

TESIS CON FALLAS DE ORIGEN

315  
2ij



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

# **PROSTODONCIA TOTAL**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE**

**CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A :**

**FRANCISCO JAVIER VALENZUELA IBARRA**



**MEXICO, D. F.**

**1987**



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## I N D I C E

Capítulos	Pág.
Introducción	... 1
I    Músculos Masticadores	... 3
II   Mucosa Oral	... 6
III  Historia Clínica	... 12
IV   Materiales de Impresión	... 29
V    Impresión Anatómica y Modelos de estudio	... 36
VI   Portaimpresiones Individual	... 41
VII  Rectificación de Bordes e Impresión Fisiológica	... 45
VIII Rodetes de Oclusión	... 50
IX   Registros Intermaxilares	... 54
X    Transporte al articulador	... 57
XI   Selección y articulación de dientes	... 60
XII  Prueba de la dentadura en cera y terminado	... 71
Conclusiones	... 76
Bibliografía	... 78

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

La prostodoncia representa una parte importante en la práctica odontológica. Es definitivo que el cirujano dentista debe manejar con tino y conocimiento específico lo que ha de realizar, no sólo avocándose a lograr buenos resultados estéticos, los cuales conservan al paciente con una singular apariencia, es básico tomar en cuenta otros aspectos elementales que conforman una prótesis total. Estos factores son: comodidad, resistencia, estabilidad, ausencia de puntos prematuros de contacto, así como libertad total en movimientos laterales, protrusivos, etc.; dichos elementos, si no son cuidados y tomados en cuenta, repercutirán en el éxito de la prostodoncia y en su duración en la boca del paciente, con tras tornos posibles en la fonación y en patologías de los tejidos blandos y duros de la cavidad oral.

Dentro del campo de la salud, encontramos a la prostodoncia total, siendo ésta una de las ramas más importantes de la Odontología, ya que regularmente como especialidad, se ve enfocada a pa--cientes que se encuentran dentro de la etapa senil. En ellos se tiene que realizar un factor muy importante, como es la rehabilitación y conservación de la habilidad masticatoria, así como también la restauración de la función y conservación de las cualidades estéticas de la boca, y la incorporación de estos pacientes al medio ambiente.

La educación de los pacientes es muy importante en esta rama de la Odontología, ya que si no se le da una adecuada orientación acerca del uso de placas totales, el paciente no sabrá qué cuida-dos debe tener con su prótesis. Al mismo tiempo, se trata de que el paciente se cree una mentalidad positiva ante los diferentes aspectos que se presentarán durante la confección y terminación de las placas.

C A P I T U L O I

MUSCULOS MASTICADORES

## CAPITULO I

### MUSCULOS MASTICADORES

Nos resulta adecuado atribuir una función específica a cada uno de los músculos maxilares, debido a la complejidad de los movimientos funcionales del maxilar, pero es necesario describir los datos anatómicos esenciales y las funciones principales de cada músculo.

#### Músculo Temporal

Inserciones.- Se inserta por arriba en la línea curva temporal inferior, en la fosa temporal, en la cara profunda de la aponeurosis temporal y mediante un haz accesorio en la cara interna en el arco cigomático, sus fibras convergen y terminan por constituir un fuerte tendón que se inserta en el vértice, bordes y cara interna de la apófisis coronoides.

Acción.- Eleva la mandíbula y la dirige hacia atrás.

#### Músculo Masetero

Se extiende desde la apófisis cigomática hasta la cara externa del ángulo de la mandíbula.

Inserciones.- El haz superficial se inserta sobre los dos tercios anteriores del borde del arco cigomático e inferiormente en el ángulo de la mandíbula en la parte externa. El haz profundo se inserta en el borde inferior y cara interna de la apófisis cigomática, sus fibras se dirigen hacia abajo y adelante, terminando en la cara externa de la rama ascendente de la mandíbula.

Acción.- Eleva la mandíbula.

### Pterigoideo Externo

Se divide en dos haces, uno superior o esfenoideal y otro inferior o pterigoideo.

Inserciones.- El haz superior se inserta en el ala mayor del esfenoideo (constituyendo la bóveda de la fosa cigomática). El haz inferior se inserta sobre la cara externa del ala externa de la apófisis pterigoides. Las fibras de ambos haces convergen hacia atrás y hacia un lado para unirse e insertarse en el cuello del cóndilo "parte interna", en la cápsula articular y porción correspondiente del menisco interarticular.

Acción.- La contracción simultánea de ambos pterigoideos externos proyecta la mandíbula hacia adelante. La contracción de uno solo produce movimientos laterales, cuando éstos movimientos son alternativos y rápidos, se llama deglución, son los principales en la masticación.

### Pterigoideo Interno

Inserciones.- Superiormente se inserta en la cara interna del ala externa de la apófisis pterigoides, en el fondo de la fosa pterigoidea, en parte de la cara externa del ala interna y sus fibras terminan en la porción interna del ángulo de la mandíbula y sobre la cara interna de su rama ascendente.

Acción.- Eleva la mandíbula, pero debido a su posición también proporciona pequeños movimientos laterales.

C A P I T U L O     I I

M U C O S A     O R A L



## CAPITULO II

## MUCOSA ORAL

La membrana mucosa se diferencia de la piel exterior por su lecho calloso más grueso. Sin embargo, es necesario en un paciente desdentado colocar los tejidos de la mucosa bajo presión de placas de basé inflexible. Por ello, no es sorprendente encontrarse con gran incidencia de lesiones cuando se empieza a llevar dentadura. Muy a menudo pueden producirse verdaderos cambios histopatológicos en la mucosa. Aunque su apariencia continúa siendo normal.

El anclaje submucoso en la llamada dentadura implantada, cumple aun menos los requisitos fisiológicos y está más internamente ligado a los tejidos biológicos que los aparatos removibles. Es de sobra conocido que unas buenas impresiones y una articulación bien equilibrada evitan generalmente las irritaciones de la boca. Debe haber, por tanto, un límite de tolerancia, dentro del cual el prostodoncista pueda trabajar sin causar demasiado daño.

También es cierto que no son peligrosos los cambios en la mucosa relacionado con el uso de dentaduras, es deber del dentista comprobar que su tratamiento no causará cambios patológicos. La irritación producida por la dentadura, muy rara vez produce cáncer de boca pero, dado que la irritación crónica puede considerarse como un posible factor causal de lesiones precancerosas e incluso cancerosas, es posible que el cáncer pueda tener su origen en una irritación crónica de la dentadura.

Existe diferencia de opiniones acerca de la presencia o ausencia de un estrato crónico (lecho calloso), en la boca. Algunos autores que han sido capaces de demostrar que existe un lecho calloso en la mucosa del paladar, sostienen que la callosidad es una reacción producida por llevar prótesis. El grosor y aspecto de la capa callosa varía en las diferentes partes de la boca, debe ser mayor en zonas donde es el esfuerzo mecánico, por ejem. alrededor

de la encía y del paladar, el lecho calloso es aún más grueso en el epitelio de las mejillas que en el piso de la boca.

La mucosa oral refleja con el tiempo cierto número de procesos de envejecimiento. Donde la queratinización del epitelio es normal, tiende durante la senectud a aumentar en espesor asociado a descenso de la amplitud de la capa extractobacilar. En aquellas zonas donde no hay queratosis, el reducido epitelio senil se hace más vulnerable a los traumas.

Meyer y colaboradores enunciaron que junto con la reducción de espesor, aumenta la densidad celular en la mucosa del paciente anciano, basando su hipótesis en la deshidratación excesiva del tejido por pérdida del agua intracelular.

El envejecimiento progresivo puede conducir a la fragmentación y desaparición gradual del tejido elástico. Histoquímicamente, la membrana basal del epitelio y el endotelio muestra con la edad un aumento de espesor.

No todos los cambios de la mucosa son atróficos. Miler demostró que en la mucosa de la mejilla, en la vida adulta más adelantada puede aumentar el número de las glándulas sebáceas.

### Epitelio Oral

Representa una pequeña parte del total de la mucosa, pero es muy importante como mecanismo de protección. Consiste en varias capas de células diferentes cubiertas de extracto córneo. Su estructura homogénea evita que los agentes químicos y bacteriológicos penetren en las capas más profundas de la mucosa. La sangre, los vasos linfáticos y los nervios no se aprecian en el epitelio.

### Submucosa

La submucosa constituye la mayor parte de la membrana mucosa que contiene, entre otros componentes, tejido graso, glándula y músculos. Cuando la mucosa descansa sobre el hueso, la submucosa se adhiere a él por medio del periostio.

El tejido graso es una parte integral de la submucosa. La cantidad de grasa en el tejido depende de muchos factores, como de los cuales es la condición general del paciente. Los cambios de volumen total de grasa pueden ocurrir cuando la persona lleva dentadura y está expuesta a un desequilibrio alimentario.

El número de células grasas depende también del fenómeno degenerativo, cambios histopatológicos en boca irritada por la dentadura.

### Glándulas del Paladar

En la parte posterior del paladar duro, el tejido glandular ocupa una parte considerable de la submucosa. En el paladar duro, hay cerca de 200 de estas glándulas palatinas, cada una descarga su secreción sobre la mucosa palatina por medio de un conducto distinto.

### Lengua

En la lengua aparecen algunos cambios estructurales básicos que pueden relacionarse con la edad. Según Ullara, estas variaciones empiezan en los varones hacia los 50 años, en las mujeres alrededor de los 10 años antes. Más fácilmente observable, es el cambio que sufre la textura de la superficie ocasionado por la pérdida de papilas. La atrofia de las papilas filiformes en el dorso de la lengua, le da un aspecto liso y pulido. Además, en la edad

avanzada, desciende el número de botones gustativos de las papilas circunvaladas. Harris opina que en la vejez llegan a atrofiarse - hasta dos tercios de las papilas.

También se presenta un agrietamiento de la lengua, en particular por encima de los 60 años, junto con el desarrollo de una variedad moderada modular en su superficie inferior. Esto afecta - el sistema venoso colector superficial. Según Been, las paredes - de los vasos dilatadores son espesos y celulares, con un forro endotelial hipoplástico.

#### Glándulas Salivales

##### Saliva

La saliva está claramente asociada con la enfermedad parodontal, a causa de su intervención en el desarrollo de cálculos. Las restauraciones dentales son afectadas por la saliva. El electrogalvanismo entre el oro y la plata dependen de la película fluida por su conductividad. Este fenómeno no sólo puede decolorar el - oro de las restauraciones, sino que a menudo puede provocar dolor.

La saliva varía en consistencia en los diversos individuos. - La saliva espesa no favorece la buena retención de la dentadura, - puesto que puede acumularse en cantidades indebidas bajo la dentadura, lo que provoca disminución en la retención. Una saliva serosa, ofrecerá la mejor retención, puesto que proporciona justo la - película suficiente entre los tejidos y la dentadura, la poca cantidad de saliva produce boca seca o cerectomía y oligobiglia no - proporcionará buena película intermedia, dando por resultado ma la retención.

La reducción del flujo salival y la consiguiente menor lubricación de los tejidos orales afecta, tanto a la movilidad de la -

lengua como a la facilidad de tragar alimentos.

La viscosidad de la saliva es también significativamente menor en las personas de edad, independientemente de la condición bucal.

Con la secreción disminuida de la saliva, va unida la atrofia de las células glandulares secretoras. La reducción del volumen salival y del contenido estará relacionada tanto con la atrofia producida por la edad en estos conductos como con las células secretoras glandulares. Es un habitual cambio senil la fibrosis en el interior de los tejidos glandulares. (En ocasiones la persona de edad avanzada manifiesta aumento de secreción salival).

Cambios producidos por la edad en las glándulas parótidas y submandibulares:

- a) Sustitución de células parenquimales por grasa.
- b) Células aberrantes con cambios nucleares y citoplasmáticas.
- c) Metaplasia de los pequeños conductos.
- d) Acumulación de tejido linfoide.

C A P I T U L O     I I I

H I S T O R I A     C L I N I C A

### CAPITULO III

#### HISTORIA CLINICA

La historia clínica es el relato fiel que puede hacer el médico a la evolución clínica de su paciente, comprendiendo ésta los antecedentes hereditarios, familiares, sociales, ambientales y personales anexándose los análisis de laboratorio, radiográficos o cualquier otro tipo de informes.

En relación con la prostodoncia total, es excelente práctica tomar nota de todo lo importante que se observa, destacando de modo especial aquellas circunstancias que son particulares del paciente, y que pueden requerir tratamiento previo al protético ya sea de orden médico, quirúrgico o que planteen dificultades especiales.

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

#### Historia Protésica

Es el estudio de las prótesis que llevará el paciente y todo lo que se pueda averiguar respecto a su experiencia protética, es un factor que orienta en muchos casos el diagnóstico o la indicación del tratamiento. Desde este punto de vista, los pacientes pueden pertenecer a tres grupos:

- 1) Los que tienen experiencia protética favorable.
- 2) Los que tienen experiencia protética desfavorable.
- 3) Los que no tienen experiencia protética.

### Ficha Clínica

Las fichas clínicas son especialmente preparadas o hechas para recordar historias clínicas o en su ausencia. Para el profesional que trabaja solo, convienen las fichas de un solo formato, que puedan ordenarse en un solo fichero. Es muy práctico que la ficha clínica admita las anotaciones contables del paciente, lo que permita arreglarse habitualmente con una sola ficha por paciente. Esta tendrá por lo menos 6 pautas para:

- 1) Datos personales del paciente
- 2) Examen
- 3) Diagnóstico
- 4) Indicación
- 5) Plan de tratamiento
- 6) Presupuesto, lo realizado e indicado en cada visita y lo pagado.

Cuando el paciente tiene radiografías, análisis u otros elementos, se pueden archivar en un sobre junto con la ficha o bien, se debe anotar en ésta la indicación respecto a su existencia y lugar donde se guardan.

### Diagnóstico Bucodental y Diagnóstico Protético

Diagnóstico, es la parte de la medicina que tiene por objeto distinguir una enfermedad de otra o la determinación de la naturaleza de un caso de enfermedad. El diagnóstico es la interpretación y valoración de los síntomas, los cuales son distintos de una enfermedad a otra y frecuentemente de un caso a otro.

Síntoma, es todo dato o información que puede interpretarse -



como indicativo del estado del paciente, tanto en lo que se refiere a su integridad física y sus funciones orgánicas, como su estado constitucional.

El diagnóstico del desdentado parcial o total comprende dos fases: El diagnóstico bucal o bucodental y el diagnóstico protético.

Diagnóstico Bucodental.- Es la síntesis que se obtiene del examen del sujeto (interrogatorio, examen clínico, examen radiográfico, modelos de estudio, análisis), concernientes a su estado de salud bucal.

Diagnóstico Protético.- Es la síntesis que se obtiene del estudio de las características del caso, con ayuda de los mismos elementos que fortalecen al diagnóstico bucal, pero considerados ahora desde el punto de vista protético, las cualidades que deberá satisfacer y las probabilidades de realizarlas con éxito.

Para el diagnóstico y pronóstico de las dentaduras completas, es esencial obtener una buena historia clínica.

Si el paciente es tratado por un médico general, deberá preguntársele sobre la naturaleza de la afección que le están tratando.

La influencia menopáusica presenta problemas no sólo psicológicos, especialmente en pacientes que están recibiendo terapia endócrina, por ejemplo, hormonas tiroideas, estrógenos y endógenos, los que causan frecuentemente una boca muy sensible en el paciente.

Deberá interrogarse al paciente sobre su dieta, si ha sido desdentado o casi desdentado durante mucho tiempo, tal vez haya cambiado sus hábitos alimenticios inconscientemente debido a su

incapacidad para masticar apropiadamente los alimentos. En consecuencia, muchos de los alimentos duros y fibrosos, ricos en vitaminas y proteínas esenciales, habrán sido eliminados y substituidos por alimentos blandos ricos en carbohidratos. Esta dieta hace que los tejidos se vuelvan en muchas personas edematosos y adoloridos. Si se encuentra que la dieta del paciente es inadecuada, habrá que recetarle una dieta adecuada.

Algunos de los trastornos generales que pueden tener manifestaciones orales y que es necesario que el paciente sea tratado médicamente antes de la construcción de la dentadura para lograr mayor grado de éxito y en muchos casos, será necesario alterar el plan de tratamiento normal para poder servir mejor al paciente.

Dichos trastornos son, entre otros:

Anemia, Artritis, Parálisis de Bel, Mal de Parkinson, Tuberculosis, Lupus eritematoso, Estomatitis nicótica, Acromegalia, Leucoplasia y Tumores malignos.

### Historia Clínica

1. Nombre.
2. Edad.
3. Sexo, generalmente las mujeres son pacientes más difíciles - que los hombres.
4. Estado Civil.
5. Ocupación. Es importante, porque hay enfermedades que tienen relación con la ocupación.
6. Lugar de Nacimiento. Hay enfermedades que son de tipo endémico (que se presentan en una región), por ejemplo: Fluorosis -

que es más frecuente en los Estados de Zacatecas y Aguasca---  
 lientes; mal del pinto, mal del que se nota más frecuentemen-  
 te en los Estados de Guerrero y Morelos.

7. Quién lo remite.
8. Teléfono.
9. Dirección.
10. Lugar de residencia.
11. Escolaridad.
12. Tipo de interrogatorio: Directo o Indirecto.

— MOTIVO DE LA CONSULTA

Aquí el paciente refiere cuál es el motivo por el cual está -  
 con nosotros.

— ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

Al paciente se le pregunta por los antecedentes, de sus pa---  
 dres, abuelos paternos, maternos y hermanos y familiares, si ha si  
 do operado algún familiar y de qué, si hay antecedentes diatésicos  
 (Diabetes), alérgicos, hemorrágicos, luéticos (Sífilis), fémicos,  
 neoplásicos, cardiovasculares, etc.

— ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

1. Hábitos. Bruxismo, Onicofagia, Fumar.
2. Habitación. Casa propia, departamento, si tiene buena venti-  
 lación y cuántos viven en ella.
3. Alimentación. Cuántas comidas hace al día, si son suficien-  
 tes en calidad y en cantidad.

4. Higiene
5. Tabaquismo
6. Alcoholismo

— ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRAS

- A) Embarazo
- B) Menstruación
- C) Lactancia
- D) Menopausia

A) Se debe tener precaución con la anestesia utilizada, pero sí se pueden hacer intervenciones quirúrgicas, como en el caso - de hacer extracciones de piezas dentales para la elaboración de una prótesis mediata o inmediata, ya que resulta nociva - una pieza dental en mal estado y sería un foco de infección - que indirectamente puede perjudicar el producto. Se debe tener en cuenta cuántos hijos tiene, si ha tenido abortos y la propensión que pueda existir hacia ellos.

En los tres últimos meses, con la anestesia puede haber un relajamiento del cuello uterino y desalojar al producto, porque su peso es mucho mayor.

- B) Preguntar a la paciente si hay dismenorrea, amenorrea, si su sangrado dura más de 4 días.
- C) Con la tensión nerviosa y estado de angustia de la paciente, su organismo produce una substancia llamada magro que se va a combinar con la leche y tiene la particularidad de producir - diarrea en el niño, es preferible darle placebos (son falsos medicamentos con los que se puede determinar hasta qué punto

una enfermedad puede ser tratada con una terapéutica falsa, - pero la paciente no debe saberlo; por ejemplo, se usa agua bi destilada o alcohol, etc.).

- D) Menopausia. La influencia menopáusica presenta problemas, no psicológicos, sino también fisiológicos, especialmente en pacientes que están recibiendo terapia endócrina, por ejemplo: hormonas tiroideas, estrógenos y andrógenos, los que causan - frecuentemente una boca muy sensible en la paciente, la boca muchas veces no regresa a su estado normal hasta que termine el tratamiento, durante este período muchas mujeres se encuentran tensas, inestables y por lo tanto dificultan más la atención odontológica. Se necesita tranquilizarla con diálogo mé dico-paciente; si no da resultado, se le da un placebo o tranquilizante.

#### - ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

- a) Inmunizaciones.
- b) Antecedentes diatésicos, alérgicos, hemorrágicos, luéticos, - fímicos, anemia, artritis, tumores malignos, etc.
- c) Enfermedades propias de la infancia como: Sarampión, viruela, tosferina, amigdalitis, etc. y a qué edad las presentaron.

#### - PADECIMIENTO ACTUAL

Estudio de signos y síntomas de la enfermedad para diagnosticar y pronosticar el padecimiento. Se preguntan cuándo empezaron las molestias, qué factores lo aumentan, qué lo disminuye, qué intensidad tiene, si se irradia, etc.

#### - APARATO CARDIOVASCULAR

Se pregunta al paciente si padece hipertensión arterial, arritmias, taquicardia, bradicardia, soplos, si ha sufrido alguna embolia, antecedentes de fiebre reumática, dolores articulares, si hay dolor precordial, si tiene mareos, etc. Y confirmar si está siendo controlado por el médico en caso de presentar algún problema cardiovascular.

#### - APARATO RENAL

Es importante tener conocimiento del buen o mal funcionamiento de este aparato, ya que por él se van a desalojar los bloqueados.

#### - SISTEMA NERVIOSO

Saber si es un paciente aprehensivo, si es paciente que ha tenido convulsiones, si tiene malestar en habitaciones donde hay personas, o bien, se tiene tensión emocional.

#### - APARATO DIGESTIVO

Preguntar al paciente si tiene falta de apetito (anorexia), eructos, gastritis, diarreas, hemorragias, pérdida o aumento de peso reciente, úlceras, estreñimiento, hepatitis, ictericia, colitis, agruras, si hay dolor epigástrico, melena, problemas en la deglución.

#### - APARATO RESPIRATORIO

Preguntar si tiene hemorragia por la nariz, hemorragias por la boca, dolor bronquial, resfriados frecuentes, tos, flemas con

sangre, fatigas, disnea, sinusitis, asma, etc.

- EXPLORACION FISICA

Signos vitales, temperatura, pulso, presión, pulso y respiración, órganos de los sentidos, vista, oído, gusto, tacto y olfato.

- ANALISIS DE LABORATORIO

Los análisis de sangre y de orina deben pedirse cada vez que los exija su necesidad de aclarar dudas con respecto al estado general del paciente (sospecha de diabetes, leucemia, infección focal, deficiencias de coagulación, etc.).

## Historia Dental Protética

Deberá incluir la historia clínica sobre el tratamiento dental del paciente, que incluya el inicio y gravedad de la enfermedad dental, también deberá anotarse su reacción al tratamiento dental.

La atención que el paciente da a la higiene bucal y la frecuencia con que busca el tratamiento hará una indicación sobre la cooperación que debemos esperar de él durante el tratamiento.

### Motivo de la Consulta

En caso de que el paciente use ya dentaduras completas, deberá determinarse la razón por la cual busca un nuevo tratamiento - protodóntico, si esto no se hace, podría pasarse por alto algún dato importante y el paciente nunca logrará la atención que originalmente busca con el tratamiento.

### Exploración visual y palpación

Motivo por el cual perdió sus dientes:

- Tiempo que ha permanecido desdentado.
- Si ha utilizado prótesis antes, ¿cuánto tiempo las ha utilizado?
- Número de dentaduras que el paciente ha utilizado.
- Experiencia ante las dentaduras. Favorable o desfavorable.



### Características físicas del paciente

Forma de la cara (ovoide, cuadrada, triangular).

Labios.- Longitud, espesor y contorno.

Tez.

Color de ojos.

Color de cabello.

Tono y desarrollo muscular.

### Articulación Temporomandibular

Se realizará por medio de un examen digital del área de la -  
ATM, observándose los movimientos anormales o sonidos crepitantes.

### Movimientos Mandibulares

#### Tamaño de los Maxilares

#### Forma del reborde maxilar

Clase I Reborde maxilar y forma de la bóveda  
Cuadrado, curvo u ovalado.

Clase II Triangular o en forma de V.

Clase III Plana

#### Forma del reborde mandibular

Clase I Forma de "U" invertida plana.

Clase II Forma de "U" invertida, con paredes paralelas y -  
cresta ancha.

Clase III Forma de "U" o "V" invertida, paredes paralelas -

con rebordes delgados.

Aunque la clasificación general de las arcadas es cuadrada, - triangular u ovalada, deberá tenerse presente que muchas bocas presentan un tipo de arcada combinada, como: ovalada-triangular y cuadrada-triangular. La forma de la arcada sufre muchos cambios después de la pérdida de los dientes; por lo tanto, no es raro encontrar la arcada superior en una clase y la arcada inferior de otra, lo que puede presentar un problema en la posición de los dientes.

- Espacio Intermaxilar: Amplio, Mediano, Pequeño.
- Relación de los maxilares: Normal Ortognata, Prognata, Retrognata.
- Relación bimaxilar cruzada.
- Superficie de asentamiento: Amplia, Mediana, Pequeña.
- Tejidos blandos, fibrosis o flácidos.
- Tuberosidad del maxilar: Grande, Mediana, Pequeña.
- Piso de la Boca.
- Torus palatino o mandibular.
- Inserciones musculares y de frenillos.

#### Clasificación Psicológica de los pacientes

Paciente Fisiológico.- Amable, joven, sano, ofrece lo mejor - de sí, coopera y sabe su problema (pérdida de dientes en un accidente o por otro problema). Su reborde residual es de buen grosor.

Paciente Indiferente.- No recurre por sí mismo al dentista, - es llevado por un familiar, difícilmente se encara al uso de la - prótesis; en algunos casos el paciente ha estado desdentado por -

años, y no le interesa mucho su rehabilitación.

**Pacientes Exigentes.**- Estas personas son muy exactas en todo lo que hacen, por su naturaleza sólo se verán satisfechos con la perfección.

**Pacientes Histéricos.**- Los pacientes histéricos generalmente se quejan sin justificación, muchos de estos pacientes están mal - ajustados mental y emocionalmente.

## Examen Radiográfico

Este es un coadyuvante muy valioso para examinar las estructuras óseas que van a sostener la restauración. El estado de la estructura ósea es inseparable de la comodidad futura y duración de la restauración. Este examen debe interpretarse correctamente.

Clase I : Hueso Denso

Clase II : Reticulado

Clase III : Cortical

### - DIAGNOSTICO

Es la parte de la medicina que tiene por objeto distinguir una enfermedad de otra o la determinación de la naturaleza de un caso de enfermedad.

### - PRONOSTICO

Es un complemento inmediato y obligado del diagnóstico, ambos integran el concepto que se hace el médico y el odontólogo.

El pronóstico referido al tratamiento protético comprende dos partes:

Pronóstico Inmediato

Pronóstico Mediato

El Pronóstico Inmediato en la edentación es satisfactorio, especialmente en personas jóvenes, con buen estado general, maxilares sanos y carentes de trastornos, a condición de que la prótesis llene cualidades técnicas que le den retención, soporte y estabilidad, con estética, confort y salud.

Los factores que imponen reserva al pronóstico, son todos los que alejan al paciente del cuadro idealmente favorable.

**Pronóstico Mediato.**- El paciente debe saber que debido a las condiciones cambiantes de su organismo, y a veces el desgaste o modificación del material, las prótesis completas tienen pocas probabilidades de durar de 3 a 5 años sin ajuste o sin que imponga la necesidad de cambiarlas, aunque se ven prótesis con 10 ó 15 años en servicio. El pronóstico mediano no puede ser tan optimista.

#### Indicaciones y planes de tratamiento

**Indicaciones esenciales y complementarias.**- Se entiende por indicación del tratamiento, la formulación que el médico o el Odontólogo hace sobre todas las circunstancias que el paciente debe cuidar para lograr la restauración de su salud.

Desde un retoque o una separación hasta la construcción de nuevas prótesis con o sin preparación médica, quirúrgica o protética de la boca, todo lo que el protesista hace muchas veces, la manera como lo hace, debe estar involucrado en la indicación del tratamiento, que será tanto más clara y precisa, cuanto mayores sean los conocimientos y habilidad del profesionista.

La esencia es la síntesis que el médico y el Odontólogo hacen que se refleje en la receta y se hace constar en la historia clínica y la ficha. El complemento está dado por las indicaciones y aclaraciones imprescindibles para asegurarse de haber sido bien comprendido de que sus instrucciones serán cumplidas, así como para modificar favorablemente el estado espiritual del paciente y/o de su ambiente.

En Prostodoncia total, la esencia se refiere a la prótesis en

sí y/o a la situación orgánica. El complemento está dado por todas las instrucciones y cambios de ideas que el Odontólogo considere indispensables, más todo lo que puede surgir como consecuencia de las consultas e inquietudes del paciente.

#### Planes de Tratamiento

Formulada la indicación del tratamiento corresponde completar la con un plan, esto es: el momento en el que se iniciará, las etapas si las hay, que lo integrarán, el orden en que se cumplirán y el tiempo que durarán.

#### Conveniencia de Pago

No forma parte del plan de tratamiento de la edentación total el estudio de los problemas económicos, pero se considera conveniente señalar que el plan de tratamiento es el momento oportuno para:

- a) Formular el presupuesto.
- b) Discutirlo con el paciente o familiares.
- c) Aclarar o convenir la forma de pago.

C A P I T U L O    I V

MATERIALES DE IMPRESION

si y/o a la situación orgánica. El complemento está dado por todas las instrucciones y cambios de ideas que el Odontólogo considere indispensables, más todo lo que puede surgir como consecuencia de las consultas e inquietudes del paciente.

#### Planes de Tratamiento

Formulada la indicación del tratamiento corresponde completar la con un plan, esto es: el momento en el que se iniciará, las etapas si las hay, que lo integrarán, el orden en que se cumplirán y el tiempo que durarán.

#### Conveniencia de Pago

No forma parte del plan de tratamiento de la edentación total el estudio de los problemas económicos, pero se considera conveniente señalar que el plan de tratamiento es el momento oportuno para:

- a) Formular el presupuesto.
- b) Discutirlo con el paciente o familiares.
- c) Aclarar o convenir la forma de pago.



C A P I T U L O      I V

MATERIALES DE IMPRESION

## CAPITULO IV

### MATERIALES DE IMPRESION

Son aquellos que, como su nombre lo indica, le sirven al cirujano dentista para impresionar, es decir, para tomar una réplica de la cavidad oral para diversos objetos, el principal de ellos es: estudiarla para así poder efectuar un tratamiento adecuado a las condiciones en que se encuentre dicha cavidad.

#### Clasificación

- a) Rígidos: Yeso soluble  
 Modelinas de alta y baja fusión  
 Pastas zinquenólicas  
 Resinas acrílicas.
- b) Elásticos: Hidrocoloides (Reversibles e irreversibles)  
 Elastómeros: Mercaptanos y Silicones.

**Materiales Rígidos:** Son aquellos que al endurecer en la boca no tienen elasticidad para retirarlos de retenciones cuando éstas existen.

**Materiales Elásticos:** Son los de mayor uso, y debemos conocer las características de cada uno, cuando debemos usarlos y conforme a sus propiedades darles una correcta manipulación.

#### YESOS

**Definición:** Los yesos dentales poseen una gran importancia para la práctica odontológica, ya que por medio de ellos obtenemos -

la reproducción de las zonas impresionadas de los procesos ya sean éstos dentados o desdentados; por lo tanto, para que obtengamos buenos resultados al utilizarlos, los yesos deben tener características especiales como:

1) Resistencia. 2) Estabilidad dimensional. 3) Fidelidad, etc., ya que sobre los modelos obtenidos con ellos, confeccionaremos la prótesis y los pasos para obtener la misma.

Composición: Existen en el mercado diferentes tipos de yesos; los yesos son el resultado de la trituration y calcinación del sulfato de calcio deshidratado puro, el cual es su principal componente.

Clasificación: Existen en el mercado diferentes tipos de yeso, los cuales son el resultado de los diferentes métodos de calcinación del sulfato de calcio deshidratado puro. La calcinación de sulfato en una caldera al aire libre, a una temperatura de 100 a 130°C. se obtiene el hemidrato tipo B (beta), también conocido como Yeso París; en cambio, si se utiliza un autoclave (por medio de vapor), se obtiene el hemidrato tipo A (alfa), conocido como yeso piedra, siendo éste el principal componente de los yesos piedra.

La diferencia de los dos tipos de hemidrato, es el tiempo de fraguado y la resistencia del material ya seco, debido a la diferencia en tamaño y forma de los cristales que componen el yeso.

El yeso París (Tipo B), lo usaremos para modelos de estudio, y para modelos de trabajo, utilizaremos el tipo A.

#### RESINAS ACRILICAS

Generalidades.- En prostodoncia total, las resinas acrílicas son de gran utilidad, puesto que generalmente las usamos para pre-

parar las cucharillas individuales con las que posteriormente tomamos las impresiones fisiológicas; para este fin, se puede utilizar cualquiera de los dos tipos de acrílicos, ya sea Termopolimerizable (por empuflado) o bien, Autopolimerizable, que es más usado - por el hecho de ser más rápido y por lo tanto economiza tiempo.

Otro de sus usos, es la fabricación de la dentadura en el laboratorio, para esto se utiliza el acrílico termopolimerizable.

Clasificación.- Las resinas acrílicas se clasifican de acuerdo con su forma de polimerizar en:

- 1) Autopolimerizables o Autocurables
- 2) Termopolimerizables o Termoplásticas

Las dos clases poseen más o menos la misma fórmula, con la diferencia de que los autopolimerizables poseen en su composición una sustancia denominada activador.

Las termopolimerizables son activadas por medio de la temperatura. Existen varios tipos de actividades, que dependen de los fabricantes, pues algunos de ellos utilizan ciertas aminas terciarias aromáticas o alifáticas, y en cambio otros, emplean derivados sulfonados.

Composición:

- Líquido.-
- a) Metacrilato de Metilo
  - b) Estabilizador (hidroquinona)
  - c) Activador (Amina terciaria)
- Polvo.-
- a) Polimetacrilato de metilo
  - b) Peróxido benzoico

- c) Colorantes
- d) Agentes plastificantes
- e) Flalato de butilo.

#### MODELINAS

Historia.- La modelina es uno de los materiales de impresión más antiguo que se conocen en nuestra práctica diaria.

En el mercado las podemos encontrar en múltiples formas (hojas, barras, cilindros, conos).

Clasificación.- De acuerdo a su temperatura:

- a) Baja fusión
- b) Alta fusión.

Como ya se sabe son materiales termoplásticos, es decir, que se ablandan por medio del calor, les debemos dar una consistencia adecuada, ya sea por inmersión en agua caliente, o bien, templándolos sobre la llama, luego al enfriarse endurecen, sin que ocurra ningún cambio químico en su constitución, siempre y cuando se haga en la forma adecuada.

Por lo general, la temperatura de ablandamiento de la modelina se encuentra entre 55°C. y los 70°C.

#### PASTAS ZINQUENOLICAS

Finalidad.- Nos ofrecen una impresión rígida y con alto grado de superficie, actualmente son muy usados rectificadores de impresiones para prótesis parcial y total, en el rebase de dentaduras -

artificiales, como apósito quirúrgico, material de obturación temporal, obturador de conductos radiculares y como material para impresiones en prosthodontia total.

#### HIDROCOLOIDES

Son emulsiones donde el medio dispersante es el agua, si la gelación se produce a base de enfriamiento, se dice que son de carácter reversible, es decir, el hidrocoloide puede cambiar de sol a gel, se le conoce con el nombre de irreversibles.

De los hidrocoloides, el más utilizado es el que pertenece al grupo de los irreversibles, el cual está representado por los alginatos.

#### Características:

- Es fácil de preparar y manipular.
- Es cómodo para el paciente.
- Es relativamente barato.

#### ELASTOMEROS

Los elastómeros en presencia de ciertos reactivos químicos, reaccionan entre sí provocando una condensación por polimerización. Los elastómeros se clasifican en: Mercaptanos.

Siliconas.

La diferencia entre éstos consiste en que uno de ellos tiene como base un compuesto polisulfurado, mientras que el otro posee una silicona.

## 1. MERCAPTANOS

Es un material blando parecido al caucho, a este tipo de compuesto se le llama caucho sintético y también se le conoce con el nombre de geles coloidales con repulsión al agua.

## 2. SILICONAS

En el mercado la encontramos envasada en tubos, conteniendo la base en uno y en el otro el acelerador, aunque también la silicóna la podemos encontrar en cajas o recipientes la base, y en forma de un líquido oleoso y coloreado el acelerador.

## CAPITULO V

### IMPRESION ANATOMICA Y MODELOS DE ESTUDIO



## CAPITULO V

### IMPRESION ANATOMICA Y MODELOS DE ESTUDIO

#### Portaimpresiones

Se pueden adquirir una gran variedad de portaimpresiones para procesos edéntulos. Se distinguen por tener un fondo redondeado y los bordes relativamente bajos.

El material de que están hechos suelen ser metal duro (bronce, acero inoxidable), o metal blando (aluminio, plomo), y también los hay de plástico.

#### Características: Fondo Curvo

Aletas vestibulares cortas

Aleta lingual en inferior debe ser corta.

- El portaimpresiones debe estar adaptado y ajustado al modelo.
- Los portaimpresiones para hidrocoloides irreversibles serán perforados.
- Los portaimpresiones para Modelina serán lisos totalmente.

Clasificación:	{	Superiores	Lisos	Aluminio
				Plomo
	}	Inferiores	Con retención	Bronce
			Perforados	Acero Inoxidable
				Plástico

### Portaimpresiones de aluminio

Los de aluminio o lisos son de notable utilidad por su adaptabilidad, es decir, sus bordes se pueden: a) Reducir o ampliar; - b) Recortarlos; c) Añadidos o rellenos.

#### a) Reducir o ampliar

Las características flexibles del metal permiten esta adaptación con la presión de los dedos; se recomienda abrir los flancos del vestíbulo bucal; aplanado horizontal y cierre vertical de los flancos lingual posterior.

#### b) Recorte

En portaimpresiones grandes, con bordes altos o largos, facilita su recorte con tijeras para metal curvas o rectas, desgaste con piedra y alisado con limas.

#### c) Añadido o relleno

Es apropiado para ciertos materiales, en particular el alginate, se preparan porciones de modelina o cera plástica y se adhieren a los bordes marginales, o superficies internas como la bóveda palatina.

Son además fáciles de limpiar y esterilizar.

Cualquiera que sea el material a utilizar, el portaimpresión debe dejar un espacio de 2 a 4 mm entre él y la mucosa del reborde residual a registrar, e incluir totalmente las zonas protésicas.

## Impresiones

### IMPRESION ANATOMICA

Es aquella en la cual no se toma en cuenta la acción fisiológica muscular, pero sí debe tener 2 requisitos:

1. Reproducir fielmente todos los detalles anatómicos por impresión.
2. Tener una extensión tal para poder localizar todas las masas musculares fácilmente.

Esta sirve para obtener los modelos de estudio y obtener y -- construir el portaimpresiones individuales.

### MODELOS DE ESTUDIO

Las impresiones anatómicas deben vaciarse lo más pronto posible después de su retiro de la boca.

### MODELO SUPERIOR DE ESTUDIO

1. Lavar la impresión de alginato con un chorro de agua hasta - que desaparezca todo resto de saliva.
2. Mezclar el yeso con la proporción adecuada de agua, espatulando correctamente el material.
3. Vaciado.- Se coloca una pequeña porción de mezcla en el centro del paladar, y vibrando el portaimpresiones, la mezcla es curre hasta las zonas de mayor declive, agregando más yeso so bre el anterior, hasta que se cubra totalmente la impresión.

El resto del yeso se deposita en una base, orientando el portaimpresiones de manera que su base quede paralela a la mesa y el zócalo del modelo quede de 1.5 a 2 cm de alto. Agregue

más yeso en los contornos si es necesario, y únalo al zócalo con la espátula.

4. Dejar fraguar el yeso durante una hora.
5. El recorte de los modelos preliminares o de estudio en los re bordes desdentados se hace habitualmente redondeado por delan te preservando completamente el repliegue del surco, la base de atrás y la base del zócalo se recortan planas dándole apro ximadamente 2 cm de altura.

#### MODELO INFERIOR DE ESTUDIO

Los procedimientos de laboratorio son semejantes en los dos - modelos, añadiéndosele sólo un punto:

- Delimita el espacio lingual de la impresión inferior mediante un trozo de cera negra para encajonar, o cera rosa.

C A P I T U L O    V I

PORTAIMPRESIONES INDIVIDUAL

CAPITULO VI  
PORTAIMPRESIONES INDIVIDUAL

Objetivo.- Preparar un portaimpresión individual que asegure la obtención de correctas impresiones fisiológicas.

Características:

- a) Su diseño individual facilita la adaptación.
- b) Su contorno volumétrico contribuye a procedimientos más exactos.
- c) Permite utilizar cantidades mínimas de material de impresión.
- d) Controlan la extensión del material por toda la superficie - por impresionar.
- e) Permiten la delimitación funcional del nivel muscular, cuando estén bien adaptados.

Cada portaimpresión individual, debe adaptarse a su sitio, - sin dificultad y sin dolor. El portaimpresiones no debe vascular bajo presiones (individuales) verticales, de los dedos en el centro de los rebordes o a uno y otro lado.

La fabricación de las cucharillas individuales en prostodoncia total, se realiza con el objeto de tomar con ellas las impresiones fisiológicas, dinámicas o funcionales. Para la construcción de las cucharillas individuales, debemos contar primero con los modelos de estudio primarios, ya que nos servirán de guía para limitar y diseñar nuestras cucharillas, librando así las inserciones musculares que encontremos en la mucosa y tejidos adyacentes, en donde siga asentado nuestro aparato protético.

**Características:**

- 1) Adaptación entre su superficie de asiento y la del modelo de estudio o con los tejidos bucales una vez que se coloque en la cavidad.
- 2) Rigidez suficiente para eliminar toda posibilidad de deformación estática y elástica.
- 3) Resistencia suficiente a las fracturas.
- 4) Extensión y delimitación.
- 5) Tersura en todas sus superficies para no lesionar los tejidos.
- 6) Que sean de fácil manipulación.

Existen varios materiales para construir las cucharillas, así mismo, diversos métodos para su elaboración.

El material que reúne las características, es el acrílico en sus dos variedades. La placa Base de Graff no se recomienda para la fabricación de las cucharillas.

**Cucharillas individuales:**

Por ser demasiado frágil y deformable a las temperaturas de trabajo, en cambio es frecuentemente utilizada para la elaboración de bases de la prostodoncia, donde irán colocados los rodillos, - previamente reforzados con alambre.

**Materiales de Construcción:**

1. Acrílico Termocurable y Autocurable.
2. Base de Graff.

Existen varias técnicas para su elaboración por:

1. Goteo
2. Adaptación o limado
3. Emuflado o Engrofado
4. Calor y presión.

La técnica de goteo y laminado se usa acrílico autopolimerizable y la técnica de emuflado con acrílico termopolimerizable.

El espacio que se deja de uno a dos milímetros del contorno - periférico, es con el objeto de dar espacio a nuestra rectifica---ción de bordes con modelina de baja fusión.



**C A P I T U L O    V I I**

**RECTIFICACION DE BORDES E IMPRESION FISIOLOGICA**

## CAPITULO VII

## RECTIFICACION DE BORDES E IMPRESION FISIOLÓGICA

Una impresión fisiológica debe abarcar estrictamente los siguientes puntos:

1. Abarcar toda la superficie aprovechable protésicamente del maxilar y la mandíbula.
2. Tener limitación en sus bordes, que nos permita la acción muscular.
3. Tiene adaptación periférica adecuada para evitar la entrada - del aire.
4. No comprimir en las zonas donde exista paquete vasculonervio- so.
5. Reproducir fielmente el proceso alveolar, para evitar en el - futuro ulceraciones o irritaciones traumáticas.

Aparte de impresionar todos los detalles anatómicos, nos permitirá la acción muscular fisiológica de los labios, mejillas y - lengua.

• Rectificación de Bordes del Maxilar Superior

1. Comenzamos de la parte posterior, con el ligamento pterigoman- dibular, indicando al paciente que abra y cierre la boca.
2. Músculo Bucinador.- Se inserta en las crestas alveolares de - los terceros molares y se indica al paciente que abra y cie- rre la boca.
3. Frenillo Bucal.- Se toma labio y carrillo, jalando hacia afue- ra y abajo.
4. Inserciones del músculo canino y Elevador del labio.- Se pide al paciente que comprima el labio hacia el borde de la placa.

5. Orbicular y Compresores de los Labios.- Estos entran en acción con el movimiento de succión o en la acción del beso, indicaremos al paciente que succione nuestro dedo índice, con el que estamos deteniendo la placa.
6. Frenillo Labial.- Jalaremos el labio hacia afuera y abajo.

La línea de modelina debe ser continua, y después se hará la rectificación de bordes del lado contrario.

Para el sellado posterior, colocaremos modelina 2 ó 3 mm. del portaimpresiones, indicamos al paciente que empuje la placa hacia el paladar y al mismo tiempo que trate de succionar la saliva y la degluta. Esto nos dará la delimitación del paladar duro, con el alveolo del paladar.

Para localizar las foveolas palatinas, diremos al paciente que se tape la nariz y que trate de soplar con ésta, las foveolas sobresaldrán y se marcarán.

Una vez realizada la rectificación de bordes, haremos la impresión fisiológica con Mercaptanos, Compuesto Zinquenólico en una consistencia regular o fluida.

1. Se colocará una pequeña película de material, cuidando que no invada la rectificación de bordes.
2. Se hace presión sobre el paladar, y nosotros hacemos manualmente todos los movimientos de la rectificación de bordes.

Si la rectificación de bordes y la impresión fisiológica están correctas, entonces habrá una gran adaptabilidad de la placa, y el sellado periférico estará correcto.

• Rectificación de Bordes de la Mandíbula

1. Parte posterior que va a delimitar el ligamento pterigomandibular, indicar al paciente que abra grande la boca, y si hay excedente interno, eliminarlo.
2. Músculo Masetero.- Indicar al paciente que muerda los dedos - índice y medio.
3. Buccinador.- Entra en la acción de la formación del bolo alimenticio, e inflar las mejillas, indicar al paciente que infle las mejillas.
4. Músculo Triangular de los Labios.- Su acción es llevar la comisura hacia abajo y afuera, indicar al paciente que haga los movimientos para que entren en acción los músculos.
5. Frenillo Bucal.- Jalar el labio hacia arriba y afuera.
6. Orbicular y Compresor del Labio.- Indicar al paciente que suc sione el dedo índice.
7. Frenillo Labial.- Se toma el labio y se jala hacia arriba y - hacia afuera. Realizando después la rectificación del lado - opuesto.

• Rectificación de bordes de la parte interna

1. Parte posterior (Aleta lingual), donde está el músculo palatoplOSO.- Indicar al paciente que con su lengua trate de desalo jar la cucharilla.
2. Músculo Milohioideo (Línea oblicua interna).- Este músculo se une con el del lado opuesto y forman el piso de la boca. Se pide al paciente que mueva su lengua hacia el lado opuesto - que se está rectificando.
3. Músculo Genohioideo.- Indicar al paciente que saque la lengua en dirección hacia abajo.

4. Frenillo Lingual.- Indicar al paciente que saque su lengua y toque hacia atrás.

## C A P I T U L O   V I I I

### R O D E T E S   D E   O C L U S I O N

## CAPITULO VIII

### RODETES DE OCLUSION

Rodillos de cera para determinar un plano de oclusión

Una vez que se han obtenido las placas bases, los pasos a seguir son:

1. Manipulación de los rodillos de cera sobre las placas base.
2. Altura de los rodillos de oclusión.
3. Dimensión vertical.
4. Relación Céntrica.

Manipulación de los rodillos de cera sobre las placas

Esta manipulación es para darle una forma definida.

De la porción vestibular, de canino a canino, deberán tener una inclinación hacia labial.

Una vez fabricados los rodillos, daremos dimensiones aproximadas, las cuales para el superior serán de 22 mm a 24 mm en la región anterior desde la inserción muscular hasta el borde incisal, y de 20 mm en la zona del primer molar.

El rodillo inferior tendrá en su porción anterior aproximadamente 20 mm y en la zona posterior hasta la papila piriforme.

La superficie oclusal tanto el superior como el inferior, será de 8 mm aproximadamente.

rá sucesivamente hasta aproximarnos a la medida que teníamos de -  
oclusión fisiológica.

La superficie de oclusión de los rodillos, deberá ser lisa pa  
ra evitar cualquier interferencia en la toma de la mordida y tenga  
mos libertad de rectificación de posición de la mandíbula.



## Altura de los rodillos de oclusión

### A) Rodillo Superior

Ya con nuestro paciente vamos a marcar un punto en la línea - media, en la parte más prominente de la nariz y en la parte más - prominente del mentón.

Hacemos que nuestro paciente asuma una posición cómoda y se - relaje, el siguiente paso es medir con una regla flexible la dis- - tancia que hay entre los puntos marcados en el rostro.

Durante la maniobra, mediremos repetidas veces esta distancia hasta obtener un promedio en la altura de la oclusión fisiológica.

Colocamos el rodillo superior en la boca del paciente, obser- vando que la porción anterior del rodillo sobrepase de uno a dos - mm el bermellón del labio superior.

En la porción posterior de esta misma placa, nos auxiliaremos trazando una línea en el rostro del paciente, que se extiende del tragus, al ángulo externo del ala de la nariz. A continuación, se coloca la platina guía de Fox y vista de perfil deberá ser paralela al plano de camper. A la vez, se observa que el plano incisal sea paralelo a la línea interpupilar.

### B) Rodillo Inferior

Una vez que se ha conseguido el paralelismo entre la platina de Fox, y la línea interpupilar y el plano de camper, aplicamos va selina al rodillo superior y empezamos a trabajar con el inferior, que es un método más sencillo, ya que sólo calentaremos el rodillo, lo colocamos en la boca del paciente pidiéndole que muerda, esto - nos dará un exceso de cera, el cual iremos recortando y así se ha-

C A P I T U L O      I X

REGISTROS INTERMAXILARES

## CAPITULO IX

### REGISTROS INTERMAXILARES

#### DIMENSION VERTICAL

Tomamos el rodillo superior terminado y el inferior de la altura que logramos, al hacer cerrar la boca del paciente con la medida de los puntos del rostro que tenemos registrados, esta distancia es la que pertenece a la oclusión fisiológica, la cual sólo va ría en 2 mm con respecto a la dimensión vertical que será el espacio libre o de reposo.

La dimensión vertical se irá perfeccionando al hacer el control fonético (palabras con f y s), no olvidando trazar en el rodillo superior el punto interincisivo, que nos va a servir como base para el enfilado de los dientes.

#### RELACION CENTRICA

Para la obtención de la relación céntrica, la llevaremos a ca bo adiestrando a nuestro paciente de la siguiente manera.

Debemos empezar indicando al paciente movimientos de apertura y cierre pero con la boca vacía, el operador ayudará al paciente, llevándole con suavidad su mentón hacia atrás, para que el paciente relacione el objetivo, aun cuando se hayan hecho estos movimientos, habrá que repetirlos con frecuencia ya con la placa de re gistro.

Es recomendable sacar y enjuagar las placas de registro y vol ver a meter a la boca del paciente haciendo esto en dos o tres oca siones, para que el paciente rompa la tensión y procure estar lo - más natural y relajado.

Aun cuando no se alcance este registro con los movimientos, - se recomienda poner una gota de cera o gutapercha en la porción pa latina de las placas de registro, esta gota se pondrá en la parte más posterior y media, haciéndole notar al paciente que la localice con la lengua.

El paciente al ir llevando la lengua hacia atrás, irá cerrando la boca, para lo que el operador aprovechará este momento para fijar esa posición con las manos.

Este movimiento lo repetiremos varias veces, hasta que veamos que llega al mismo lugar las muescas que iremos haciendo en cada movimiento del paciente.

Con estas muescas, se harán dos surcos en forma de "V" sobre la superficie oclusal.

Estas nos servirán como retención del material que nos permite fijar la relación céntrica.

El material que vamos a emplear será el yeso, el cual se empleará a una consistencia que mantenga su forma cuando se coloque sobre el rodillo inferior.

Al rodillo superior le pondremos vaselina para que el registro interoclusal sólo quede en inferior. Procederemos a indicarle al paciente que haga el movimiento que antes se había practicado. Esperamos a que fragüe el yeso y lo retiramos cuidadosamente de la boca del paciente.

C A P I T U L O   X

TRANSPORTE AL ARTICULADOR

## CAPITULO X

### TRANSPORTE AL ARTICULADOR

Tomaremos en cuenta que el montaje en el articulador, debe ser en un articulador multiposicional, ya que la prótesis será una rehabilitación total, por lo que tomaremos en cuenta los siguientes pasos:

1. Que el articulador tenga los instrumentos completos y funcionales.
2. Ajustaremos todos los instrumentos a una posición básica y se procederá a usar un separador como la vaselina en todas las partes que están en contacto con el yeso.
3. A nuestros modelos se les hará un desgaste en el zócalo, sólo si fuera necesario, ya que en algunos casos el zócalo tiende a ser muy grande, lo cual no permite su fácil montaje en el articulador.

Ya cuando tengamos los zócalos exactos, pasaremos al siguiente paso, que es hacer unas muescas en la parte superior de los zócalos para retención.

Además, señalaremos con una línea la parte media a lo largo del modelo por toda la superficie, así será más fácil centrar los modelos con el vástago del articulador.

4. Cuidadosamente pasaremos las placas de registro a los modelos con un poco de cera.
5. Fijaremos los modelos en el articulador, de la siguiente manera:
  - a) El modelo superior será el primero en montarse, para esto levantaremos la rama superior del articulador. Ajustaremos la plataforma y el vástago, de acuerdo a las medidas que tengamos de registro en nuestro paciente, pasaremos a

colocar nuestro modelo sobre la plataforma. Se prepara el yeso en una consistencia cremosa y se coloca sobre el modelo, dejando que el yeso corra por las muescas. Se pone suficiente yeso, de modo que al cerrar la rama superior del articulador, quede un exceso de yeso que quitaremos con una espátula o cuchillo, procurando alisar las superficies con un poco de agua en nuestro dedo.

- b) Una vez fraguado el yeso, utilizaremos la misma técnica para el modelo inferior, sólo que invertiremos el articulador.

Abriremos la rama inferior, pondremos yeso sobre ésta, colocamos el modelo inferior, cerramos la rama y alisamos las superficies como lo hicimos en el anterior.

Una vez fraguado el yeso procuraremos pasar con un papel de lija toda la superficie, a dejar el articulador y los modelos con un buen terminado y presentación.

C A P I T U L O      X I

SELECCION Y ARTICULACION DE DIENTES



## CAPITULO XI

### SELECCION Y ARTICULACION DE DIENTES

#### Selección de los Dientes Artificiales

Existen en el mercado diferentes clases de dientes artificiales que están fabricados con distintos materiales, los podemos encontrar de:

- a) Porcelana
- b) Resinas sintéticas
- c) Vidrio
- d) Metales, etc.

Tienen diferentes matices y colores, dependiendo del fabricante; por lo tanto, cada uno de éstos, tienen a disposición del cirujano dentista unos muestrarios conocidos con el nombre de colorímetros, los cuales nos habrán de señalar los diferentes colores que existen en esa casa comercial, sus tamaños, etc.

El cirujano dentista deberá tomar en cuenta algunos factores que son de gran importancia en la selección de los dientes artificiales; estos factores son:

- a) Raza
- b) Sexo
- c) Edad
- d) Forma de cara
- e) Profesión
- f) Forma y tamaño de los labios
- g) Color de la piel y de la mucosa bucal.

Armonía de la forma de la cara y de los dientes.- Los requisitos estéticos son también de gran importancia para lograr buen éxito como los mecánicos para la elaboración de la dentadura total.

Entre los factores que contribuyen a la estética, uno de los más importantes es la selección de dientes adecuados. Las dimensiones agradables en los dientes son de importancia obvia, porque los dientes que exceden de determinados límites en el tamaño, en relación con la cara se verán anormalmente grandes o chicos. Las investigaciones científicas respecto al tamaño de los dientes humanos, indican que la relación promedio entre el tamaño de la cara y del central maxilar es de 16 a 1, medida desde la línea del pelo - (o la arruga en la parte más alta de la frente) hasta el lado inferior del mentón para determinar la longitud, y a través de la parte más ancha de la cabeza, para determinar la anchura. Esta es la que se denomina la relación biométrica. (El indicador Trubyte calibrado en mm y medics mm).

La relación entre la forma del diente y la forma de la cara - fue popularizada por el Dr. J. León Williams, que observó que, en las dentaduras naturales, la forma invertida del diente incisivo - del maxilar corresponde a la del contorno de la cara.

Además, observó que las formas de la cara se podían clasificar en tres tipos básicos:

- a) Cuadrado
- b) Triangular
- c) Ovoide

Y en combinación de los tres.

El Dr. Milus M. Hose observó una gran frecuencia de un tipo - combinado de cuadrado y triangular. En tal virtud, hoy reconoce--

mos que existen cuatro formas básicas: a) Cuadrado, b) Triangular, c) Ovoide, d) Cuadrado-triangular.

Consideramos en la selección de color.- Los factores que influyen en los colores, abarcan consideraciones tan diversas como: la raza, el clima, los hábitos dietéticos, el grado de erosión, la edad y el estado de salud del individuo. El color se puede medir con exactitud en tres dimensiones: matiz, brillantez y saturación. Matiz indica que un color es rojo, verde, etc. Brillantez especifica el grado de blanco o negro que posee cada matiz. Saturación define la fuerza o intensidad que posee cada matiz.

#### Alineamiento y Articulación de los Dientes

Clasificación de los dientes según su angulación (Trubyte):

A) Dientes anatómicos o de  $33^\circ$ . Han sido diseñados siguiendo la forma de los dientes naturales, son los que tienen más similitud con los dientes naturales (molares).

B) Dientes funcionales o de  $20^\circ$ . Los dientes anteriores, desde el punto de vista estético, tienen la forma más aproximada a los naturales; y los molares lo más conveniente para la masticación sin modificar mucho la anatomía de los mismos.

C) Dientes no anatómicos o de  $0^\circ$ . También llamados funcionales, carecen de forma anatómica, por lo cual se les considera únicamente su calidad funcional.

Enfilado de los superiores anteriores ( $33^\circ$  y  $20^\circ$ )

Incisivo central superior.- Los dos tercios anteriores de la

cara vestibular al ras con las superficies mesial y distal de la - cara en ambos lados del diente. Se oprime el cuello y el borde in - cisal hasta que esté paralelo y al ras con la superficie oclusal - del rodete de cera; su eje mayor o central visto de frente queda - vertical y visto de lado con una inclinación anteroposterior.

Incisivo lateral superior.- Su cuello debe de quedar ligera- mente más hundido que el cuello del central, su borde incisal a -  $3/4$  ó un mm. por encima del plano oclusal, visto de frente su eje longitudinal se inclina más hacia distal y visto de lado tiene una inclinación anteroposterior mayor que el central.

Canino superior.- Desempeña un papel de máxima importancia en la estética. El cuello debe ser la parte más prominente del diente. El reborde labial del canino es la línea divisoria entre las secciones labial y bucal. Colocado de esta forma, evita el aspecto de mostrar de una vez todos los dientes, porque la prominencia que se da al tercio cervical lateralmente oculta los posteriores. Su cúspide debe hacer contacto con el plano oclusal, dándole promi- niencia al tercio cervical, y la cara distal al ras con la superfi- cie bucal del rodete de cera y solamente la mitad mesial del diente es visible desde el frente. Visto de frente, su eje longitudi- nal habrá de tener una inclinación ligera hacia distal.

#### Enfilado de los superiores posteriores (33°)

Primer premolar superior.- Se coloca con la superficie bucal al ras con la cera, el eje longitudinal en ángulo recto con el pla- no y ambas cúspides tocando el plano oclusal.

Segundo premolar superior.- Se coloca en forma similar al pri- mer premolar.

Ambos premolares se deben colocar a manera de que una regla toque simultáneamente los rebordes vestibulares del canino, del primer premolar y segundo premolar.

Primer molar superior.- Se coloca en posición tal, que la cúspide mesio-palatina sea la única cúspide que toque el plano oclusal, las otras cúspides están un mm. encima del plano oclusal, su eje longitudinal ligeramente inclinado hacia adelante.

Segundo molar superior.- Sus cúspides no tocan el plano oclusal, sino que se hallan, por lo menos 1 1/2 mm. por encima del plano oclusal, dependiendo del grado de curva de compensación que se vaya a producir.

Los rebordes vestibulares de las cúspides bucales, tanto del primero como del segundo premolar, deben estar en línea recta.

La curva de compensación que se establece en esa forma, es puramente arbitraria. Los dientes se colocan en esa forma para que cuando cada diente sea articulado con el diente inferior opuesto, se requiera un mínimo de movimiento para crear un equilibrio perfecto.

El surco mesio-distal que pasa por el centro de los premolares y molares, debe continuar a lo largo de la superficie bucal del rodete inferior de cera. Esto constituye una verificación adicional de la posición buco-palatino de los posteriores superiores. Cuando se colocan los dientes posteriores superiores en esa posición, los posteriores inferiores automáticamente quedarán colocados sobre el centro del reborde alveolar inferior.

#### Articulación de los dientes inferiores

La articulación equilibrada significa más en pro de la comodidad

dad y eficacia de las dentaduras completas, que cualquier otra etapa en la construcción de la dentadura. Sin equilibrio, hay mayor resorción, menos eficacia y mayor recurrencia de lastimaduras y puntos sensibles. La oclusión equilibrada se puede lograr sin un rebajado excesivo de los puntos altos.

Primer molar inferior.- Su cúspide mesiovestibular va a hacer contacto con la foseta distal del segundo premolar superior y con la foseta mesial del primer molar superior.

Trazar una raya delgada con lápiz en la ranura bucal del primer molar superior y otra raya en el centro de la cúspide media bucal del molar inferior. Mover lateralmente el articulador a la posición de trabajo para poder lograr máximo contacto bucal. En esta posición las dos rayas deben formar una línea recta. Cuando el molar inferior está en su articulación correcta con el molar superior, habrá relaciones perfectas de equilibrio y trabajo. Observar que el vástago incisal permanezca en contacto con la mesa incisal en todos los movimientos laterales del articulador. Coloque el molar del lado opuesto en forma similar, si los planos bucodistales de los segundos premolares superiores no funcionan perfectamente en posición de trabajo con la cúspide mesio bucal del primer molar inferior, será necesario ahondar el reborde ocluso-distal del segundo premolar superior con una piedra de filo de navaja.

Segundo premolar inferior.- Su cúspide vestibular va a hacer contacto con la foseta distal del primer molar superior y con la foseta mesial del segundo premolar superior.

Segundo molar inferior.- Su cúspide mesiovestibular va a hacer contacto con la foseta mesial del segundo molar superior, la cúspide media hace contacto con la foseta media del segundo molar superior y la cúspide de disto vestibular hace contacto con la foseta distal del segundo molar superior.

Los primeros premolares inferiores, se colocan después de que los anteriores inferiores estén en posición. Cuando está indicado un over jet de más de 1 mm en los anteriores, no habrá suficiente espacio para el primer premolar sin antes rebajarlo. Por razones de estética, es preferible rebajar la anchura del primer premolar inferior, en vez de colocar un central o lateral inferior.

Los incisivos inferiores se deben colocar con los cuellos directamente sobre el reborde alveolar. En posición de trabajo el central, el lateral y el canino del lado de trabajo, harán contacto con los bordes incisales de los dientes superiores.

En ningún caso se debe tocar los anteriores superiores e inferiores en posición céntrica, siempre debe existir un over jet horizontal de por lo menos un mm.

Incisivos centrales inferiores.- La cara mesial en contacto con la línea media, su borde incisal ligeramente hacia labial, visto de frente su eje longitudinal perpendicular al plano de oclusión, visto de lado su eje longitudinal ligeramente hacia labial.

Incisivos laterales inferiores.- Visto de frente, su eje longitudinal perpendicular al plano de oclusión, visto de lado su eje longitudinal también perpendicular al plano de oclusión.

Caninos inferiores.- Visto de frente, su eje longitudinal ligeramente hacia mesial, visto de lado, su eje longitudinal ligeramente hacia lingual.

Primeros premolares inferiores.- Se colocan después de que los inferiores están en posición correcta. Se esmerilan para reducir la dimensión mesio-distal cuando una relación del reborde alveolar inferior más retrusiva lo hace necesario.

Al articular los dientes de  $33^\circ$  la mesa incisal del articulador, se debe poner en posición de  $30^\circ$ . Los de  $20^\circ$  requieren una posición de  $10^\circ$  y los de  $0^\circ$  requieren que una mesa incisal esté en la posición de  $0^\circ$ .

Mientras más agudo sea el ángulo de las cúspides de los dientes posteriores que se van a usar en el caso, mayor será el overbite de los incisivos que se van a emplear.

#### Articulación de dientes de $20^\circ$

No existe diferencia respecto a la técnica para la articulación de los dientes de  $33^\circ$  y de la técnica de la de  $20^\circ$ . Estos molares tienen un diseño más geométrico, se ve con más claridad la dirección de las vertientes.

Los molares tienen pequeña la vertiente de trabajo y de inclinación escasa que es a veces difícil seguir con precisión la trayectoria de trabajo con la tarjeta, especialmente en los premolares más pequeños. Para ahorrarnos tiempo y trabajo, podemos colocar el primer premolar superior con la cúspide bucal a nivel del plano oclusal y la cúspide palatina ligeramente levantada del plano oclusal. El segundo premolar superior son dos cúspides a nivel del plano oclusal.

Todos los demás dientes artificiales se articulan siguiendo exactamente la técnica que se describió para los dientes de  $33^\circ$ .

#### Enfilado de los posteriores. Pilkington-Turner de $30^\circ$

La cúspide palatina del primero y segundo premolar superior, debe tocar el plano oclusal. Las cúspides bucales están levanta--



das aproximadamente medio mm.

El enfilado de los dientes posteriores de la manera citada, forma la curva de compensación, que viene a ser la equivalencia de la curva Spee en la dentición natural.

El eje longitudinal de los premolares debe estar en ángulos rectos con el plano oclusal, mientras que el eje longitudinal de los molares superiores se inclina ligeramente hacia la parte mesial. La cúspide mesio-bucal del primer molar superior está levantada 1/2 mm del plano oclusal. La cúspide mesiopalatina toca el plano oclusal, la cúspide distobucal debe estar levantada aproximadamente 1 mm. La cúspide mesiobucal del segundo molar debe estar levantada aproximadamente 1 mm, mientras que la cúspide distobucal debe estar levantada 1 1/2 mm (ninguna cúspide toca el plano oclusal).

El reborde labial del canino, el reborde bucal del primero y segundo premolares y el reborde mesiobucal del primer molar, deben estar en línea recta y se debe comprobar con una platina oclusal.

Los cuatro rebordes bucales de los molares deben estar en línea recta, y se deben comprobar con una platina oclusal. Esta posición es la normal y se pueden hacer modificaciones que dicten las condiciones individuales.

Enfilado de los dientes de 0°. También conocidos como dientes no anatómicos

Se recomiendan en caso de articulación cruzada y siempre que éstos sean indicados. Son adaptables en bocas con rebordes planos y en que los tejidos flácidos o los arcos asimétricos afectan seriamente la estabilidad de la dentadura. Cuando se colocan con -

Over-Jet correcto, o sea, que los dientes superiores quedan 2 ó 3 mm por fuera de los dientes inferiores posteriores; constituyen una buena seguridad contra las mordeduras en las mejillas y lengua.

Las superficies bucales de estos nuevos posteriores tienen contornos naturales que simulan el aspecto de los dientes naturales. Tienen todo el aspecto del diente anatómico sin tener cúspides; facilitan mucho el enfilado y la articulación y poseen un grado poco usual de adaptabilidad para todos los tipos de dentaduras completas.

Los moldes para superiores e inferiores de estos posteriores, son totalmente intercambiables, se pueden combinar moldes de cualquier tamaño, cuando hay una dimensión vertical insuficiente para poder usar los moldes superior o inferior que se utilizan normalmente. Otra característica de su diseño, es que los premolares pueden estar opuestos a los molares, como puede ocurrir en algunos casos de articulación cruzada o cuando la técnica o las condiciones del trazo exigen este tipo de colocación.

C A P I T U L O    X I I

PRUEBA DE LA DENTADURA EN CERA Y TERMINADO

## CAPITULO XII

## PRUEBA DE LA DENTADURA EN CERA Y TERMINADO

La prueba de dientes en cera es un procedimiento para comprobar diversos matices de la dentadura antes de terminarla.

Se debe explicar al paciente que esta prueba tiene por objeto indicar el aspecto y características que tendrá con la dentadura terminada, y permite en ese momento las correcciones necesarias. No es conveniente dejar estas explicaciones, para cuando la dentadura ya está terminada, pues el paciente puede considerar esto como justificación de errores; llamar la atención del paciente sobre esto, en el momento adecuado cuando es fácil su modificación, le presta oportunidad de discutir su conveniencia, lo que no se podría hacer una vez terminada la dentadura.

Deben hacerse primero las pruebas fonéticas, seguido de la comprobación de la sobremordida y oclusión del sellado palatino posterior; contornos faciales y el color, forma, tamaño y disposición de los dientes. Finalmente, debe preguntarse al paciente si está de acuerdo con los resultados obtenidos.

Iniciaremos la prueba en cera, pidiéndole al paciente que ajuste la dentadura un momento sin hacer presión, para comprobar el aspecto de los dientes, ver su plenitud facial, revisar cómo habla con ella, etc.

Prueba fonética.- Comprobaremos el aspecto cuando los sonidos "K" y "C", son satisfactorios con la dentadura en prueba, así como el sellado palatino posterior.

Al comprobar los sonidos de la "F" y "V", se aprecia la relación del labio inferior con los incisivos superiores, si el labio hace demasiado contacto con la superficie anterior de los mismos,

se hace más notorio si el labio inferior no alcanza estos dientes, se debe bajar un poco.

Para la comprobación del sonido "S", si este sonido es muy agudo se engrosará la placa después de los incisivos superiores.

Se comprobará el sonido "SH" y si se aprecia que no es satisfactorio, engrosaremos la placa sobre la región de los premolares superiores o bien, se modificará la sobremordida.

En todas las pruebas se cuidará que las placas estén asentadas firmemente en sus bases; se pide al paciente que contacte los dientes en repetidas ocasiones.

Si los dientes no han sido alterados en su posición: Desde que se han montado para la prueba, estarán en oclusión céntrica; sin embargo, se debe asegurar que en relación céntrica hay contactos simultáneos en el lado derecho e izquierdo.

Se le pide al paciente que lleve su mandíbula hacia adelante en protrusión, en esta relación los incisivos opuestos deben estar fuera de oclusión, siendo mantenidos aparte por las superficies de desplazamiento de los molares inferiores de balanceo. Se le pide que lleve su mandíbula hacia uno de los lados y que haga contactos ligeros; cuando se hace del lado derecho, los dientes deben estar fuera de oclusión. Del lado contrario, se hará de la misma manera; si en estas pruebas no son satisfactorios los resultados, se llevan las dentaduras al articulador y se hacen las correcciones pertinentes.

Contornos faciales.- Con los labios del paciente en reposo apreciaremos la plenitud de labios y mejillas, haciendo las correcciones adecuadas.

Una vez hechas las correcciones, pediremos al paciente que compruebe los resultados, esto será ya con la cara en reposo o mientras sonríe y habla. Es importante en este momento el disponer de un espejo donde el paciente vea todas sus facciones. Tan pronto como el paciente se sienta conforme con su aspecto, retiramos las dentaduras de su boca y daremos por terminada la prueba en cera.

Después de esta prueba, se iniciará el proceso de laboratorio.

#### Instrucciones al paciente

Las instrucciones serán verbales y escritas; de cómo usar su prótesis en forma correcta.

Debe tener paciencia hasta adquirir habilidad para usarla.

Prescribir un régimen dietético a base de analgésicos en caso necesario, para auxiliarlo en la primera etapa de adaptación.

Recomendarle la lectura en voz alta, ya que el volumen de la dentadura altera el espacio de la cavidad bucal y modifica la emisión de la voz.

No masticar alimentos duros, ni pegajosos, ya que el paciente al principio tiene dificultad para comer; se indicará que coma alimentos blandos o semilíquidos.

Evitar presiones excesivas hasta que gradualmente los tejidos puedan resistir, ya que al principio éstos sufren irritación.

Indicar que trate de mantener la lengua en posición de descanso, apoyándola sobre la superficie oclusal de la dentadura inferior y no retraer, ni recoger la punta de la lengua para evitar -

que se desaloje la dentadura inferior.

Mantener en la boca las dentaduras el mayor tiempo posible, - lo que ayudará a conformar el aspecto facial de labios y mejillas.

El paciente tendrá que mantener una estricta higiene, tanto - en su boca como en las dentaduras, con el objeto de evitar la formación de las bacterias y del depósito de sales de calcio, ya que éstas originan alitosis y esto puede contribuir a inflamaciones de la mucosa bucal, por lo que se darán las siguientes indicaciones:

Darse masaje sobre la encía con un cepillo blando.

No usar la prótesis con residuos alimenticios atrapados en la superficie de contacto.

Cepillar y lavar la dentadura después de las comidas con dentífricos o jabón.

Evitar caídas o golpes que pudieran fracturar los dientes o - la base.

Fuera de la boca dejarlas en un vaso de vidrio con agua y bórax.

#### Examen y Ajustes Periódicos

Citar periódicamente al paciente con sus dentaduras artificiales para inspeccionarlas.

Examinar los bordes sobreextendidos, escotaduras de los frenillos o inserciones musculares, adaptación periférica, interferencias intercuspídeas y desequilibrio oclusal.

Corregir los obstáculos localizados mediante recortes adecuados.

Indicar al paciente que es necesario que acuda cada seis meses al consultorio para un examen general de la boca; y en caso ne cesario, efectuar las correcciones y readaptaciones que sean indis pensables.



## C O N C L U S I O N E S

La prostodoncia total, tiene por objeto algo más que la substitución de los dientes naturales perdidos, por dientes artificiales.

Debe establecerse también la función normal (masticación, fonética, estética, etc.) del aparato estomatognático.

El paciente que por diversas causas ha sufrido la pérdida de sus piezas dentarias, se halla en un desequilibrio físico-emocional y por lo tanto el cirujano dentista, con la ayuda de esta rama de la Odontología, podrá devolverle la salud perdida.

La edentación es un factor que influye tanto en la vida social, como en la fisiología misma del paciente; transforma el aspecto social, la fonética, la estética, perturba la alimentación y por consiguiente, modifica la nutrición.

Se debe elaborar una buena historia clínica, estudio radiográfico y analizarlos cuidadosamente, para obtener un pronóstico, -- diagnóstico y tratamiento satisfactorio.

Se deben utilizar materiales cuya distorsión sea mínima, para obtener impresiones fieles y modelos nítidos y resistentes. Si---guiendo un método o una técnica adecuada para la elaboración de - una buena prótesis total, teniendo siempre como principal meta, de volver la estabilidad emocional, funcional y estética a nuestros - pacientes.

La prostodoncia puede auxiliarse con algunas otras ramas afines de la Odontología, como exodoncia, cirugía, etc.; para así resolver las situaciones que se nos presenten con mayor facilidad y eficacia.

Con la elaboración de este trabajo de Tesis, he querido manifestar mi interés en la rehabilitación estética y funcional en la boca de pacientes de la tercera edad, a quienes con frecuencia la sociedad los relega a un segundo plano. Es por esto, que creo que es en este tipo de pacientes en quienes podemos demostrar y poner en práctica la nobleza de la Odontología, ayudándolos a tener una buena apariencia y tratando de mantenerles una buena masticación.

## B I B L I O G R A F I A

Prostodoncia Total  
Textos Universitarios  
Dr. José Y. Osawa Deguchi.

Prostodoncia Dental Completa  
John J. Sharry                      Editorial Toray, S.A.

Prostodoncia Total  
Dr. Pedro Saizar                      Editorial Mundi.

Odontología Geriátrica  
A.S.T. Franks Bjorm Hedegard

Núcleo de Prostodoncia Total  
S.U.A. Facultad de Odontología  
U.N.A.M.

Materiales de Impresión utilizados en Prostodoncia Total  
García López Hector. U.N.A.M.

Anatomía Humana  
Dr. Fernando Quiroz G.