri ca; si corresponden intervenciones quirúrgicas sucesivas o sólo una; si se utilizará prótesis adhesivas o no; si conviene la prótesis previa o posterior a las extraccio- nes finales; con flanco vestibular o no, con alveolecto- mía prevista o no.

El número de extracciones es otro factor de tener - en cuenta, ya que la exigencia técnica para el ejecutan- te y la exigencia orgánica para el intervenido, se acre- cientan con el.

En el plan de tratamiento se debe:

- a).- Determinar si habrá cambios de altura y en las posiciones, tamaños, formas y colores de los dientes.
- b).- Considerar las medidas auxiliares inmediatas -- que puede requerir su estado actual y en cada etapa.
- c).- Establecer el tipo de cirugía adecuado para ca da caso, consultando con el cirujano si fuera necesario.
- d).- Estimar los cuidados posoperatorios y la atención protética adecuada para mantener al pa -- ciente convenientemente asistido durante un pe ríodo no menor de seis meses.

Cuando se establece el plan de tratamiento es el mo mento oportuno para formular el presupuesto y aclarar o convenir la forma de pago, dependiendo del plan de trata miento que se adopte.

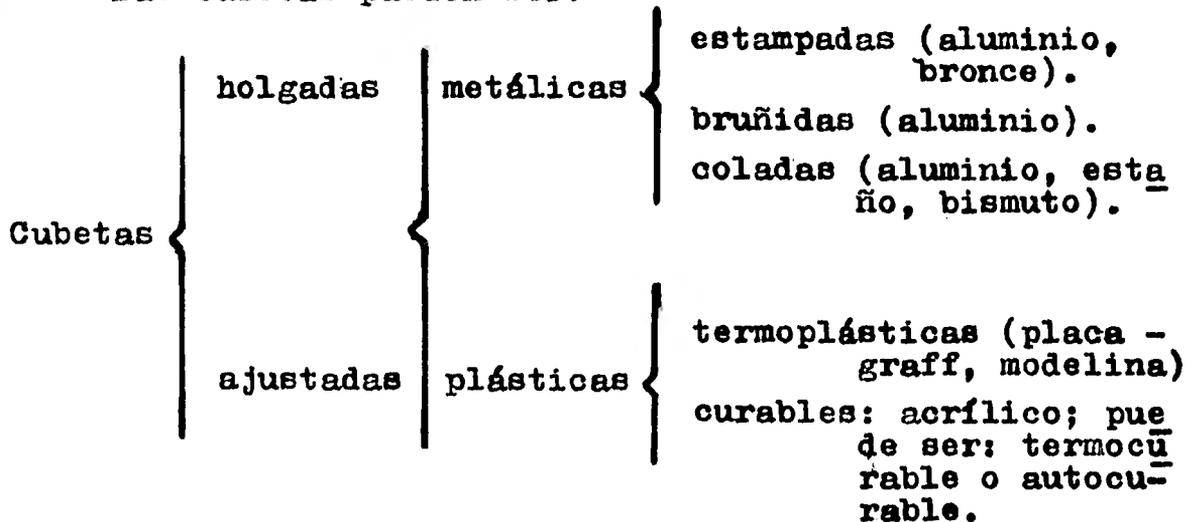
El paciente debe saber también de la probabilidad - de requerir nuevas prótesis después de seis meses o un a ño, para restaurar pérdidas de altura consecuentes a la atrofia de los maxilares, que la prótesis inmediata no - puede compensar.

## CAPITULO V

### 1.- PORTAIMPRESION INDIVIDUAL

Las cubetas individuales procuran asegurar la obten-  
ción de correctas impresiones. Para lograrlo la cubeta -  
debe cumplir los siguientes objetivos: su forma facilita  
el centrado, constituye un trabajo más exacto y permite  
utilizar una cantidad mínima de material de impresión o-  
bligandolo a extenderse por toda la superficie por impre-  
sionar, ajustandose contra la cubeta expulsando el aire  
y la saliva; proporcionar un recorte muscular acertado.

Las cubetas pueden ser:



Las cualidades que debe tener una cubeta individual  
son:

a).- Resistencia adecuada para no deformarse o rom-  
perse ante las fuerzas a las que será sometida.

b).- Rigidez suficiente para no desplegar elasticidad durante la toma de impresión.

c).- Adaptación a la superficie del asiento del modelo.

d).- Libertad frente a los huecos o socavados retentivos.

e).- Espesor adecuado para dar a los bordes el moldeado correcto.

f).- Lisura para no herir los tejidos.

g).- Extensión y delimitación sin sobrepasar los límites de la zona protética.

h).- Resistencia al calor.

i).- Facilidad de preparación por razones de economía y tiempo.

#### DISEÑO DE LAS CUBETAS INDIVIDUALES:

Cubeta Superior.- Se marcan las exotaduras de los frenillos medio y laterales; marcar los surcos postuberales; unir las marcas mediante líneas algunos milímetros más altas que la inserción.

Cubeta Inferior.- Se marcan la escotadura de los -- frenillos medio, anterior, laterales y lingual; hacer --

trazos anteroposteriores sobre la línea oblicua externa hacer trazos transversales horizontales un centímetro -- por detrás de las iniciaciones delanteras de los cuerpos periformes; trazar líneas anteroposteriores tres o cuatro milímetros por debajo de las líneas milohioideas y -- por último unir los trazos entre sí.

#### PREPARACION DEL MODELO:

Estudiar las zonas retentivas, llenando los socavados con cera o con yeso, para que toda la superficie involucrada en el diseño se puede retirar con facilidad -- sin romper el modelo; se pasa lápiz tinta sobre el diseño para que éste se reproduzca en el acrílico.

Si es para alginato se debe cubrir toda la zona protética, dejando un espacio de una hoja de cera, frente a las superficies mucosas y dientes, mas todo el espacio -- requerido para zafar comodamente los espacios retentivos. El mango dispuesto en la parte delantera. Se le haran -- perforaciones en número suficiente para retención.

Las cubetas para silicona tienen la ventaja de poder hacerse ajustadas en la mucosa, lo que facilita su -- delimitación con modelina, no necesita apoyos especiales para el centrado, confinan ajustadamente el material. El mango debe permitir firme tracción.

#### PREPARACION DE LA CUBETA:

1.- Cubeta de Acrílico autopolimerizable.- Se prepa

ra el acrílico en un recipiente poniendo seis centímetro --  
tros cúbicos de monómero (si es cubeta grande) se añade  
de 20 a 25 centímetro cúbicos de polvo. Dejar reposar.  
La mezcla esta cuando se desprende de las paredes al re-  
volver con la espátula, se lamina la bola entre dos vi--  
drios o azulejos mojados, hasta que tenga 2 mm de espe--  
sor.

En el modelo superior se adapta la lámina sobre la  
superficie palatina y después por vestibular con presio-  
nes suaves de los dedos.

En el modelo inferior se corta la hoja por el medio  
en dos tercios de su diámetro, para poder abrirla y adap-  
tarla en ambos lados. Antes de su fraguado completo se -  
adapta el mango humedeciendo con monómero. Se deja fra--  
guar (10 a 30 minutos) se separa la cubeta y se recorta  
con piedras siguiendo el diseño de lápiz tinta que apare-  
ce en la superficie del asiento.

2.- Cubeta de Acrílico Termopolimerizable.- Se pue-  
de hacer poniendo el modelo en la mufla o no. Se plasti-  
fican dos láminas de cera rosa y se adaptan al modelo, -  
si lo requiere se adapta un mango de cera. Si el modelo  
se pone en la mufla se eliminará con yeso los espacios -  
retentivos antes de adaptar la cubeta de cera. Abierta -  
la mufla, lavada la cera se prensa el acrílico para cube-  
tas entre hojas de celofán.

3.- Cubeta de Modelina.- Se elige una cubeta de bor-  
des bajos, se toma la impresión, sea del maxilar superi-

or o inferior. Se recortan los excesos hasta dar a la im presión las proporciones de una cubeta individual.

4.- Cubeta de Base-Plate (Placa Graff).- Se coloca sobre el modelo bien centrada, se calienta haciendo pa--sar una llama, esta placa toma la forma del modelo a medida que se calienta.

#### PRUEBA DEL PORTAIMPRESION INDIVIDUAL:

El portaimpresión terminado y pulido se lleva a la boca del paciente. Debe ir a su sitio sin dificultad; no debe provocar dolor; a la tracción por el mango, no debe mostrar retención activa; debe dejar libertad de movi -- miento a las inserciones musculares y frenillos; la cube ta inferior no debe hacer presión contra los dedos que la sostienen cuando el paciente saca suavemente la len--gua.

#### RECTIFICACION DE BORDES:

Es el efecto de impresionar o rectificar las áreas periféricas, utilizando modelina de baja fusión de color verde. Las cubetas que tienen la parte mucosa ajustada, se delimitan con cera o modelina. En la parte holgada -- frente a los dientes no se puede hacer una delimitación perfecta y se prefiere que la impresión sea sobreextendi da. La rectificación se hara en el siguiente orden:

Vestíbulo bucal, derecho e izquierdo; frenillos bucales; vestíbulo labial y frenillo labial; línea vibrá--til y postdaming. En el maxilar superior. El vestíbulo --

bucal de uno y otro lado; vestíbulo labial, frenillos bucales y frenillo labial inferior; piso de la boca; frenillo lingual. En el maxilar inferior.

Se ablanda la modelina de baja fusión a la flama de una lámpara Hanau o de alcohol y se coloca en el borde del portaimpresión individual en cantidad de 3 mm de altura y grosor siguiendo el orden descrito anteriormente.

Haciendo que el paciente chupe el dedo índice del operador se obtiene el vestíbulo bucal. Después que el paciente abra grande la boca para determinar el fondo o altura del vestíbulo bucal en seguida, con la boca menos abierta que efectue movimiento laterales de la mandíbula para obtener la inserción del frenillo bucal, se le indica al paciente que pronuncie varias veces la letra "E", y llevando la comisura de los labios hacia atrás y hacia adelante. Para completar la marca hacemos que el paciente proyecte varias veces sus labios hacia adelante en forma circular.

El vestíbulo labial y la inserción del frenillo labial superior se obtienen indicando al paciente proyecte varias veces sus labios lateralmente hacia adelante en forma circular.

En el borde posterior del portaimpresión individual se coloca modelina de baja fusión con grosor de 2 mm y 5 mm de ancho. Colocamos al paciente en posición de descanso, se le indica que trate de expulsar el aire con la nariz tapada y que pronuncie la letra "A".

Rectificación de los bordes de la mandíbula: colocar modelina en el borde del vestíbulo bucal del portaimpresión, se le indica al paciente que abra ampliamente la boca, logrando marcar el contorno y profundidad del saco. Para obtener la inserción del frenillo bucal, vestíbulo labial y frenillo labial, que lleve varias veces el labio inferior hacia arriba, que proyecte el labio hacia atrás, dirigiéndolo hacia adentro de la boca.

Delimitación lingual: se coloca la modelina sobre los flancos linguales posteriores de la cubeta, uno por vez, y llevandola a la boca, se le indica que saque la lengua; y se haga movimientos de deglución, se pasa a las zonas intermedias repitiendo la maniobra y haciendo llevar la lengua al lado opuesto de aquel que tiene la modelina; se coloca modelina sobre el arco delantero y se hace sacar la lengua y tocar el paladar con ella.

## 2.- IMPRESION FISIOLÓGICA

Preparadas y delimitadas las cubetas individuales se procede a tomar la impresión fisiológica que puede ser a boca cerrada o abierta con delimitación pasiva o activa. Puede hacerse con diferentes materiales:

a).- YESO.- La técnica puede ser a boca cerrada o abierta y la delimitación periférica activa o pasiva.

b).- MODELINA.- Con una cubeta individual de acrílico, espaciada y bien recortada. El recorte muscular se hace con la boca abierta, por sectores que se calientan.

Permite ir controlando los resultados en el momento.

c).- PASTA ZINQUENOLICA.- Se toma con cubetas ajustadas y exactamente delimitadas, con boca abierta o cerrada.- Impresión con Boca Abierta.- La profundización de la parte superior se hará preferentemente con el dedo medio apoyado en el centro del paladar presionando hacia la parte alta del cráneo. La profundización inferior se hará con los dedos índice apoyados a ambos lados.

Impresión a boca cerrada.- Se carga la cubeta con cantidad suficiente de pasta distribuida en toda la superficie, se la lleva a la boca y se profundiza con la mano. En el momento final, se pide al paciente que muerda para que los antagonistas lleven la cubeta a su posición. Al iniciarse el fraguado, se le hacen repetir, sin separar los maxilares, los movimientos adecuados al recorte muscular.

d).- ELASTOMERO.- Su utilidad en relación con la prótesis inmediata es notable. Tienen la ventaja de dar impresiones bien delimitadas y fieles en cubeta ajustada en la parte mucosa y elásticas en cubeta amplia en la parte dentaria. Los más utilizados son: las siliconas y los mercaptanos.

Siliconas.- La cubeta se carga distribuyendo la mezcla en toda la superficie interna del portaimpresión individual. El recorte muscular puede ser activo o pasivo.

Mercaptano.- La técnica es similar a la silicona.

e).- CERA.- Se utilizan cubetas ajustadas, pueden ser con boca abierta o cerrada. Delimitada y bien seca la cubeta, se le aplica con un pincel varias capas de cera fundida. El recorte muscular puede hacerse por tracción digital o por movimientos del paciente. Se enfria la impresión con agua antes de retirarla de la boca y se seca con un chorro de aire.

f).- ALGINATO.- Puede utilizarse en cubetas ajustadas, pero es preferible en cubetas espaciadas. Se usaran topes de acrílico o cera que permitan guiarla y detenerla en su sitio. Su delimitación es siempre un tanto imprecisa.

### 3.- MODELOS DE TRABAJO DEFINITIVOS

Los pasos a seguir son los siguientes:

a).- Se hace un examen minucioso para descubrir -- cualquier defecto y eliminar todo cuerpo extraño en la impresión.

b).- Si la impresión es de pasta zinquenólica se recortan excesos con un cuchillo o con espátula caliente. Si es con elastómero, recorta con tijeras; todo borde útil despegado de la cubeta, pegarlo con adhesivo.

c).- Rodete de Protección.- Es un rodete de cera -- que se coloca a lo largo de la parte externa de los bordes de la impresión, con objeto de asegurar su reproducción total en el modelo. En las impresiones inferiores, se añade en el rodete de protección que sigue a las ale-

tas linguales una lámina de cera destinada a impedir que el espacio lingual sea ocupado por el yeso del modelo.

d).- Encofrado.- Consiste en reblandecer una lámina de cera y adaptarla al rodete de protección pasando una espátula caliente sobre este, el encofrado permite vi -- brar mejor el material dentro de la impresión; utilizar una mezcla más espesa; utilizar la cantidad imprescindible; terminar el modelo con ligeros retoques.

e).- Vaciado.- Se utilizará yeso piedra, se mezcla según la técnica para yesos. El vaciado se realiza ha -- ciendo correr pequeñas porciones desde las partes más al -- tas de la impresión y agregando más yeso, siempre sobre el borde anterior, hasta llenar el encofrado a la altura necesaria para dar al zócalo un par de centímetros de al -- to. Se le da forma con la espátula, procurando paredes - verticales hasta el borde externo del rodete de protec-- ción. Se deja fraguar perfectamente (de 45 a 60 min.).

f).- Recuperación.- Se corta la cera del encofrado y se desprende; se elimina cualquier exceso de cera o - yeso corrido sobre la cubeta. Se desprende la impresión mediante ligero palanqueo que separe primero los flancos vestibulares posteriores.

g).- Arreglo del Modelo.- Emparejar con el cuchillo afilado el borde periférico de protección; perfeccionar la base del zócalo con la recortadora de modelos, hacien -- dola paralela a la superficie oclusal; perfeccionar el - contorno del zócalo; librar el surco lingual; corregir -

en la superficie de impresión cualquier defecto de burbuja o rotura.

#### 4.- RELACIONES INTERMAXILARES

Para registrar una relación entre los maxilares es necesario construir rodetes de oclusión sobre las placas bases, recortandolos hasta la dimensión vertical necesaria y ubicarlos en una relación horizontal apropiada.

Placas de Registro.- Pueden hacerse de base-plate o de acrílico autopolimerizable, cubriendo los rebordes residuales y paladar con igual criterio que en una prótesis completa. Deben cuidarse las relaciones con los dientes; para no dañarlos. Para mejor exactitud se establezcan rebasandolas con cera o pasta zinquenólica.

Son varios factores que debemos considerar en el estudio de las relaciones maxilomandibulares: 1).- Las estructuras temporomandibulares; 2).- Los músculos del aparato masticatorio; 3).- Las estructuras hísticas de soporte de la placa; y 4).- Los dientes en cuanto establecen los límites en estas relaciones.

RELACION CENTRICA.- Se localiza cuando los cóndilos se encuentran en su posición más posterior, superior y media. Esta posición es el punto de partida de los movimientos de lateralidad. Primero se busca la distancia de la mandíbula en posición de reposo (dimensión vertical).

**DIMENSION VERTICAL.**- Es la distancia que separa -- los maxilares. Puede medirse entre dos marcas faciales -- (punta de la nariz al mentón); entre los rebordes resi-- duales; o entre las arcadas.

**Dimensión vertical en reposo.**- Se coloca al pacien-- te con el cuerpo erguido y plano de frankfort paralelo -- al piso, se relaja, o se le hace deglutir esperando el -- momento posterior a la deglución; o se le hace abrir en -- extremo la boca por un rato para que los músculos se fa-- tiquen y asuman la posición de reposo; se mide la distan-- cia entre la punta de la nariz al mentón. Se marca esta -- distancia y se observa sobre la cara del paciente.

Se toma una tira de cera de la suficiente anchura -- para cubrir todas las superficies oclusales y cuya longi-- tud comprenda todo el espacio entre los dientes y proce-- sos alveolares opuestos. Se enseña al paciente a hacer -- movimientos de protrusión y retrusión, que lleve la man-- díbula adelante y atrás ouanto pueda y de manera rápida; -- repetido esto varias veces, se introduce la cera (reblan-- decida) y se le pide que repita la posición más poste -- rior mordiendo ligeramente. O se le inclina la cabeza ha -- cia atrás y se le conduce la mandíbula tomada del mentón -- a la posición retrusiva.

Tan pronto como los dientes han penetrado en la ce-- ra, se le pide que cierre los labios y coloque todas sus -- facciones en reposo; se mide el grado de cierre. Debe ce-- rrar hasta el grado marcado en la cara (dimensión verti-- cal). Se le pide que trague repetidas veces; cada uno de

los movimientos deglutorios profundizarán las huellas de la cera. Se retira la cera y se enfría; se recortan los excesos de cera sobre las caras labiales o linguales de los dientes, se asienta otra vez para comprobar que no hay deformación.

Es fundamental su registro, pues se trata de asegurar una posición fisiológicamente estable, básica para determinar los demás elementos de la oclusión.

**LINEAS Y PLANOS DE REFERENCIA.**- Se debe considerar para apreciar las posibles desviaciones respecto a las normas anatómicas, y para dar a las restauraciones, dentro de lo posible, formas, posiciones y relaciones anatómicamente correctas y estéticamente satisfactorias.

**Línea Bipupilar.**- Une el centro de las pupilas. Es una línea de referencia horizontal cuando esta bien sentado el paciente, esta línea debe quedar paralela al piso. Se le aprecia colocando una regla apoyada en la parte alta del caballete nasal, de manera que cubra la mitad superior de ambas pupilas mientras el paciente mira al frente.

**Línea de las Cejas y de la Base Nasal.**- Línea horizontal, tiene relación con la estética de la superficie de los dientes, en especial de los bordes anteriores. - Son paralelas al plano oclusal.

**Línea Auriculo-Nasal.**- Va de la base del conducto auditivo externo a la de la nariz, es paralela al plano

de oclusión.

Línea Auriculo-Ocular.- Va del centro del trago al ángulo externo del ojo, se usa como referencia para localizar el polo condilar externo, que suele ser cortado -- por ella a unos 12 mm. por delante del borde posterior -- del trago.

Plano Protético.- Está determinado por las líneas - auriculonasales derecha e izquierda. Es más o menos paralelo al plano de oclusión.

Plano de Francfort.- Pasa por los bordes superiores de los conductos auditivos externos y por los bordes inferiores de las órbitas. Sirve como referencia para determinar la vertical en cualquier punto o línea craneal o facial, mediante una perpendicular a el. Se usa, además, como referencia aproximada en una técnica para trasladar los modelos al articulador con auxilio del arco facial.

Plano de Oclusión.- Es el plano en que apoyamos las extremidades inferiores de los dientes superiores. Es paralelo al plano de camper y al protético, está representado por la línea que va del borde inferior del ala nasal al borde inferior del meato auditivo.

Relaciones Excéntricas.- Los movimientos mandibulares excéntricos son de trayectoria compleja, bajo la influencia de la inclinación de las trayectorias condíleas los movimientos de bennett y de las guías incisivas.

La mandíbula puede presentarse a los registros ex--  
céntricos mediante movimientos verticales y horizontales

**Registros Posicionales Excéntricos.**- Los registros  
posicionales excéntricos, sean bajo soporte central o pe  
riférico, requiere preparación del articulador y de las  
placas de registro, adiestramiento del paciente, técnica  
correcta del operador.

Se deben adaptar los ajustadores de las trayecto --  
rias condíleas sagitales y transversales y comprobar si  
son susceptibles de adaptarse bajo una presión suave. Se  
adapta la distancia intercondilar en el aparato. Las pla  
cas de registro pueden ser las mismas utilizadas para la  
relación central.

**Adiestramiento del paciente.**- Una técnica consiste  
en mostrarle las placas de mordida en el articulador y -  
explicarle como se quiere que las enfrente; ponerle las  
placas de registro en la boca y enseñarle a morder en la  
teralidad, hasta que domine a voluntad los movimientos.

**Registro Propulsivo.**- El paciente convenientemente  
adiestrado, se coloca ambas placas en la boca y viendose  
en el espejo debe el paciente guiar la mandíbula hasta -  
lograr que llegue a la posición requerida sobre el rode-  
te; se le indica morder suavemente, esperando que el o--  
dontólogo diga "basta". Mientras el paciente mantiene la  
posición obtenida, enfriar la cera con un chorro de aire  
retirarla y enfriarla completamente. Se examina si la su  
perficie oclusal superior ajusta con exactitud en la im-

presión del rodillo de cera y si este no se ha adelgazado excesivamente en algún punto. Un defecto en cualquiera de estas condiciones exige la repetición de la maniobra.

Proceder al inmediato ajuste del articulador y repetir el registro.

Registros Laterales.- Se toma uno para cada lado. Pegar marcas de tira emplástica en la superficie de los rodetes, unir en el centro del superior y dos inferiores a 6 mm de la línea media, en los puntos que se enfrentan con la central superior al hacer efectuar al articulador lateralidades de 6 mm de movimientos condíleos, el paciente mantiene esta posición mientras se fija.

#### 5.- TRANSFERENCIA Y MONTAJE

La transferencia se puede hacer con el arco facial o sin el.

TRANSFERENCIA SIN ARCO FACIAL.- Posición de los modelos sin plataforma.- a) Pegar las placas de registro - entre sí con cera, en colusión central, b) poner una banda de goma que pase por detras de los parantes posteriores del articulador y por delante del vástago incisivo, c) poner modelina sobre la rama inferior del articulador dandole altura suficiente para asentar encima los modelos y darles posición, d) abrir el articulador, poner los modelos sobre el material plástico. Cerrar el articulador arreglar nuevamente la banda y orientar los mode--

los de modo que: la línea media trazada en el modelo coincida con la del articulador; el plano de orientación de las placas de registro quede a nivel de la goma de ambos lados.

Posición del modelo superior en la plataforma de -- montaje.- a) Poner el modelo superior mojado en la placa de registro, sobre la plataforma de montaje y orientarlo hasta que la línea media coincida con la del articulador

FIJACION DE LOS MODELOS.- a) Levantar la rama superior del articulador; b) preparar yeso paris (a consistencia de crema espesa); c) ponerlo sobre la base del modelo y en el portamodelos superior; d) cuando tenga consistencia suficiente para no caer agregar yeso en ambas superficies y cerrar el articulador para que ambas superficies se unan; e) añadir más yeso si es necesario. Se emparejan las partes laterales, quitando los excesos y alisandolo con el dedo mojado; f) fraguado el yeso, abrir el articulador y retirar la plataforma de montaje.

Para articular el modelo inferior se puede invertir el articulador y fijarlo siguiendo las mismas indicaciones que en el superior, o poner yeso directamente sobre la rama inferior, cerrar el articulador y moldear el yeso con la espátula.

Se recortan excedentes de modo que el yeso de montaje quede limitado entre el modelo y el portamodelos.

**ARCO FACIAL DE SNOW.**- Consta del arco propiamente dicho, una pieza bucal, un ajustador para la pieza bucal y dos piezas condilares.

**Puntos de Referencia.**- Pegar en la piel por delante del trago y en dirección al ángulo del ojo un trozo de tira emplástica; colocar el borde de una regla en la línea que une al centro del trago con el ángulo externo -- del ojo y trazarla sobre la tira emplástica con un lápiz colocando una regla graduada sobre esta línea, con cuidado de no desplazar la piel ni el trago, marcar 11 o 12 mm por delante del borde posterior de éste y trazar allí una línea que atraviese y se prolongue por encima y por debajo 6 u 8 milímetros.

**Estabilización de la Horquilla.**- Calentar la parte bucal de la horquilla y clavarla en la cara externa del rodete de articulación, cuidando que el vástago quede paralelo al plano de orientación y al plano sagital.

Colocar tres espesores de cera rosa plastificada de cada lado de la pieza en herradura y hacer morder sobre ella, cuidando que el vástago del articulador quede paralelo al plano sagital. Retirado de la boca y enfriado se recortan los excesos de cera que pudieron impedir un buen calce del modelo superior en su sitio. Al morder nuevamente en estas impresiones de cera mantendrán esta-bilizada la pieza en herradura.

**Centrado y Ajuste.**- La cabeza del paciente debe quedar en el centro del arco facial: a) sacar hacia afuera

del arco una de las varillas condilares; b) colocar el arco facial en la cabeza del paciente llevando la varilla sacada a contacto con la marca de referencia de su lado; c) introducir la varilla condilar del lado opuesto hasta que tome contacto con la marca de referencia que le corresponde y ajustarla; d) sumar las marcas de las dos varillas y dividir por dos. Mover las dos varillas hasta ubicar ambas en el número resultante y ajustarlas; e) probar el arco facial centrado. Las varillas deben tomar contacto con la piel sin deprimirla; f) dejar el arco para que lo sostengan los maxilares del paciente y compruebe si esta bien centrado.

**Fijación de los Modelos.**— La fijación es igual como se indico, desprendiendo el arco facial una vez fijado el modelo superior.

La distancia intercondílea puede estimarse mediante el arco facial, cuando el articulador posee una distancia intercondilar adaptable, permite reproducir mejor el tamaño del mecanismo maxilomandibular del paciente y ajusta así los centros de rotación condilares, de los movimientos mandibulares bordeantes.

El arco facial es un dispositivo que facilita la construcción de las dentaduras. La finalidad del arco facial es trasladar los modelos de la boca al articulador, de modo que queden relacionados los modelos con el eje de apertura y cierre de éste.

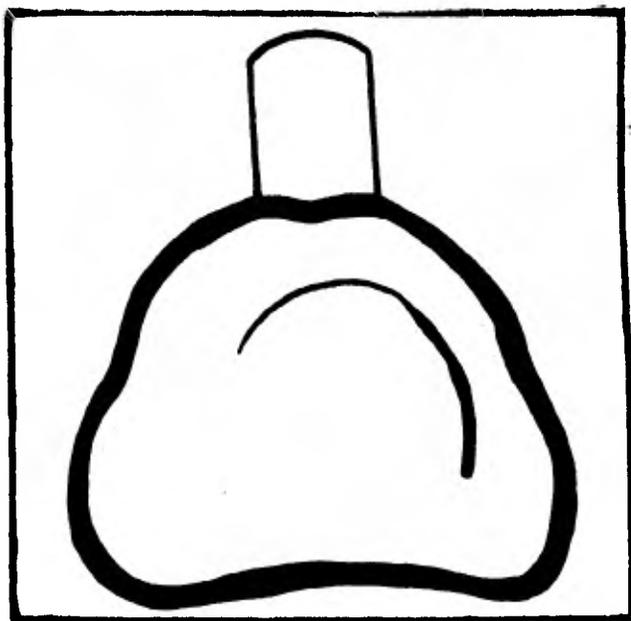
En relación céntrica se hacen con el articulador movimientos de lateralidad, se sigue exactamente punto por punto, el recorrido registrado estará con la misma inclinación, se ajusta también del otro lado.

Transferimos la dimensión vertical al articulador - midiendo la distancia entre la rama superior y palatina con un compas de punta secas.

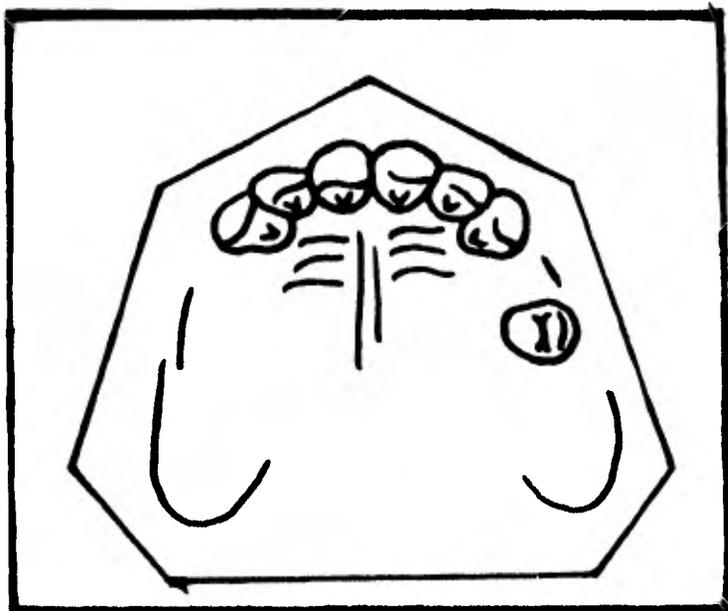
Adaptación del Articulador a los Registros Excéntricos.- Se observa que los mecanismos de adaptación del articulador jueguen con facilidad, que los modelos esten - montados en relación céntrica, que los registros excéntricos sean correctos.

AJUSTE DE LOS REGISTROS ENTRE SI.- a) Registro Propulsivo.- Levantar el vástago incisivo; colocar las placas, el rodete del registro excéntrico en sus respectivos modelos en el articulador; llevar la rama superior - hacia atras guiandola de manera que enfrente las marcas oclusales excéntricas del rodete inferior y vaya calzando en ellas; ajustar los rodetes de articulación entre - sí, en la posición registrada por el paciente.

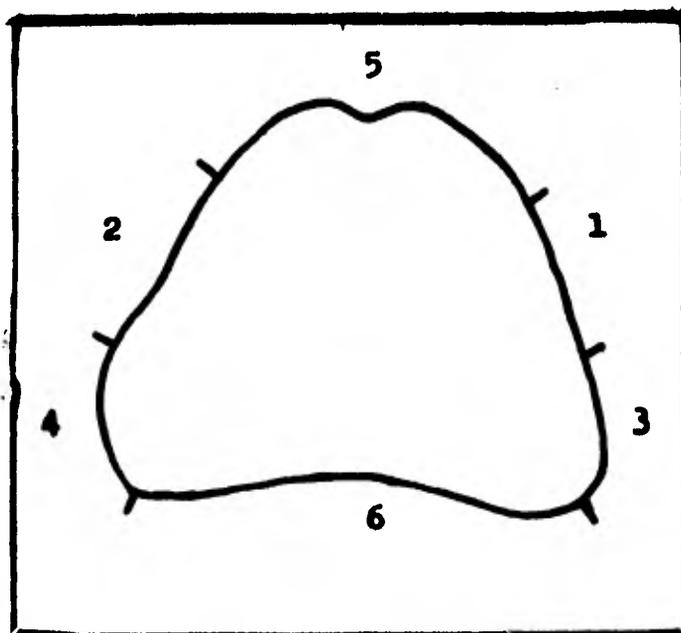
b).- Registros Laterales.- Se ajusta un mecanismo - condilar por vez: el del lado de balanceo. Los registros laterales permiten registrar los movimientos de Bennett, para lo cual basta llevar las guías del Bennett del instrumento a tomar contacto con el tope correspondiente, - en la posición alcanzada y ajustarla en esa posición.



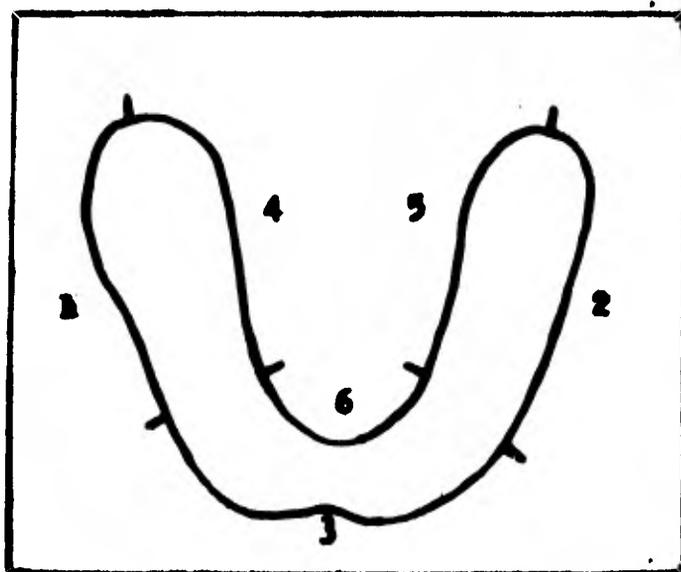
Cucharilla individual y rectificación de bordes.



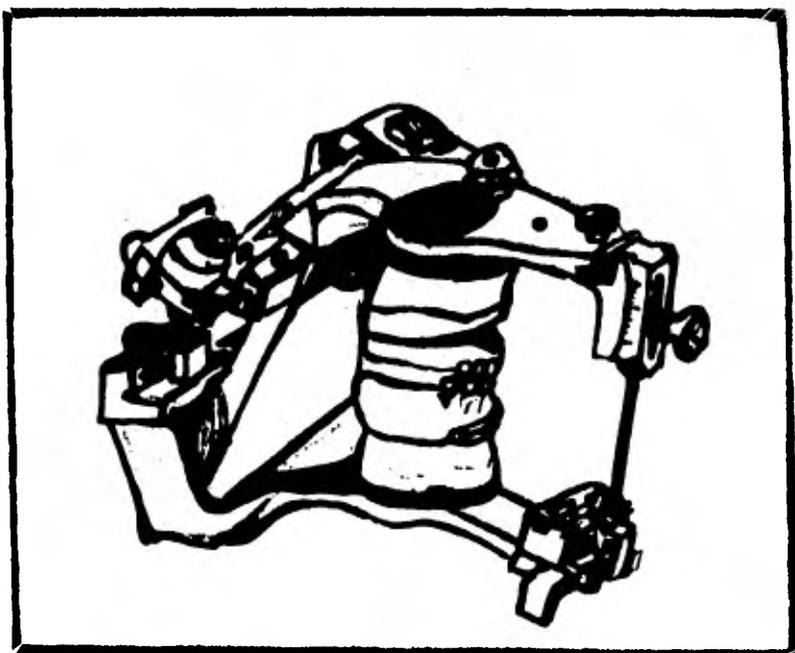
Modelo definitivo.



Secuencia de la rectificación de  
bordes en la arcada superior.



Secuencia de la rectificación de  
bordes en la arcada dentaria inf.



**Montaje de los modelos en articulador  
ajustable.**



veolectomía sera indispensable.

PREPARACION PARA EXTRACCIONES SIMPLES.- Si la próte<sup>u</sup>sis será abierta, deben cortarse los dientes uno por uno y excavar unos 3 mm o lo que indique la posición del bor<sup>u</sup>de óseo, formando un "alvéolo" dentro del cual se intro<sup>u</sup>duce el cuello de cada diente artificial. Se espera que, al colocar la prótesis en seguida de las extracciones, cada diente se introducirá en "su" alvéolo. Basta cortar los dientes al ras del yeso gingival.

EXTRACCIONES CON LIGERA REGULARIZACION DEL BORDE AL<sup>u</sup>VEOLAR.- Al parecer la alveolectomía, se hace más clara la ventaja de la prótesis con encía artificial. En pri<sup>u</sup>mer lugar porque la alveolectomía requiere levantar el <sup>u</sup>colgajo y es poco prudente dejar un colgajo en contacto con una prótesis móvil sin ser suturado. Las suturas y el colgajo estirado pueden entrar en conflicto con las <sup>u</sup>raíces de los dientes protéticos. Además al suprimirse <sup>u</sup>las crestas interdientarias aumentan la probabilidad de <sup>u</sup>defecto estético en la prótesis "abierta".

EXTRACCIONES CON ALVEOLECTOMIA MODELADORA.- Se tra<sup>u</sup>ta casi siempre del maxilar superior. La topografía del caso, el estudio radiográfico para las relaciones con <sup>u</sup>los senos maxilares y el conducto palatino anterior, las lesiones con los antagonistas y a veces, la línea de los labios, son indicadores que guían al protesista para es<sup>u</sup>timar la alveolectomía mínima indispensable.

**CAMBIO DE DIENTES.**- El cambio de los dientes del modelo por los artificiales ofrecen tres ventajas principalmente:

a).- Imitar lo existente.- Si el cambio debe hacerse en un modelo de yeso, la técnica consiste en; después de pegar cuidadosamente al modelo la placa de prueba:

1).- Elegir, tallar y preparar un incisivo central, imitando al correspondiente; 2) con una sierra de joyero o un disco de carburo, separar de sus vecinos el incisivo central imitado y cortarlo cuidadosamente por el cuello. Rebajar el yeso de modo que por palatino llegue justo a nivel de la encía y por vestibular lo que se haya calculado de alveolectomía necesaria; 3).- Pegar con cera el diente artificial en su sitio, de modo que el cuello y el borde incisivo queden exactamente igual que el anterior; 4) repetir la maniobra con los demás dientes, pegándolos siempre cuidadosamente.

b).- Reproducción de los dientes con modificaciones  
Lo más corriente de la prótesis inmediata es que la reproducción de los dientes no deba ser absolutamente fiel. Una manera de proceder consiste en: 1) preparar los dientes artificiales imitando aproximadamente los naturales; 2) prepara la o las prótesis procediendo al cambio de los dientes según la técnica indicada, pero corrigiendo las posiciones que se desean.

c).- Cambio de los dientes con alteraciones importantes.- El procedimiento es en principio siempre el mismo; pero el criterio necesario es cada vez mayor. En todos los casos en que la prótesis inmediata está indicada

para ambos maxilares, es necesario planear concientemente el cambio, si es posible conviene operar ambos maxilares por separado.

d).- Posición de los dientes anteriores sin encía artificial.- En este caso, el grado de rebaje que deberá hacerse al modelo puede ser un poco mayor frente a cada cuello, pues el borde gingival del diente se introducirá ligeramente en el alvéolo al colocar la prótesis.

## 2.- PLACA BASE TRANSPARENTE

Es una réplica exacta de la base de la prótesis, -- permite "adaptar quirúrgicamente el maxilar a la prótesis".

Para construirla se duplican los modelos, antes del prensado. Puede obtenerse el duplicado reproduciéndolo de la placa terminada, llenándola de alginato. El modelo así obtenido se reproducirá en una cubeta cargada de alginato o yeso de impresiones y de esta el modelo de yeso piedra.

Para la transbase se empleará acrílico transparente.

## 3.- DATOS PREPROTESICOS

Los registros hechos previamente a la extracción -- tienen por objeto conservar la posibilidad de reproducir exactamente el tamaño, la posición, la forma y el color de los dientes, su articulación, la forma de la encía, -

la altura facial y, eventualmente, la forma de la cara.

Pueden considerarse los más importantes: la altura facial morfológica; el color; la impresión frontal, la impresión para colocar los dientes naturales; el perfil y las fotografías.

**MEDIDAS A ANOTAR.**- 1) A boca cerrada la distancia entre la base de la nariz y base del mentón; 2) la del borde incisivo superior a la base de la nariz; 3) la del borde del incisivo inferior a la base del mentón.

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

**COLOR.**- Si se desea reproducir el o los colores de la dentadura natural, debe anotarse antes de las extracciones.

**MODELOS FRONTALES.**- Cuando no se pueden conservar los modelos de estudio. Se toman con alginato aunque pueden tomarse con yeso o modelina. La cubeta puede hacerse con cera o con una lámina metálica del tamaño de una película radiográfica. Se redondean las puntas y se hacen escotaduras en los bordes superior e inferior para los frenillos. Se hacen perforaciones para retención del alginato y un pequeño mango de alambre.

**IMPRESIONES PARA COLOCAR LOS DIENTES NATURALES.**- Impresiones destinadas a recibir los dientes naturales des pues de las extracciones, es más cómodo hacerla con cera o modelina.

**PERFIL.**- Un perfilómetro es lo más cómodo para re-- producir el perfil de una persona. Otro modo de obtenerlo es tomar una fotografía de perfil mientras se mantiene una regla milimetrada frente al perfil. Basta ampliar la fotografía hasta que la regla tome las dimensiones -- reales, para obtener un perfil exacto de tamaño natural que se recortará fácilmente.

**FOTOGRAFIAS.**- Las fotografías de frente y de perfil a boca cerrada y mostrando los dientes, sirven para conservar el registro del aspecto del paciente antes de las intervenciones quirurgico-protéticas y comprobarlo con -- los resultados, que pueden fotografiarse también.

#### 4.- ELABORACION DE LA PROTESIS

Terminado el enfilado y completa la articulación de los dientes se procede al encerado de la prótesis. Se asientan tiras de cera en los flancos para dar el grosor necesario a las placas. Para ello se corta una tira de -- cera rosa cuya anchura será suficiente para cubrir desde los dientes a los flancos. Mientras está todavía blanda se recorta el exceso sobre los dientes, se modela para -- lograr los contornos gingivales y mientras se va enfriando se comprime para que entre bien en los espacios proxi males.

Para cubrir el paladar se selecciona una hoja de cera adecuada en grosor y extensión; se calienta bien y se presiona sobre el modelo y contra los diente, especial--mente sobre la zona posterior de los incisivos y sobre la zona de las rugas para que dejen bien marcadas sus i--rregularidades; se corta el exceso y se completan sus --contornos mientras la cera está todavía blanda.

Se muestra al paciente los modelos duplicados sosteneridos en oclusión y la restauración montada en el articulaador.

Después de esta comprobación y antes de colocar en la mufla la dentadura, es conveniente añadir más cera sobre el flanco labial en la región alta de los incisivos centrales para dar mayor fortaleza a la dentadura; para esto hay que retirar los modelos y más tarde, cuando ya están polimerizados se recorta de ella la misma propor--ción.

Los modelos se levantan de sus bases montadas en el articulador y se conserva este para revisar más tarde la oclusión sobre la dentadura ya terminada.

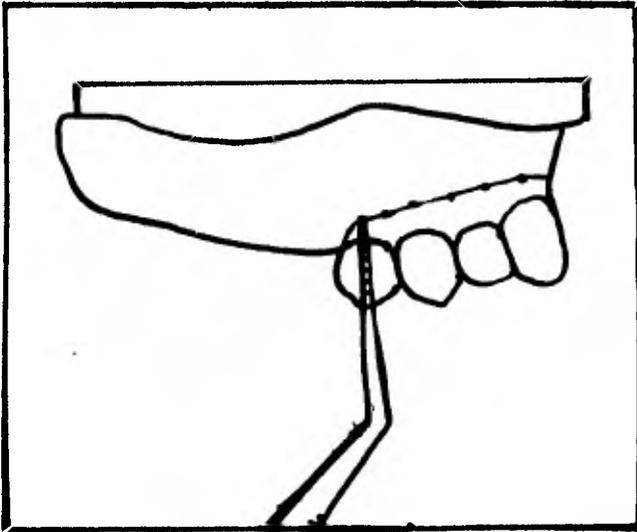
Colocarla en la mufla, empaquetar el acrílico y po--limerizar de la manera habitual.

Retirar todo el material con que se fijo la dentadura en la mufla, limpiar el modelo con la dentadura sobre el mismo y fijarle sobre la base de montaje al articula--dor para comprobar la oclusión. Se termina y se pule en

la forma corriente.

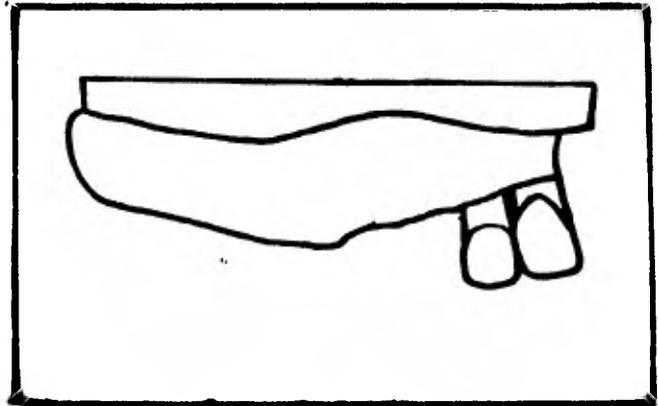
Los aparatos terminados no deben diferenciar de las prótesis mediatas sino por dos características: un abultamiento algo mayor en la encía anterior y la zona lisa carente de detalles de mucosa, donde se cortaron los -- dientes del modelo.

CIRUGIA DEL MODELO

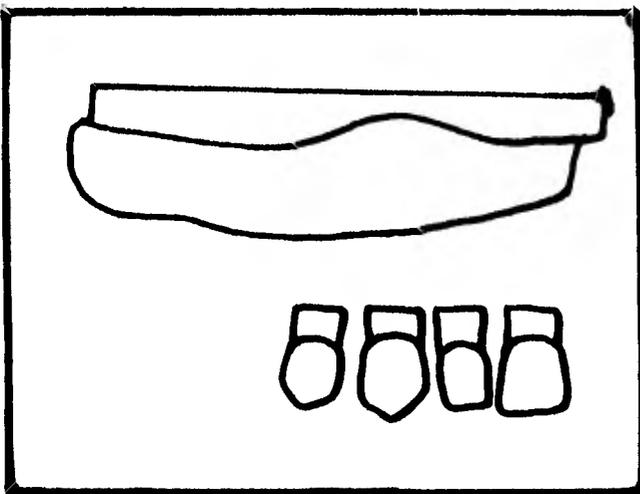


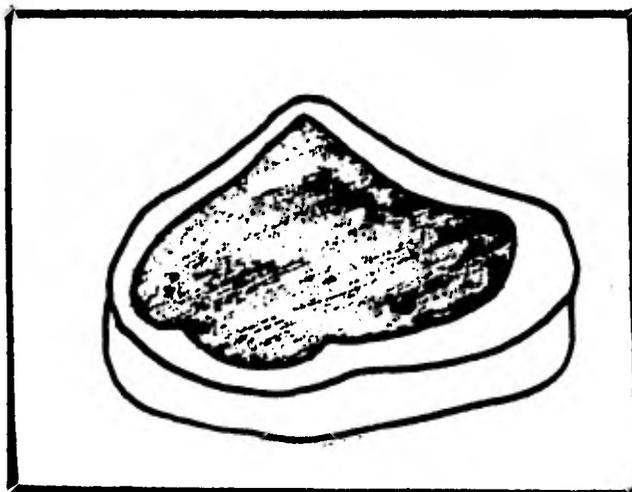
Diseño del borde  
óseo.

Eliminación de los  
dientes.

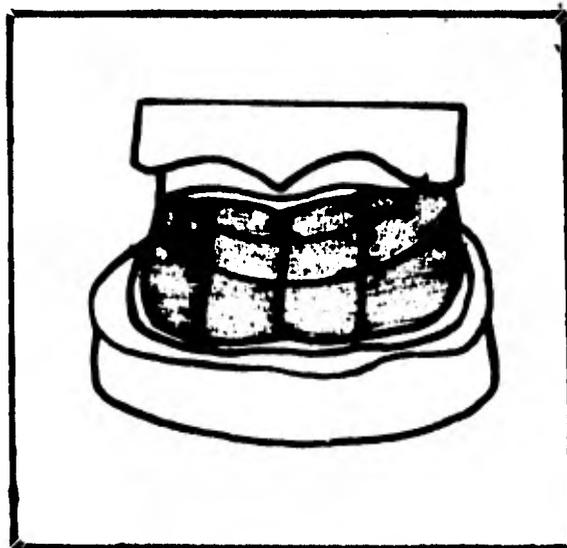


Regularización ósea

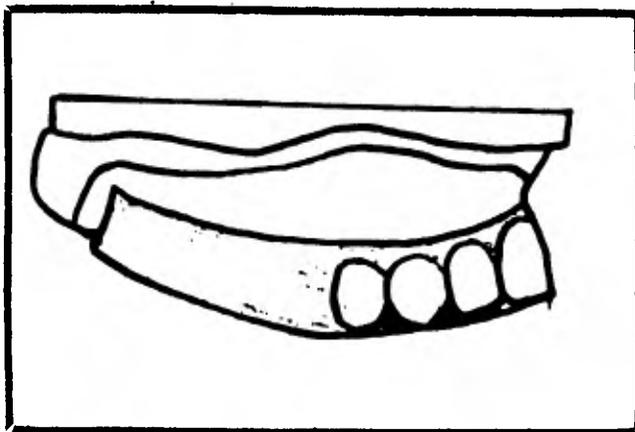




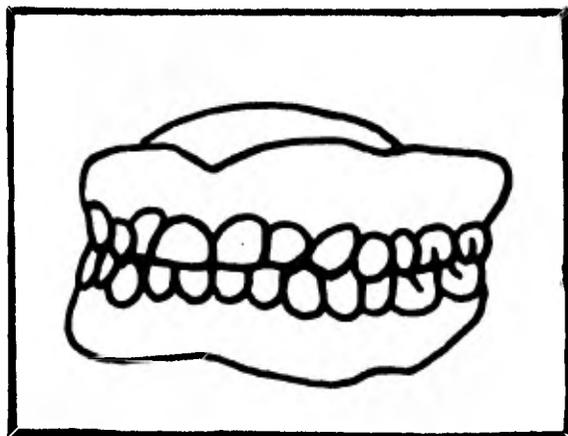
Placa base transparente.



Rodetes de articulación y -  
datos preprotésicos (línea  
media, línea de caninos y  
línea de la sonrisa).



Articulación de los dientes ar  
tificiales.



Prótesis total terminada.

## CAPITULO VII

### 1.- PREPARACION QUIRURGICA

Cualquier operación que se efectúe en el organismo requiere preparación previa a fin de poner a este en las mejores condiciones para soportar con éxito una intervención. Las operaciones de cirugía bucal no escapan a estas necesidades, aunque, por tratarse por lo general de un paciente con afección local, la preparación que exige es menor que las habituales en cirugía general.

a).- EXAMENES CLINICOS.- Consiste en realizar una historia clínica médica y dental lo más completa posible porque si bien en rigor la apreciación total de su estado de salud es tarea médica, podremos sospechar padecimientos cuya verdadera naturaleza determinará y en su caso tratará el médico como paso previo de nuestra intervención.

b).- EXAMENES DE LABORATORIO.- Cuando esté indicado deben realizarse procedimientos específicos adicionales; clínicos o de laboratorio. Podrían incluir: análisis de orina, química sanguínea, prueba de tolerancia a la glucosa, tiempo de sangrado, un recuento sanguíneo, prueba de tendencia hemorrágica, tiempo de protrombina, examen bacteriológico y patológico.

A veces, en caso de enfermedad periodontal avanzada, resulta aconsejable el recuento sanguíneo, calcemia, análisis de fósforo en sangre, fosfatasa alcalina. Con -

estos exámenes auxiliares ayudan a tener una visión más clara de los problemas que pueden ocurrir en la operación y el posoperatorio, para poder prevenirlos.

c).- MEDICACION PREQUIRURGICA.- Se obtendrán mejores resultados si el paciente es premedicado, ya que es muy importante que el paciente esté adecuadamente relajado en el momento que se administrará la anestesia local.

Se le administrarán fármacos sedantes la noche antes del día de la operación, deberán elegirse con cuidado, siguiendo una historia clínica de fármacos adecuada del paciente. El paciente con antecedentes de empleo excesivo de fármacos deberán administrarse dosis de mantenimiento de sedantes y deberán evitarse los barbitúricos en jóvenes o ancianos.

En caso de infección previa, local o distante, se dosificará con antibióticos. En pacientes con enfermedad generalizada que podría complicarse por bacteremia resultante de la cirugía. Puede haber otras ocasiones en las que la historia del estado de salud del paciente pueda sugerir la conveniencia de la terapéutica antibiótica.

## 2.- TRATAMIENTO QUIRURGICO

Prácticamente la totalidad de los tratamientos protéticos están precedidos por intervenciones quirúrgicas que pueden ser próximas o lejanas. La cirugía no es simplemente preprotética, puede ser pro-protética, es decir

favorecedora de las posibilidades protéticas; o antipro-  
téticas, o sea perjudicial para las posibilidades favora-  
bles al tratamiento protético.

a).- EXODONCIA.- Según la primera ley establecida -  
de las relaciones quirúrgico-protéticas "toda extracción  
debe ser considerada como una cirugía preprotética".

Desde el punto de vista técnico; las extracciones -  
pueden ser simples o con alveolectomía.

Las extracciones simples son en muchos casos ciru-  
gía insuficiente; pero las exéresis óseas desaprensivas  
pueden producir mutilaciones irreparables.

Las extracciones simples estan indicadas siempre ~~que~~  
que sean posibles y que no haya indicaciones precisas pa-  
ra la alveolectomía. En este caso se practicarán las ex-  
tracciones dentarias según la técnica que corresponda -  
a cada diente.

Generalmente lo más correcto es quitar primero los  
molares superiores desde la parte posterior y esperar u-  
na o más semanas hasta que los alvéolos han sido cerra-  
dos parcialmente. A pesar de que ordinariamente el moti-  
vo de hacer una prótesis inmediata es la restauración de  
los dientes anteriores, en algunos casos puede hacerse -  
esta prótesis también para los posteriores.

b).- ALVEOLECTOMIA.- La alveolectomía es la eliminación de una porción del proceso alvéolar.

Cuando se realizan extracciones múltiples, los contornos del reborde alvéolar deberán tomarse en consideración respecto a necesidades protéticas futuras. Se requiere buen juicio para determinar si la alveolectomía es necesaria y cuan extensamente deberá hacerse.

El objeto es conservar la cantidad máxima de hueso, junto con un reborde adecuado.

CLASIFICACION DE ALVEOLECTOMIA.- Según la tabla que aborde puede ser: vestibular, palatina o lingual. Cuando se hace en una zona desdentada, puede ser también oclusal. Cuando elimina la parte profunda de los septos interradiculares, se llama interseptal. Puede ser radical o conservadora. Cuando tiene por objeto modificar la forma del maxilar, sea por razones estéticas o mecánicas es una operación puramente plástica y se denomina alveolectomía modeladora o correctora. Alveolectomía estabilizadora, su objeto es la eliminación de aristas y crestas óseas destinadas a una pronta reabsorción y que, por otra parte, tienden a lacerar la mucosa, a la que comprimen contra las bases protéticas.

Las indicaciones de la alveolectomía complementaria de las extracciones que deben seguirse e prótesis inmediata son:

1).- ALVEOLECTOMIA ABULSORA.- Facilita las extracciones, es indicación quirúrgica categórica y debe ser prevista por el cirujano (sin olvidar que también puede requerirla inospitadamente el acto quirúrgico).

2).- ALVEOLECTOMIA ESTABILIZADORA.- Su objeto es eliminar las crestas del hueso que, bajo la presión de la prótesis, podría transformarse en traumatizantes de la mucosa. Principalmente las crestas interradiculares y las interdentarias y no se requiere otra cosa que redondearlas muy ligeramente.

3).- ALVEOLECTOMIA MODELADORA.- Debe ser propuesta por el protesista ya que tiene por objeto modelar el maxilar de acuerdo con las exigencias mecánicas o estéticas. Se debe preparar por el cirujano, además de la prótesis, el modelo de estudio, una reproducción del modelo "operado" y una base transparente para facilitar el control quirúrgico.

En relación con la prótesis inmediata, caben todos los grados de alveolectomía, desde las extracciones simples a las grandes alveolectomías. Deben ser planeadas y ejecutadas con exactitud en cada caso, para lograr armonía entre la prótesis previamente preparada y el maxilar operado posteriormente.

TECNICA.- La técnica debe adherirse a las diferentes circunstancias. De acuerdo con su objeto, las alveolectomías pueden ser de acceso, de liberación y rectificación. Las primeras que se realizan cuando los cuerpos

objetos de la extirpación quirúrgica ocupan aún su lugar en el seno de los tejidos, se realizan e inician con instrumentos adecuados en cada caso. Escoplos, fresas, gu--bias, osteotomos.

Puede hacerse en toda la extensión de la arcada, o dividir la operación en dos o tres zonas; en relación -- con el número de dientes a extraerse y estado del paciente. Se divide la arcada superior en tres segmentos:

1) se extiende desde el espacio interdentario entre canino y primer premolar hacia atrás; 2) un segmento del lado contrario con los mismos límites y; 3) un segmento anterior comprendido entre canino y canino.

OPERACION.- Segmento 1).

INCISION.- Se trazan las incisiones. La primera ubicada en el espacio entre canino y primer premolar y ligeramente inclinada hacia adelante. La rama posterior de la incisión se traza en el límite distal del último diente existente. Incisión en la cara palatina, un colgajo - mínimo es necesario para no traumatizar la fibromucosa - en las maniobras operatorias. Son incisiones paralelas a las bucales y de una extensión de 5 mm aproximadamente.

PREPARACION DE LOS COLGAJOS.- Con una espátula roma o un instrumento adecuado (periostotomo) se levanta el - colgajo mucoperiostístico hasta la región del tercio apical de los dientes siguiendo el contorno del cuello de los - mismos. Se mantienen apartados con separadores.

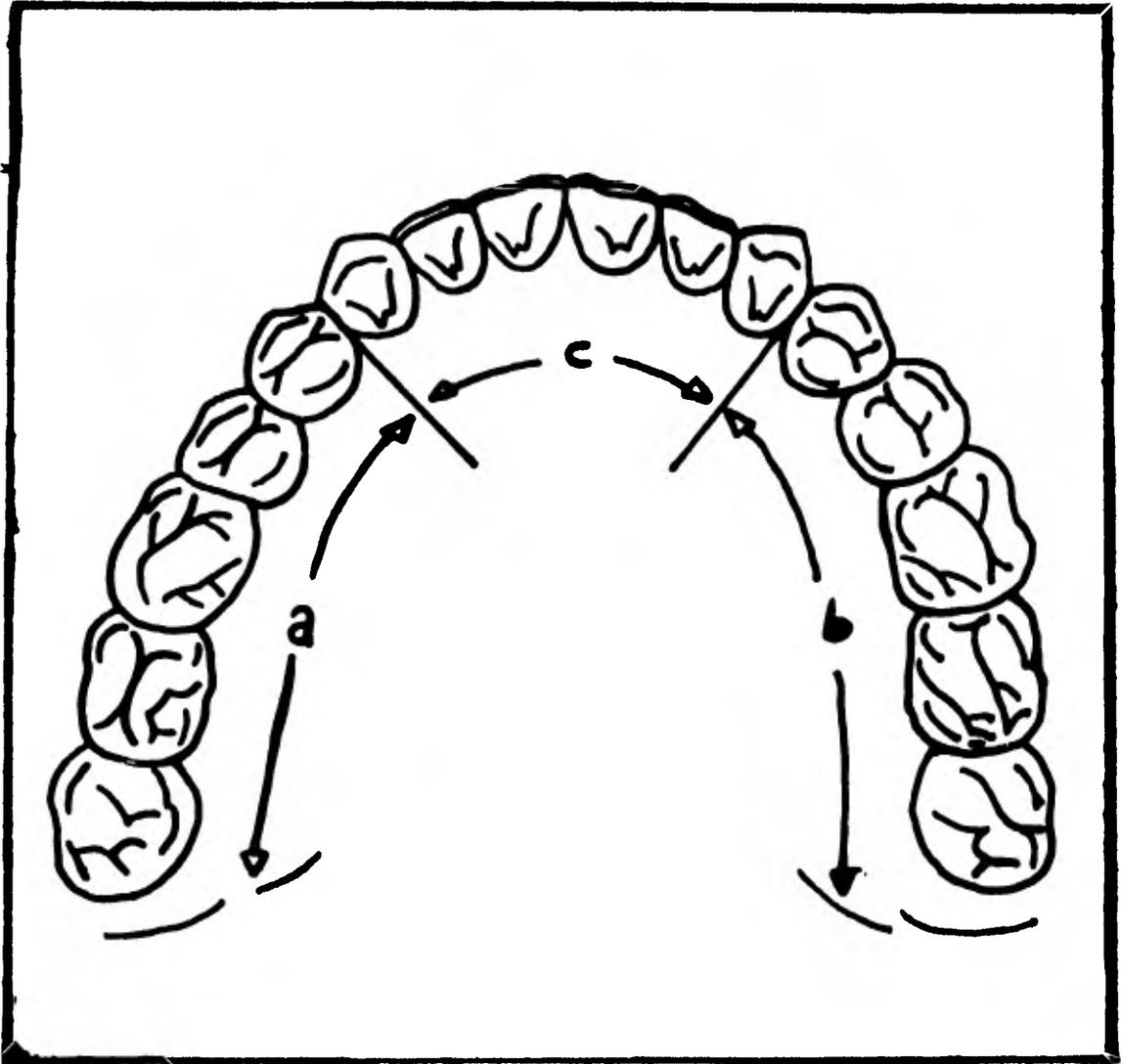
Se realizan las extracciones aplicando para esta operación las técnicas indicadas.

**ALVEOLECTOMIAS.-** La cantidad de hueso a reseca debe ser relativamente escasa. Con relación a la prótesis inmediata se eliminan las aristas óseas, los bordes filosos y cortantes, los tabiques interdentarios e interradiculares hasta la altura prudencial previamente planeada. El aislamiento final del hueso se hace con limas para hueso (escofinas) o fresas redondeadas grandes.

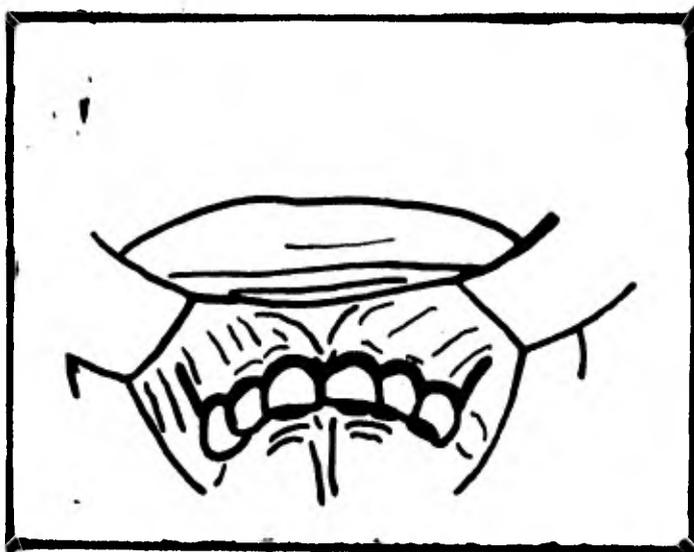
Para comprobar si no hay puntos cortantes, se vuelve el colgajo a su sitio, se verifica con el pulpejo del dedo la regularidad de la arcada alveolar. Existiendo tales puntos, se vuelve a levantar el colgajo y se elimina la zona deseada con pinza gubia, fresas o escofinas.

**CORTE DEL TEJIDO EXCEDENTE DEL COLGAJO Y SUTURA.-** Perfectamente regularizada la arcada alveolar, se vuelve el colgajo a su sitio y con tijera se corta el excedente gingival, bucal y palatina, de manera que ambos colgajos se adapten sin sobrantes. Estos colgajos se fijan con puntos de sutura.

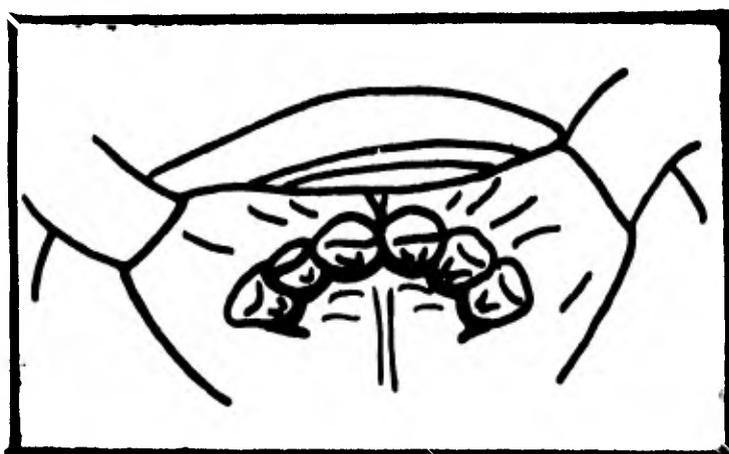
**INCISION EN CASO DE TRATAMIENTO DE TODO EL MAXILAR.** La incisión distal, en caso de alveolectomía y exodoncia debe ser trazada sobre toda la extensión de la arcada desdentada, desde la cara distal del diente posterior hasta la tuberosidad. A nivel de dientes existentes en el camino de la incisión, esta bordeará sus caras mesial bucal y distal, para asegurar a ese nivel la correcta osteotomía.



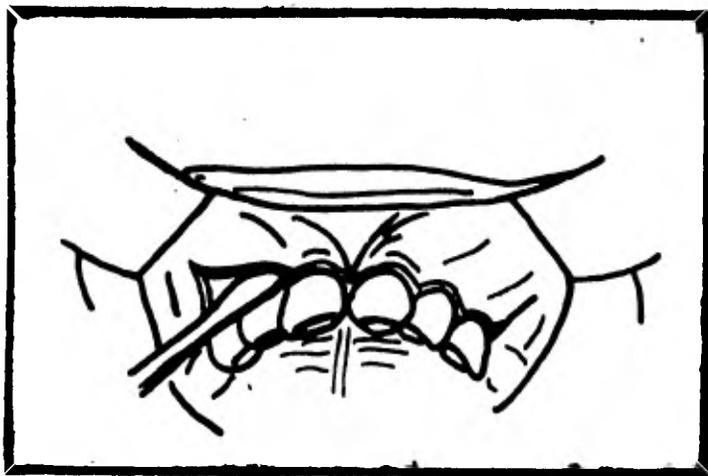
Segmentos en que se divide la arcada dentaria del maxilar superior a operar. Puede aplicarse para operar el maxilar inferior.



Línea del trazado de la incisión vestibular, de canino a canino.

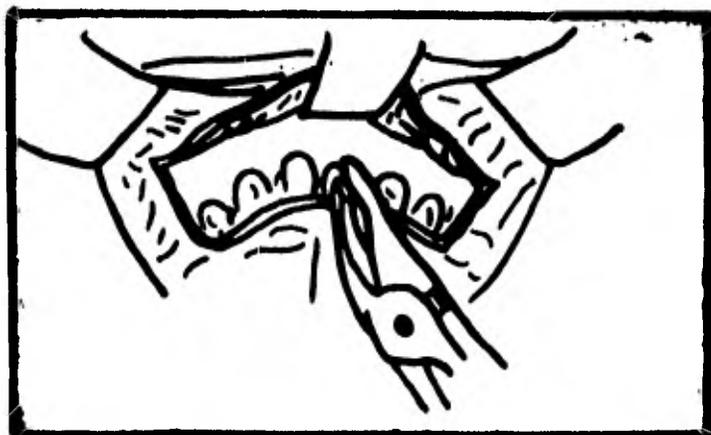


Línea del trazado de la incisión por el lado palatino.



Desprendimiento del colgajo.

Exodoncia con pinza.



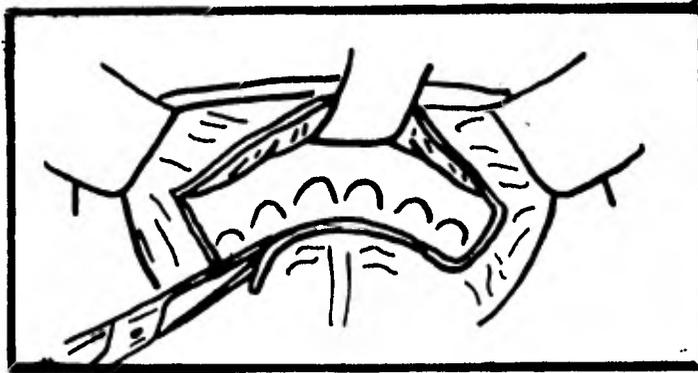
Ostectomía.



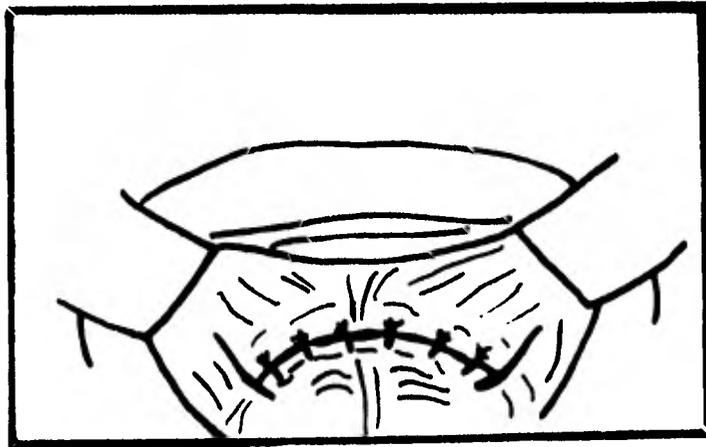
Regularización de los rebordes -  
óseos con escofinas después de -  
la alveolectomía con pinza gubia.



Prueba de la base transparente.



Corte del excedente del tejido gin  
gival.



Sutura de los colgajos.

## CAPITULO VIII

### 1.- COMPROBACION DE LA SEMEJANZA PROTETICO-CLINICA.

Despues de haber realizado el tratamiento, se comprobará que el caso clínico ha quedado como nos lo propusimos, vale decir; semejanza al modelo de yeso sobre el cual se construyo la prótesis.

La colocación de la prótesis inmediata difiere en dos circunstancias de la regular: se hace sobre tejidos anestesiados, recién modificados quirúrgicamente y que pueden modificarse aún, para adaptarlos a la prótesis; y el aparato debe ser colocado, sean cuales fueren los defectos.

**SIN ENCIA ANTERIOR.**- Extraídos los dientes puede probarse el aparato y, se verán los cuellos en los alvéolos. Cualquier cresta alveolar que dificultara el calce puede eliminarse si no conviene retocar la prótesis. También puede hacerse el aislamiento de puntos y crestas óseas para evitar dificultades cicatrizales.

**CON ENCIA ANTERIOR SIN ALVEOLECTOMIA.**- Extraídos los dientes el aparato debe calzar exactamente. Si el aparato retiene mal rellenar los alvéolos con trocitos de gasa y hacer un rebasado inmediato. Quitar la gasa de los alvéolos, recortar los excesos de relleno y eliminar cualquier defecto serio en la articulación y despedir al paciente por 24 horas.

CON ENCIA ANTERIOR CON ALVEOLECTOMIA.- Después de realizada la alveolectomía se comprobará si se hizo la necesaria.

Para comprobarlo se desciende el colgajo y se adapta sobre el maxilar del paciente la transbase que tendrá la forma exacta de la prótesis. Por transparencia se verá izquemia de los tejidos blandos si estan comprimidos, si es así; será necesario hacer una mayor ostectomía. Se levanta el colgajo y se recorta el hueso excedente y se vuelve a probar la transbase, pocas pruebas seran necesarias para producir un ajuste parejo. Una vez que la transbase llega a su sitio, procedemos a suturar el colgajo y a instalar la prótesis.

Antes de colocar la prótesis se prepara cemento quirúrgico y se coloca en la base de la prótesis para colocarla despues en la boca del paciente. Este cemento quirúrgico le sirve como protección a los tejidos recién operados.

FALLAS.- Aunque se sabe que una técnica cuidadosa - las reduce tambien se sabe que los defectos estan agazapados a lo largo del tratamiento.

a).- La primera falla evidente una vez que el aparato ha sido colocado puede ser la falla de retención activa. Si el defecto es pequeño, puede ser suficiente espolvorear la base con polvo adhesivo; si es de cierta importancia, es mejor proceder a un rebasado inmediato con material acondicionador, con elastómero o con acrílico -- (aunque es mejor no utilizarlo por el momento).

b).- La segunda falla grave puede ser de articulación. Los materiales de elección son papel de articular y piedras para lograr de inmediato una oclusión central balanceada mediante unos pocos contactos, dejando para después el afinado y las oclusiones excéntricas.

c).- La tercera falla evidente puede ser estética. En este caso, se tranquiliza al paciente de inmediato y se le rehará la prótesis tan pronto se pueda.

El criterio general a los defectos es corregir de inmediato cuando es posible sin gran tarea. Si la corrección es laboriosa es preferible limitarse a hacer llevadera la prótesis, postergando la corrección de fondo para cuando el paciente este en mejores condiciones.

## 2.- TRATAMIENTO POSOPERATORIO

DIETA.- Debe mantener una ingestión adecuada de alimentos y líquidos como gelatinas, flanes, natillas, bebidas que contengan suplementos alimenticios, preparaciones de dieta líquida y sopas.

La extensión del área quirúrgica afectara la capacidad del paciente para comer tanto como su tolerancia a la operación. La tolerancia es variable y la afectan la edad, sexo, educación, experiencia previa y otros factores.

El paciente puede volver a su dieta normal tan rápidamente como le sea posible.

MEDICACION.- Prescribir analgésicos en una cantidad suficiente para 48 horas; los tomara si el dolor lo obligara, ya que el dolor no es del todo previsible e incluso procedimientos simples y rápidos pueden ser extremadamente dolorosos.

Los antibióticos pueden recetarse como medicación - sistémica y como profilaxia. Si hay infección presente, su uso puede ser necesario.

Preparación enzimática, como hialuronidaza, estreptomisina, tripsina y enzimas proteolíticas vegetales se recomiendan como útiles para prevenir o reducir el edema

Conviene que el paciente no se quite la prótesis -- hasta volver al consultorio 24 o 48 horas más tarde. Se le hara un lavado y los retoques que requiera. Se procurará obtener una buena articulación. En los días siguientes se seguira vigilinado las heridas y retocando la prótesis frente a los puntos dolorosos o en su articulación y hara un rebasado si fuera necesario.

A los ocho días despues se retiran los puntos de sutura.

### 3.- CONTROL DE OCLUSION

Mediante un análisis cuidadoso de la oclusión, se - lleva a cabo el desgaste limitado, con pequeñas piedras montadas en forma de rueda, un cono invertido y finalizamos el caso con un ligero retoque a base de pasta abrasil

va fina para desgastar pequeñas imperfecciones sin disminuir las agudezas o las aristas de los tubérculos.

Para alcanzar los objetivos de la corrección oclusal y lograr una articulación con perfecto equilibrio funcional, las indicaciones son:

a).- Distribución máxima del esfuerzo en relación céntrica maxilomandibular.

b).- Retención de la distancia maxilomandibular.

c).- Armonía de las vertientes para poder distribuir los esfuerzos oclusales excéntricos.

d).- Reducción de la inclinación de las vertientes para que los esfuerzos oclusales sean transmitidos más favorablemente a los tejidos de soporte.

e).- Conservación de la agudeza de las cúspides.

f).- Aumento de las salidas de los alimentos.

g).- Disminución de la superficie de contacto.

Montar las dentaduras en el articulador en relación céntrica. Se fijan los modelos provistos de surcos en las posiciones correspondientes en el articulador, limpiar los excesos de yeso que tenga el articulador y secar bien los dientes artificiales, localizamos y marcamos los contactos prematuros o interferencias siguiendo

el orden: oclusión céntrica, de lateralidad derecha, de lateralidad izquierda y en protrusión.

Se coloca una tira de papel de articular entre los dientes de un lado y se cierra el articulador con una -- presión moderada en relación céntrica, después se coloca el papel en el lado opuesto y se vuelve a cerrar el articulador en relación céntrica.

Las correcciones oclusales debe hacerse analizando correctamente las posiciones excéntricas y saber si esta se logra desgastando el tubérculo o desgastando el surco pero nunca arbitrariamente.

#### REGLAS DE LA CORRECCION OCLUSAL.

1.- Cuando el tubérculo esta en contacto prematuro tanto en posición central como en posición de trabajo, la corrección debe hacerse a expensas del tubérculo.

2.- Es B.A.L.A (B-buocal, A-arriba. L-lingual, A-abajo), cuando existe un contacto normal en posición cen---tral y contacto prematuro de los tubérculos bucales en la posición de trabajo, se desgasta el tubérculo bucal - superior; y si el contacto prematuro esta en los tubérculos palatino y lingual se desgasta el tubérculo lingual inferior.

3.- Cuando un tubérculo está en contacto prematuro en posición central y en contacto correcto en las posi---ciones excéntricas, la corrección debe hacerse conservan

do el tubérculo y desgastando el surco.

Se llevan las dentaduras en el articulados a protrusión hasta hacerlos morder borde a borde, idealmente debería haber contactos simultáneos entre incisivos acompañados de contactos de los molares tanto derechos como -- los izquierdos.

Si en protrusión los incisivos se elevan tanto como para mantener los molares fuera de oclusión, se recortan los incisivos hasta que los molares toquen. En el caso -- contrario de que los molares sean los que mantienen sepa rados los incisivos se marcan los molares con papel de -- articular mientras se mantiene el articulador en protrusión, se reducen las interferencias en los molares inferiores sin tocar los primeros molares superiores.

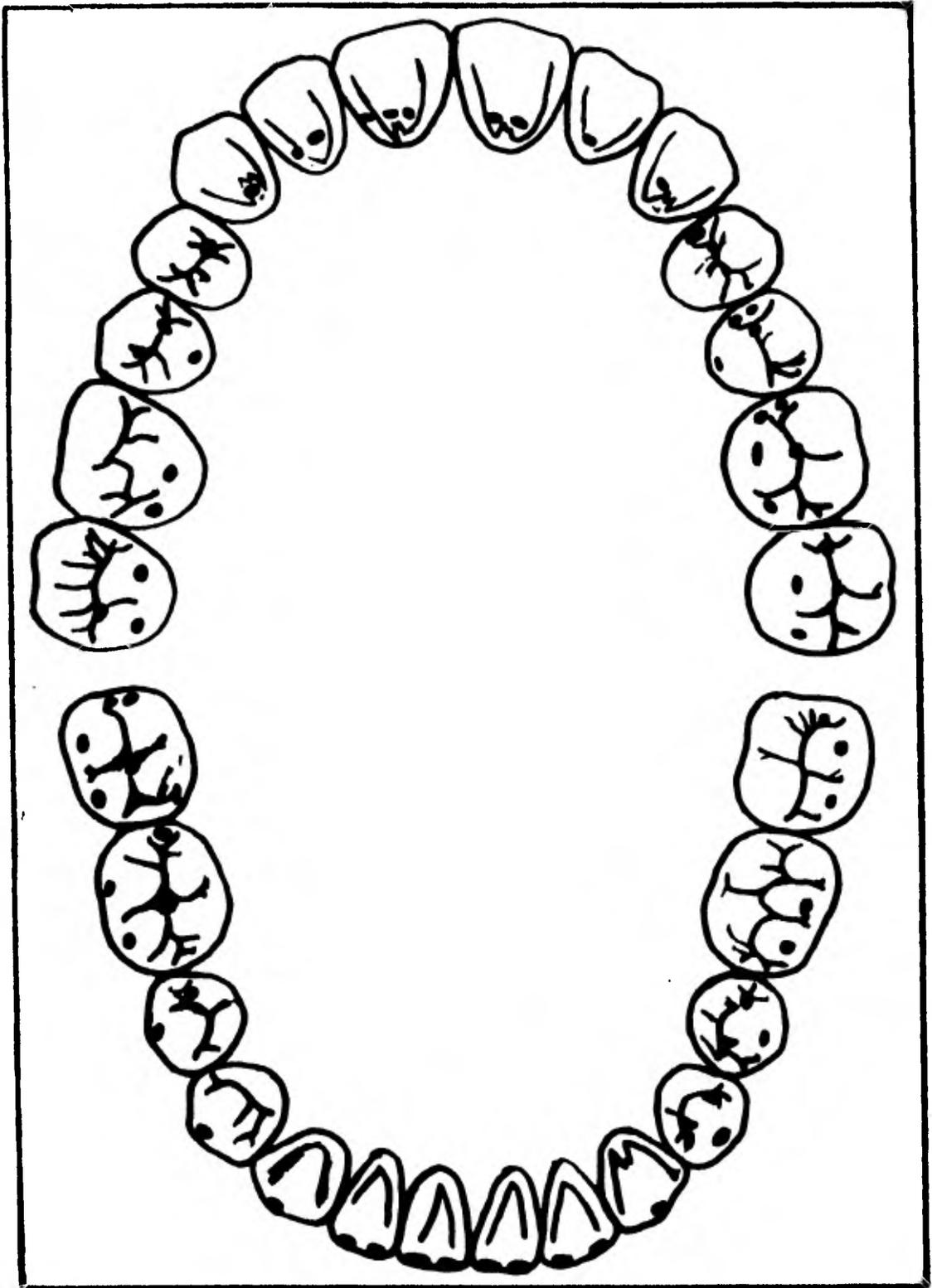
Se efectúan movimientos de lateralidad con las dentaduras montadas con papel de articular interpuesto. Reducir cualquier lugar que dificulte el contacto simultáneo de los molares derecho e izquierdo.

Colocar pasta abrasiva de grano fino sobre las superficies oclusales e incisales y se mueve el articulador en relaciones excéntricas hasta que los dientes se desli cen de un lado a otro sin interferencias.

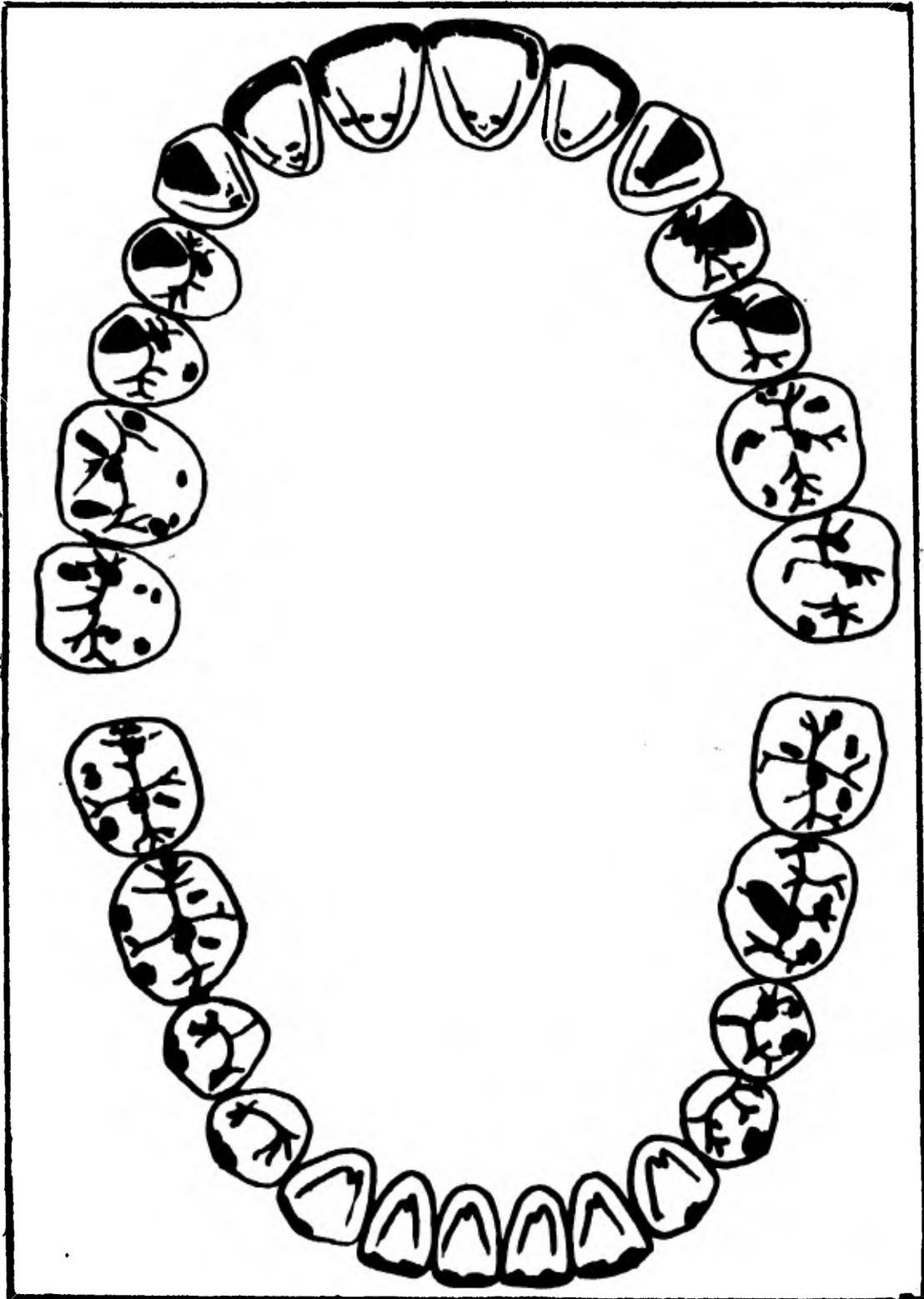
Retirar las dentaduras de sus modelos, lavarlas con agua corriente y cepillarlas de modo que queden libres -- de abrasivo, secarlas bien y colocarlas de nuevo en el -- articulador para inspeccionar la oclusión en todas las --

posiciones. Si en oclusión céntrica o lateral ocluye -- cualquiera de los dientes anteriores al segundo bicúspide, cosa que se ve interponiendo papael de articular se reducirán las superficies de contacto mediante una tira de papel lija.

Se remodelan los dientes con pequeñas piedras montadas si se considera necesario.



Contenciones incisivas y oclusales en oclusión céntrica. Las áreas rojas indican las contenciones céntricas.



Después de la terminación del tallado. Las áreas rojas indican contenciones en oclusión céntrica; las áreas verdes, contenciones en relación céntrica; las áreas azules, contactos en relaciones de trabajo, y las amarillas, las zonas donde se han eliminado interferencias de balanceo.

## CAPITULO IX

### 1.- PERIODO DE TRANSICION

La duración de una prótesis inmediata completa en servicio es sumamente variable, ya que, la reacción orgánica no puede preverse exactamente en cada caso.

Lo importante es que el paciente como el profesional sepan que se trata de un servicio de transición.

Conviene postergar en lo más posible el primer rebasado. Aunque hay casos que exigen el rebasado inmediato, otros que lo exigen a las 2 o 3 semanas y otros que no lo necesitan durante meses.

El examen de la situación, debe indicar en cada caso, ya sea sólo en la parte operada y el borde correspondiente o un rebasado total.

RENOVACION Y LA REMONTA.- Pasando el tiempo de atención más o menos inmediato, el paciente debe ser instruido de la necesidad de vigilar sus prótesis y de ajustarlas después de un tiempo, para evitar el riesgo de las hipertrófias marginales, así como de trastornos en la altura y en la estética.

Muchos protesistas aconsejan renovar las prótesis totalmente al cabo de un año aproximadamente siempre que el paciente pueda hacerlo. Tiene las siguientes ventajas

- 1) Se puede hacer técnica correcta sin recurrir a proce-

dimientos de urgencia; 2) si se produce cualquier falla, el paciente sigue como estaba; 3) una vez instalada la segunda prótesis puede remontarse la primera y el paciente queda en posición de dos prótesis, con que sufre mucho menos en caso de accidente y presenta menos urgencia

**CONSERVACION FUNCIONAL Y ESTETICA.**- Los registros - preextracción estudiados así como las prótesis inmediatas existentes en la boca, constituyen excelentes elementos de juicio para restaurar la altura facial y la posición de los arcos dentarios en las prótesis sucesivas a lo largo del tiempo.

Cada nueva mordida debe verificarse con las medidas anteriores. El modelo de los dientes naturales permite volver cada vez al alineamiento primitivo.

En los pacientes que poseen prótesis, la remonta -- permite prolongarles el servicio efectivo. El desgaste de los dientes es el factor que impone en muchos casos -- la renovación posterior.

Como complemento del servicio, luego que se ha colocado al paciente la prótesis regular, conviene rebasar, arreglar y pulir la primitiva prótesis inmediata para -- que su dueño la conserve como repuesto.

## 2.- REBASE

Es todo procedimiento que permite ajustar la base - de una prótesis a los tejidos que le prestan asiento, me diante la interposición de material que pasa a formar -- parte de la base.

Los rebasados se clasifican en: rebasados en un -- tiempo o directos y rebasados en dos tiempos o indirec-- tos.

Los rebasados directos totales o parciales.- son -- siempre forrados. Los rebasados en dos tiempos.- ofrecen mayores posibilidades, tanto clínicas (extensión y/o remodelado de las bases) como en la de taller (cambio de - dientes, cambio de altura, remodelado, remonta).

Existen tres clases de prótesis que pueden requerir rebasado: 1) prótesis nuevas, 2) prótesis inmediatas, 3) prótesis viejas.

En la prótesis inmediata el rebasado es una indica- ción absoluta, para compensar los desajustes que origina el proceso cicatrizal. En ellos pueden estar indicadas - todas las formas de rebasado, desde el absolutamente in- mediato, originado en fallas técnicas, al mediato, desde el rebase en un tiempo, característico del primer perío- do, al rebasado en dos tiempos que puede ser abreviado o también diferido, acompañado o no de remonta.

Las condiciones para efectuar un rebasado son:

1) que la prótesis tenga correcta oclusión central en relación centra; 2) que tenga extensión; 3) que tenga correcta altura.

La preparación de la boca para un rebasado es de la misma naturaleza que prepararla para la prótesis.

PREPARACION DE LA PROTESIS.- La prótesis de buena extensión, buena oclusión central, correcta altura y carentes de socavados retentivos, sólo requieren ser minuciosamente lavadas, eliminando el sarro cuando lo tienen y para el rebasado directo la activación de la superficie de asiento con ayuda de piedras para acrílico de tamaño apropiadas. El rebasado en dos tiempos, algunos elastómeros de impresión requieren pintar la superficie de asiento con un adhesivo adecuado.

PREPARACION DEL PACIENTE.- El rebasado se indica por una impresión del reborde residual con la base protética como cubeta; en el rebasado la superficie oclusal debe ocupar también su posición exacta, en oclusión central. La única guía segura es el antagonista e impone que todo rebasado sea una impresión a boca cerrada.

ESTABILIZACION.- Limada y desgastada la base, algunas veces calza en su lugar flojamente que resulta problemático llevarla a su lugar correcto una vez cargada con el material de impresión. En tal caso conviene optar por el rebasado en dos tiempos y empezar por estabilizar la prótesis previamente con material corregible.

Una técnica es colocar tres bolitas de modelina de unos 5 mm de diámetro, dos a los lados, la otra adelante. Plastificarla en el termostato y llevar a la boca, - centrandolo y profundizando con los antagonistas, cortar los excesos y probar; puesta la prótesis en su sitio, -- los antagonistas deben morder en oclusión central sin hacerla vascular.

Otra técnica consiste en poner cera plástica en los flancos vestibulares y lingual, llevar a la boca y hacer morder hasta que la prótesis vaya a su sitio, cortar los excesos, probar y corregir si es necesario.

Una tercera técnica consiste en remarginar con modelina.

REBASADO EN UN TIEMPO.- Con acrílico autopolimerizable.

Inconvenientes.- El rebasado inmediato con acrílico autopolimerizable presenta los siguientes inconvenientes

- a).- Es desagradable para el paciente.
- b).- El corrimiento del material es pegajoso y no puede ser controlado fácilmente.
- c).- No es fácil mantener una oclusión correcta.
- d).- Si la prótesis no es bien ubicada de primera intención, la corrección siguiente es dificultosa.
- e).- Es difícil controlar el grosor y la longitud de los bordes.

- f).- Son comunes los defectos de superficie.
- g).- Es un problema la porosidad de la resina.
- h).- El color es inestable.
- i).- Debilita la resistencia de las prótesis a la deflexión transversa.
- j).- El caracter irreversible del proceso y lo fugitivo del estado plástico exigen una técnica --  
presisa.

**Indicaciones:**

- a).- En los rebasados sucesivos que exige la prótesis inmediata.
- b).- En casos de extrema urgencia.
- c).- En el rebasado provisorio de prótesis que deben ser reemplazadas.
- d).- En el reajuste de prótesis recién terminadas -- que el paciente no puede dejar para el rebasado en dos tiempos.
- e).- En el rebasado parcial localizado para reajustar la prótesis en uso a los tejidos modificados por intervenciones quirúrgicas.

Previo al rebasado inmediato debe advertirse al paciente respecto a lo desagradable del sabor del monómero y a la inevitable sensación de quemadura en las primeras etapas del procedimiento.

**Técnica.**-- Cubranse las superficies pulidas de las prótesis con tela emplástica, dejando libres los bordes. Preparar el material de rebasado. Debe formar una masa --

más bien líquida que de inmediato empieza a tomar consistencia. Se tapa para evitar la evaporación del monómero y la formación de una película de cementación en la superficie.

El paciente en posición, se le envaselina los labios y se pone al alcance de su mano un vaso con vaselina líquida o aceite de almendras.

Cuando el material empieza a tomar cuerpo, se hace correr por la canalija de la base, extendiendolo con la espátula hasta los bordes evitando mucho exceso. Se indica al paciente que haga un buche de vaselina líquida y la escupa, tan pronto lo haga se introduce la prótesis en la boca y se centra con cuidado. La parte final de la profundización se hará bajo la acción de los antagonistas. Se retiene ahí un instante, se retira y se lleva al agua helada, mientras el paciente hace otro buche con vaselina líquida se agrega material se hace falta y se introduce nuevamente a la boca. Repetir las maniobras del recorte muscular a boca cerrada. Para el recorte lingual se mantiene en posición el aparato con los dedos. Si el paciente evidencia molestias, se retira la prótesis, se enfria un instante y se vuelve a su sitio.

Cuando el material ha adquirido consistencia suficiente, que ya no sufre deformaciones al retirarlo de la boca, se puede colocar en el termostato a 50 o 60 °C para acelerar la polimerización.

Separar la tela adhesiva, eliminar los excesos con piedras de acrílico y pulir los bordes con discos de carborundum.

Reajuste del postdamming.- Bien limpia la prótesis, avivar con piedras la zona del postdamming, extendiendola en caso necesario a los flancos vestibulares posteriores. Se moja con monómero la zona a reajustar, se mezcla el material de rebase, cuando haya tomado suficiente consistencia, se distribuye en la zona y cuando alcance la consistencia requerida se lleva a la boca, se hace ocluir al paciente y se retira. Se eliminan rápidamente los sobrantes; modelan los contornos y se alisan con el algodon empapado de monómero. Eliminar las partículas sobrantes y hacer desaparecer las uniones entre el acrílico -- nuevo y el acrílico viejo.

REBASADO EN DOS TIEMPOS.- El rebasado en dos tiempos, inmediato o diferido, tiene la ventaja de permitir la impresión de rebasado con material de impresión más - fácilmente moldeable y controlable que el acrílico, y la de no arriesgar la prótesis en caso de impresión fallida. El operador dispone del tiempo, más cómodo para las maniobras técnicas del centrado, y recorte muscular. Permite una terminación más perfecta.

**Indicaciones:**

- a).- Se espera un largo servicio en las mejores condiciones.
- b).- Cuando se deban introducir modificaciones im--

portantes en las prótesis, forma de extensiones, cambios de altura o cambios posicionales de los dientes.

- c).- Cuando esta indicada la remonta.
- d).- Cuando se desee dar a la prótesis mejor terminación.

**IMPRESIONES PARA REBASADO.**- Impresiones con boca cerrada en cubeta ajustada y se prefieren para ellas los materiales de alto corrimiento. (pasta zinquenólica, silicona, mercaptano, acrílico acondicionador).

**REMARGINADO Y EXTENSION DE BORDES.**- Estabilizada la base, se hace el remarginado procediendo exactamente como con una cubeta individual. Se toman las impresiones de acuerdo a la técnica del material que se emplee.

**MODELOS PARA REBASADO.**- Se preparan siempre en yeso piedra preferentemente después de una protección de bordes con cera, destinada a conservar limpiamente para su producción final. Antes de separarlos de la prótesis debe prepararse el "duplicador" o posicionador; este es cualquier dispositivo que permite mantener la prótesis o su remonta en posición correcta respecto al modelo. Puede ser articulador con vástago incisivo.

**PREPARACION DE LA PROTESIS.**- Separada la prótesis del modelo, se limpia perfectamente, se retira el acrílico en mal estado con ayuda de piedras de grano grueso y forma apropiada, para la resina acrílica.

Con la ayuda del duplicador se pone la prótesis en posición justa sobre el modelo y elige el procedimiento: 1) prensado directo en duplicador con resina autopolimerizable, o 2) encerar la prótesis y poner en mufla. El primero es el procedimiento de elección para el rebasado el segundo para la remonta.

**PRENSADO Y CURADO EN EL DUPLICADOR.**- Preparada la prótesis para recibir el acrílico de rebasado, se debe proceder al arreglo del modelo. Si es superior se hará la depresión correspondiente para obtener el postdamming y por último se pintará con aislador.

Se prepara el acrílico autopolimerizable. Humedecer con monómero la superficie de la base, que debe recibir nuevo acrílico; se carga la base con acrílico plástico, se cierra el duplicador hasta su cierre exacto, dejando que el acrílico existente fluya por los bordes, acelerar el proceso, sumergiéndolo en agua a 50 °C.

**PRENSADO Y CURADO EN MUFLA.**- Se emplea para el rebasado con acrílico termopolimerizable, indicado cuando se procede a la remonta, cambiando la totalidad o casi del acrílico.

**TERMINACION.**- Cualquiera que sea el procedimiento seguido, el de terminación no difiere. Desgastar con piedras para acrílico conservando cuidadosamente los bordes funcionales, lijar y pulir.

## CONCLUSIONES

Al realizar este trabajo me he convencido de que la Prótesis Inmediata es muy importante en la rehabilitación bucal, puesto que elimina, si no todos, casi todos los trastornos físicos, anatómicos, fisiológicos y psicológicos que trae como consecuencia el desdentamiento.

El objeto de esta tesis es que el Profesional y el Estudiante de Odontología se interesen en aprender más sobre este procedimiento, ya que el paciente está cada vez más informado sobre los tratamientos odontológicos que se pueden proporcionar en el consultorio dental, pide más información y el tratamiento mismo.

El Dentista debe estar preparado para proporcionar esta información y llevar a cabo el tratamiento cuando el paciente lo requiera, siempre y cuando el paciente reúna los requisitos físicos y psicológicos necesarios, que, junto con un diagnóstico correcto son factores determinantes para el éxito de esta técnica.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Cirugía Bucal -- Ries Centeno, Guillermo A.  
Ed. "El Ateneo" -- Octava Edición.
- 2.- Cirugía Bucal Preprotética -- Starshack, Tho  
mas J. -- Ed. Mundi.
- 3.- Dentaduras Completas -- Clínicas Odontológi-  
cas de Norteamérica -- Abril 1977 -- Ed. In-  
teramericana.
- 4.- Oclusión -- Ramforjd Ash -- Ed. Interamerica  
na -- Segunda Edición.
- 5.- Odontología Practica -- Lovis I. Grossman --  
Ed. Labor S. A.
- 6.- Prostodoncia Total -- Ozawa Deguchi, José Y.  
Escuela Nacional de Odontología -- U.N.A.M.  
México 1975.
- 7.- Prostodoncia Total -- Saizar, Pedro -- Ed. -  
Mundi -- 1972.
- 8.- Prostodontic Treatment For Edentulous Pa --  
tients -- Boucher, Carl O.; Hichey, Jodson C  
Zarb, George A. -- The C.V. Mosby Company.

- 9.- Prótesis Dental - Dentaduras Completas --  
Nagle y Sears -- Ed. Toray S. A.
- 10.- Rehabilitación Bucal -- Procedimientos Clí-  
nicos y de Laboratorio -- Kornfeld, Max --  
Ed. Mundi.
- 11.- Sillabus Of Complete Dentures -- Charles M.  
Heartwel; Rohn, Arthur O. -- Ed. Lea & Febig  
er Philadelphia.
- 12.- Tratado de Cirugía Bucal -- Kruger, Gustavo  
Ed. Interamericana.
- 13.- Tratamiento del Totalmente Desdentado -- Le  
Pera, Francisco -- Ed. Mundi.