



24/197  
**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS  
PROFESIONALES  
IZTACALA - U.N.A.M.**

---

**Carrera de Odontología**

**PROTESIS INMEDIATA**

**TESIS**

Que para obtener el título de  
**CIRUJANO DENTISTA**

presenta

**HERNANDEZ RAYA JOSE ANTONIO**

**San Juan Iztacala, México.**

**1982**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## INDICE

### CAP. I ESTUDIO DEL PACIENTE.

- a) Historia Clínica
- b) Historia Protética
- c) Estudio Radiográfico
- d) Plan de Tratamiento
- e) Ventajas y Desventajas

### CAP. II INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

### CAP. III DIFERENTES TIPOS DE PROTESIS INMEDIATA

- a) Parcial Aditiva
- b) Férula Transitoria
- c) Sin Plano Vestibular
- d) Con Encía Completa

### CAP. IV REGISTROS PARA CONSERVAR

- a) Medidas
- b) Color
- c) Modelos Frontales

- d) Perfiles
- e) Fotografías

#### CAP. V TÉCNICAS PARA LA TOMA DE IMPRESIONES Y MODELOS

- a) Impresión Preliminar
- b) Cubetas Individuales
- c) Pruebas y Delimitación de las Cubetas
- d) Impresiones Finales
- e) Modelos de Yeso

#### CAP. VI RELACIONES INTERMAXILARES

- a) Placas de Registro
- b) Oclusión Central y Real
- c) Montaje en el Articulador
- d) Relación Central y Exéntrica

#### CAP. VII TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

- a) Preparación del Paciente
- b) Asepsia y Antisepsia

c) Anestesia

d) Instrumental

CAP. VIII INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

a) Alveolectomía Avulsora

b) Alveolectomía Modeladora

c) Alveolectomía Estabilizadora

CAP. IX PRUEBAS Y ADAPTACIÓN

a) Selección de Dientes

b) Pruebas y Post damping

c) Cirugía del Modelo

d) Cambio de Dientes

CAP. X DETERMINACIÓN DE LA PROTESIS

CAP. XI COLOCACIÓN DE LA PROTESIS

CAP. XII PERIODO DE TRANSICIÓN

a) Duración de la Prótesis

b) Primer Rebase

c) Renovación y / o Remonta

CAP. XIII CUIDADOS POSOPERATORIOS

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

A medida que fui escribiendo este tema despertó un gran interés dentro de mí, primero por que me di cuenta de que la odontología cuenta con un gran número de especialidades con las cuales podemos ayudar al paciente a que dure lo menos posible edéntulo y segundo por que me dio la oportunidad de profundizar mis conocimientos y esclarecer mis dudas sobre este tipo de rehabilitación bucal.

A continuación mencionaré los capítulos que este tema tratará, se iniciará con el estudio del paciente, realizando una historia clínica tanto protética como general, para tener presente el estado bucal y general del paciente así como sus experiencias en el uso de aparatos protésicos, es también importante ejecutar un estudio radiográfico para observar en que condiciones se encuentran los tejidos duros y blandos de la cavidad oral.

La toma de impresiones realiza un papel muy importante ya que aquí nos daremos cuenta de como empezaremos nuestra prótesis inmediata.

Respecto a las ventajas y desventajas se le dará una amplia información al paciente, pues existen pacientes que les resulta incomodo



adaptarse facilmente al uso de las prótesis.

Una vez hecho este análisis el odontólogo decidirá si esta indicado o contraindicado el tratamiento y que tipo de prótesis es la que se va a elegir dependiendo del caso.

La intervención quirúrgica, puede realizarse en un diente en un maxilar e inclusive en los dos maxilares y es el odontólogo el que decidirá la extensión de la operación, pues existen diferentes técnicas quirúrgicas en la cual dependiendo del caso este elegirá la técnica - que más domine. Dichas técnicas son mencionadas en un capítulo de este tomo.

Es importante llevar un orden o secuencia al efectuar la elaboración de la prótesis inmediata así como en las técnicas quirúrgicas, - anestesia o instrumental con el fin de que se traumatice lo menos posible los tejidos duros y blandos del aparato estomatognático.

De esta técnica de rehabilitación bucal-protética del paciente - se podrán obtener los mejores resultados y el mejor aprovechamiento - tanto físicas, mentales y sociales.

Finalmente se procederá a la colocación de la prótesis vigilando los cuidados pos operatorios, tanto de la cavidad bucal así como el - cuidado de su prótesis.

## PROTESIS INMEDIATA

### Definición:

Es el procedimiento de rehabilitación bucal que consiste en la - colocación de los dientes inmediatamente después de las extracciones - dentales y regularización de los maxilares.

Esta definición como otras, se han dado de prótesis inmediata, - Saizar la define: Es aquel aparato protésico que se coloca entre unos minutos y unos días después de las extracciones, pero siempre antes - del cierre de las brechas quirúrgicas.

## C A P I T U L O I

### ESTUDIO DEL PACIENTE PARA PROTESIS INMEDIATA

Antes de empezar cualquier tipo de rehabilitación bucal debemos tener presente el estudio del paciente, para lograr dicho estudio nos basamos en los siguientes métodos:

- - Historia Clínica
- Historia Clínica Bucal
- Estudio Radiográfico
- Diagnóstico, Pronóstico y Plan de Tratamiento
- Ventajas y Desventajas

Historia Clínica. - Es la biografía del paciente en relación a - sus padecimientos, incluyendo todos los datos y antecedentes actuales que puedan estar vinculados con ellos, como son: su medio ambiente, - hábitos y costumbres.

La historia clínica debe llenar ciertos requisitos para hacer la práctica útil y actual, uno de estos requisitos es el de tomar encuen-ta los padecimientos actuales.

El examen clínico debe ser minucioso y sistemático, anotando en - una ficha los datos adecuados para que nos permita un ordenamiento com-pleto, sin incurrir en omisiones. Debemos precisar el valor relativo en los síntomas e informaciones sobre todo en los hábitos y actitudes del paciente.

La realización de la historia clínica en prótesis inmediata es -

con el fin de tener la seguridad de:

1.- Que el tratamiento de rehabilitación bucal no perjudique el estado del paciente ni su bienestar.

2.- Para averiguar si la presencia de alguna enfermedad o la toma de algún medicamento destinado a su tratamiento, pueda entorpecer el éxito del tratamiento aplicado.

3.- Para detectar una enfermedad ignorada que exija un tratamiento especial.

4.- Para conservar un documento gráfico que puede resultar útil en el caso de que el paciente no quede conforme con el tratamiento realizado.

La historia clínica constituye un documento central en el expediente del paciente. Al hacer la historia clínica el dentista debe aprender a escuchar al paciente, darle la libertad de hablar, de que use sus propios términos como base para nuevas preguntas y aceptar o rechazar lo que es útil al diagnóstico. De su buena elaboración dependerá el éxito o el fracaso del dentista para conseguir el mayor provecho para el paciente.

Historia Clínica Bucal.- El propósito de elaborar la historia bucal, es para saber si el paciente ha tenido experiencia en el uso de aparatos protésicos, así como también poder observar en que estado se encuentran los tejidos duros y blandos del aparato estomatognático.

Al realizar la historia clínica bucal empesaremos por inspeccionar:

a) Facies.- Es importante conocer esto porque si se observa el colapso facial en personas jóvenes, así como la pérdida de la altura facial, la movilidad mandibular, el hundimiento de los labios, constituyen a signos de una atrofia avanzada o prótesis mal ajustada.

b) Tono de los Tejidos.- Los tejidos peribucales pueden ser tensos o flácidos, esto es importante porque en un paciente con músculos fuertes y de gran tonacidad la prótesis debe ser más precisa, en cambio en un paciente con tejidos flácidos la prótesis se hace sobre una extensión sin ningún problema.

c) Dominium Muscular.- Influye sobre el resultado final de la prótesis. Se debe de observar la facilidad con que el paciente mueve la lengua. Las personas con escaso dominio muscular tiene dificultad para adaptarse a la prótesis.

d) Tamaño de los Maxilares.- Entre más grande sea un proceso, presenta más problemas.

e) Forma de los Maxilares.- Pueden ser cuadrados, triangulares o redondos.

f) Forma de los Procesos del Reborde Alveolar.- Pueden ser grandes, pequeños o atrofiados también, se debe observar si no existen crestas o depresiones debido a extracciones lo cual será una indicación quirúrgica (regularización del proceso).

g) Inserción de los Tejidos Músculos.- Determinar la inserción de los frenillos.

h) Post Dam.- Este podrá ser ancho, delgado o mediano.

i) Boveda Palatina.- Puede ser prominente a lo largo de la línea media, llamada también torus palatino.

j) Mucosa.- Puede ser flácida o tensa.

k) Fosa Retromolar.- Puede ser alta o baja.

l) Sensibilidad Bucal del Paciente.- Se puede presentar por náuseas o dolor.

m) Relación Labio Alveolar.- Puede ser largo, corto y mediano.

n) Lengua.- Influye en el éxito de la prótesis, se debe observar el volumen y movilidad de la misma.

ñ) Saliva.- Se puede presentar en forma espesa o delgada, la cual influye en la retención o adición de la prótesis.

Es importante tener muy presente el examen bucal, pues de esto depende una parte el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.

Estudio Radiográfico.- El examen radiográfico bucal es utilizado como medio para descubrir anomalías y conocer las intimidades de su conformación anatómica.

Los maxilares presentan concavidades, líneas, orificios, canales, conductos y regiones que se traducen radiográficamente por imágenes radiopacas o radiolúpidas.

Las radiográficas representan un auxiliar del diagnóstico, auxiliar porque el diagnóstico definitivo no puede hacerse solamente con las radiografías, estas se limitan a proporcionar únicamente información - la cual aunada a los datos de la historia clínica y otros procedimientos de exámenes, podemos formarnos un diagnóstico, pronóstico y plan - de tratamiento.

¿Que nos proporcionan las radiografías?, nos revelan las formas - básicas con que el tejido calcificado reacciona a los procesos patoló-

gicos.

Como se mencionó al principio las radiografías presentan imágenes que pueden ser radiolúcidas o radiopacas, las zonas radiolúcidas nos indican la existencia de procesos destructivos en el hueso, mientras que las zonas radiopacas anormales representan procesos proliferativos. Una lesión con zonas radiolúcidas y radiopacas sufren simultáneamente destrucción y proliferación.

Las radiografías también nos proporcionan algunas alteraciones de los tejidos blandos tales como calcificaciones en los conductos o glandulas salivales, calculos en el conducto de la parótida y de la subman**di**bular, así como también de cuerpos extraños tales como agujas rotas, materiales dentales o residuos de accidentes traumáticos.

Errores de las radiografías; una exposición incorrecta nos producirá películas demasiadas claras u oscuras, así como onlongaciones o deformar posibles anomalías. También se pueden encontrar errores en el revelado de las películas dado a que no se le da el tiempo necesario tanto en el revelador como en el fijador.

Es conveniente repetir la radiografía cuando la interpretación es dudosa.



En el caso de la prótesis inmediata el estudio radiográfico es imprescindible pues cuando esta indique una intervención quirúrgica o se localizan restos radiculares, como procesos infecciosos nos facilita el diagnóstico quirúrgico-prótesis, ya que la prótesis se coloca pocos minutos después de haber efectuado la operación.

Algunos protodentistas prefieren las películas oclusales para examinar los maxilares y así poder ubicar a los dientes retenidos o no erupcionados, vestibular y lingualmente, descubrir cuernos extraños, seguir líneas de fracturas, localizar cálculos en los conductos y observar la longitud de las raíces. La técnica para tomar las radiografías oclusales consiste en colocar la película en el plano oclusal.

Para efectuar la exposición existen dos tipos:

- 1.- Transversal.
- 2.- Topográfica.

Las dos son transversales en relación con el plano sagital del cuerpo.

Posición del paciente.- Arcada superior con el plano de oclusión horizontal paralelo al piso, la superficie activa de la placa se coloca en contacto con la superficie oclusal de los dientes superiores, la

angulación para los dientes superiores anteriores es de  $+65^{\circ}$  y el punto de referencia donde se coloca el cono es en la punta de la nariz, para los dientes superiores posteriores la angulación es de  $90^{\circ}$  y el punto de referencia donde se coloca el cono es en la frente.

En los dientes inferiores el paciente se coloca en posición reclinada con una angulación de  $25^{\circ}$  más o menos y el cono se colocará con una angulación de  $-45^{\circ}$  con punto de referencia en la punta de la barba.

Las radiografías periaxiales o panorámicas también son usadas por el prestodencista pues estas películas nos informan:

Dientes que no han hecho erupción, dientes incluidos, estenosis, odontomas, tamaño del seno maxilar, localización de agujero mentoniano y el grosor del tejido blando que cubre las crestas alvéolares.

Estas radiografías constan de una serie de catorce películas, siete superiores y siete inferiores, las angulaciones son las siguientes:

$+25^{\circ}$	$+30^{\circ}$	$+45^{\circ}$	$+40^{\circ}$	$+45^{\circ}$	$+30^{\circ}$	$+25^{\circ}$
9 7 6	5 4	3 2	1 1	2 3	4 5	6 7 8
9 7 6	5 4	3 2	1 1	2 3	4 5	6 7 8
$0^{\circ} - 5^{\circ}$	$-15^{\circ}$	$-20^{\circ}$	$-25^{\circ}$	$-20^{\circ}$	$-15^{\circ}$	$0^{\circ} - 5^{\circ}$

Diagnóstico, Pronóstico y Plan de Tratamiento. - Son indispensables para lograr el mejor éxito en la elaboración de la prótesis inmediata, permiten determinar el plan de tratamiento adecuado para cada paciente, solventar y proveer muchas dificultades y al mismo tiempo el dentista puede contestar con precisión las preguntas que el paciente haga al respecto.

El diagnóstico lo podemos clasificar en dos partes:

1.- Bucal.- Es la interpretación de los síntomas, o sea que son todos los datos e información del estado general del paciente.

2.- Protético.- Es la obtención de los elementos del diagnóstico bucal para conocer o saber las cualidades que deben de satisfacer una prótesis y por lo tanto la probabilidad de realizarse con éxito.

El Pronóstico es un complemento obligatorio e inmediato del diagnóstico, no es posible el pronóstico si no hay diagnóstico ya que ambos integran el concepto que se hace sobre el paciente.

El pronóstico al igual que el diagnóstico podemos clasificarlo de dos maneras.

1.- Pronóstico próximo (posibilidad del éxito), este pronóstico se da en personas jóvenes, con buen estado general y procesos sanos,

a condición también de que la prótesis llene las cualidades técnicas - que son: retención, soporte, estabilidad y función.

2.- Pronóstico mediano.- Es la durabilidad en servicio.

El plan de tratamiento debe cubrir todo el período de transición entre el estado actual y la normalización del paciente con la prótesis. Tomando en cuenta que existen casos diferentes hay que tener cuidado y pensarlo detenidamente, ya que el estado general del paciente, son factores determinantes para elaborar el plan de tratamiento.

El estado del hueso, es importante para el plan de tratamiento, - debemos tener en cuenta si los dientes son perdidos a consecuencia de una enfermedad periodontal, en este caso el pronóstico es menos bueno a que si la pérdida ha sido a causa de la caries.

El número de extracciones es otro factor determinante para el plan de tratamiento, ya que la prótesis inmediata puede ser de uno o de dos dientes, si el paciente trae prótesis en uso se le pueden agregar a es ta siendo así el pronóstico claro.

En el caso de una prótesis inmediata todos los dientes, el pronóstico de duración en servicio y el de utilidad inmediata no es el mismo que en el primer caso.

Los protésistas prefieren hacer las extracciones posteriores para asentar la prótesis inmediata sobre hueso más estabilizado.

Respecto al estado general del paciente es importante tenerlo en cuenta ya que nos puede contraindicar el tratamiento debido a que el paciente no está capacitado para recibir rehabilitación bucal. En este caso se aconsejan las prótesis menos violentas como son:

La prótesis parcial aditiva y la férula quirúrgica.

Los Drs. Castro y Saizar, refieren que es mejor no indicar aque - llo que no importe mejora y que no este seguro de cumplir.

Tanto más complejo sea un plan de tratamiento, más importante es su formulación escrita dandonos su técnica que consiste en:

a) Determinar si habrá cambios de altura, posición, tamaño, - forma y colores de los dientes.

b) Estudiar si la edentación puede hacerse por etapas y cuales pueden ser, examinando la situación en que estará el paciente durante cada etapa.

c) Considerar las medidas auxiliares inmediatas que puede requerir su estado actual y en cada etapa.

d) Establecer el tipo de cirugía adecuada para cada interven-

ción.

e) Calcular los presupuestos y sus variaciones de acuerdo con el plan que se adopte.

f) Tener presente los cuidados postoperatorios y la atención protética adecuada.

El paciente debe estar consiente de la probabilidad de requerir - nuevas prótesis después de seis meses o un año, para restablecer la altura perdida consecuente a la atrofia de los maxilares que la prótesis inmediata no puede compensar.

Ventajas y Desventajas.- Las ventajas de la prótesis inmediata se pueden clasificar en:

1.- Anatómicas.

a) Impide la pérdida de la altura, al reemplazar el tipo - oclusal.

b) Evita violencias a la articulación temporomandibular.

c) Impide el ensanchamiento lingual.

d) Impide el colapso labial y el hundimiento de las mejillas.

2.- Funcionales.

a) Permite a la musculatura estar en su posición normal.

b) Evita la mayor parte de trastornos y reajustes fonéticos.

c) Facilita la masticación, reduciendo los reajustes dietéticos y digestivos.

d) Mantiene normalmente las actividades de la vida en relación.

### 3.- Estéticos.

a) Impide el colapso facial.

b) Permite mejoras considerables.

### 4.- Psíquicas.

a) Elimina la humillación.

b) Permite mantener el equilibrio biopsicosocial.

c) Reduce los trastornos del acostumbramiento a la prótesis.

Dentro de las desventajas podemos enumerar las siguientes:

a) La coordinación protética, establecida en diagnósticos exactos y ajustes indicados en arcos dentados. Las intervenciones quirúrgicas al dejar de ser unitarias para extenderse a grupos de dientes, se hacen más traumáticas exigiendo habilidad y dominio, al igual que en el trabajo protético, ya que es fácil caer en el fracaso.

b) La selección de casos, ante la edentación total si no hay contraindicación, el protesista no tiene problemas para elaborar la prótesis. Ante la edentación futura, el reemplazo por prótesis inmediata, entran en juego factores como: estado general del paciente, utilidad, ventaja y posibilidad las cuales deben ser evaluadas en cada paciente.

c) Encarncimiento del trabajo.- Cave en las necesidades de hacer rebasados, reajustes y requerirse la elaboración de una nueva prótesis, pues su tiempo de duración es corto.

d) Fallas técnicas.- Estas pueden ser de laboratorio o clínicas, este solo se puede observar después de la intervención quirúrgica.

Cave mencionar que este capítulo es de suma importancia por que se le tendrá que dar una amplia información al paciente, de que estas ventajas o desventajas depende el éxito de la prótesis inmediata, debido a que debe tener clara conciencia de estas limitaciones.



## C A P I T U L O II

### INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Al igual que todo tipo de rehabilitación bucal, la prótesis inmediata presenta también sus indicaciones y contraindicaciones estas son:

#### INDICACIONES:

- 1.- Estado de salud bucal, con buena tonicidad muscular.
- 2.- Regularidad simétrica de los arcos alveolares.
- 3.- La edad y el estado de salud general del paciente permitan la o las intervenciones quirúrgicas que se requieran.
- 4.- Ausencia de torus palatinos y mandibular.
- 5.- Distancia mínima intermaxilar suficiente para colocación estética y funcional de las piezas artificiales.
- 6.- Que el paciente lo pida y este dispuesto a aceptarlo, con todas sus ventajas y desventajas.
- 7.- Que el estado de la boca y los dientes admitan la espera requerida para el trabajo preoperatorio.

CONSERVACIONES:

Estas se presentan a cavo de que el paciente no llene los requisi  
tos necesarios, o no reuna las condiciones físicas y mentales adecuadas  
para recibir el tratamiento tales como:

1.- Pacientes que sufren afecciones o trastornos de tipo gene  
ral como: neoplasias, sífilis, afecciones cardiacas, disercias hemáti  
cas, trastornos glandulares, así como pacientes que sufren trastornos  
epilépticos.

2.- Aquellos cuya capacidad mental no les permite hacerse car  
go de su responsabilidad en el servicio.

3.- Los que son indiforentes o no saben apreciar el tratamien  
to y que por lo tanto es probable que no cooperen en el ajuste y la -  
conservación de las dentaduras.

## C A P I T U L O   I I I

### TIPOS DE PRÓTESIS INMEDIATA

Cuando ya se tiene un plan de tratamiento y el paciente se encuentra informado de las pro y las contras que existen de dicha rehabilitación bucal, se procede a elegir el tipo de prótesis inmediata que le conviene, pues existen diferentes tipos que son:

- a) Prótesis parcial aditiva.
- b) Férula momentánea.
- c) Prótesis sin flanco vestibular.
- d) Prótesis con encía completa.
- e) Sobre dentaduras inmediatas con dientes pilares.

Prótesis parcial aditiva.- Es un tipo de prótesis parcial como su nombre lo dice, es en la que se van agregando dientes después de las extracciones, sus ventajas la indican en muchos casos ya que evita las extracciones masivas, permitiendo así un desdentamiento gradual. Al mismo tiempo que facilita la extracción de los dientes posteriores, sirviendo como transición hacia la prótesis inmediata completa. Suele

ser económica y duradera.

Fórmula Transitoria.- En este tipo de prótesis, los dientes posteriores son reemplazados por férulas de acrílico que se articulan directamente en la boca, añadiendo acrílico autopolimerizable, los dientes anteriores se hacen por vaciado de los dientes en la impresión con acrílico de color adecuado, su ventaja consiste en ser más económica que los demás y en ciertos casos por su rapidez puede ser una solución.

Prótesis sin Flanco Vestibular.- Este tipo nos simplifica la elaboración, dado que se excava el alveolo del modelo y se introducen 2 ó 3 mm. del diente al reemplazar; al mostrar los dientes emergiendo de la encía, tienen la ventaja de permitir la atrofia vestibular sin perturbación y su inconveniente consiste en requerir encías artificial después de quince a veinte días.

Con Encía Completa.- De los cuatro tipos que existen esta es la que más exige en la técnica de elaboración y es la que más se recomienda, pues reduce el peligro de retención deficiente, que puede presentarse en la prótesis sin encía artificial y es más cómodo para atender

al paciente.

Sobre Dentaduras con Dientes Pilares. - Este caso se presenta en pacientes que tienen dientes que pueden ser tratados endodónticamente, esos deberán ser examinados cuidadosamente para determinar la ausencia de sintomatología y de patología apical para poder ser aceptados como pilares.

No es necesario que se traten endodónticamente de nuevo si se encuentran en buenas condiciones. Los dientes que han sido obturados con puntas de plata, deberán ser tratados nuevamente. Si se piensa que dichas puntas interferirán a la hora de la preparación del pilar, ya que una manipulación sobre estos conos provocará que se rompa el sellado apical, del canal radicular provocando un subsecuente fracaso.

Las preparaciones corona-raíz y la morfología de la raíz deben ser revisados con cuidado, así como el soporte óseo de los pilares, esto lo determinamos por medio del estudio radiográfico.

La enfermedad parodontal debe ser evaluada perfectamente pues la movilidad y la profundidad de las bolsas durante el examen dental determinarán la selección de los pilares.

Una vez realizado todos los estudios correspondientes a los pilares se empezará la preparación de estos, a menudo implica la remoción de la mayor porción coronaria del diente, una reducción adecuada puede provocar una exposición pulpar, por lo que la terapia endodóntica es frecuentemente indicada antes de la preparación de los pilares.

Una vez ya obtenidos todos los pasos de la sobredentadura inmediata que son:

- Endodéncia.
- Evaluación parodontal y tratamiento parodontal.
- Impresiones.
- Registros intermaxilares.
- Articulación de los dientes artificiales y obtención de la sobredentadura terminada.

Se procederá a realizar las preparaciones de los pilares en la boca del paciente.

Se reducen las superficies proximales haciéndolos convergentes hacia la superficie oclusal o borde incisal.

Se deberá remover mayor cantidad de estructura dentaria de la superficie bucal del pilar que de la superficie lingual, esto se hizo -

igual en el modelo de yeso.

Usando el modelo como referencia se conforma el diente pilar de tal manera que quede igual al del yeso, con la diferencia de que sea ligeramente menor en tamaño.

Se aliza el margen gingival de la preparación del pilar, lo más importante de la preparación de los dientes pilares en esta etapa es el tamaño. Después de que los dientes inútiles hayan sido extraídos, las preparaciones podrán ser terminadas con más detalle.

Preparación de los dientes pilares para colocarle las restauraciones de amalgama en el borde incisal.- Para sellar el conducto radicular, las restauraciones con amalgama deben ser colocadas después de que los dientes se han reducido, porque muchas veces el corte se hace por debajo de la línea de obturación y hay necesidad de volver a hacer una nueva restauración. Terminada la preparación el pilar deberá ser tratado con aplicaciones de fluoruro.

Se aplicará gel APF a los pilares durante 2 minutos, retirar el gel APF y colocar el fluoruro al 4' durante 2 minutos, ya que fue preparado y tratado el diente pilar, se extraen los dientes inútiles y se

procederá a la colocación de la sobredentadura inmediata.

Se citará al paciente 24 hrs. después y se revisarán los tejidos de la cavidad bucal, haciéndose los ajustes necesarios, ajustando los pilares a la sobredentadura con acrílico autopolimerizable.

El éxito de las sobredentaduras inmediatas depende de un pronóstico favorable de los dientes pilares tratados endodóticamente, la selección de estos dientes que servirán como pilares, es uno de los puntos cruciales en el plan de tratamiento.



## C A P I T U L O   I V

### REGISTROS PARA CONSERVAR

Para tener una buena elaboración de la prótesis inmediata es conveniente que a todos los pacientes se les tomen registros previos a la realización del tratamiento tales como:

- a) Medidas
- b) Color
- c) Modelos Frontales
- d) Perfiles
- e) Fotografías

Estos registros nos simplifican la selección y el montaje de los dientes artificiales de la prótesis inmediata destinada al paciente - edentulo. Las relaciones verticales de los maxilares determinadas aún cuando se conservan los dientes naturales debidamente registrados, se pueden utilizar como guías para restablecer estas mismas relaciones - cuando se construyan las prótesis inmediatas para el paciente.

Todos estos registros serán útiles no solo para la primera restauración protodóntica, sino durante toda la vida del paciente, siempre

que se le tenga que proceder a r stauraciones.

Medidas.- Se realizan las siguientes:

1.- A boca cerrada, se mide la distancia que hay entre la base de la nariz y la base del mentón.

2.- La distancia que existe entre el borde incisivo superior y la base de la nariz.

3.- Por último la distancia que existe entre el borde incisivo inferior y la base del mentón.

Estas medidas pueden ser registradas, con el registrador de WILIS, que resulta ser muy cómodo y no molesto, estas medidas se anotarán en la ficha y se archivarán.

Color.- Si se desea obtener el o los colores de la dentadura natural, el color se deberá anotar antes de las extracciones, al igual que si se desea reproducir alguna incrustación, cimentación o corona es cuestión de pensarse de acuerdo con el paciente y anotar cuales son.

Modelos Frontales.- Estas impresiones pueden obtenerse con yeso, modelina o albato, se elaboran unas guías que pueden ser de co

ra o de lámina metálica del tamaño de una película radiográfica.

Se redondean las cuatro esquinas haciendo una escotadura en los bordes superiores e inferiores para los frenillos, se lo hacen perforaciones a la lámina para que lo de retención al alginato colocándole también un pequeño gancho de alambre para que facilite el retirado de la impresión.

Perfiles.- Existen varios métodos para obtener estos perfiles, uno consiste en tomar una fotografía de perfil mientras se mantiene una regla milimétrica frente al perfil, luego se manda a ampliar la fotografía hasta que la regla tome sus dimensiones reales.

Otro método es el de tomar una radiografía de perfil, esta se debe de tomar con el tubo a 1.70 mts. de distancia por lo menos. El método más usual en ortodoncia consiste en tomar un alambre de plomo o de cobre, se estira y se va adaptando con los dedos contra el perfil del paciente, una vez obtenido se dibuja en un cartón y se recorta, se coloca en el paciente y se corrigen los defectos.

Fotografías.- Las fotografías suelen ser las más fáciles de obtener y estas pueden ser de frente de perfil, a boca cerrada y mostrando los

dientes, estos registros, son de gran importancia ya que sirven para -  
conservar el aspecto de los pacientes antes de las intervenciones qui-  
rúrgicas - protéticas - y comparandolo con los resultados que pueden -  
ser fotografiados también.

Todos estos registros de conservación con el tiempo forman un va-  
lioso archivo.

## C A P I T U L O V

### TECNICAS PARA LA TOMA DE IMPRESIONES Y MODELOS

Las técnicas para la toma de impresiones para la prótesis inmediata, suele tener ciertos problemas y es posible que las soluciones congtituyan un origen de inconvenientes con este tipo de prótesis. Estas impresiones siempre se tratan de tomar en bocas dentadas para que tengan el ajuste, exactitud y delimitación que exigen las impresiones de los maxilares desdentados.

Las impresiones preliminares o anatómicas, constituyen la clave - del problema, ya que dependiendo de esta impresión, se obtendrán los - modelos en los cuales se elaborarán los porte impresiones individuales, al mismo tiempo que nos da una visión más clara de los elementos anatómicos, periféricos y áreas o zonas protésicas.

Los requisitos de una impresión preliminar para prótesis inmediata son:

1.- Que la impresión cubra la totalidad del maxilar hasta el límite protético.

2.- Que los dientes y socavados retentivos estén fielmente -

reproducidos.

Para la toma de la impresión del maxilar superior, se separa la comisura izquierda con el dedo medio o con el espejo bucal y la derecha empujando el portaimpresión entre el pulgar, el índice y el dedo medio; contramos correctamente el portaimpresión sobre el proceso que debe cubrir, para profundizar la impresión presionamos con el dedo medio el centro del portaimpresión o con los dedos de ambas manos apoyados en la base llevandola a su sitio hasta que se observe un exeso de modelina o alginato desbordar por la parte palatina posterior; adaptamos el contorno periférico mientras que los dedos medios mantienen el porta impresión en posición, los demás ajustan la modelina o alginato contra las superficies vestibulares del maxilar mediante presiones sobre labios y carrillos. En esta impresión trataremos de impresionar el fondo del vestibulo e inserciones de los renillos así como las tuberosidades.

Es necesario mantener el porta impresión en posición, pues cualquier movimiento nos puede deformar la impresión. Una vez plastificado el alginato o la modelina procedemos a retirar la impresión de la boca separando el labio para facilitar la entrada de aire entre muo

sa y material de impresión y se tracciona hacia abajo ligeramente para retirarlo.

En el caso de la toma de impresión del maxilar inferior, se separa la comisura izquierda con el dedo índice o pulgar, la comisura derecha se separa con el porta impresión empujado entre el pulgar, el índice y el dedo medio derechos, se centra el porta impresión sobre el proceso que debe cubrir; para profundizar la impresión presionamos con algunos dedos sobre la base y los pulgares abajo del borde inferior de la rama horizontal de la mandíbula. Esperamos la rigidez o elasticidad del material manteniendo el porta impresión y procedemos a retirar la impresión de la boca al igual que en la impresión superior.

Cualidades de los porta impresiones individuales.- Dichas cualidades son:

1.- Resistencia adecuada para que no se deforme o se rompa a las pruebas que se somete.

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

3.- Que permita la adaptación a las superficies de asiento -

del modelo y de la boca.

4.- Que presente libertad frente a los huecos y socavados re  
tentivos para que permita separarse del modelo e ir a su sitio en la  
boca.

5.- Espesor adecuado para dar a los bordes el modelado correo  
to.

6.- Ligera para que lecciona los tejidos duros y blandos -  
de la cavidad oral.

7.- Extensión y delimitación que permita alcanzar totalmente  
los límites de la zona protésica y no los sobrepase.

8.- Resistencia al calor.

9.- Fácil elaboración.

Porta Impresiones Individuales.- Son cubetas preparadas especial  
mente para impresionar el maxilar que se desea, estos porta impresio-  
nes individuales nos permiten obtener impresiones correctas con ayuda  
de las siguientes circunstancias:

1.- Su forma fiel nos facilita el contrado.

2.- Su falta de exeso volumétrico contribuye a un trabajo -  
más exacto.



3.- Permiten usar el mínimo de material de impresión.

4.- Permiten al material de impresión extenderse a toda la su perficie que se desea impresionar.

5.- Permiten la delimitación funcional o recorte muscular acer tado de los bordes.

Existen varios tipos de porta impresiones individuales como son:

CURE	Holgadas	Metálicas	}	Aluminio (estampadas)		
TAS				Aluminio (bruñidas)		
INDI				Coladas (aluminio, estaño, bismuto)		
VIDUA				Termoplásticas (base plate-odelina)		
LCS	Ajustadas	Elásticas	{	Curables	-	Termocurables
				Acrílico	-	Autocurables

Cave mencionar que de esta clasificación de portaimpresiones algunos ya estas en desuso.

Los materiales más adecuados para la elaboración de las portaimpresiones individuales son:

Base Plate.- Tienen la facilidad de prepararse, ser exactos y económicos pero carecen de resistencia y requieren ser reforzados, no suele ser elástico y por lo tanto no toleran el calor por lo cual no es muy usado.

Modelina.- Son prácticos y económicos, puesto que las impresiones se transforman directamente en portaimpresiones, pero exige mayor habilidad y mayor tiempo clínico, además de que son propensos a tener puntos débiles y ser teroplásticos.

Metales Colocados.- Estos nos proporcionan portaimpresiones individuales excelentes pero su obtención resulta ser muy laboriosa y un tanto costosa.

Los DRS. NOELTEI Y DIEGUES, han demostrado que las portaimpresiones fabricadas con acrílico autocurable ref. en las cualidades de resis

tencia, ajuste y estabilidad requerida para su empleo en cualquiera de las técnicas de impresión.

Porta impresión de Modelina.- Para elaborar este portaimpresión individual se elige un porta impresión estandar de bordes bajos, se introduce la modelina en agua hirviendo hasta reblandecerla, se coloca en el porta impresión y se procede a tomar la impresión, si la impresión es delarrado del dentista, se procede a recortar el exeso con un cuchillo hasta dar a la impresión las proporciones de la cubeta individual. La ventaja de estos porta impresiones es que se pueden hacer las delimitaciones al mismo tiempo.

Respecto a los porta impresiones individuales para prótesis inmediata deben ser bien planeados, de acuerdo con la topografía del caso dependiendo de la forma del maxilar, de los dientes remanentes y del material con el cual se va a tomar la impresión.

Para una impresión doble ya sea de modelina - pasta cincuenólica, modelina - alginato o yeso - alginato; se utilizan porta impresiones seccionados o dobles, estos porta impresiones ofrecen ventajas sobre los elastomeros, excepto quizas en casos de gran saliencia del reborde alveolar y dientes delanteros, ya que la segunda cubeta debe cubrir a

la primera en suficiente extensión y con la exactitud necesaria para que se ajuste mutuo sea perfecto, el inconveniente de este tipo de impresiones es la exactitud con que la segunda cubeta debe acoplarse a la primera después de la impresión.

Un porta impresión individual para alginato debe cubrir toda la zona protética dejando un espacio de una hoja de cera por lo menos frente a la superficie mucosa y los dientes, más todo el espacio requerido para poder retirar cómodamente los espacios retentivos. El porta impresión al ser elaborado se le debe de proveer de apoyos que sirvan de guías para poderlos centrar adecuadamente en el momento de profundizar la impresión. Se le harán perforaciones al impresión para que le de retención al material y se le pondrá un mango en la parte delantera para que permita una tracción firme al retirar la impresión de la boca.

Dentro de la elaboración de los porta impresiones individuales, tenemos: Porta impresión de acrílico autopolimerizable, en el cual se prepara el acrílico en un recipiente de vidrio, polvo y líquido de de jándose reposar, una vez que esta frascado se coloca entre dos losetas de vidrio hasta que se tengan dos milímetros de espesor, luego se

procede a la adaptación.

Para el modelo superior la lámina de acrílico se adapta primero sobre la superficie palatina y luego por vestibular. En el modelo inferior se empieza por cortar la lámina de acrílico por el medio en dos tercios de su diámetro, para poder abrirla y adaptarla a ambos lados. Posteriormente con una espátula de lecrón se recorta el exeso de la lámina plástica y se procede a colocar un mango antes de que frague totalmente el cual nos facilitará retirar la impresión de la boca.

Obtenidas las cucharillas individuales deben de carecer de asperezas, rugosidades y filos que pudieran lacerar la mucosa del paciente.

Los porta impresiones individuales para silicón tienen la ventaja de hacerse ajustadas en la zona mucosa, lo que facilita su delimitación, estos porta impresiones no necesitan de apoyos para su centrado y al no requerir perforaciones, añaden la ventaja de confinar ajustadamente el material de impresión. El mango debe permitir una firme tracción al ser retirada la impresión de la boca.

Pruebas y Delimitaciones de las Cubetas Individuales.- Estas pruebas son un paso esencial para el éxito de las impresiones finales

ya que de ellas obtenemos los modelos en donde se va a elaborar la pró  
tesis inmediata.

Toda prueba de los porta impresiones individuales debe llenar los  
siguientes requisitos:

a) Cada porta impresión debe llevar a su sitio sin dificultad,  
si algún flanco representa resistencia, se debe de observar si corres-  
ponde a un socavado retentivo, el cual se debe eliminar.

b) No debe de provocar dolor.

c) No debe vascular bajo presiones en el centro de los rebor-  
dos.

d) Se debe recortar los bordes y si es necesario hasta librar  
los tejidos móviles al rededor del borde periférico.

e) La cubeta inferior no debe hacer presión contra los dedos  
que la sostienen cuando el paciente saca la lengua.

f) A la tracción del mango no debe presentar retención, si la  
hay se debe desgastar los bordes por dentro.

Delimitaciones.- Estas se hacen de modo que una mano mantenga el  
porta impresión individual y la otra haga tracción destinadas al reco~~g~~  
te muscular. Se seca el borde de un flanco vestibular posterior de la

cubeta, se cubre de modelina, se vuelve a colocar en la boca, ejecutando movimientos que van a delimitar las zonas que deseamos. Una vez retirada de la boca se limita al precedente y se hace la misma operación del lado opuesto, para el maxilar inferior es el mismo procedimiento - que para el superior, excepto la parte lingual que se hace por actividad del paciente, este tipo de delimitación es pasiva.

La forma de realizar una delimitación activa es: Mantener la cubeta con el dedo índice en el centro del paladar, se le indica al paciente que haga movimientos de succión sobre los carrillos, que silbe, que mueva la boca al lado opuesto, chupar y echar los labios hacia abajo obteniendo así dicha delimitación.

Se hace notar que en la parte holecada frente a los dientes no se puede hacer una delimitación perfecta y se prefiere que la impresión sea sobre extendida.

Impresiones Finales.- Se los conoce también con el nombre de impresiones fisiológicas, estas son en donde sacaremos los modelos de trabajo en donde elaboramos la prótesis inmediata, de ahí su importancia, deben extenderse hasta cubrir el área de soporte del maxilar y la mandíbula, alcanzar el contorno correcto y toda la base de sustentación

entrar en contacto firme y uniforme con los tejidos de soporte y estructuras subyacentes para evitar molestias, lesiones traumáticas o desplazamientos en los movimientos de la mandíbula durante los actos de la masticación, fonación de deglución. Debe tenerse muy en cuenta la dirección de los dientes así como la posición de las retenciones.

Cuando la impresión es tomada con alginato debe ser de la siguiente forma: Primero ver si el porta impresión individual fué bien centrado y que no haya retenciones; si hay retenciones, el material tiende a romperse fácilmente a nivel de los agujeros de retención que existen entre los dientes.

Esto se puede evitar poniendo cera en los espacios interdentarios procediendo a tomar la impresión.

Respecto a las impresiones tomadas con elastómeros, tienen la ventaja de dar impresiones bien delimitadas y fieles, ya que requieren cubetas ajustadas en la parte mucosa y elástica en la parte dentaria.

Modelos de Yeso.— Una vez logradas las impresiones fisiológicas, se procede a encajarlas y a obtener los modelos definitivos o de trabajo, haciendo el vaciado con yeso piedra esperando el fraguado. Se separan los modelos y se recorta cuidadosamente dejándoles un grosor a-



decuado para las presiones del enfriado, a estos modelos se le hacen unas ranuras en las bases las cuales nos servirán como retención del yeso en el articulador y guías del remontaje.

Se marcarán en estos modelos el contorno periférico, elementos anatómicos y postdam de acuerdo a las necesidades del caso.

## C A P I T U L O VI

### RELACIONES INTERMAXILARES

Las relaciones intermaxilares desempeñan un papel muy importante dentro de cualquier tipo de rehabilitación bucal pues de esto depende que el tratamiento sea un éxito, tanto en la oclusión así como en su función. Los registros a tomar en cuenta en una prótesis inmediata - son:

- Placas de registro
- Oclusión central
- Montaje en el articulador
- Relación céntrica y exentricas.

Placas de Registro. - Estas pueden ser de base - plate o acrílico, cubriendo los rebordes residuales y paladar como si se fuera hacer una prótesis completa, ha que tener cuidado al hacer las relaciones con - los dientes para no dañarlos, también se debe tener cuidado de que no penetren a los socavados retentivos que suele presentar hacia gingival, así como tampoco deben de ocupar los socavados retentivos de los reboro

des residuales.

Para mayor exactitud conviene estabilizarlas rebajándolas con cera o plata cinquenólica. Cuando el registro exija un aumento en la dimensión vertical, es conveniente preparar la placa de registro del maxilar al que corresponde el aumento, con el rodete de oclusión extendido también sobre las superficies dentadas. Es importante que sea de cera para evitar violencias sobre los dientes por posibles discrepancias.

Oclusión Central.— Cuando existe antagonismo y se tiene la intención de mantener la altura oclusal, basta recortar los rodetes poco a poco y reblandecerla para obtener un registro de oclusión central, como si fuera para una prótesis parcial.

Cuando se desea aumentar la dimensión vertical, el registro se debe hacer igual que para un desdentado completo, pero cuidando de no sobre pasar la altura postural. Una desventaja de este registro es que los dientes pueden servir de guías o de estorbo, según los casos que se empleen.

Para lograr estos registros existen varios métodos como son:

- 1.- Determinando la máxima fuerza de cierre de los maxilares.

2.- Procedimientos de oclusión.

3.- Mediciones entre punto de la cara.

Debemos tener presente que la oclusión central esta determinada por la máxima intercuspidación de los dientes y esta es la posición vertical y horizontal del maxilar.

Montaje en el Articulador.- Una vez establecidas todas las relaciones intermaxilares se lleva a cabo el montaje en el articulador se mi ajustable.

Los modelos adecuadamente montados constituyen un auxiliar importante en el análisis de las relaciones funcionales oclusales, pues nos proporcionan la oportunidad de estudiar las relaciones oclusales desde el lado lingual y nos da una visión detallada de las facetas oclusales.

En casos de rehabilitación bucal extensa, el montaje y ajuste de los modelos resulta obligatorio para el principiante y de gran ayuda para el operador experimentado.

Procedimientos para el montaje de los modelos.- Antes de fabricar los modelos, se debe de efectuar un examen preliminar de la oclusión y

eliminar las interferencias oclusales en relación oéfrica.

Los modelos no deben llevar burbujas o presentar signos de distorsión, resulta importante que la anatomía oclusal, incluyendo la base de los surcos sea reproducida con claridad y precisión.

Materiales para el montaje de los modelos.

- 1.- Articulador semi ajustable
- 2.- Aroo facial convencional
- 3.- Instrumental de modelado para cera
- 4.- Cera dura para placas base
- 5.- Yeso, tasa y espátula de yesos
- 6.- Regla flexible y lápiz
- 7.- Jeringa para agua y eyector

Establecimiento del eje de bisagra.- El eje de bisagra convencional se localiza midiendo con la regla desde la parte media del tragus de la oreja hasta el canto externo del ojo, se marca una línea con el lápiz a trece milímetros por delante del borde del tragus.

La regla debe apenas tocar el tragus y la señal debe hacerse en

ángulo recto sobre ella, para facilitar el centrado del brazo cóncavo del arco facial.

Uso de la horquilla de mordida.- Se colocan dos o tres capas de cera para placa base sobre la horquilla y se coloca entre los dientes del paciente.

Se le indica al paciente que muerda la cera lentamente hasta que las superficies oclusales de los dientes superiores e inferiores proporcionen firme apoyo a la horquilla.

No es importante la posición del maxilar inferior durante este procedimiento, puesto que el registro se efectúa únicamente para la orientación de los modelos del maxilar superior con respecto al eje de bisagra y al plano infraorbitario.

Uso del Arco Facial.- Se enfria la mordida de cera y se vuelve a introducir la horquilla en la boca del paciente haciendo que muerda las marcas de oclusión a modo que sostenga la horquilla de mordida firmemente mientras se coloca y se centra el arco facial.

Los tubos condilares del arco facial casi deben tocar la piel so-

bre el centro de las marcas colocadas para designar el eje de bisagra convencional, está debe quedar tan bien centrada que los ajustes milimétricos de ambos lados sea el mismo, apretando los tornillos del arco facial.

Montaje del modelo superior.- Se coloca la guía cóndilar del articulador a treinta grados y la guía lateral a cinco grados. Se sitúa el clave incisivo en cero grado, se fijan los cóndilos asegurando se que no haya juego en el cierre cóndilar antes de centrar el arco facial en el articulador, colocando la horquilla a un nivel orbitario aproximadamente en el centro vertical del articulador, este nivel es independiente de las relaciones oclusales.

El modelo superior se coloca sobre la mordida de cera en la horquilla y se monta con una mezcla líquida de yeso para impresiones de fraguado rápido.

Mordida en cera en relación céntrica.- Es el caso más importante en el montaje y consiste en obtener una impresión de la mordida en cera con el maxilar inferior en relación céntrica. Se calienta una tira de cera para placa base de aproximadamente diez centímetros de longitud

y 2.5 centímetros de ancho, colocandolo rapidamente sobre los dientes inferiores del paciente, logrando así la mordida en cera.

Montaje del modelo inferior.- La mordida céntrica en cera se emplea para la colocación del modelo inferior en el articulador. Se de ciende el clavo incisal 2mm. para comenzar los cero punto cinco milf metros del espesor de la cera en la cual se toma la mordida céntrica.

Se coloca la mordida de cera sobre el modelo superior ya montado, y se procede a ajustar el modelo inferior en ella asegurándose que am bos modelos ajusten perfectamente dentro de las impresiones de la cus vides y de los bordos incisivos montados en el articulador.

Relación Céntrica.- La parte más difícil de un análisis del aparato masticador es la localización de la relación céntrica y en pacientes con musculos muy tensos o con dolor en la articulación temporo mandibular o con ambos trastornos, resulta imposible localizar la verdadera relación céntrica debido a que pueden interferir con la localización del condilo dentro de la cavidad glenoidea en la posición de bisagra estacionaria más alta.

Para tener un mayor éxito en la determinación de la relación cén-



trica es necesario contar con tres factores que pueden inducir tensión muscular anormal, estos factores son:

- 1.- Tensión psíquica y emocional
- 2.- Dolor en la articulación temporo mandibular
- 3.- Acción refleja protectora ocasionada por factores oclusales defectuosos.

Procedimientos para obtener la relación céntrica.- El paciente - debe estar sentado en el sillón dental con el respaldo reclinado entre  $50^{\circ}$  y  $70^{\circ}$ , colocando el cabozal bajo la protuberancia occipital para - que no haya tensión en los músculos de la nuca.

Se pide al paciente que relaje brazos y piernas y que enfoque los ojos sobre un objeto colocado a unos treinta o cuarenta centímetros - frente a él y que respire lentamente a través de la nariz.

Se le indica que abra la boca lo más grande que pueda y la man- tenga en esa posición durante medio o un minuto. Luego se coloca el - pulgar derecho sobre los incisivos centrales inferiores del paciente y el índice bajo la barba, manteniendo el pulgar lo suficientemente in- troducido sobre los dientes inferiores para evitar el contacto con los

dientes opositores en caso de que el paciente trate de cerrar o de deglutir.

Se guía el maxilar del paciente primero a partir de la abertura máxima hasta que se acomode hacia atrás en la posición de bisagra estacionaria más abierta.

La maniobra de abrir y cerrar lentamente el maxilar ayuda a obtener la posición de bisagra posterior. Tan pronto como el maxilar haya sido colocado en posición de bisagra abierta el operador debe moverlo hacia arriba y hacia abajo siguiendo gradualmente que los dientes se vayan acercando hasta que la uña del pulgar del operador toque los dientes anteriores superiores.

Existen otro métodos para la obtención de la relación céntrica - las cuales suelen dar muchas veces datos falzos.

## C A P I T U L O VII

### TIEMPOS QUIRURGICOS

Preparación del Paciente.- A excepción de las intervenciones quirúrgicas con urgencia, cualquiera que se efectúe en el organismo requiere una preparación previa a fin de poner a este en las mejores condiciones para soportar éxitosamente una operación. La preparación previa enfoca al organismo en general y es la apreciación del estado de salud de una persona en vista de ser intervenido con el fin de establecer si la operación puede ser realizada sin riesgo y en caso contrario adoptar las medidas conducentes a que ese riesgo desaparezca o sea reducido a su más mínima expresión.

El preoperatorio exige tomar todas las medidas y precauciones para cualquier tipo de intervención y pueda cumplirse con el menor riesgo posible.

Esto indica como primera medida efectuar una evaluación del estado de salud del paciente, luego establecer si el paciente recuerda haber tenido algún inconveniente en intervenciones bucales o de cirugía

en general, antes, durante o después de ellas y si toleró bien la medicación pre-anestésica, la anestesia y la medicación posoperatoria.

Teniendo en cuenta esto, podemos orientarnos hacia la existencia o ausencia de patología que pudiera comprometer el éxito de la intervención.

Antes de empezar con la intervención quirúrgica se le dará instrucciones al paciente sobre lo que cabe esperar del tratamiento, se le informa del tiempo que se estimará, habrá de permanecer dentro del consultorio en caso de complicaciones al seno maxilar, o parestesia posoperatoria, así como también la tumefacción que es posible que aparezca, ya que el paciente tal vez este preocupado por la necesidad de ayunar antes y después de la operación. Si la intervención se realiza bajo anestesia local el paciente no debe ayunar.

Todo esto se le informa de tal manera para que el paciente no llegue a alarmarse.

Asepsia y Antisepsia.- Al llevar a cabo cualquier operación quirúrgica, el cirujano debe proceder metódicamente, paso a paso de una manera ordenada, sin omitir punto alguno, con una asepsia y antisepsia rigurosa.

El mantenimiento de la asepsia estricta desde el punto de vista bacteriológico, siendo uno de los objetivos primordiales que debe tenerse en cuenta ya que procuramos de manera directa combatir la difusión de cualquier proceso infeccioso.

Asepsia.- Consiste en esterilizar y mantener esteril (libre de microorganismos), todos los materiales quirúrgicos que van a estar en contacto con la herida o los tejidos desnudos que van a ser manejados por el cirujano y sus ayudantes.

Esto incluye instrumentos tales como: Aguja, material de sutura, apósitos, guantes, etc., además el cirujano y sus ayudantes deben prepararse antes de tocar alguno de estos instrumentos.

Métodos de esterilización:

Calor seco.- Lo proveen aparatos (estufas secas), que consiste en cajas metálicas cuyo ambiente se calienta por medio del gas o de la electricidad, a una temperatura de  $130^{\circ}$  C durante 30 minutos.

Calor húmedo.- Método muy simple, pues se logra la ebullición -

a 100° C del agua contenida en un recipiente en el que se ha depositado el material a esterilizar. Más perfecto aunque complejo es el empleo de aparatos denominados autoclaves, en que merced al calor bajo presión se obtienen temperaturas de 130° C a 140° C.

**Antisepsia.**- Consiste en destruir los gérmenes que se hallan sobre la piel o sobre la mucosa, su objetivo es destruir o reducir al mínimo la entrada de gérmenes en la herida para evitar la infección u otras complicaciones, se comprende así la importancia de la antisepsia y con la minuciosidad con que debe ser ejecutada.

#### Métodos de la Antisepsia.

**Alcohol.**- Se emplea para la antisepsia de las manos del cirujano y del campo operatorio, y para conservar ciertos materiales.

**Tintura del yodo.**- (Yodo diluido en alcohol al 10%), usado en cirugía general para la antisepsia del campo operatorio, en la cirugía bucal no se emplea mucho, pues su aplicación es irritante y mal soportada por la mucosa oral. No obstante la ocupamos en la antisepsia lo-

cal del punto de punción de la aguja en las distintas anestesias.

Acido fénico.- Tiene ligeras propiedades anestésicas, pero se emplea en soluciones alcohólicas para esterilizar el punto de punción como en el caso de la tintura de yodo. En diluciones al 10%, sirve para conservar materiales de sutura.

Tintura de merthiolate.- Reconoce las mismas aplicaciones que el yodo. En la actualidad ha reemplazado al yodo.

Anestesia.- Esta puede ser de dos tipos:

- 1.- General
- 2.- Local

Anestesia general.- Se entiende por esta, la ausencia de todas las formas de sensibilidad entre ellos el dolor con la pérdida de la consciencia.

Este tipo de anestesia puede obtenerse por inhalación, por vía rectal (excepcional), y por vía intravenosa. Este tipo de técnica es poco usual en el consultorio dental por la cual nos enfocamos más a las

técnicas de anestesia local o regional.

**Anestesia local.**- Es la supresión por medios terapéuticos de la sensibilidad de una región del organismo, en el cual el conocimiento del paciente permanece intacto.

Para lograr dicha anestesia existen distintos procedimientos. - Solo nos interesa el método que se vale de la inyección de sustancias químicas, que al ponerse en contacto con las terminaciones nerviosas periféricas anulan la transmisión del dolor a los centros superiores.

Es preciso recordar que las distintas zonas de la cavidad oral están bajo el dominio del V par craneal (trigémino), con sus tres ramas: Oftálmico, maxilar superior y maxilar inferior y que es sobre todo a las dos ramas últimas de una profusa división y de una exquisita recepción de los estímulos dolorosos que les corresponden a las zonas sobre las cuales debemos intervenir y cuya anatomía debe ser muy conocida lo que nos permite poseer una clara noción del sitio donde se colocará la anestesia.



Tipos de anestesia local.

Anestesia mucosa.- La mucosa bucal y sus capas inmediatas pueden anesthesiarse localmente colocando sobre ellas sustancias anestésicas.

Se emplea para abrir abscesos, para evitar el dolor que produce el pinchazo de la aguja para las extracciones de dientes temporarios o móviles.

Anestesia submucosa.- Hay dos tipos de anestesia submucosa, la - que se realiza inmediatamente por debajo de la mucosa bucal y la pro - funda o supraperiódica. La primera tiene escasa aplicación en ciru - gía bucal, y la segunda se usa para cirugía bucal, se realiza llevando el líquido anestésico a las capas profundas de la submucosa en vecin - dad inmediata con el periósto. Su infiltración depende de la mayor o menor permeabilidad del hueso y se hace preferencia en el maxilar supe - rior debido a que el hueso es esponjoso y rico en foramina.

Anestesia subperiódica.- Esta se realiza por debajo del periósto y se lleva a cabo sobre la mucosa gingival a mitad del canino entre el borde de la encía y la línea de los áncicos dentarios.

**Anestesia regional.-** Este tipo de anestesia se realiza poniendo la solución anestésica en contacto con un tronco o rama nerviosa.

En la práctica quirúrgica, son varios los troncos o ramas nerviosas cuya anestesia priva de sensibilidad una zona o región extensa de la cavidad bucal y maxilares y es un tipo de anestesia infiltrativa, pues están ligadas a la distribución anatómica del nervio trigémino, es decir a dos de sus ramas terminales.

Con respecto al método o técnica para anestesiar en el tipo de - rehabilitación por medio de la prótesis inmediata, se puede realizar bajo anestesia local, regional o general.

Se prefiere anestesiar lejos de la zona a operar con el objeto de no edematizar la región que luego va a soportar la prótesis. La zona edematizada desde luego, está aumentada de volumen y la prótesis no se adapta sobre estos sitios, por otra parte, la presión que la prótesis ejerce sobre un territorio edematizado, resulta doloroso una vez que ha desaparecido las zonas anestesiadas.

Cuando se opera bajo anestesia general se realiza una anestesia local en la región bucal de los dientes a intervenir con fines hemostáticos y así mismo para que no resulte dolorosa la primera sensación

de la prótesis colocada.

Instrumental.- La cirugía bucal necesita un instrumental también especializado, estas pueden seleccionarse en las casas del ramo de entre los de otras especialidades o de la cirugía general.

**Instrumentos para seccionar tejidos blandos.**

**Bisturí.**- En cirugía bucal se usa comúnmente un bisturí de hoja corta, este consta de un mango y una hoja de diferente tamaño y forma.

**Tijeras.**- Se emplean para seccionar lengüetas y festones gingivales y trozos de encía, pueden ser curva o rectas.

**Pinsas de disección.**- Estas pueden ser dentadas para la delicada fibra mucosa bucal sin lacerarla. Los dientes de ratón para sostener el colgajo.

**Legras periostótomas y escatulas romas.**- Se utilizan para despegar las bolsas de los quistes del hueso que las aloja y para separar y des-

prender los colgajos.

**Instrumentos para seccionar tejidos duros.**

**Escalpos y martillos.-** Se usan para efectuar osteotomías y osteotomías del hueso que cubre el objeto de la intervención.

**Pinsas curvas.-** Las hay rectas y curvas extraen el hueso por mordiscos (Osteotomías).

**Fresas.-** Se usan para abrir camino a otros instrumentos osteotomías u osteotomías.

**Láminas para hueso.-** (escofinas), se usa para preparar maxilares que llevarán aparatos de prótesis o para alisar bordes y eliminar puntas óseas.

**Pinsas para tomar algodón, gasa, etc.-** Como su nombre lo dice se usan para tomar algodón, gasa y mantener seco el campo operatorio.

Pinzas para extracción. Son los instrumentos para practicar las excisiones.

Elevadores.- Se usan para doblidar los tejidos y pueden ser rectos o de bandera.

Agujas para sutura.- Pueden ser atraumaticas y traumaticas, curvas o rectas, con hilo o sin hilo y se utilizan para suturar los tejidos.

Porta agujas.- Destinados a dirigir las agujas.

Material de sutura.- Existen diferentes hilos de sutura tales como:

- Catgut
- Hilos de seda
- Hilos de lino
- Nylon

## C A P I T U L O VII

### INTERVENCION QUIRURGICA

Alveolectomias.- Existen tres tipos de alveolectomias y estas son:

- 1.- Alveolectomia avulsora.
- 2.- Alveolectomia modeladora.
- 3.- Alveolectomia estabilizadora.

Cuando las pruebas ya han sido corregidas y terminadas, habrá de planearse en detalle la intervención quirúrgica con el objeto de planearse el modelo adecuadamente.

La alveolectomia puede estar relacionada directamente con la extracción o con otras intervenciones, puede ser imprescindible para llegar al cuerpo o zonas que se deben de extirpar o para darle salida. Puede ser palatina, lingual o vestibular, cuando se hace en una zona desdentada puede ser oclusal.

Alveolectomia avulsora.- Este tipo de alveolectomia nos facilita las extracciones y debe ser prevista por el cirujano sin olvidar que

también puede requerirla el acto quirúrgico.

Este tipo de alveolectomía debe de realizarse lo más mínimo que se pueda, teniendo la ventaja que al operar el modelo si la alveolectomía resulta mayor de lo previsto, no es difícil rellenar la prótesis.

Alveolectomía Modeladora.- Como su nombre lo dice esta indicada para modelar el maxilar y debe ser prevista por el protésista de acuerdo a las exigencias mecánicas o estéticas. En este caso se debe preparar para el cirujano además de la prótesis y el modelo de estudio, la reproducción del modelo y la base transparente para facilitar el control quirúrgico.

Estas alveolectomías se realizan cuando en el maxilar nos encontramos con condiciones que no armonicen con la regularidad que se requiere para la preparación de una prótesis correcta. Estas condiciones se refieren a la existencia de hipertrofias de hueso, exostosis en distintos sentidos, malformaciones óseas de distinto tamaño y ubicación, cuya sistematización no es posible por ser aquellas tan variables.

Alveolectomía Estabilizadora.- Indicada en el caso de alisar -  
crestas, esto se realiza debido a las presiones que ejerce la próte-  
sis, y que posteriormente podrían transformarse en traumatizantes de  
la mucosa. Son principalmente las crestas interradiculares y las in  
terdentarias y no se requiere otra cosa que redondearlas ligeramente.

#### TECNICAS DE LA ALVEOLECTOMIA

Pueden hacerse en toda la extensión de la arcada o de otro modo,  
sería dividir la operación en dos o tres zonas, estos procedimientos  
están en relación con el número de dientes a extraerse.

Se prefiere dividir en tres segmentos que son:

- a) Se extiende desde el espacio interdentario entre canino  
y primer promolar hacia atrás.
- b) Que tiene los mismos límites a un segmento anterior.
- c) Comprendiendo entre canino y canino.



## OPERACION

**Segmento a Incisión.**- Se trazan dos incisiones, la primera 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 en la arcada.

**Incisión en la cara palatina.**- Un colgajo mínimo es necesario - trazar en la cara palatina para no traumatizar la fibromucosa durante la maniobra operatoria, para tal objeto se trazan incisiones paralelas a las bucales y de una extensión de 5 mm. aproximadamente, se levanta el colgajo hasta la región del tercio apical de los dientes, se elimina el hueso y se realizan las extracciones de acuerdo a sus técnicas que se indican en existencia. Perfectamente regularizada la arcada alveolar se vuelve el colgajo a su sitio y con tijeras se recorta el excedente del tejido gingival, bucal y palatino de manera - que ambos colgajos se adapten sin sobrantes.

Estos colgajos se fijan con tres o cuatro puntos de sutura a puntos separados o por puntos próximos.

#### TECNICA DE ALVEOLOECTOMIA ESTABILIZADORA

Cuando se han realizado las extracciones dentarias y existen cro-  
tas sumamente dolorosas a la presión, estos deben ser eliminados.

Incisión.- Se traza una incisión mayor en el borde de la arcada -  
dentaria que llegue profundamente hasta el hueso. En los extremos de  
la incisión se trazan otras incisiones perpendiculares a las primeras  
de manera que se forme una "H", se levanta el colgajo y se procede  
a resecar las puntas con pinzas curvas y con una lima se pulen el hueso  
de manera que quede absolutamente liso.

Se vuelven los colgajos a su lugar el cual se mantiene fijo con  
tres o cuatro puntos de sutura punto por punto.

#### TECNICA DE ALVEOLOECTOMIA MODIFICADA

Incisión.- Se trazan dos incisiones desde el surco vestibular hac-  
ta la lengüeta distal de cada canino, se seccionan las lengüetas inter-  
dentarias y se des:ronde el tejido gingival del cuello de los dientes.

Por el lado palatino se realiza el desprendimiento de la fibromucosa y se traza una incisión pequeña en distal de cada canino, para preparar así un colgajo mínimo con el objeto de no traumatizar la fibromucosa. Se levanta el colgajo y se separa el colgajo hasta el tercio apical de los dientes frontales y se procede a extraer los dientes es interesante no fracturar la tala externa, luego se procede a modelar el maxilar con pinza curvas, y escalofinas. Una vez terminada la operación se colocan los colgajos en su sitio y se sutura al igual que en las otras alveolotomías.

## C A P Í T U L O IX

### COLORES Y ARTICULACION

Selección de los dientes.— La facilidad con que se pueden elegir los dientes naturales nos sirven para elegir los dientes artificiales, en cuanto a forma, tamaño y tono.

Cuando se desea hacer correcciones entonces se podrán elegir por separado los colores de los dientes anteriores e incluso hasta los colores de los premolares y molares.

### SELECCIÓN DE LOS DIENTES ARTIFICIALES

La mejor forma de determinar los colores es probándolos en la boca del paciente, la selección de los dientes tiene que ver mucho con el eventual éxito o fracaso de la prótesis inmediata.

La selección se deberá realizar tomando en cuenta el color del cutis, la forma y tamaño de la cara del paciente, así es donde el odontólogo desarrolla toda su capacidad para poder interpretar a uello que él ve.

Debe de seleccionar los dientes de acuerdo a que exista armonía de color, tamaño, forma y disposición de los dientes si se pretende que la prótesis pase desapercibida.

Tamaño de los dientes Anteriores.- Este debe de ser proporcional al tamaño de la cara y de la cabeza, cuanto más grande es una persona, más grande son los dientes, existiendo variaciones.

Forma de los Dientes Anteriores.- Esta debe de armonizar con la forma de la cara, el contorno se considera en el aspecto frontal del paciente y en la superficie vestibular del incisivo central superior. Es factible agrupar el contorno facial en tres categorías:

- Ovoidea
- Triangular
- Cuadrada

Dependiendo de estas tres categorías, el odontólogo podrá reconocer y elegir la forma de los dientes.

Color de los Dientes Anteriores.- El color es de gran importancia en la selección de los dientes ya que presenta cuatro cualidades

que son:

- 1.- Matiz
- 2.- Saturación
- 3.- Brillo
- 4.- Traslucidez

**Matiz.-** El matiz del diente debe armonizar con el matiz de la cara del paciente, si estos dos armonizan el color sera agradable y hará que la prótesis tenga un aspecto natural.

**Saturación.-** Es la cantidad del color por la unidad del área de un objeto, o sea que el brillo se produce de la dilución del color (Matiz).

**Traslucidez.-** Es la propiedad de un objeto que permite el paso de luz através del mismo pero que no da una imagen reconocible. La translucidez de los dientes artificiales tienen el efecto de la mezcla de los distintos colores de la porcelana y dentro de la cavidad bucal refleja otros colores.

Tomando en cuenta la edad del paciente, los colores del diente -  
tienden también a cambiar de color, volviéndose progresivamente más  
oscuros debido a que la cámara pulpar se reduce a consecuencia de  
la disposición de la dentina secundaria en su interior. La regla ge-  
neral es que los dientes oscuros son más apropiados para personas -  
de edad ya avanzada, mientras que los dientes más claros armonizan -  
mejor en bocas de pacientes jóvenes.

Los dientes posteriores se elegirán de acuerdo con el color, el  
ancho vestibular y el ancho mesiodistal total, la longitud y el tipo  
de acuerdo con la inclinación cuspeada y el material, así mismo de-  
ben concordar con el tamaño y la forma del reborde residual.

#### PRUEBAS

Estas pruebas tienen por objeto:

1.- Confirmar en los aspectos estéticos la selección hecha  
de los dientes artificiales.

2.- Controlar la relación céntrica.

Para lograr estos objetivos, las placas deberán estar bien ajus-

todas reteniendolas con adhesivo o con ganchos, en caso necesario se verificará que la oclusión central, las intercuspidades de los - dientes artificiales entre si y con los dientes naturales sean las - mismas que en el articulador.

Las pruebas de la prótesis inmediata difiere de las mediatas ya que en las inmediatas se prueba primero una parte que debe dar referencias para el conjunto, una vez cortados los dientes del modelo, la única referencia real para las relaciones oclusales será el articulador, la prueba también nos es útil para trazar el límite posterior - de la prótesis superior y raspar el modelo lo necesario para marcar el post dam.

Cirugía del Modelo.- Una vez que ha sido elegida la selección de los dientes y han sido colocados en la posición que les corresponde - se procede ha realizar la cirugía del modelo, sea cual fuere el lu - gar donde se aplicará la prótesis inmediata.

Existen tres casos que no den resentarse y que requieren distintas preparaciones.



- 1.- Extracciones simples.
- 2.- Extracciones con ligera alveolectomía.
- 3.- Extracciones con gra alveolectomía.

En ciertos modelos protésicos los tres casos en la misma boca, esto puede variar de acuerdo también con el tipo de prótesis.

La cirugía del alveolo se efectúa de la siguiente manera:

a) Preparación del borde óseo.- En dicho momento para operar un modelo, en la posición de los alveolos con respecto al gingival, esto se determina estudiando las radiografías y explorando la profundidad de la bolsa gingival punto por punto.

Cuando los parodontos son sanos, la unión entre los puntos vesti  
bulares con mercales dará una línea más o menos continua ligeramente  
ondulada siguiendo el borde gingival a un par de milímetros. En  
parodontos enfermos por atrofia vertical, la línea ósea suele ser que  
brada, simulando las irregularidades óseas y la distancia al borde gin  
ival varia entre tres e cinco milímetros más.

b) Preparación del modelo para extracciones simples.- Si la pró-  
tesis es abierta los dientes deben cortarse uno por uno y excavar u-

centros milímetros o lo que indique la posición del borde óseo, formando un alvéolo dentro del cual se introduce el cuello de cada diente artificial con letácolol. Luego el asfílicol se funde, es le espesado y se coloca la prótesis en posición de las extracciones cada - momento y se introducirá en su alvéolo. Después la prótesis se curada, se extrae y se cortan los dientes al ras del gingiva residual.

c) Preparación de un empastoneo de la zona de regularización del - borde alveolar.- En este caso la prótesis con la artificial tiene gran ventaja por que la alveolotomía que se lecciona al colgajo y a general resulta poco evidente debido a que se encuentra en contacto con una prótesis móvil sin suturable.

Las suturas y el colgajo estirado a la vez, pueden traer problemas con las raíces de los dientes artificiales, además, cuando se suprime las crestas interdentarias aumenta la probabilidad de defectos estéticos en la prótesis abierta.

d) Preparación del modelo para extracción con alveolotomía - delidora.- Este caso es el mismo se prepara un el maxilar superior el estudio radiográfico para observar las relaciones con los maxilares - el conducto palatino anterior, las relaciones con los anta-

gonistas y aveces la línea de los labios son los que indicarán la -  
prótesis para estimar la alveolectomía mínima indispensable.

#### CAMBIO DE DIENTES Y COLOCACION

Los Doctores Castro y Saizar, nos proporcionan tres variantes pa  
ra el cambio de los dientes del modelo por los artificiales, estas -  
son:

1.- Imitar lo existente.

2.- Imitar lo existente con modificaciones.

3.- Los dientes remanentes nos pueden servir de guía por re  
querir modificaciones totales.

Imitación de lo existente.- Consiste en hacer el modelo con dienu  
tes de acrílico, su desventaja es que no se pueda hacer bien los -  
dientes, si el cambio se hace en un modelo con dientes de yeso, la -  
técnica consiste en pegar cuidadosamente al modelo la placa de prueu  
ba por sus bordes.

Reproducción con modificaciones.- Lo más común en prótesis inmediata es que la reproducción de los dientes no deba de ser absolutamente fiel, y que sea necesario imitar solo las características esenciales, corrigiéndolo de los defectos mayores. Una forma de proceder consiste en preparar los dientes artificiales imitando los naturales, es conveniente preparar dos juegos al mismo tiempo por que es la manera más fácil de prepararlos igual al reproducirlos más tarde en la prótesis inmediata.

Otra forma de prepararlos es preparando la prótesis, corrigiendo las posiciones que se desea enmendar, especialmente cuando hay levantamientos de mordida u otras correcciones de gran importancia y la sustitución no se hará diente por diente sino que se rectaran todos los dientes de un lado arreglando la encía del modelo y articulando los dientes de ese lado primero, conservando el otro lado como control.

Modificación total.- Este se emplea en casos de gran levantamiento de mordida, a cambio de articulación o a la indicación de alveolectomías correctoras, en estos casos es necesario planear el cambio

pués si es posible operar los dos maxilares por separado, primero se opera el maxilar inferior donde la articulación de los dientes superiores naturales favorecen la estabilidad de las prótesis, no conviene colocar una prótesis inmediata completa en el maxilar superior - sin que existan los dientes posteriores inferiores.

Colocación de los dientes.- Se recortan los dientes en el modelo en forma alternativa, se excava la porción radicular dándole poca profundidad tanto por vestibular como por lingual o palatino, el lado vestibular acomodará los cuellos de los dientes artificiales, en bocas con enfermedad parodontal acompañadas con retracción gingival y pérdida ósea no se recortará el yeso, o bien se recortará pero muy poco.

Los dientes seleccionados se enfilan en sus posiciones específicas y se modifican como se requieran.

Por lo común, el incisivo central derecho es el primer diente - que se enfila en su posición y se pega con cera después de reemplazar alternativamente los demás hasta que todos esten enfilados. Al quitar solamente un diente por vez primera, permite que se reprodu-

con las pequeñas irregularidades que puedan haber.

Otra técnica es el de colocar los dientes de un solo lado a mitad de los dientes remanentes y después del otro lado y esto se puede hacer desdentando todo el arco o hacerlo alternativamente.

Preparación de la Transbase.- Es una base transparente que se elabora con el fin de revelar la ubicación de sitios en el reborde, donde se requiere eliminar más hueso y reducir la magnitud de la cirugía. Esta base es una replica exacta de la base de la prótesis.

Una vez recortado el modelo que está colocado en la nufla y se coloca el material de impresión en la misma cubeta individual, esta se adaptará perfectamente al modelo, se calza en su posición sobre el modelo de tal forma que no atrape burbujas de aire, se retira la impresión y se efectúa el vaciado del modelo con yeso piedra.

Sobre el modelo se adaptará un trozo de cera para la transbase, - se incluye en la nufla el modelo y se adapta en papel de estaño sobre el patrón de cera, se calienta en agua hirviendo eliminando la cera, se coloca en el molde resina acrílica incolora y se cura de la misma forma que si fuera a hacerse una prótesis.

Esta transbase constituye una indicación para el procedimiento -  
quirúrgico y es esencial para algún tipo de recorte óseo.

## C A P I T U L O X

### TERMINACION DE LA PROTESIS

Terminado el enfilado de los dientes y determinada la oclusión, se encera la pieza tallando y alizando la cera como corresponde, es necesario un grosor de los bordes de la prótesis para que los flancos de la dentadura no lesionen los tejidos en caso de que presente edemas después de las extracciones y la colocación de la prótesis.

Se colocan los modelos con las prótesis enceradas en las nufas a estas se les coloca una hoja de papel de estño con el objeto de que no se presenten cambios químicos entre el yeso y el acrílico que forman el molde en que serán polimerizadas las prótesis y con el fin de lograr una mejor contextura superficial y desprendimiento en el acrílico curado.

A las dentaduras de cera que previamente enfrasamos y estañamos una vez incluidos en la primera parte de la nufa, le aplicamos separador o vasolina sobre la superficie de yeso que quedo descubierta, colocamos la nufa (contra), limpia y envaselinadas en su cara-



interna y lo llenamos con yeso blanco, se coloca la tapa y esperamos el fraguado de todo el yeso.

Fraguado por completo el yeso, incluido en las nuflas, se coloca en ebullición durante diez o quince minutos considerando que la dentadura de cera fué previamente estañada y desencerada, se sacan del agua, se habren las nuflas procurando no fracturar los modelos, se recortan los bordes agudos, se lavan con detergente que nos ayudará a disolver y limpiar la cera, se le coloca separador a los modelos - teniendo cuidado de no colocar separador a los bordes de los dientes que aplican contra el roborde, se procede a la preparación de la masa de acrílico rosa, una vez que ya no está pegajosa la masa acrílica se procede a colocar en la nufla, se le coloca la contranufla y se lleva a la prensa, se recorta el excedente de acrílico y se vuelve a prensar, se coloca prensa y nufla en un recipiente con agua en ebullición y se deja que hiervan durante media hora, después de polimerizadas las dentaduras se dejan enfriar lentamente con las nuflas puestas en la prensa sin meterlos al agua fría.

Una vez sacadas las prótesis de las nuflas se procede al pulido de las mismas para lograr esto se hace de la siguiente manera;

Se corrige la oclusión utilizando papel de articular para localizar contactos oclusales prematuros en oclusión céntrica y se los desgasta con pequeñas piedras montadas, las oclusiones excéntricas no se corrigen en esta oportunidad puesto que las correcciones definitivas se hacen hasta la cicatrización completa de los tejidos.

Previa cirugía se afina el blanco vestibular de la prótesis hasta el mínimo, salvo el borde que debe ser bien redondeado. Se desgastan las prominencias que se observan en la superficie interna de la prótesis que producen la ubicación de los alvéolos dentarios frescos, hechas todas estas pruebas se procede al pulido de la prótesis.

## C A P I T U L O X I

### COLOCACION DE LA PROTESIS

La colocación de la prótesis inmediata difiere en dos circun-  
tancias a la colocación de una prótesis regular, estas son:

1.- Que se coloca en tejidos anestesiados

2.- Que los tejidos son recién modificados quirúrgica-  
mente.

A estas circunstancias les confiere características especiales.

a) Se trata de un acto quirúrgico y ninguna de las re-  
glas de asepsia debe de infringirse.

b) Hasta cierto punto se puede adaptar el maxilar a la  
prótesis.

c) Deben hacerse los retoques necesarios y hasta la -  
posibilidad de un rebasado inmediato que procure adaptación a la -  
base.

Colocación de la prótesis inmediata sin encía anterior.- Extrai dos los dientes se puede probar la prótesis y se observará que los -  
cuellos se hunden en los alvéolos.

Cualquier cresta alveolar que dificulte el calce puede eliminar se y alizarse las puntas y crestas óseas para evitar dificultades de cicatrización.

Colocación de la prótesis inmediata con encía anterior sin al-  
veolectomía.- Una vez realizada las extracciones, la prótesis debe -  
calzar exactamente y cualquier defecto de ajuste se debe a una falla  
técnica, si la prótesis rotiene mal, se rellenan los alvéolos con  
trozos de gasa y se hace un rebasado inmediato con pasta cinquemóli-  
ca o con material acondicionador. Se quita la gasa de los alvéolos  
y se recorta el exeso de relleno, se elimina cualquier defecto se -  
rio en la articulación citando al paciente veinticuatro horas después.

Colocación de la prótesis inmediata con encía anterior con al-  
veolectomía.- Este caso presenta generalmente dos alveoleotomías y -  
pueden ser:

1.- Correctora.

2.- Estabilizadora.

Lavando el colgajo y extraidos los dientes con la alveolectomia prevista, al preparar el modelo y alizadas las crestas óseas, se extiende el colgajo de manera que cubra los alvéolos, se corta todo el festoneado tanto en vestibular como en palatino de forma que los bordes mucosos lleguen a tocarse sin apotamiento en ninguna parte, se prueba la transbase y por la misma transparencia de esta se verá la isquemia de los tejidos blandos, allí donde son comprimidos se levanta el colgajo y se recorta el hueso, pocas son las pruebas necesarias para producir un ajuste parejo.

Una vez que la base llega a su sitio se sutura el colgajo y se corrigen los defectos de articulación hasta obtener, por lo menos una oclusión central equilibrada.

## C A P Í T U L O XII

### PERIODO DE TRANSICION

Duración de la Prótesis.- Su duración es variable debido a la -  
reacción del organismo, lo importante es que el paciente sepa que se  
trata de un servicio de transición. El Dr. VICTORIN, señala que la  
calcificación del alvéolo es completa de ocho a doce meses después -  
de las extracciones y que el tiempo de duración de la prótesis es de  
un año.

Primer Rebase.- Sobre esto, existe una gran polémica ya que el  
Dr. HARDY, señala que el primer rebasado se efectúa a los seis meses  
en caso de no hacerse la alveolectomía. BODY nos dice que el primer  
rebase se hace a las tres semanas con materiales temporarios y poste  
riormente a los dos o tres meses.

El Dr. SAIZAR, reconoce casos que le exigen el rebasado inmedia  
to (errores de técnica), y otros que exigen el rebase a las dos o -  
tres semanas y otros que no lo necesitan durante meses.

**Renovación y/o Remonta.-** Pasado el periodo de atención más o menos inmediato, el paciente debe ser instruido de la necesidad de vigilar sus prótesis y de rehajustarlos después de un tiempo para evitar el riesgo de las hipertrofias marginales, así como de trastornos en la altura y en la estética. Es aconsejable renovar las prótesis totalmente al cabo de un año, siempre y cuando el paciente pueda hacerlo, obteniendo así las siguientes ventajas:

1.- Se puede hacer técnicas correctas sin recurrir a procedimientos de urgencia.

2.- Si se produce cualquier falla el paciente sigue como estaba.

3.- Una vez instalada la segunda prótesis, puede mantenerse la primera y el paciente queda en posesión de dos prótesis con lo que sufre mucho menos en caso de accidente presentando menos urgencia.

... I T U L O XIII

... I T U L O XIII

Colocar las prótesis en el lugar de la aplicación de ... y  
mantener en observación al recién nacido las siguientes medidas,

Si necesare dejar la prótesis en la boca para las primeras  
veinticuatro horas, se le indicará al operador que si deja la prótesis  
fuera de la boca al comer, se deberá introducir un elemento de  
los tejidos y si al volver a colocar una nueva prótesis,

El dolor provocado por el trauma de las extracciones no se ali-  
vianá retirando las prótesis de la boca. Durante este periodo de -  
veinticuatro horas se aplicará el medicamento en la cara du-  
rante quince minutos cada hora y se le prescribirá sedantes y anti-  
inlastóricos, etc. se le indicará por esta precaución la que se orien-  
ta al paciente a sufrir dolor y incomodidad.

Se le aconsejara beber cuando sea posible durante las veinticuatro  
horas mandándole agua fría.

La causa por la cual no debe ventilar es por que la oclusión -



todavía no se ajusta definitivamente y por lo tanto, la masticación - no puede ser eficiente. Pasadas las veinticuatro horas se examina la boca para constatar si hay compresión de bordes y sitios de presión - excesiva en el lugar de las extracciones realizadas.

Después de las cuarenta y ocho horas se examinan nuevamente las prótesis por posibles extensiones excesivas de los bordes durante todo el período posoperatorio, es factible utilizar la transbase para de tectar áreas de presión de la base protética.

Terminados los ajustes usuales se atenderán las prótesis de a - cuerdo con las condiciones individuales que varían ampliamente.

Es menester citar al paciente cada tres meses para determinar la magnitud del cambio que se ha producido, se presenta dificultad de - retención durante este período inicial, se puede usar sobre la super- ficie tisular de la prótesis algún acondicionador de los tejidos, es- tos materiales se caracterizan por la propiedad de conservar su flui- doz durante cierto período, lo cual permite equilibrar el tejido y la presión oclusal.

Estos acondicionadores cuando ya están fraguados soportan las - cargas del uso durante varias semanas pudiéndose repetir este procedi

miente varias veces permitiendo al odontólogo mantener la adaptación de la prótesis, durante el tiempo de los cambios tisulares evitando las alteraciones de la relación oclusal.

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

La importancia de conocer el estado general y bucal del paciente, es con el fin de dar un buen diagnóstico.

Ninguna prótesis puede igualarse a la dentadura natural.

Con la ayuda de los dientes remanentes, se puede fabricar una prótesis parecida a la dentadura natural por que de ellos podemos tomar en cuenta su color, tamaño y forma.

A veces resulta difícil construir una prótesis inmediata debido a que el paciente no está preparado para valorar las implicaciones de este tipo de atenciones o porque no puede hacer frente a gastos y tiempos adicionales.

Es imposible construir este tipo de prótesis con una simple impresión de alginato, puesto que requiere de ciertas pruebas así como también de porta impresiones individuales.

La selección de la técnica de enseñanza también de las necesidades del caso, más que de las dificultades que presentan al ser elaboradas.

El importante factor que debe tenerse en cuenta es la solución que la práctica escolar ofrece para lograr y mantener las atenciones.

El profesor debe tener en cuenta los datos de la psicología cognitiva como el nivel de desarrollo intelectual del alumno, el tipo de actividad que se realiza y el tipo de material que se utiliza.

El profesor debe tener en cuenta el nivel de desarrollo intelectual del alumno, el tipo de actividad que se realiza y el tipo de material que se utiliza.

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

1.- SAIZAR, PEDRO

PROSTODONCIA TOTAL

EDITORIAL MUNDI

BUENOS AIRES ARGENTINA 1972

2.- WILL Y WARIN

PROTESIS COMPLETA

EDITORIAL MUNDI

BUENOS AIRES ARGENTINA 1971

3.- PASSOMATE G.

IMMEDIATE DENTADURE PROTHESIS

DENT / CLIN

NORTE AMERICA 1964

4.- NAGIE RIMOND

DENTADURAS COMPLETAS

EDITORIAL U. N. A.

MEXICO 1973

5.- RAMFORD ASH

OCLUSION

EDITORIAL INTERAMERICANA

MEXICO 1972

6.- HEARTWELL, C. W. AND SAULSBURG, F. H.

IMMEDIATE COMPLETE DENTADURE

J. PROSTH DENT 15 615

7.- POUND E : AN ALL

INCLUSIVE IMMEDIATE DENTADURE TECHNIC

J. A. D. A. 67 : 16

8.- BOUCHER CARLO

PROSTODONTIC TREATMENT FOR EDENTULO PATIENTS

7a. EDICION

SAINT LOUIS

CU MOSBY 1975

9.- BAUM LLOYD

REHABILITACION BUCAL

EDITORIAL INTERAMERICANA

MEXICO 1977

10.-- RIES CENTRO G.

CIRUGIA BUCAL

EDITORIAL ATENEO

BUENOS AIRES ARGENTINA 1972