

104  
20j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PROTESIS TOTAL INMEDIATA

T E S I S

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

BLANCA AURORA GARCIA ALATRISTE

México, 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

## PROTESIS TOTAL INMEDIATA

	Pág.
INTRODUCCION .....	1
DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO .....	3
HISTORIA CLINICA .....	3
A) FICHA CLINICA .....	3
B) INTERROGATORIO .....	4
C) EXPLORACION FISICA .....	15
D) MODELOS DE ESTUDIO .....	17
E) EXAMENES DE LABORATORIO .....	18
PROTESIS INMEDIATA .....	20
A) VENTAJAS .....	20
B) DESVENTAJAS .....	21
C) INDICACIONES .....	21
D) CONTRAINDICACIONES .....	22
TIPOS DE PROTESIS INMEDIATA .....	23
A) PROTESIS PARCIAL ADITIVA .....	23
B) FERULA TRANSITORIA .....	23
C) PROTESIS SIN FLANCO VESTIBULAR O ABIERTA .....	23

	<i>Pág.</i>
D) PROTESIS CON ENCIA COMPLETA .....	24
REGISTROS Y CONTROLES PREVIOS .....	25
MATERIALES DE IMPRESION .....	27
IMPRESIONES Y MODELOS .....	30
A) IMPRESIONES PRELIMINARES .....	30
B) PORTAIMPRESION INDIVIDUAL .....	31
C) IMPRESIONES FINALES .....	34
RELACIONES INTERMAXILARES .....	40
ELABORACION DE LA PROTESIS INMEDIATA .....	43
PREPARATIVOS QUIRURGICOS CON FINES PROTESICOS .....	46
SERVICIO DE TRANSICION DE LA PROTESIS .....	50
CONCLUSIONES .....	51
BIBLIOGRAFIA .....	52

## INTRODUCCION

Después de haber concluido con el plan de estudios de la carrera de Odontología, es menester de todo egresado presentar para la obtención -- del título, una tesis profesional.

Sin embargo, creo sin temor a equivocarme, que para la mayoría de - mis condiscípulos, esta condición de ninguna manera representa un requi- sito más, sino una gran motivación para muchos que como yo, deseamos de- sarrollar y ahondar un tema para afirmar o ampliar nuestros conocimien- tos sobre el mismo.

He de confesar que me fue muy difícil elegir el tema a desarrollar, pues pienso que todas las áreas de la odontología son igualmente intere- santes y valiosas para el ejercicio de nuestra profesión. A pesar de es- to, por la gran importancia que día a día va teniendo la rehabilitación en el paciente odontológico, he encaminado mi investigación y compilación a la prótesis.

En la presente tesis, que pongo a consideración del honorable jura- do, tengo como principal objetivo el exponer la valoración de la PROTESIS TOTAL INMEDIATA, como medio rehabilitante, enfocado primordialmente a la pronta recuperación de funciones y al no menos importante factor estéti- co.

Considero que de acuerdo al tipo de vida sociológico en el que nos desenvolvemos actualmente, nos vemos en la necesidad en muchas ocasiones de recurrir a la prótesis inmediata, por la importancia que el factor es- tético representa para el paciente, ya que mediante este procedimiento

quirúrgico tiene la opción de que en poco tiempo queda totalmente rehabilitada su boca, y con la ventaja además, de no interrumpir su actuación pública, lo que sin duda alguna siembra confianza en el paciente estableciendo así una buena relación médico-paciente.

Por último solo me resta decir que deseo este trabajo sirva como elemento de consulta, sencillo y de fácil comprensión para el estudiante de Odontología.

## DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

Para poder formular un plan de tratamiento basado tanto en las necesidades dentales del paciente como en sus necesidades físicas y personales, haremos un estudio completo de las condiciones de la cavidad oral tomando en cuenta los tejidos duros y blandos, relacionando dicho estudio con su salud general.

### HISTORIA CLINICA

La base de un estudio necesario para preparar un tratamiento de prótesis es la elaboración de una historia clínica completa y detallada con respecto a lo que al Cirujano Dentista interesa, y deberá incluir: una ficha clínica, interrogatorio, examen oral, modelos de estudio y exámenes de laboratorio.

Con estos datos podríamos tomar precauciones especiales cuando así lo amerite el caso, tratamientos que en un principio nos parecerían los adecuados, tendrán algunas veces que posponerse o incluso descartarse por las condiciones físicas o emocionales del paciente.

#### A) Ficha clínica

La ficha clínica incluye los siguientes datos:

- a) Nombre
- b) Sexo
- c) Edad
- d) Domicilio particular

- e) Domicilio de trabajo
- f) Teléfono
- g) Ocupación
- h) Estado civil
- i) Religión
- j) Estatura
- k) Peso
- l) Fecha

## B) Interrogatorio

El interrogatorio, deberá seguir un orden lógico con el objeto de -informar al clínico sobre los datos referentes a los antecedentes heredo-familiares, personales tanto patológicos como no patológicos, en caso de tratarse de pacientes del sexo femenino se incluirán los antecedentes gineco-obstétricos generales. para terminar con el interrogatorio por aparatos y sistemas, poniendo principal énfasis en los antecedentes de la cavidad oral. A pesar de esto se verá al paciente como un todo, en el que la cavidad oral forma parte importante, pues hay que recordar, que sin duda alguna es una puerta de entrada al organismo y proyecta en muchas ocasiones sucesos interiores del mismo.

El interrogatorio se iniciará por:

### a) Antecedentes heredo-familiares

Pediremos al paciente nos refiera si en su familia existen cardiopatas. diabéticos, enfermos renales, alguna persona con enfermedad --



pulmonar importante, tuberculosos, hipo o hipertensos, alergias -- importantes, neoplasias (cáncer).

b) Antecedentes personales no patológicos:

Se cuestionará al paciente sobre sus hábitos personales, alcoholismo positivo o negativo, social o consuetudinario, antigüedad del hábito, tabaquismo positivo o negativo y regularidad, cantidad y antigüedad del mismo. Se preguntará sobre sus hábitos higiénicos, - la periodicidad de aseo de la cavidad oral principalmente. Así -- mismo cuestionaremos sobre los hábitos alimenticios.

c) Antecedentes personales patológicos:

Aquí pediremos al paciente nos refiera sobre si ha padecido aler-- gias y en especial si han sido medicamentosas, antecedentes quirúrgicos, preguntando el tipo de anestesia recibida y las respuestas a ella del paciente, fracturas, enfermedades diagnosticadas y no diagnosticadas, cardiopatías, hiper o hipotensión. Y en general - diagnósticos y tratamientos anteriores tanto de la cavidad oral como del resto de la economía.

d) Antecedentes gineco-obstétricos:

Aquí sólo preguntaremos antecedentes generales que nos pudiesen -- ser de utilidad como son: gestaciones, partos, cesáreas y abortos.

Una vez que ya se cuente con todos los antecedentes antes descritos preguntaremos acerca de datos patológicos por aparatos y sistemas, tratando de cuestionar sobre las enfermedades más importantes, de manera sen

cilla y si es necesario detenernos a explicar brevemente al paciente - nuestras preguntas.

e) Aparatos y sistemas:

1. Aparato digestivo: se cuestionará sobre antecedentes patológicos de este aparato iniciando por:

Cavidad oral.

Aquí pediremos al paciente nos refiera sobre si ha presentado:

a) Estomatitis.- Recordaremos que es la inflamación aguda o crónica de la mucosa bucal, que puede ser circunscrita o difusa, afectando principalmente las encías, la punta o bordes de la lengua y la cara interna de los carrillos.

Sus causas son múltiples pero entre las más comunes encontraremos las causas mecánicas como la erupción dentaria, las dentaduras protésicas deficientes. Cabe señalar la importancia de fijar nuestra atención en este punto para no cometer futuros errores; entre otras causas también tenemos a los alimentos -- calientes, irritantes, sustancias químicas y no podemos dejar de mencionar las causadas por hongos oportunistas como la moniliasis.

b) Gingivitis.- O inflamación de las encías las que acompañan ca si siempre a la estomatitis. Es importante señalar que cualquier gingivitis infecciosa, aunque parezca trivial puede dar lugar a bacteremias transitorias durante el cepillado, masaje gingival o extracción dentaria, con posibilidad de que se ins- taure una endocarditis subaguda en valvulas cardiacas previa--

mente lesionadas. Por tal motivo no deben menospreciarse.

- c) Sialoadenitis.- O afección inflamatoria de las glándulas salivales causadas más comúnmente por infecciones (parotiditis).
- d) Sialoadenosis.- Afección no inflamatoria ni tumoral de las glándulas salivales, de causa principalmente endocrina o mala alimentación.
- e) Glositis.- Suele formar parte de las estomatitis agudas y es motivada por multitud de afecciones, entre las cuales diversos procesos febriles, faringitis, quemaduras por manjares excesivamente calientes, picantes, y sobre todo, por antibióticos de amplio espectro. La lengua aparece roja, brillante, y a veces con pequeños abscesos puntiformes análogos a los de la piodermitis. Los alimentos picantes, salados o toscos, despiertan una intensa sensación urente.

#### Esófago.

- a) Esofagitis.- Acontece en los operados que fueron intubados o individuos con infecciones altas (difteria, escarlatina, herpes, moniliasis), cuyas lesiones descienden al esófago, causando dolores retroesternales, agravados al deglutir. Se ven a veces, esofagitis por moniliasis en leucémicos prolongadamente tratados con corticoides.

#### Estómago.

- b) Gastralgia.- O dolor de estómago, este síntoma podría ser en--

tre otros, un dato de gastritis, donde principalmente será un dolor de tipo ardoroso, que tiende a disminuir con la ingesta de alimentos y que tiene una etiología multicausal. Entre -- los factores generadores se encuentran los alimentos de acción irritante sobre la mucosa gástrica, alimentos demasiado calientes, grasosos o fríos o bien por alimentos insuficientemente masticados. En caso de existir sintomatología de este tipo, -- deberemos tener cuidado al indicar analgésicos del tipo de los salicilatos. La gastritis también puede ser provocada por abuso prolongado de tabaco y sobre todo por alcohol.

Ingestión de fármacos mal tolerados por la mucosa gástrica.

b) Vómito.- De acuerdo a las sustancias expulsadas, pueden ser -- alimenticios, mucosos, biliares, purulentos y fecaloides. Podemos mencionar que existen personas hiperactivas y que responden con vómito ante cualquier pequeño estímulo en el centro -- del vómito, por lo que al estar trabajando dentro de la cavi--dad oral tendrá que hacerse con sumo cuidado para no provocar o desencadenar un vómito.

2. Aparato cardio-respiratorio y cardiovascular: es importante -- preguntar al paciente sobre, si le han diagnosticado alguna -- enfermedad importante respecto a este aparato, o sobre algunos síntomas que nos pudieran guiar sobre algunas entidades clíni-

cas existentes y no conocidas por el paciente, ya que en caso de que existan podremos tomar algunas precauciones importantes que nos evitarán problemas que pueden ser fatales. Por lo que sobre este punto debemos cuestionar:

a) Dolor precordial.- Qué lo origina, qué lo quita o disminuye? su duración, el tipo, sus irradiaciones, y de qué otros síntomas se acompaña. Pues como recordaremos en el infarto al miocardio y en la angina de pecho se presenta el dolor precordial de tipo opresivo, que se inicia en la angina con esfuerzo y en el infarto en reposo o con esfuerzo, que en la angina dura menos de 5 minutos y se quita con el reposo y en el infarto tiene una duración mayor no desapareciendo ni con reposo, en --- ambas se irradia hacia el brazo izquierdo, siguiendo la trayectoria del nervio cubital y hacia la hemimandíbula izquierda, - nuca del mismo lado, así mismo en ambos se acompaña de náusea, necesidad de aire, sensación de angustia y de muerte. Hay que cerciorarnos que si el paciente se halla diagnosticado siempre lleve consigo sus medicamentos a fin de disminuir riesgos y si no se encuentra diagnosticado y llegase a presentar este síntoma orientarlo y tratar de canalizarlo con un médico especialista a fin de recibir tratamiento y control.

b) Disnea.- O dificultad para respirar, es la respiración difícil, forzada, jadeante, a veces acelerada y otras veces lentificada. La disnea es un síntoma provocado generalmente por enfermedades pulmonares crónicas o agudas, por obstrucciones -

laríngeas, por enfermedades cardíacas, etcétera.

- c) Taquicardia.- O aceleración de los latidos cardíacos que sobre pasa el número habitual de 75-80 latidos por minuto.
- d) Vértigos.- Es una sensación de desplazamiento del propio cuerpo en relación con el ambiente y viceversa, es un trastorno del equilibrio del cuerpo en el espacio, se presenta en algunas en fermedades como: anemia grave, arterioesclerosis, enfermedades del corazón, y suele presentarse también en problemas inflamato rios de la articulación temporomandibular.
- e) Lipotimias.- Son los desvanecimientos o la pérdida repentina y temporal de los sentidos, provocada por causas diversas como -- emociones violentas (pavor, alegría, dolor repentino) hemorra-- gias, traumas, decaimientos intensos, gravidez y esfuerzos físi cos excesivos.
- f) Hipertensión o hipotensión (elevación o disminución de la pre-- sión arterial).- Es muy fácil diagnosticar la hipertensión, -- basta el esfigmomanómetro para hacerlo. Es más difícil curarla. Por su enorme frecuencia y por los daños que produce es el pade cimiento de mayor trascendencia que existe en la actualidad. Hipotensión refiriéndonos solamente a la hipotensión arterial - permanente y no a la que ocurre transitoriamente como expresión .del colapso circulatorio súbito que se observa en situaciones - como el choque, el infarto al miocardio. Cifras que apenas lle gan a 100/50 mm. Hg. en adultos son comunes en personas de tipo

emotivo: generalmente mujeres jóvenes aprensivas, de constitución delicada con tono arteriolar disminuido. Son individuos que sufren con el frío y que en la época de invierno muestran signos de éxtasis sanguínea con lentitud circulatoria.

3. Sistema nervioso: aquí pediremos al paciente nos refiera sobre la existencia o no de algunos síntomas como:

- a) Dolor de cabeza.- Son muchas las causas que provocan la cefalea, entre las más frecuentes tenemos las siguientes: la cefalea de las enfermedades infecciosas febriles, la cefalea por aumento o disminución de la presión arterial. Por estados anémicos; cefaleas por intoxicaciones de origen interno como en la uremia. La cefalea de las intoxicaciones de origen externo, como la del alcoholismo crónico, del plomo del tabaco, cloroformo, etcétera.
- b) Neuralgias.- O dolor por irritación de un nervio sensitivo que sigue el curso del nervio, puede dividirse en primaria, en la que hay patología obvia y en secundaria o sintomática en las que no se puede demostrar la existencia de una lesión patológica.
- c) Temblores.- Es una forma especial de hipercinesia que consiste en un movimiento oscilante uniforme, breve, rápido y casi siempre rítmico, independientemente de nuestra voluntad y localizado en todo el cuerpo (temblor masivo o generalizado) o en una parte del mismo, como los dedos, la lengua, etcétera (temblor segmentario o parcial).

d) *Epilepsia.*- Que no es un *síntoma* propiamente dicho sino toda una entidad nosológica del sistema nervioso que se caracteriza por ataques de pérdida de la conciencia, junto con movimientos convulsivos.

Mencionaremos los acontecimientos en orden de sucesión en forma sencilla a fin de que se posean elementos para poder reconocer una crisis epiléptica.

- *Aura*, que puede ser motora, sensitiva o psíquica.
- *Etapa tónica*, al principio se pierde la conciencia, el paciente cae al suelo con todos los músculos en estado de espasmo rígido. Esta etapa dura un minuto aproximadamente, se detiene la respiración y por esto aparece cianosis.
- *Etapa clónica*, hay movimientos convulsivos de los músculos, la mandíbula y la lengua pueden verse afectadas, la saliva se hace espumosa y puede haber mordedura de lengua. Se produce micción involuntaria.
- *Coma*, que puede durar minutos o varias horas, faltan los reflejos corneal y tendinosos y existen las reacciones plantares extensoras.
- *Recuperación*, donde existe cefalalgia intensa.

Los ataques de pequeño mal se caracterizan por pérdida de la -



conciencia sin convulsiones, excepto por movimientos menores como el parpadeo.

4. Aparato genito-urinario: aquí solo preguntaremos algunos datos generales, para conocer el estado de funcionamiento de los riñones que siendo en esta parte del organismo donde se eliminan gran cantidad de sustancias del cuerpo, es conveniente saberlo para así en el momento de indicar algún fármaco es temos ciertos que va a tener una correcta eliminación.
- Disminución en la cantidad de orina emitida en las 24 horas, ordinariamente suele ser de 1,5 litros a 2 litros en el individuo que ingiere una cantidad normal de líquidos.
  - Aumento de la secreción urinaria es un síntoma que puede aparecer en muchas enfermedades, sobre todo renales, endocrinas, como en la diabetes mellitus.

Me he permitido mencionar, síntomas, signos de algunas de las enfermedades, que considero importantes tanto por su frecuencia como por su significado como entidad clínica; en el interrogatorio de los Aparatos y Sistemas.

Ya que como mencione al principio deseo que este trabajo sirva como un elemento sencillo de consulta. Es por esto que no puedo hacer a un lado la enfermedad de actualidad, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, la cual es menester de todo odontólogo conocer por el riesgo que representa en el ejercicio de la profesión, por lo que enunciare algunos conceptos básicos de esta enfermedad de gran trascendencia.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad causada por el virus HTLV III al que actualmente se le ha dado el nombre de VIH (virus de la inmunodeficiencia humana), el periodo de incubación de este virus varía de seis a setenta y dos meses. El SIDA, provoca el fácil desarrollo de infecciones por oportunistas y neoplasias. De hecho las manifestaciones de las infecciones son las que delatan la posible existencia de la enfermedad.

La enfermedad se descubrió en 1981, aunque se cree que se encontraba circulando desde los años cincuentas en Africa y que de ahí pasó al Caribe, a los Estados Unidos y al resto del mundo.

La distribución por edad en México afecta en 84% a los sujetos que están entre los 15 y los 44 años; o sea en personas de edad productiva. La relación hombre-mujer es de 24 hombres por una mujer afectada.

El SIDA se transmite por semen, sangre, por vía trasplacentaria, agujas contaminadas, contacto sexual, se sospecha de otros líquidos como lágrimas, secreciones vaginales y saliva, así como de la leche materna (lactancia).

Los grupos de alto riesgo son:

1. Hemofílicos
2. Drogadictos
3. Homosexuales
4. Prostitutas
5. Hijos de mujeres portadoras
6. Personal médico y paramédico.

Los síntomas son:

- a) *fatiga inexplicable,*
- b) *mal estado general,*
- c) *sudoración nocturna,*
- d) *fiebre,*
- e) *pérdida de peso inexplicable de más de 10 kgs.,*
- f) *linfadenopatía,*
- g) *y todos aquellos síntomas de las infecciones por oportunistas.*

*No existen aún tratamientos cuya eficacia haya sido totalmente demostrada, ni tampoco vacunas para prevenir el SIDA.*

### C) Exploración física

*La exploración la encaminaremos a la cavidad oral, sin embargo, debemos hacer un espacio a fin de poder recabar algunos datos generales del paciente, los que serán tomados con la simple observación del mismo y sin ninguna maniobra, comprendiendo el habitus exterior.*

- a) *Sexo.*
- b) *Edad aparente, comparándola con la edad cronológica.*
- c) *Constitución física.*
- d) *Facies.*
- e) *Actitud.*
- f) *Integridad física.*
- g) *Marcha.*
- h) *Orientación de las tres esferas psicológicas.*

i) Movimientos anormales.

Una vez recabada esta información procederemos a la toma de signos vitales:

a) Presión arterial.

b) Pulso.

c) Frecuencia cardíaca.

d) Frecuencia respiratoria.

e) Temperatura.

f) Peso y Talla.

Ahora procederemos a efectuar el examen oral, poniendo atención especial en aspectos diversos, que de esto dependerá el éxito de nuestro tratamiento, entre estos aspectos tomaremos en cuenta como primer término, la higiene oral en general, pudiendo ser este punto la pauta para la elección del plan de tratamiento; el estado periodontal, ausencia o presencia de inflamación, si existen bolsas parodontales, cuál es su localización y su profundidad, grado de movilidad de los dientes si ésta existiera.

Si encontramos caries, su localización y cantidad; si tenemos presentes estos datos podemos estar más seguros del éxito o del fracaso de nuestro tratamiento, facilitando la elección de el material a utilizar. También deberán ser examinadas restauraciones y prótesis existentes.

Para hacer el examen oral nos valdremos de los siguientes métodos:

a) Inspección visual.- Es la exploración clínica que se lleva a cabo por medio de la vista. Se divide en simple o directa o

bien en instrumental armada o indirecta. La inspección indirecta se realiza por medio de instrumentos tales como espejos, exploradores, etcétera; se debe contar con una buena iluminación para evitar que se produzcan sombras y nos dé un resultado erróneo.

Esta inspección nos proporciona datos como: forma, volumen, estado de la superficie, localización, color, consistencia.

- b) Palpación.- Este método se realiza por medio del tacto. Con este obtendremos datos referentes a nociones de consistencia de los tejidos, temperatura, sensibilidad, volumen.
- c) Percusión.- Este método consiste en golpear nítidamente una zona, ya sea para provocar un sonido del que nos interesa su tono y duración o para localizar puntos dolorosos.

#### D) Modelos de estudio

La obtención de unos modelos de estudio es indispensable para tener un conocimiento amplio de las necesidades reales del paciente. Es necesario que estos modelos sean reproducidos lo más exactos posible y que no tengan burbujas que pueden ser debidas a una mala impresión o a un defectuoso vaciado. Esto completará la Historia Clínica -- del paciente, permitiéndonos hacer la observación de pequeños detalles de los que antes no nos habíamos percatado, pues si esto se hiciera directamente en el paciente, le resultaría cansado, y así preveer cualquier contratiempo que se pudiera presentar, además servirán para la fabricación de provisionales.

Por último toda historia clínica debe incluir la firma del paciente.

Para obtener la *relación intercuspídea*, se recortan dos placas de cera rosa en forma de *herradura* y las podemos unir con una finísima capa de papel estaño entre éstas, para evitar que al pedirle al paciente que muerda en *relación céntrica*, se perfora la cera (mordida en cera).

#### E) Exámenes de laboratorio

Estos exámenes son de gran importancia, pues con ellos corroboraremos y esclareceremos nuestro diagnóstico. Estos métodos sólo serán empleados en caso necesario por el gasto que éstos significan para el paciente y porque deberán ser realizados con equipos especiales y en lugares adecuados.

- a) Tiempo de coagulación.
- b) Tiempo de protrombina.
- c) Química sanguínea.
- d) Curva de tolerancia a la glucosa.
- e) Metabolismo basal.
- f) Examen radiográfico.

Cuando hubiera alguna alteración en los resultados de los exámenes de laboratorio, se consultarán con el médico general del paciente y en caso de que éste necesite algún tratamiento, se pospondrá la intervención hasta que el tratamiento sea terminado.

El estudio radiológico es un requisito indispensable, pueden tomarse dos radiografías oclusales, una para el maxilar y otra para la mandíbula; o bien una serie de radiografías apicales.

En este estudio podemos detectar: Caries, lesiones periapicales y la existencia de tratamientos endodónticos. Examinar las condiciones generales de hueso, en la mandíbula el trabeculado es menos homogéneo y más abierto, en la zona anterior aparecen areolas pequeñas y comprimidas; en zona de laterales en general las areolas son más grandes y aparecen distribuidas horizontalmente. El trabeculado en la mandíbula muestra zonas en las cuales las areolas faltan totalmente o disminuyen, esto ocurre en el ángulo de la mandíbula detrás del tercer molar y por debajo de la línea milohioidea y con menor frecuencia esta falta de trabeculado se observa entre las raíces de los molares.

Nótese la presencia de restos radiculares retenidos en las zonas edéntulas o cualquier otro tipo de patología, como quistes, granulomas, abscesos, etcétera.

## PROTESIS INMEDIATA

La prótesis inmediata implica un procedimiento quirúrgico por medio del cual se hará la colocación de un aparato protésico inmediatamente después de hacer las extracciones y la regularización de proceso de los maxilares, devolviendo la función fisiológica y estética.

Es obligatoria la elaboración previa de la prótesis para su aplicación posterior al acto quirúrgico, estableciendo que este aparato no será definitivo a causa de las modificaciones que sufre el hueso, y que serán necesarios algunos ajustes.

### A) Ventajas

Las ventajas que esta técnica nos ofrece las podemos clasificar de la siguiente manera:

- a) Anatómicas: Mantención de la dimensión vertical, evita trastornos a la articulación temporomandibular, se evita el colapso labial, hundimiento de carrillos y el ensanchamiento lingual.
- b) Funcionales: Los músculos se mantienen en su posición normal, se continúa la masticación y se evitan trastornos fonéticos.
- c) Estéticos: Se pueden hacer notables mejoras con esas dentaduras y además se impide el colapso facial.
- d) Psíquicas: No se ve interrumpida la vida de relación evitando la humillación del paciente al verse sin dientes, el acostumbramiento a la prótesis es más rápido.



Algunos autores mencionan como ventajas quirúrgicas y orgánicas:

1. Durante los primeros días postquirúrgicos la prótesis actúa como un vendaje protector para las heridas.
2. Se mantiene mayor proporción del reborde residual, pues de esta forma se ve detenida la atrofia ósea.

#### B) Desventajas

Las desventajas que se presentan con este tipo de tratamiento son menos que las ventajas que brinda y son las siguientes:

1. La buena coordinación quirúrgico-protésica requiere de precisión en la técnica, establecida en base al exacto diagnóstico y ajustadas indicaciones en ambos sentidos.
2. La selección de casos es una exigencia inexcusable o cuando la incomprensión del paciente no lo permite.  
Ante la edentación futura, entran en juego factores de estado general, como son la utilidad y ventajas, que deben ser evaluadas individualmente.
3. El costo es elevado debido a la necesidad de reajustes, rebases o el requerimiento de una prótesis nueva.
4. Cuando existen fallas técnicas o de laboratorio sólo se podrán comprobar hasta que se ha llevado a cabo la intervención quirúrgica.

#### C) Indicaciones

- a) Edad y estado general del paciente.

- b) *Que la boca y los dientes permitan la espera requerida antes de la terminación total del aparato.*
- c) *Que el paciente esté de acuerdo con este tratamiento y con sus limitaciones.*

D) Contraindicaciones

- a) *Además de las contraindicaciones que se señalan para todo tratamiento protésico, no se debe hacer en pacientes que son negativos tanto físicamente como psíquicamente.*
- b) *En pacientes diabéticos, por la gran facilidad que presentan para adquirir infecciones, y por problemas de coagulación y cicatrización con los consiguientes desajustes continuos del aparato protésico.*

## TIPOS DE PROTESIS INMEDIATA

Contamos con cuatro tipos de prótesis inmediata:

### A) Prótesis parcial aditiva

Es la transformación de prótesis parcial que usa el paciente a la que se le van agregando dientes después de las extracciones. Aquí se evitan las extracciones masivas, lo cual permite un desdentamiento gradual, facilitando la extracción previa de los dientes posteriores, ayudando como placa de transición hacia la prótesis total inmediata. El tratamiento puede ser más económico y a veces llega a prestar servicio durante largo tiempo.

### B) Férula transitoria

Consiste en reemplazar por férulas de acrílico los dientes posteriores articulándolos directamente en la boca, añadiendo acrílico autopolimerizable.

Los dientes anteriores se hacen mediante el vaciado de la impresión de los dientes naturales con acrílico de color adecuado a cada paciente. Por la rapidez con que se realizan y por la economía de este tipo de prótesis inmediata se toma como la solución para algunos casos.

### C) Prótesis sin flanco vestibular o abierta

Por lo general sin la enca anterior simplifica su elaboración, ya -

que solo es necesario excavar un poco el alveolo del modelo de yeso e introducir 2 o 3 mm. el diente por reemplazar. El resultado es favorable pues los dientes se ven emergiendo de la encla. Tiene como ven  
taja permitir la atrofia vestibular sin perturbación. El inconvenien  
te sería la necesidad de encla artificial al cabo de 15 o 20 días.

D) Prótesis inmediata con encla cerrada o completa

Esta prótesis es más exigente en su elaboración, es la preferida por la mayoría debido a que reduce el peligro de retención deficiente, da mayor facilidad para la atención del paciente.

## REGISTROS Y CONTROLES PREVIOS

Conservar la posibilidad de reproducir exactamente el tamaño, posición, forma y color de los dientes, articulación, forma de encías, altura facial y la forma de la cara es el objetivo de estos registros.

Para esto es necesario anotar las medidas de las distancias siguientes:

- a) Con la boca cerrada, la distancia entre la base de la nariz y la base del mentón.
- b) La distancia que existe del borde incisivo superior a la base de la -- nariz.
- c) La del borde incisivo inferior a la base del mentón.

El registrador de Willis o algo parecido es lo más apropiado para estas medidas, podrían tomarse estas anotaciones en una hoja de papel que se pudie ra archivar junto con la historia clínica.

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

Cuando se desea reproducir el color de la dentadura natural, es neces-- rio hacer la anotación del color antes de las extracciones.

Modelos frontales. Se obtienen fácilmente y son mu!! útiles cuando no -- se pueden conservar los modelos de estudio, los cuales se pueden tomar con -- yeso, modelina y más sencillamente con alginato para lo cual se debe hacer -- un portaimpresiones con cera o una lámina metálica con perforaciones para --

la retención del material.

*Impresiones para colocar los dientes artificiales.* Las impresiones destinadas para recibir los dientes artificiales después de las extracciones tienen que ser hechas con materiales que puedan resistir el tiempo necesario, estos materiales podrían ser modelinas o ceras.

*Perfil.* Un perfilómetro es lo más adecuado para reproducir el perfil de un paciente o en su defecto se puede hacer adaptando con los dedos un alambre de cobre o de plomo sobre el perfil del paciente. Se coloca el alambre en un cartón y se dibuja su contorno, después se corta el cartón según el dibujo obteniendo el perfil.

*Fotografías.* Sirven para conservar el registro del aspecto del paciente antes de la intervención y compararlo con los resultados del tratamiento, éstas deben ser de frente y perfil a boca cerrada y mostrando los dientes.

## MATERIALES DE IMPRESION

Los materiales de impresión deben tener las siguientes características:

1. Reproducir la zona a impresionar.
2. Que no sufran cambios dimensionales.
3. Que sean elásticos, para poder eludir retenciones.
4. Que se pueda manejar y conservar fácilmente.

Químicamente los materiales de impresión utilizados en el tratamiento de la prótesis total son muy diversos. Además de las características que deben tener se requieren las cualidades de sabor, olor y falta de efectos tóxicos o irritables que los hagan incompatibles con su empleo bucal.

Los materiales de impresión más usados para las impresiones se pueden clasificar en:

- a) Los que sufren cambios químicos como: yeso, compuestos zinquenólicos y elastómeros; dentro de éstos tenemos el hule, silicón, etcétera. Hidrocoloides irreversibles como el alginato.
- b) Los que no sufren cambios químicos son: modelinas, ceras, etcétera.

Por sus propiedades físicas se clasifican en:

1. Rígidos: yeso, compuestos zinquenólicos, etcétera.
2. Semirígidos: modelinas, ceras, etcétera.
3. Elásticos: hidrocoloides reversibles e irreversibles, hules, silicones, etcétera.

## Hule de polisulfuro

### Ventajas:

1. No es irritante.
2. Fidelidad en la reproducción.
3. Su elasticidad es adecuada en todo tipo de casos y de gran utilidad en la prótesis inmediata.
4. Permite la rectificación de la misma impresión con el mismo material.
5. Es de fácil manipulación.

### Desventajas:

1. Es de olor desagradable.
2. Falta de adhesividad al polimerizar, por lo que se desaloja del porta impresiones si no se usa un adhesivo antes de colocarlo al mismo.
3. Es de costo elevado.

## Alginato

### Ventajas:

1. Su flexibilidad es buena para obtener zonas retentivas.
2. Permite impresiones de excelente fidelidad en breve tiempo.
3. Su manejo requiere de equipo muy simple.
4. Es económico.

### Desventajas:

1. Sufre cambios dimensionales si no se vacía en poco tiempo.
2. Los porta impresiones deben tener zonas retentivas para el material.



### Pasta zinquenólica

#### Ventajas:

1. Alto índice de duplicidad.
2. Reproduce con fidelidad los detalles de los procesos.
3. No sufre cambios dimensionales de importancia después de su endurecimiento.
4. Se pueden hacer ligeras correcciones con el mismo material.
5. Es de fácil manejo.

#### Desventajas:

1. No es recomendable su uso en prótesis inmediata ni cuando los procesos son muy retentivos ya que es un material muy frágil y en estas zonas se quiebra.
2. Es irritante para la mucosa bucal.
3. Es de sabor picante.

## IMPRESIONES Y MODELOS

### A) Impresiones preliminares

Estas son llamadas también anatómicas o de estudio. Se hace la selección del portaimpresiones adecuado para el uso de alginato, que es el material de elección para estas impresiones. El portaimpresión debe ser de aluminio ya que se puede doblar y recortar fácilmente de acuerdo a los requerimientos del caso, y será perforado para dar retención al material.

Debe quedar holgado unos 5 mm. en toda su extensión, incluyendo las piezas dentarias existentes.

La impresión abarcará la totalidad del maxilar, es decir, hasta el límite protésico que es la escotadura hamular de cada lado; en la mandíbula su totalidad, hasta las papilas piriformes de cada lado, dientes y socavados retentivos para que estén fielmente reproducidos.

Estas impresiones deben mostrar nitidez y extensión general en detalles de las superficies mucosas, abarcar íntegramente la zona soporte de los rebordes alveolares, así como los dientes en caso de existir y bien sobreextendida en la región posterior, además de sobrepasar hacia atrás los surcos hamulares del maxilar, los límites del paladar duro y las foveolas palatinas. Incluirá los surcos vestibulares, el frenillo labial superior, los frenillos bucales y accesorios si los hay, así como la tuberosidad del maxilar.

En la impresión inferior se debe extender hasta la zona retromolar incluyendo las papilas piriformes.

Las impresiones anatómicas deben tener soporte suficiente, se puede comprobar colocándola en la boca del paciente haciendo presión de ambos lados a la altura de los segundos premolares; si al presionar de un lado de la impresión se desprende, nos indica que la impresión tiene un punto de apoyo que actúa como palanca, el cual se debe eliminar o hacer la repetición de la impresión. Si al presionar de los dos lados sólo se desprende el del lado opuesto, pero la viceversa no se cumple, aquí ya no hay punto de apoyo sino que del lado de la impresión que se desprende faltará adaptación por la escasez de material, debiéndose repetir la impresión.

Quando la impresión se ha verificado se puede proceder a la obtención del positivo o modelo de estudio en yeso piedra.

#### B) Portaimpresión individual

Sobre el modelo de estudio se elabora un portaimpresión individual, que debe tener una limitación precisa para aprovechar al máximo las ventajas del material que se ha elegido, en este caso el hule de polisulfuro, para impresiones fisiológicas.

El portaimpresión debe contar con las siguientes condiciones:

1. Perfecta adaptación entre su superficie de asiento y mantenimiento de una superficie uniforme con la del modelo de estudio.
2. Rigidez suficiente para eliminar las posibilidades de deformación elástica.
3. Forma inalterable frente a cambios de temperatura que originan las condiciones de trabajo.

4. Resistencias suficientes para que puedan elaborarse impresiones fisiológicas sin riesgo de fractura, ni deformación, por lo que debe ser de un material resistente y con un grosor apropiado. Podría hacerse con acrílico autopolimerizable o termopolimerizable.

Cuando se usa el acrílico autopolimerizable se pueden utilizar los métodos de laminado y de goteo. Con el acrílico termopolimerizable el método es de enfrascado (se realiza en el laboratorio).

a) Examen de los modelos y diseño

Sobre el modelo de estudio se diseña, con lápiz tinta el contorno periférico, siguiendo el fondo de saco vestibular por labial y bucal, la escotadura hamular y continuándose con la línea vibrátil del paladar en el proceso superior; en el proceso inferior incluimos el fondo de saco vestibular, labial y bucal, el área retromolar y piso de la boca. Los dientes y las zonas retentivas así como los socavados, se cubrirán con papel de asbesto o cera rosa para que toda la superficie involucrada en el diseño se pueda retirar con facilidad.

b) Técnica de acrílico laminado

En un recipiente de vidrio se colocan 27 (c.c.) de polímero o polvo y 5 (c.c.) de monómero o líquido, se mezcla con una espátula de acero, se tapa y se deja reposar unos instantes. La mezcla pasa por diferentes estados físicos; en tiempo variable según la temperatura ambiente, la proporción polvo y líquido en

cantidad relativa de aceleradores en uso de dicho material, etcétera.

La mezcla se retira del recipiente una vez que se pueda desprender de sus paredes, se amasa con las manos limpias y humedecidas, para darle forma de pelotilla llevando los bordes hacia el centro. La masa de acrílico se prensa entre unos cristales con hojas de celofán o de plástico húmedas hasta obtener una lámina cuyo espesor es de unos 2 mm., que asegura la regularidad y resistencia -- del portaimpresión. El espesor se logra colocando en el cristal que sirve de base dos esesores de cera rosa superpuestas, que actúan como tonos al presar el acrílico con el otro cristal.

#### c) Adaptación

Previamente elaborados los modelos de estudio y adaptado sobre Este la tira de papel asbesto humedecido o algún separador, que se colocará sobre toda la zona prevista y a uno o dos mm. más corto que el contorno periférico en caso de colocar papel de asbesto, - se procede a hacer la correcta adaptación manual del material en su estado plástico sobre el modelo, que se adapte al proceso alveolar, los excesos deben recortarse de inmediato con un bisturí cuidando pasar por los límites periféricos diseñados en el modelo, preferentemente se hacen cortes pequeños y alternados para evitar la desadaptación de dicho material.

A este portaimpresión se le diseñará un mango que deberá tener 14 mm. de largo, 12 mm. de ancho y aproximadamente 3 mm. de grosor; será colocado a la altura de la línea media y sobre la parte ante-

rior de los rebordes alveolares, irá en posición casi horizontal con una ligera inclinación labial.

Cuando ha polimerizado el portaimpresión se retira del modelo y se recorta el excedente para después pulirlo por las superficies externas.

d) Prueba en la boca del paciente

Se hará una prueba del portaimpresión individual para confirmar que tiene soporte, que da amplia libertad de movimientos a las inserciones musculares y frenillos, y que tiene extensión hasta el límite de flexión de los tejidos.

Para comprobar el límite posterior del paladar se hace una marca con lápiz tinta, y se lleva a la boca del paciente, pedimos que pronuncie varias veces la letra "A" y de este modo se marca en la mucosa del paciente hasta donde llega el límite posterior, haciendo modificaciones cuando sea necesario. El portaimpresión - deberá adaptarse al proceso por su propia retención o con una ligera presión sobre el cuando se efectúe el estiramiento de carrillos y labios o al hacer movimientos de lateralidad y apertura.

C. Impresiones finales

Conocidas también como impresiones fisiológicas o dinámicas. Para el registro de la impresión fisiológica se cuenta con:

- a) Rectificación de bordes y
- b) Toma de la impresión final o fisiológica.

a) *Rectificación de bordes*

Para llevar a cabo esta rectificación se usa modelina de baja fusión ablandandola en la flama de una lámpara de alcohol o en una lámpara de Hanau, y en un recipiente con agua tibia se temple para evitar quemar al paciente. En el borde del portaimpresión se coloca la modelina en cantidad suficiente, aproximadamente de 3 mm. de ancho y grueso de manera que sea posible la rectificación de las siguientes zonas:

- *Maxilar*

Se pide al paciente que proyecte sus labios en forma circular hacia adelante para rectificar la zona vestibulo labial y el frenillo labial, y al mismo tiempo que lleve el labio hacia abajo para marcar la inserción del frenillo, cuando este sea muy prominente se ayuda al paciente manualmente haciendo más acentuados los movimientos hacia abajo y lateralmente, entran en acción los siguientes músculos:

1. *Semiorbicular superior.*
2. *Compresor de los labios.*
3. *Risorio de Santorini.*
4. *Canino.*

Para rectificar el frenillo bucal se indica al paciente que pronuncie varias veces la letra "E" y llevando la comisura labial hacia atrás y hacia adelante en forma circular chupandose el dedo índice, entran en acción los siguientes músculos:

1. Risorio de Santorini.
2. Compresor de los labios.
3. Orbicular de los labios.
4. Canino.
5. Buccinador.

En la rectificación del fondo de saco vestibula bucal, se indica al paciente que nos chupe el dedo índice para que la modelina suba por la acción de los músculos que constituyen la región de -- los carrillos, que el paciente abra la boca lo más grande posible lográndose que la mucosa baje y determine la altura del vestíbulo bucal; con la boca menos abierta hará movimientos de lateralidad que definan lo ancho del borde, entran en acción los siguientes músculos:

1. Cigomático mayor.
2. Cigomático menor.
3. Orbicular de los labios.
4. Buccinador.

Se tapa la nariz al paciente y se le dice que expulse el aire -- por la boca pronunciando la letra "A" y se rectifica la zona del sellado posterior, entran en acción los siguientes músculos:

1. Ligamento pterigomandibular.
2. Palatoqloso.

#### Mandíbula

Para rectificar la zona del frenillo y del fondo de saco vestbulo labial se indica al paciente que lleve el labio varias veces



hacia arriba y que lo proyecte hacia atrás en dirección hacia adentro de la boca, marcándose al mismo tiempo la inserción del frenillo, cuando sea muy prominente, se ayuda al paciente en forma manual llevando el labio hacia arriba y lateralmente, entran en acción los siguientes músculos:

1. Borla de la barba.
2. Cuadrado de la barba.
3. Triangular de los labios.
4. Semiorbicular de los labios.

Para rectificar el fondo de saco se indica al paciente que - con la punta de la lengua baje la modelina, que abra ampliamente la boca, logrando que suba la mucosa del carrillo y marque la profundidad y el contorno del fondo de saco, entran en acción los siguientes músculos:

1. Buccinador.
2. Maseteros.

Se indica al paciente que lleve varias veces el labio inferior hacia arriba para rectificar el frenillo bucal, entran en acción los siguientes músculos:

1. Cuadrado de la barba.
2. Triangular de los labios.
3. Cutáneo del cuello.

Se pide al paciente que haga movimientos de lateralidad para la rectificación del sellado posterior, entra en acción:

1. El ligamento pterigomandibular.

Se dice al paciente que haga varias veces los movimientos de la teralidad de la lengua, sobre el labio inferior tocándose las co misuras de los labios para obtener la rectificación de la zona - del borde lingual anterior, entran en acción los músculos:

1. Milohioideo.
2. Geniogloso.
3. Digástrico (vientre anterior).

Se indica al paciente que repita los movimientos de deglución va rias veces para elevar el piso de la boca y hacer la rectifica ción del borde lingual posterior, entran en acción los músculos:

1. Milohioideo.
2. Constrictor de la faringe.

#### b) Impresión fisiológica

Para tomar esta impresión se usa el hule de polisulfuro que es - el material más apropiado en estos casos ya que se emplea en pro cesos retentivos por sus propiedades.

Una vez que se ha hecho la rectificación correctamente, se elimi nan los excedentes de modelina que haya por fuera y por dentro - del portaimpresión individual con una navaja de buen filo, por - dentro del mismo se pone adhesivo con un pincel y se deja repo sar por unos minutos para evitar que el hule se separe del porta impresión al sacarlo de la boca del paciente, se bate el hule y se agrega al portaimpresión, en el superior se presiona en la - parte media con el dedo índice y se hacen los movimientos indi-

cados para la rectificación de bordes, cuando ha polimerizado se saca; en el portaimpresión inferior se hace lo mismo presionando con los dedos pulgares en la parte que forma el reborde del portaimpresión y se hacen los movimientos que se han mencionado para la rectificación de bordes, se espera a que polimerise y se saca chequeando que sean fieles los registros tanto del maxilar como de la mandíbula, se recortan los excedentes para evitar retenciones en el modelo evitando dañar la impresión, se vacía la impresión en yeso piedra.

Al obtener los modelos fisiológicos podemos construir las placas de registro, estas pueden ser de acrílico.

Sobre las placas de registro se colocarán rodillos de cera (que pueden ser comprados o elaborados en conformadores de hule o metálicos) adheriéndolos con una espátula caliente.

Los rodillos se orientan trazando una línea de cada lado en la cara del paciente, que deberá ir del tragus al ala de la nariz, se coloca la placa base superior con el rodillo dentro de la boca del paciente, este debe sobresalir por debajo del labio de 1.5 a 2 mm., con la platina de fox se verifica que las reglas laterales sean paralelas a la línea marcada, se desgasta o aumenta cera en el rodillo según sea necesario.

La regla anterior de la platina debe ser paralela a la línea bipupilar. El rodillo inferior se orienta basándose en el labio inferior y deberá hacer contacto a todo lo largo con el rodillo superior.

## RELACIONES INTERMAXILARES

El espacio intermaxilar es la distancia que existe entre el maxilar y la mandíbula en posición de descanso.

### 1. Dimensión vertical

Cuando se desea aumentar la dimensión vertical el caso se ve como un desdentado total, los rodillos se dejan más largos que los dientes, se toma dimensión, relación y se articulan dientes. Cuando se quiere disminuir la dimensión, que solo ocurre raras veces, se rebajan los dientes por sus caras oclusales dejándolos hasta el tamaño que se quiera y se trata como desdentado completo.

Al establecer la altura se debe tomar en cuenta la altura morfológica que se estime adecuada cuidando de no sobrepasar la altura postural.

Se pide al paciente que abra y cierre varias veces la boca para conseguir la posición de reposo, se registra la medida entre el punto nasal (base de la nariz) y la parte más prominente del mentón, con una regla flexible milimétrica.

### 2. Relación central protrusiva u Oclusión central real

Cuando existan dientes antagonistas se puede mantener la altura oclusal, sólo se recortan los rodillos poco a poco y reblandeciendo los últimos dos milímetros se hace que el paciente los muerda para que quede marcada sobre ellos la mordida y se obtenga un registro de oclusión céntrica.

### 3. Dimensión horizontal o relación central

La relación central es una posición ósea que se define como: la posición del cóndilo dentro de la cavidad glenoidea en su parte más su perior, posterior y media sin que cause dolor.

Se puede llevar a relación céntrica de tres formas:

- a) El operador guía la mandíbula hacia atrás levantando la bolita - de grasa que se puede sentir en el mentón con el dedo pulgar y - llevando la mandíbula hacia atrás y hacia arriba. De ésta forma no es posible obtener una relación céntrica exacta.
- b) Por medio de un arco gótico de Gyse, consta de una punta en la - parte superior y una platina con cera azul en la parte inferior, se indica al paciente que lleve la mandíbula hacia retrusiva, de aquí que haga un movimiento lateral derecho y regrese a su posi- ción céntrica y vaya a un movimiento lateral izquierdo y regrese a posición céntrica retrusiva terminal. La relación céntrica se rá en el punto donde coincidan las líneas.
- c) Cuando la mandíbula es llevada hacia atrás o hacia relación cén- trica por el paciente, generalmente ocurre más facilmente en per- sonas desdentadas en donde los contactos de cúspides no interfíe ren.

Al estar el paciente en relación céntrica se hacen unas muescas a nivel de premolares en los rodillos de cera, pueden ser en for ma de rombo o triángulo colocando separador dentro de estas mues- cas, para agregar modelina o yeso que al fraguar nos sirvan de - guías para el montaje en articulador.

#### 4. Montaje en articulador

En este caso se usará un articulador de valor relativo, se le pone vaselina para evitar que se pegue el yeso al fraguar.

Se hacen retenciones tanto en el modelo superior como inferior con una profundidad de 5 mm.

Se fija el vástago y las otras partes del articulador, el extremo superior del vástago queda a nivel del brazo superior; a la copa superior y al pasador de sujeción se les pone vaselina y se coloca el plano de oclusión. El modelo superior se coloca haciendo coincidir el borde del rodillo con la línea horizontal y la línea media con la vertical del plano y prolongándolo con la línea trazada en el modelo, al confirmar la posición correcta del modelo se mezcla el yeso con agua para colocarlo sobre el modelo cubriendo la copa superior y con la precaución de no mover el modelo y retirando el exceso antes de que frague el yeso, cuando ha fraguado totalmente, podemos retirar - entonces la platina de oclusión.

Se observa el paralelismo del plano con el brazo superior e inferior y la línea media del paciente a la línea media del articulador.

Se voltea el articulador y se pone vaselina a la copa inferior y al pasador, se hacen coincidir los rodillos en oclusión céntrica tomando como relación las guías de yeso o modelina y se coloca el modelo inferior en la placa base inferior y entonces se le vierte el yeso.

## ELABORACION DE LA PROTESIS INMEDIATA

Para hacer la selección de los dientes se puede tomar como referencia los dientes existentes, cuando se desean mejores resultados podemos hacer una elección de los dientes en forma funcional o estética o de ambas.

Es grande la importancia que tiene el tamaño de los dientes, pues éste cambia a lo largo de la vida del paciente, en personas de edad avanzada se tomará en cuenta que la abrasión que tendrían sus dientes naturales sería mayor que la de una persona de menor edad.

El color se seleccionará con la ayuda del paciente y a la luz del día para evitar sombras y confusiones así como reflejos de colores llamativos.

Una vez hecha la articulación de dientes en los rodillos se llevarán a la boca del paciente para hacer las pruebas y cambios pertinentes.

Los recortes de los dientes en el modelo se harán alternativamente excavando la porción anterior radicular con poca profundidad (aproximadamente 1mm.) del lado vestibular, " al ras con el margen gingival del lado lin gual o palatino.

La depresión ligera recortada en la porción vestibular acomodará los cuellos de los dientes artificiales.

El cambio de dientes puede ser:

- a) Imitando lo existente.
- b) Imitando lo existente haciendo ligeras modificaciones.
- c) Modificar totalmente la colocación de dientes artificiales.

a) *Imitar lo existente*

Se pega cuidadosamente los bordes de la placa de prueba al modelo, se elige, se talla y se prepara un incisivo central, lo más parecido al modelo.

Se prepara del modelo el incisivo central que ha sido imitado cortándolo por el cuello, el yeso se rebaja por palatino a nivel de la encía y por vestibular lo que se ha previsto de alveolectomía (aproximadamente de 1 a 2 mm. por debajo del borde gingival). El diente artificial se pega con cera de manera que quede en la misma posición que el anterior, se hace lo mismo para todos los dientes existentes.

b) *Imitando lo existente con ligeras modificaciones*

Es lo más frecuente en la prótesis inmediata, se deben corregir los defectos mayores imitando las características esenciales de los dientes naturales.

Cuando hay aumento de dimensión vertical u otras correcciones de importancia, el cambio se hará de acuerdo al grado de modificación necesario, arreglando la encía del modelo y cortando los dientes de un lado se articulará en esa zona primero, teniendo como control el otro lado, puede hacerse también cortando los dientes anteriores, se arregla el modelo y se colocan los dientes reemplazantes, según se juzgue conveniente.

c) *Modificación total de la colocación de los dientes artificiales*

Generalmente se hace cuando se ha aumentado la dimensión vertical no-



## PREPARATIVOS QUIRURGICOS CON FINES PROTÉSICOS

### *Alveolectomía*

*Intervención quirúrgica después de las extracciones, y tiene como fin la regularización ósea de los procesos que faciliten la colocación de la prótesis sin causar molestias permitiendo su mejor adaptación.*

### *Alveolectomía avulsora*

*Se realiza en cualquier extracción, consiste en el corte óseo necesario para realizar la avulsión.*

### *Alveolectomía estabilizadora*

*Sólo se eliminan aristas y crestas óseas que tienden a lacerar la mucosa por la compresión que ejercen las placas.*

### *Alveolectomía correctora*

*Corrige en forma y tamaño los procesos.*

*La alveolectomía se indica en todas las avulsiones, en tratamientos parodontales, focos residuales, dientes incluidos, quistes, tumores y en intervenciones para la colocación de prótesis, como: eliminación de -- crestas y aristas residuales, eliminación de salientes óseas que impidan el sellado periférico, crear espacio intermaxilar, obtener estética satisfactoria.*

### *Técnica*

*Se puede hacer en toda la extensión de la arcada o dividirla en - segmentos.*

tablemente, o cambiado la articulación o cuando se indica la alveolec  
tomía correctora.

#### Terminado de la prótesis

Esto se hará una vez concluido el enfilado y la articulación, se ence-  
ra toda la pieza tallando el festoneado y alizandola. Se procede a hacer  
el enfrasado de manera habitual.

#### Guía quirúrgica o transbase

Se elabora después de haber hecho los desgastes en el modelo de traba-  
jo. Antes de ser llevado a la mufla se toma una impresión con alginato  
corriéndola en yeso piedra y se deja fraguar. La guía quirúrgica se hace  
al igual que el portaimpresiones individual, con acrílico transparente  
por técnica de enfrasado y sin manguillo.

Es una replica exacta de la base de la placa, permite adaptar quirúr-  
gicamente el maxilar a la prótesis, probando esta base luego de las ex-  
tracciones, se verán las zonas izquémicas debidas a la compresión de la  
mucosa en la zona operada y el hueso se puede rebajar hasta lograr el co-  
rrecto calce.

1. Segmento posterior izquierdo: desde el espacio interdentario del canino y el primer premolar.
2. Segmento posterior derecho: mismos límites que el anterior.
3. Segmento anterior de canino a canino.

El bloqueo puede ser regional, local o general, para evitar la edematización de la región que va a soportar la prótesis, es necesario que la anestesia sea aplicada lejos de la zona a operar. Cuando se emplea anestesia general es necesaria la aplicación de puntos locales en la región bucal de los dientes a intervenir con fines hemostáticos, de esta manera la primera sensación que se tenga de la prótesis colocada no será dolorosa.

Se traza una incisión en el espacio entre el canino y el primer premolar por la cara bucal y ligeramente inclinada hacia adelante hasta llegar al límite distal de la última pieza dental que exista en la arcada. Se hace otra incisión en la cara palatina como la que se hizo en la cara bucal, aquí el colgajo deberá ser mínimo para evitar la traumatización de la fibromucosa.

Con una legra se levanta el colgajo mucoperiosteico bucal y el palatino, se puede separar con un hilo fijado en un molar del lado opuesto.

#### Osteotomía

La magnitud de la osteotomía de la tabla externa se realizará de acuerdo al tipo de extracciones a realizarse.

## *Exodoncia*

*Se realizarán las extracciones que requiera el caso.*

## *Alveolectomía*

*La cantidad de hueso a resecar debe ser sumamente escasa, y conservar todo el reborde alveolar posible para que pueda servir de apoyo en futuras prótesis. Sólo se eliminarán los bordes óseos filosos y cortantes, aristas óseas, tabiques interdentarios e interradiculares hasta una altura prudente. Se puede realizar con un alveolótomo y con una lima para hueso terminar de alisarlo.*

*Una vez que se ha regularizado la arcada alveolar se vuelve el colgajo a su lugar y se afrontan los lados de la herida, cortando el excedente de tejido gingival con tijeras, tanto bucal como el palatino, cuando alguno de los lados de la herida queda más grueso, se adelgaza con un bisturí, de esta forma los colgajos se adaptan sin sobrantes.*

*Ahora se prueba la guía quirúrgica que indicará las zonas isquémicas, en estas zonas se hace una incisión de profundidad hasta el hueso y en los extremos de la misma se realizan otras incisiones liberatrices, una a cada lado, con el fin de que se consiga una buena exposición de la zona al separar los colgajos.*

## *Preparación de los colgajos*

*Se desprenden los colgajos mucoperiosticos con una legra para dejar al descubierto la zona a resecar. Deben mantenerse alejados los colgajos con separadores para que no sean traumatizados durante la intervención.*

### *Osteotomía con ayuda de alveolótomo*

*Las puntas aristas, bordes óseos o crestas se resecan colocando un bocado del alveolótomo contra la cresta alveolar y el otro por debajo de la protuberancia a extraer.*

*Cuando se han resecado las crestas o bordes, el hueso se alisa con una lima y se inspecciona la zona palpándola. Se irriga con suero fisiológico por medio de una jeringa hipodérmica para retirar todos los restos y polvos óseos y al mismo tiempo se usa el eyector quirúrgico.*

*Se llevan los colgajos a su posición y se recorta el excedente de tejido con tijeras quirúrgicas, se sutura con puntos aislados a todo lo largo de la herida con hilo de seda.*

*Los puntos se retiran a los 3 o 5 días después de la intervención. Se coloca la dentadura corrigiendo articulación para obtener una oclusión equilibrada.*

*- El paciente deberá acudir al consultorio en un lapso de 24 a 48 horas y durante el mismo es conveniente que no retire la prótesis.*

## SERVICIO DE TRANSICION Y DURACION DE LA PROTESIS

Casi todos los pacientes dentales preguntan la duración de su rehabilitación en cuanto a factor tiempo se refiere; la duración de esta prótesis es muy variada en cada caso debido a las reacciones orgánicas individuales, por lo que el paciente debe estar consciente de que será un tratamiento inmediato o transitorio.

Se hará un primer rebase sólo en caso necesario y con el mayor lapso posible entre éste y el acto quirúrgico, puede ser inmediatamente después de la intervención quirúrgica, a los quince días, al mes o a los tres meses o más.

Han necesidad de un segundo rebase cuando el tiempo entre la intervención y el primer rebase fue corto, es decir, en los primeros tres meses.

Debe formarse conciencia en el paciente de la necesidad de continuos chequeos con el objeto de vigilar sus prótesis y hacer reajustes al cabo del tiempo, con ésto se logrará evitar el riesgo de hipertrofias marginales, trastornos de altura y estética.

Cuando es indispensable renovar la prótesis se puede contar con mayor tiempo, se tiene una inmediata que puede servir como provisional y posteriormente puede reajustarse cuando se tenga la segunda prótesis, de esta manera el paciente contará con un repuesto de urgencia.

Es aquí cuando se dá por terminado el tratamiento de la prótesis inmediata.

## CONCLUSIONES

Todo caso de Prótesis Inmediata debe tratarse individualmente por las variaciones que en cada uno de ellos se presenta, para lo que es necesario una buena base evaluativa de planeación con el objeto de evitar el mayor número de fallas posibles o el fracaso total del tratamiento.

Esta técnica tiene el gran inconveniente de que sus resultados sólo se obtienen hasta el término de ésta, creando conflictos al C. D. pues no siempre resulta como es deseado.

Cuando las precauciones son extremas y la técnica es bien empleada, da efectos satisfactorios logrando que el paciente se adapte rápidamente a la prótesis sin tener que desprenderse de su vida social, que generalmente es de gran importancia para la mayoría de los pacientes, pues al recurrir a nosotros con la idea de este trabajo, demuestran el valor que para ellos representa el cuidado de su boca tanto funcionalmente como estéticamente.

## BIBLIOGRAFIA

- GUZMAN HERNANDEZ, SERGIO ENRIQUE. Principios básicos sobre prótesis in-  
mediata. UNAM, 1978.
- KRUGER, GUSTAVO. Cirugía Bucomaxilofacial. Editorial Médica Panameri-  
cana. 1983.
- MATORELLI, HECTOR. Técnica de prótesis completa equilibrada. Mundi.  
1967.
- MAHLON H., DELP. Propedéutica Médica. Editorial Interamericana. 1977.
- OSAWA DEGUCHI, JOSE. Prostodoncia Total. Ediciones Universitarias.  
1973.
- SAIZAR, PEDRO. Prostodoncia Total. Editorial Mundi. 1972.