

H.
24

Universidad Autónoma de Guadalajara

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"PROCEDIMIENTOS PROSTODONTICOS SUPLEMENTARIOS
PARA DESDENTADOS"

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

ARMANDO ARMENTA QUEZADA

Asesor: C. D. Rafael I. Bojórquez Ruiz

GUADALAJARA, JAL. OCTUBRE 1985



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.

PROCEDIMIENTOS PROSTODONTICOS SUPLEMENTARIOS
PARA DESDENTADOS.

I N D I C E.

	Pág.
Introducción	1
I.- Generalidades	3
II.- Rebases	10
a) Directo	
b) Indirecto	
III.- Cambio de base o duplicado	31
IV.- Reparaciones	38
a) Unir dentaduras fracturadas	
b) Reponer dientes fracturados	
c) Pegar dientes	
Casuística	51
Conclusiones	57
Bibliografía.	59

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

La práctica odontológica tiene como finalidad prolongar la funcionalidad, salud y la estética del aparato masticatorio durante toda la vida del individuo.

La protodoncia total es una de las ramas de la odontología -- que nos ayuda a devolver al paciente la actividad masticatoria, mejorar la función, proporcionar una estética agradable y obtener una rehabilitación bucal.

Entre los problemas más arduos y difíciles de la odontología -- protética se cuentan aquellos que se relacionan con la prolongación de la vida útil de la prótesis. A medida que van cambiando los fundamentos de la dentadura, las superficies de impresión pierden su adaptación adecuada a los tejidos.

A veces, los contornos del tejido cambian tan rápidamente que la construcción de dentaduras nuevas representaría un aumento de gastos prohibitivos para el paciente.

Sería una cuestión simple el restablecer esta relación prótesis-tejidos si no se alteran otras relaciones por los cambios de las bases, las superficies de asiento de las prótesis.

En estos casos, el dentista debe recoger la práctica de rebase o de reconstrucción.

Los dentistas sin experiencia y los legos tienen la idea que -- el rebase o cambiar de base de las prótesis totales constituye una labor fácil.

Dichas personas no comprenden la técnica meticulosa y habili--

dad requerida para tal procedimiento.

Antes de mencionar algunas de estas técnicas, intentaremos aclarar lo que significa rebase y cambio de base.

Nada dentro de la odontología es menos romántico que las reparaciones de dentaduras, incluyendo el escribir y leer sobre el tema. Sin embargo, es un hecho que el dentista de práctica general, así como el prostodontista con frecuencia deben hacer reparaciones de dentaduras.

La reparación de las prótesis completas es a menudo una parte difícil de la prótesis.

Este problema puede tratarse con frecuencia como procedimiento de laboratorio, pero es necesario el conocimiento de la preparación así como de la fase técnica, ya sea que el trabajo se haga en el consultorio o se mande afuera.

Quizá las fracturas de dentaduras más comunes son las que se presentan en la línea media de la mandíbula y el maxilar. Sin embargo, otros tipos de fractura de dentaduras son reparados de la misma forma.

A menudo los pacientes requieren este servicio sobre la base de una emergencia, pues parece que la fractura de dientes y base ocurre en los momentos más inoportunos.

CAPITULO I.

GENERALIDADES

C A P I T U L O I .
G E N E R A L I D A D E S .

La prostodoncia es la rama de la odontología que trata sobre la restauración y mantenimiento del funcionamiento bucal reemplazando estructuras y dientes perdidos mediante prótesis. La prostodoncia total es una de las partes de la odontología que trata sobre los múltiples métodos que utilizamos para la reposición de los dientes en pacientes totalmente edéntulos.

R E B A S E .

El rebase es el proceso de agregar material adicional al lado tisular de la dentadura para rellenar el espacio entre el tejido y la base de la dentadura.

El mantenimiento de la adaptación de las bases de la dentadura a las mucosas que cubren los rebordes residuales constituye una parte importante en el servicio de prótesis total. Los rebordes residuales han sido descritos como de naturaleza plástica, siempre cambiando en topografía y morfología debido a muchas causas, algunas conocidas y otras desconocidas. En general, los rebordes residuales se reabsorben con mayor rapidez en las mujeres que en los hombres y en los blancos que en los negros.

La reabsorción parece ser más rápida dentro de los primeros seis meses, después de la extracción de los dientes, nivelándose a los doce meses, para aumentar de nuevo cuando el paciente llega a la edad de los 65 años.

La gravedad de la reabsorción no siempre es proporcional a la precisión de la dentadura. La reabsorción suele ser el resultado de enfermedades generales. En una situación ideal la alteración general debe ser eliminada o controlada antes de rebasar, cambiar de ba-

se o construir una nueva dentadura.

Cada paciente desdentado tiene que ser examinado cada año para determinar (entre otras cosas) la tasa de reabsorción de los rebordes residuales. Existen pruebas clínicas que sugieren que el nivel de cambio óseo puede aplazarse cuando se vuelven a adaptar las prótesis totales a los rebordes residuales a los primeros signos y síntomas de que ha perdido la adaptación.

Es fácil comprender que ya sea forrar o rebasar una prótesis completa implica todos los problemas de confeccionar prótesis nuevas además de la restricción de que el odontólogo no puede mover y relocalar los dientes con tanta facilidad como cuando se trata de una dentadura nueva. Sin embargo, la realidad socioeconómica obliga a recurrir a esta técnica con bastante frecuencia.

DIAGNOSTICO:

Es preciso realizar un diagnóstico, prolijo de los cambios que se han producido antes de comenzar con los procedimientos de la técnica. Se requiere determinar la naturaleza de los cambios ocurridos, así como la magnitud y ubicación de los mismos. Con el objeto de determinar esos factores, hay que conocer los posibles cambios y sus síntomas.

A menudo vuelven los pacientes que han llevado exitosamente sus prótesis durante un período determinado para que si los atiendan por flojedad, dolor, ineficacia masticatoria o cambios estéticos. Estas dificultades pueden producirse por: 1) desarmonías oclusales ya existentes en el momento de colocarse las prótesis o 2) cambios en una o en las dos estructuras de soporte protético, que están o no asociadas con desarmonías oclusales. Es importante determinar la causa o causas de las dificultades previo el intento de corregirlas.

Prótesis con errores iniciales de la oclusión posiblemente no

requieren ser forrados, quizá lo único que se necesita es corregir la oclusión. Pruebas simples de las bases protéticas individuales pueden demostrar que no se han perdido la retención y la estabilidad, aunque el paciente diga que los prótesis no se adaptan. En esta situación los tejidos de soporte mostrarán mayor irritación o inflamación de un lado que del otro, y los dientes de un costado estarán más limpios, mientras que los del opuesto se verán manchados. La flojedad aparente será entonces el resultado de contacto oclusal desnivelado que no se percibió al comienzo.

El tratamiento consiste en dejar las prótesis fuera de la boca por 1 ó 2 días con el objeto de devolver la salud a los tejidos de soporte. Si la oclusión fue la causa de la pérdida gradual de retención, este reposo, seguido por los procedimientos de remonta y desgaste, eliminará la causa volviéndose la prótesis cómoda y útil sin necesidad de follarla.

El problema principal de los procedimientos de reconstruir y rebasar está en la posibilidad de alterar las relaciones intermaxilares correctas. Por eso, las impresiones para estos procedimientos deben satisfacer las metas de cualquier otra impresión y, además, -- mantener la dimensión vertical correcta y la relación céntrica.

CAMBIO DE BASE.

El cambio de bases es un proceso en el que se reemplaza todo el material de la base de una dentadura. El propósito de tal proceso es rellenar el espacio entre el tejido y la base de la dentadura sin cambiar la posición de los dientes y la relación entre las mismas.

Reproducción o duplicación de una dentadura completa significa la sustitución de todo el material viejo de la base de la dentadura con material nuevo. Sin cambiar en lo más mínimo la relación origi-

nal de los dientes en la boca. Hay renovación del material de la base por una impresión nueva, como en un reajuste, o sin impresión nueva. El procedimiento de laboratorio es el mismo en ambos casos.

La razón principal para la reproducción es el renovar el material de la base de la dentadura que puede haberse deteriorado o dar a la dentadura la apariencia de ser completamente nueva, en vez de mostrar una línea de reparación que a veces causa en algunos pacientes un mal efecto psicológico.

No se deben reconstruir (cambio de base) las dentaduras que -- tienen mala estética, relaciones intermaxilares muy inadecuadas o colocación oclusal incorrecta, porque la reconstrucción no puede corregir estas deficiencias. Además, si ha tenido lugar mucha reabsor---ción es casi imposible colocar la dentadura correctamente en el re---borde, y por eso las impresiones de reconstrucción pueden resultar - en una relación horizontal y/o colocación oclusal incorrectas.

RELACIONES MAXILOMANDIBULARES.

Cuando se emplean los procedimientos de reconstrucción (cambio de base) y de rebase, es imperativo que se establezcan correctamente las relaciones de la mandíbula, y por tal motivo es conveniente terminar una dentadura antes de empezar la otra.

Como ya hemos dicho, las pequeñas discrepancias en las relaciones de la mandíbula se pueden corregir con las técnicas de recons---trucción o de rebase, pero los grandes defectos requieren nuevas den---taduras.

En este momento, las relaciones oclusales de la mucosa se pueden mantener mejor usando el Jectron Jig. o el duplicador de Hooper.

REPARACIONES.

Definición: reparar es devolver a la normalidad funcional y estructural aquello que lo ha perdido.

Reparar en prótesis: restaurar una prótesis que se ha fracturado o ha perdido uno o más dientes, o uno o más retenedores, haciéndolo nuevamente apto para su correcto uso.

Es menester que el odontólogo se dé cuenta de los peligros en la reparación de una prótesis. Muchas reparaciones son difíciles de unir correctamente, lo cual tendrá por consecuencia que no ajuste bien. Si se requiere un segundo proceso de curado mediante calor, se produzcan cambios porque la resina vieja se ablanda por el calor. Estos cambios pueden causar alteraciones de la oclusión así como del ajuste de la prótesis sobre la superficie de asiento. Por esta razón podría ser aconsejable tomar un nuevo registro de relación céntrica, montar la prótesis y retocar la oclusión una vez terminada la reparación. Es bueno montar y retocar los prótesis después de un determinado período, aunque no se hiciesen reparaciones, por lo tanto se podrían combinar los dos servicios.

El hecho de que se disponga de resinas autopolimerizables o de curado en frío simplifica el procedimiento de reparación. La técnica evita la posible deformación de las prótesis que se produce por la repolimerización y toda la operación se lleva a cabo en mucho menos tiempo que por el procedimiento de termocurado. No es necesario colocar en mufla la prótesis para curar la nueva resina.

Frecuentemente la fractura de dientes aislados, así como la de toda la prótesis se produce por un cambio de las relaciones oclusales, y entonces la remonta y el retoque oclusal será imprescindible para evitar que la fractura se repita. Es imposible mediante procedimientos en laboratorio devolver una oclusión perfectamente ajustada. Asimismo es conveniente advertir al paciente que los tejidos cambiarán durante el tiempo que transcurra mientras no se usa la pró

tesis, pero que se reajustarán poco después. El paciente no debe -- pensar que es solamente por culpa de la prótesis si ésta no parece -- la misma, inmediatamente después de colocada.

Es necesario que el operador se dé cuenta de los peligros en -- la reparación de una dentadura. Muchas reparaciones son difíciles -- de unir correctamente lo cual ocasionará que no ajuste bien. El a--acrílico se deteriora y se hace más frágil con cada reparación. En -- el proceso de polimerización suele haber cambios porque el acrílico_ viejo se reblandece durante el calentamiento, y de ello puede resul--tar que varíe la oclusión y que se altere el ajuste de la dentadura_ sobre las áreas de soporte. Por esta razón se aconseja tomar una -- nueva relación central, montar el caso y corregir la oclusión des---pués de que se ha terminado la reparación. Es conveniente montar y_ corregir las dentaduras después de algún tiempo, aunque no se haya -- hecho ninguna reparación; por lo tanto, estos dos servicios pueden -- muy bien combinarse.

Una causa de fracasos cuando se arreglan dentaduras rotas es -- el abarquillamiento por la liberación de tensiones internas al poli--merizarlas de nuevo. Antes de construir nuevas extensiones sobre es--tas dentaduras o antes de reajustarlas, deben ser liberadas estas -- tensiones internas calentando la base de la dentadura. Esta precau--ción tiene importancia, si se incorpora mucha parte de la dentadura_ antigua al hacer el reajuste o compostura; no tiene importancia prác--tica si la base antigua es eliminada.

C A P I T U L O I I .

REELASES, DIRECTO E INDIRECTO

C A P I T U L O I I .
REBASES, DIRECTO E INDIRECTO.

-PROCEDIMIENTOS CLINICOS-

La cuestión primera y más importante es lograr la salud de los tejidos de la superficie de asiento para la prótesis. Para ello, el paciente se quitará las prótesis en uso por lo menos 24 horas antes de tomarse las impresiones.

Después de asegurarse de la normalidad de los tejidos, el odontólogo coloca las prótesis en la boca del paciente para determinar -cuáles son los cambios necesarios.

-PREPARACION DE LAS PROTESIS-

El odontólogo busca los errores de la oclusión, de la dimensión vertical oclusal por corregir y otros cambios que se requieran hacer. Antes de proceder a cualquier otro cambio, se forma con compuesto de modelar el sellado palatino posterior en la prótesis superior en la superficie de impresión. Se vuelve a calentar el compuesto de modelar y se lleva nuevamente a la boca para corregir la forma del sellado palatino posterior. Después de volver a calentar, cada vez el compuesto de modelar se temple y se coloca en la boca del paciente; se aplica una ligera presión en la porción distal de la prótesis, y se tironean hacia adentro las mejillas para moldear el compuesto alrededor de los extremos vestibulares de los flancos vestibulares posteriores. Se reduce a unos 2 mm. el ancho del sellado palatino posterior, el ancho de la zona entre la elevación de la prótesis y el extremo de la misma.

Se provee espacio dentro de la prótesis para el nuevo material de impresión mediante desgaste de alrededor de 1 mm. de resina de toda la superficie palatina.

Se eliminan todos los socavados de los flancos vestibulares. Se acortan los bordes en 1 mm. para dar lugar a que el material de impresión forme un nuevo borde. Se ensancha la escotadura vestibular y se profundiza para que no interfiera con el frenillo vestibular anterior.

La prótesis inferior se prepara para la impresión de forrado exactamente de la misma manera como una cubeta para confeccionar una prótesis nueva.

Se desgastan las superficies vestibulares de los flancos linguales para disminuir la presión contra la cresta milohioidea y entre los tejidos del piso de boca y los lados vestibulares de los flancos linguales. Se acorta en 1 mm. el flanco lingual entre las eminencias premilohioides. Se reduce en 1 mm. el flanco vestibular entre las escotaduras vestibulares laterales. El acortamiento de los flancos provee espacio para que el material de impresión forme nuevos bordes.

No se desgasta nada de los flancos vestibulares, pero se desgastan ranuras en los lados vestibulares de los flancos linguales para facilitar el retiro de las eminencias retromilohioides después de vaciado el modelo. La confección de un manguito sobre los dientes anteriores inferiores facilita el manejo de las prótesis al llevarlas a la boca. Se puede adoptar cinta de papel sobre la superficie pulida de las dos prótesis y sobre los dientes. La cinta se recorta dejando libres los bordes de las prótesis. La cinta facilita el retiro del exceso del material de impresión.

La forma de la prótesis preparada para el forrado es la misma que la de una cubeta confeccionada para una prótesis nueva.

La necesidad de rebasar generalmente se limita a aquellas situaciones en las cuales la flojedad y la inestabilidad de las próte-

sis son acompañadas por una pérdida importante de la dimensión vertical oclusal. Es bastante obvio que, la reorientación de las bases protéticas a su posición original respecto de la ubicación actual de los tejidos podría resultar en una base protética de grosor intolerable. De ahí la necesidad de una base protética enteramente nueva y el procedimiento de rebasado. El examen clínico puede o no estar acompañado por quejas del paciente o evidencia de sitios dolorosos o alteración de los tejidos blandos. Para reorientar las prótesis hacia su posición original, se utilizan como guías, topes de compuesto de modelar dentro de las prótesis.

-IMPRESION SUPERIOR-

Con un pequeño trozo de gasa se seca la mucosa en la región de las glándulas palatinas. Se lubrica con vaselina la cara del paciente, y un trozo grande de gasa se coloca sobre la lengua para mantener seco el paladar.

Sobre un taco se colocan dos longitudes iguales de componentes de pasta zinquenólica de acuerdo con las instrucciones del fabricante. La mezcla del material se distribuye uniformemente sobre toda la superficie interna de la prótesis.

Se retira la gasa, y la escotadura vestibular y el frenillo vestibular se utilizan como guía para ubicar el extremo frontal de la prótesis. Para ubicar el extremo posterior de la prótesis la guía es el sellado palatino posterior. El dedo del odontólogo que sostiene la prótesis debe ubicarse directamente debajo del sellado.

Exactamente 15 seg. después de haber colocado la prótesis en la boca, se le dice al paciente que baje el labio superior y que abra ampliamente la boca. Estos movimientos moldean el material de impresión sobre los bordes de la prótesis. Si el moldeado de bordes se hace demasiado pronto, los bordes de la impresión serán más bien

agudos en vez de bien redondeados. La impresión superior se guarda hasta que se termine con la inferior.

-IMPRESION INFERIOR-

Una vez preparado el paciente para la impresión inferior, se coloca bajo la lengua la gasa para mantener la boca. Se mezcla el material de impresión o la pasta zinquenólica y se distribuye sobre la superficie interna de la prótesis desgastada.

La prótesis se coloca en la boca, exactamente sobre el reborde, y se le dice al paciente que levante la lengua "nada más que un poquito". Los dedos índices del odontólogo se colocan sobre los primeros molares y se asienta la prótesis mediante suave presión hacia abajo.

Después de 15 seg. se le dice al paciente que abra ampliamente la boca, que coloque la lengua contra los dientes anteriores superiores, y la mantenga ahí. Esto realiza todo el moldeado de bordes que se requiere para formar los bordes de la impresión inferior.

Se puede quitar el exceso de material una vez que haya endurecido. Una vez completamente fraguado, el material de impresión, se quita la prótesis.

Se limpian las superficies oclusales de todo vestigio de material de impresión, y también de las superficies vestibulares de las bases protéticas. Ayuda a la realización de esta operación la remoción de la cinta de papel. Se quita de la prótesis inferior el maniguito de compuesto de modelar para hacer ocluir las dos prótesis.

-OBSERVACION EN LA BOCA-

Después de haberse observado las posiciones relativas de los -

dientes, las prótesis se vuelven a colocar en la boca, donde se compara la oclusión con aquella que se había visto en la prótesis al tenerlas en la mano. El odontólogo coloca los pulpejos de los dedos índice y pulgar entre los dientes superiores e inferiores para detectar contactos entre los mismos a la vez que se indica al paciente -- que lleve la mandíbula hacia atrás y que cierre los dientes hasta -- que éstos toquen apenas. Con esta prueba se descubre cualquier error oclusal.

Los errores oclusales son frecuentes a esta altura porque todos los esfuerzos fueron dirigidos a tomar impresiones perfectas. Es necesario confeccionar nuevos registros para determinar la ubicación correcta de las prótesis en la boca.

Si se dispone del registro del perfil del paciente, se lo puede comparar con el perfil del mismo después de determinadas las impresiones y cuando se vuelven a colocar en la boca las prótesis. Esto es una guía para una relación vertical correcta de las prótesis. Se utilizan otros medios auxiliares si no se dispone de fotografía de perfil.

Se registra la información referente a la oclusión céntrica en la relación céntrica, relación vertical oclusal, orientación del plano oclusal, aspecto del paciente, prominencia de los dientes, longitud relativa de los dientes superiores e inferiores y líneas medias de las prótesis. Esta información indica cualquier cambio en la posición de las prótesis que pueda ser necesario efectuar en el artículador. Son las mismas observaciones que se requieren hacer en la confección de prótesis nuevas.

-INDICACIONES PARA EL REBASE-

1.- Dentaduras inmediatas a los tres o seis meses después de construcción inicial. Aunque normalmente se realizan antes.

2.- Cuando los rebordes alveolares residuales se hayan reabsorbidos y sea mala la adaptación de las bases de la dentadura a los re bordes.

3.- Cuando el paciente no cuenta con los medios económicos suficientes para la construcción de nuevas prótesis.

4.- Cuando la construcción de nuevas dentaduras con la consiguiente serie de visitas al consultorio ocasione angustia física o mental, como en el caso de pacientes geriátricos o con enfermedades crónicas.

-CONSIDERACIONES GENERALES-

Deberá realizarse un exámen minucioso del paciente y de las dentaduras existentes antes de comenzar el tratamiento. Es necesario prestar consideración especial a los siguientes puntos:

1o.- La dimensión vertical oclusal deberá ser satisfactoria.

2o.- La oclusión céntrica tiene que coincidir con la relación céntrica; se permite un error si éste es tan pequeño que pueda corregirse.

3o.- La apariencia del paciente, ha de ser aceptable para él mismo y para el dentista.

4o.- Los tejidos bucales deberán encontrarse en óptimo estado de salud.

5o.- El límite posterior de la dentadura maxilar estára correcto.

6o.- Si son adecuadas las extensiones de la base de la dentadura.

7o.- Las extensiones de la base de la dentadura aseguran la distribución adecuada de las fuerzas masticatorias sobre un área lo más grande posible.

8o.- La distancia interoclusal es correcta.

9o.- El habla es satisfactoria con la disposición dentaria existente.

10o.- Existán trastornos en los tejidos duros y blandos que ---

contraindicarían la técnica, como exceso de tejido a grandes retenciones óseas.

-CONTRAINDICACIONES-

Las dentaduras no serán rebasadas ni cambiada su base cuando -- existan una o más de las siguientes anomalías:

- 1.- Cuando se ha presentado una resorción excesiva.
- 2.- Cuando existan tejidos blandos lastimados. El rebase no estará indicado hasta que los tejidos recuperen su salud y se encuentren lo más parecido posible a su forma normal.
- 3.- Cuando el paciente presente problemas en la articulación -- temporomandibular. Hasta que se haya realizado el diagnóstico y tratamiento precisos de este problema, estará contraindicado el rebase o el cambio de base.
- 4.- Si las dentaduras poseen mala estética o relaciones maxilares no satisfactorias.
- 5.- Si las dentaduras causan un problema importante en la fonación.
- 6.- Cuando existan grandes zonas retentivas óseas, hasta que se haya realizado la extirpación quirúrgica y la cicatrización.

-TECNICAS DE REBASE-

Existen dos técnicas principales de rebase; a boca abierta y a boca cerrada. En la técnica a boca abierta se presta mayor importancia a la toma de impresiones separadas, dando atención individual al registro de las relaciones maxilares. En la técnica de rebase o boca cerrada suele aceptarse una oclusión céntrica habitual. Esta oclusión céntrica puede ser o no igual que la relación céntrica. Creemos que con ciertas precauciones alcanza a desarrollarse un método que incorpore las ventajas de ambas técnicas.

-PREPARACION DE LOS TEJIDOS-

Con cualquier técnica de rebase o cambio de base, los tejidos y las dentaduras deberán ser preparados para los procedimientos necesarios de la manera siguiente:

1.- El tejido hipertrófico excesivo ha de ser eliminado quirúrgicamente. Las dentaduras se utilizan como una férula quirúrgica.

2.- Las mucosas bucales tienen que estar libres de zonas de irritación.

3.- La eliminación de las dentaduras de la boca durante el sueño es indispensable durante varias semanas antes de comenzar el tratamiento, si es que el paciente utiliza sus dentaduras durante la noche (los protodentistas concuerdan en términos generales en que las dentaduras no deben usarse durante el sueño).

4.- Las dentaduras necesitan dejarse fuera de la boca un mínimo de dos o tres días antes de hacer la impresión final.

5.- El masaje diario de los tejidos blandos es útil para estimular su irrigación sanguínea.

-PREPARACION DE LA DENTADURA-

1.- Las áreas de presión sobre la superficie tisular de las dentaduras deberán ser aliviadas.

2.- La falta de armonía oclusal menor es corregida por desgaste selectivo.

3.- Se corrigen pequeñas zonas inadecuadas de los bordes.

4.- Debe establecerse un sello palatino correcto antes de hacer la impresión final. Para esto puede utilizarse modelina en barras y resina acrílica de autopolimerización.

-ERRORES PRINCIPALES-

Los errores principales que hay que evitar en cualquier técnica para rebasar una dentadura completa son los siguientes:

1.- No aumentar la dimensión vertical oclusal.

2.- Deberán existir contactos múltiples y parejos (máxima interdigitación cuspídea) en relación céntrica.

3.- No tiene que permitirse que la dentadura superior se desplace hacia adelante durante la toma de la impresión.

4.- Asegurarse de que la relación céntrica y la oclusión céntrica sean idénticas.

5.- Verificar que se haya establecido un sello palatino posterior preciso.

6.- Deberá emplearse un grosor uniforme de material para la impresión final.

TECNICA DE REBASE A BOCA CERRADA.

TECNICA "A"

RELACION CENTRICA.- La relación céntrica se corrige antes de hacer la impresión, utilizando el medio de elección (modelina o cera).

PREPARACION DE LA DENTADURA.- La dentadura se prepara antes de

TECNICA "B"

RELACION CENTRICA.- La oclusión céntrica existe y la interdigitación cuspídea se utilizan como medios para asentar las dentaduras.

PREPARACION DE LA DENTADURA.- Igual que en la técnica "A".

SUGERENCIA ESPECIAL.- Se prepara para la eliminación de una gran porción de la sección palatina de la siguiente forma:

Primero, deberá señalarse el perímetro del área por eliminar haciendo la profundización en la superficie pulida de la dentadura -- hasta la mitad del grosor de la base. Se hacen agujeros a 5 ó 6 mm. de intervalo dentro de este surco. Se recomienda este procedimiento para la eliminación fácil de la porción palatina durante el empaque y procesado.

MOLDEO DE BORDES.- Se recomienda la modelina de baja fusión (barra verde) para el moldeo de los bordes.

IMPRESION.- El material de elección para esta técnica es la cera que fluye a la temperatura de la boca, como la cera para impresión de Keer (cera de Iowa). La impresión se hace en dos etapas, la impresión de la aleta labial y la cresta del reborde alveolar entre los caninos se realiza como segunda etapa.

VENTAJAS.- 1) La técnica para impresión de dos etapas reduce la posibilidad de un movimiento anterior grande de la dentadura maxilar.

DESVENTAJAS.- 1) El material para impresión de cera difícil es de manejar y existe la posibilidad de distorsión. 2) Los errores de la oclusión céntrica existente puede producir una impresión inadecuada.

dolo éste con cera para placa base fundida.

MOLDEO DE BORDES.- No se ha recomendado el moldeo de los bordes aunque se ha hecho énfasis en que durante la toma de las impresiones se deje una leve cantidad de material de impresión en los bordes aplanados.

IMPRESION.- Se recomienda el yeso de paris o el óxido de cinc y eugenol para la primera etapa de la toma de impresiones y yeso de paris para la segunda etapa (las porciones palatinas).

VENTAJAS.- Igual que la técnica "A".

DESVENTAJAS.- Aunque se ha sugerido que el paciente no debe ajustarla dentadura haciendo presión sobre la misma, los errores existentes en cuanto a la oclusión céntrica pueden producir algunos puntos de presión y malos resultados de la impresión.

-TECNICAS PARA EL REBASE MANDIBULAR-

Se acepta en términos generales que los peligros durante el rebase de una dentadura maxilar completa son mayores que para el rebase de una dentadura mandibular completa. Hay muchos factores que tienen que considerarse durante el rebase de la dentadura mandibular. Es necesario considerar las relaciones entre los rebordes, la forma de los mismos, así como las características de la mucosa que las cubre. También existen otros factores con los que debe estar en armonía la dentadura.

TECNICA "B"

RELACION CENTRICA.- La relación céntrica existente (interdigitación cuspídea) se utiliza como forma para colocar la dentadura mandibular durante la impresión secundaria. La oclusión se corrige cuando

se establece una nueva dimensión vertical oclusal.

PREPARACION.- No especificada.

SUGERENCIAS ESPECIALES.- La pérdida de la dimensión vertical se corrige pegando modelina reblandecida a las superficies oclusales de los dientes posteróinferiores. Se le pide al paciente que pronuncie en forma repetida la letra "M". Este registro se enfría, se recorta y se calienta ligeramente antes de volverlo a colocar en la boca del paciente. El procedimiento se repite hasta que la dimensión oclusal vertical se haya establecido a satisfacción del operador. A continuación se da una impresión de la porción inferior. Después de vaciar la impresión y montar la dentadura inferior en el articulador, se retira y limpia la dentadura inferior. Cualquier zona retentiva importante debe ser eliminada. La dentadura se pega a la otra maxilar en la posición de máxima interdigitación cuspídea. Se coloca modelina reblandecida dentro de la dentadura inferior cerrándose el articulador contra el modelo inferior hasta que el vástago de la guía inicial haga contacto. Con este procedimiento la magnitud de dimensión vertical indicada por el grosor de la modelina en la superficie de los --- dientes mandibulares es llevada a la base de la dentadura mandibular. En esta etapa la dentadura mandibular se utiliza como portaimpresiones para hacer la impresión final.

IMPRESION.- Los materiales recomendables con la modelina en la primera etapa y óxido de cinc augenol en la segunda.

VENTAJAS.- 1) La pérdida de la dimensión vertical es compensada durante los procedimientos de rebase. 2) El error en oclusión céntrica puede reducirse durante las etapas de laboratorio.

DESVENTAJAS.- 1) Esta técnica es muy tardada desde el punto de vista de procedimientos clínicos y de laboratorio, 2) El procedimiento para el establecimiento de la dimensión oclusal vertical es muy du dosa.

TECNICA DE IMPRESION A BOCA ABIERTA.

En todas las técnicas descritas con anterioridad la impresión final se realiza con la boca cerrada. La técnica de Boucher (técnica F) es la única descrita en la literatura que explica un método para rebasar las dentaduras superior e inferior al mismo tiempo. Además, se ha hecho énfasis en que en esta técnica las impresiones se hacen en forma independiente, sin utilizar la oclusión céntrica existente. En realidad, las dentaduras se emplean como portaimpresiones para hacerlos impresiones secundarias. Una vez que se hayan hecho las impresiones maxilar y mandibular, se determina una nueva relación céntrica. Todo esto se hace en una sola visita.

TECNICA "F"

RELACION CENTRICA.- Utilizando ambas dentaduras como bases de registro, la relación de los maxilares se registra después de hacer las impresiones secundarias mandibular y maxilar.

PREPARACION DE LA DENTADURA.- Se forma un sello palatino posterior en la modelina sobre la dentadura maxilar antes de hacer cualquier cambio en el lado tisular de la dentadura. Se proporciona 1 mm. de espacio dentro de la dentadura para el nuevo material de impresión. Los bordes se acortan 1 mm. para dejar espacio para que el material de impresión forme un nuevo borde.

SUGERENCIAS ESPECIALES.- La dentadura inferior se prepara para la impresión de la base de la misma forma que se prepararía un portaimpresiones para hacer una nueva dentadura.

Las superficies bucales de las aletas linguales se desgastan para reducir al mínimo la presión contra el borde milohioideo y entre los tejidos del piso de la boca y los lados bucales de las aletas lin

guales. La aleta lingual entre las eminencias premilohioideas es acortada 1 mm. La aleta labial entre las escotaduras bucales se acorta 1 mm. Se hacen dos surcos en los lados bucales de las aletas linguales para facilitar la eliminación de las eminencias retromilohioideas después de haber vaciado el molde. Se hace un mango de modelina sobre los dientes anteroinferiores, que facilitan el manejo de la dentadura cuando ésta es llevada a la boca. Se adapta toda adhesiva sobre las superficies pulidas de ambas dentaduras y sobre los dientes.

MOLDEO DE LOS BORDES.- Si las aletas son inadecuadas, los bordes deberán ser corregidos con modelina.

IMPRESION.- Se recomienda material de impresión base de óxido de cinc y eugenol con la siguiente técnica: "exactamente 15 seg. después de haber colocado la dentadura en la boca, se pide al paciente que haga tracción sobre su labio superior y que abra la boca hasta sus máximas dimensiones. Estas acciones moldean el material de impresión sobre el borde de la dentadura". La dentadura superior se pone a un lado hasta que se haya hecho la impresión inferior.

VENTAJAS.- 1) El recorte especial de la dentadura y el espacio dejado para el material de impresión facilitará la hechura de una impresión razonable durante la técnica de impresión con presión selectiva sin interferencia oclusal. 2) Un registro interoclusal separado utilizando impresiones ya realizadas, bases de registro, permitirá al operador concentrarse en el registro de las relaciones maxilares. 3) Es posible verificar el registro de relación céntrica a esto es necesario. 4) El registro interoclusal, que se hace con yeso de fraguado rápido, es confiable.

DESVENTAJAS.- 1) Aunque esta técnica parece sencilla, la realización de los procedimientos no es fácil. 2) Esta técnica requiere más tiempo de clínica y laboratorio.

TECNICA SUGERIDA.

En todas las técnicas descritas con anterioridad, el paciente - requería dejar la dentadura fuera de su boca por un período de 24 a - 72 horas antes de hacer la impresión; además del tiempo que ha tenido que dejar la dentadura con el dentista después de haber hecho la im-- presión. Esto no es una situación agradable para los pacientes. E-- llos también requieren algunas visitas para el ajuste. Este puede re-- ducirse mediante la siguiente técnica de rebase sugerida. La técnica se basa en la utilización de resinas líquidas (materiales para acondi-- cionamiento de tejidos), como material de impresión. Existe mucha e-- videncia clínica que señala que puede hacerse una buena impresión fun-- cional con este material.

PROCEDIMIENTOS CLINICOS PARA LA TECNICA RECOMENDADA.

Se recomiendan los siguientes procedimientos:

1.- Hay que educar al paciente con respecto a los procedimien-- tos y en especial sobre la necesidad de no utilizar las dentaduras to-- da la noche. Debe aceptar su responsabilidad en el plan de tratamien-- to.

2.- La dentadura anterior tiene que ser examinada con cuidado - corrigiendo los errores de la oclusión, hasta que se logre obtener u-- na relación céntrica satisfactoria (max. interdíg. cuspídea) que debe rá coincidir con la relación céntrica.

3.- La superficie basal de la dentadura es reducida para dejar_ espacio para el material de acondicionamiento tisular.

4.- Esta superficie se seca antes de colocar el material en la_ dentadura.

5.- Se coloca un grosor mínimo de material para acondicionamiento de tejidos sobre la superficie tisular de la dentadura. A continuación, se coloca la dentadura dentro de la boca, seguido por la técnica habitual para la utilización de los acondicionadores de tejidos. Después de retirarse de la boca, el acondicionador de tejidos es recortado para eliminar todo el material excedente, se intruye al paciente en el cuidado del material de rebase elástico y se despide al paciente.

6.- Cuando el paciente regresa con el dentista después de tres a cinco días, se examina la dentadura buscando zonas denudadas. Se marcarán con un lápiz indeleble y se alivian las zonas de presión sobre la dentadura antes de aplicar nuevamente el acondicionador de tejidos.

7.- El material debe renovarse periódicamente; nunca se deja dentro de la dentadura por más de una semana, ya que el material mismo llega a convertirse en una fuente de irritación. Cuando los tejidos hayan recuperado su estado de salud, se citará al paciente para hacer las impresiones.

8.- Todo el material para acondicionamiento de tejidos sobre la superficie tisular de las dentaduras será reemplazado con material nuevo. Se pedirá al paciente que utilice las dentaduras durante 30 min. Mientras se encuentra en la sala de espera y si lo desea podrá ingerir una comida ligera. Si no existen áreas de presión, esta impresión puede considerarse como la muestra para el rebase de las dentaduras.

9.- Las investigaciones en el laboratorio indican que estos materiales comienzan a endurecer 30 min. después de haber sido mezclados, careciendo de actividad después de 3 días. La reproducción inicial del detalle y las dimensiones en estos materiales es excelente. La dentadura con el material para el acondicionamiento de tejidos en

su lugar deberá ser conservada en la boca durante 15 ó 45 min. para asegurar el registro de todos los detalles. Si se conserva más de 60 min. se reduce la precisión de la reproducción de los detalles. Debe rá vaciarse el molde inmediatamente ya que el material presentará algunos cambios en cuanto a los detalles, aún si se coloca en un humidificador.

10.- Durante una de las visitas se hace una transferencia precisa con el arco facial de la dentadura maxilar, conservándose ésta para el futuro.

PROCEDIMIENTOS DEL LABORATORIO.

1.- Después de haber hecho la impresión final se vacía de inmediato el molde.

2.- Se montará el modelo maxilar sobre un articulador semiajustable utilizando el registro de transferencia del arco facial. También puede usarse un dispositivo como un articulador de bisagra. Aun que esto es más fácil que utilizar un articulador, es menos preciso, especialmente cuando se requiere algún ajuste oclusal adicional.

3.- Se relaciona la dentadura mandibular con la maxilar, que ya se encuentra montada en el articulador, utilizando un registro interoclusal.

4.- Si existe alguna discrepancia oclusal, suele ser corregida utilizando un procedimiento de desgaste selectivo.

5.- Los procedimientos de rebase y cambios de bases son los mismos hasta esta etapa. Durante la fase de laboratorio del proceso de rebase, toda la base de la dentadura anterior es reemplazado con material nuevo sin cambiar la disposición de los dientes. La presencia de dientes de porcelana facilita mucho el procedimiento de cambio de base. Si existen dientes de resina, suele estar indicado el rebase,

ya que resulta difícil cambiar la base a una dentadura con dientes de resina.

6.- Cuando las dentaduras están terminadas, se harán modelos de yeso para el remontaje, montándose el modelo maxilar sobre el articulador.

PROCEDIMIENTO DE INSERCIÓN.

1.- Se utilizará una parte indicadora de presión para localizar las áreas de presión. Estas serán aliviadas con cuidado por desgastes con piedras montadas.

2.- Se utiliza un nuevo registro interoclusal para montar la dentadura inferior en relación céntrica.

3.- Es necesario verificar el montaje antes de ajustar la oclusión.

4.- Con un procedimiento de desgaste selectivo, la oclusión puede perfeccionarse a nivel de la dimensión vertical oclusal correcta.

5.- Antes de despedir al paciente en la última visita de ajuste se revisará de nuevo la oclusión.

C A P I T U L O I I I

C A M B I O D E B A S E O D U P L I C A D O

C A P I T U L O I I I .

CAMBIO DE BASE O DUPLICADO.

Hay varios métodos para reemplazar la base de la dentadura. Uno de ellos consiste en montar la dentadura en el miembro superior de un articulador y marcar los dientes en yeso blando. También se opera mediante una matriz sin el uso de ningún aparato, o se emplea algún aparato como el duplicador de Hooper. Dos técnicas serán descritas.

REPRODUCCION SIN APARATO ESPECIAL.

El modelo y la dentadura, se colocan en yeso blando. La profundidad en que los dientes estarán en el yeso es menos de un tercio de la longitud de la corona. La matriz de yeso se retira de los dientes y la periferia de las marcas se reduce si hay altura excesiva. Se usa un fino dardo de llama, para calentar el acrílico y la porcelana sin deformar la base, de manera que los dientes se puedan retirar dejando su marca en el acrílico. Se retiran y se limpian todos los dientes antes de colocarlos nuevamente en la base. Los paredes de los alveolos en el acrílico se rebajan dejando la suficiente altura para colocar los dientes de nuevo con exactitud. Cuatro dientes que representan las esquinas del arco, se colocan cuidadosamente en sus alveolos y se fijan con cera, labial y bucalmente. Los cuatro dientes se prueban en relación con la matriz, para ver si están correctamente colocados. Los dientes restantes pegados en su sitio, labial y bucalmente, con cera para bases, sin encerar por el lado lingual. Estos dientes se colocaron uno por uno y se probaron sobre la matriz de yeso para ver si estaban correctamente colocados. Ahora la dentadura se encera por el lado lingual. Esto no podría haberse hecho mientras la matriz estaba en su lugar.

Ahora el caso se enfrasca. Después de que el yeso ha fraguado, se pone el frasco en agua hirviendo, y se separan las dos mitades. -

El material viejo de la base se quita del modelo y se desecha. Si el material viejo cede con dificultad, se calienta nuevamente en agua -- hirviendo la primera parte del frasco hasta que el material se ha reblandecido suficientemente. El caso se empaca y se termina como de ordinario.

Después de polimerizada y pulida la dentadura, debe probarse sobre la matriz, porque pudiera haberse producido alteraciones durante su construcción.

METODO DEL DUPLICADOR HOOPER.

Aparato en el cual las depresiones (orificios) ajustan exactamente en las puntas. Usando un articulador para este modo de reproducción pueden producirse errores si no se opera con mucho cuidado, pero con este aparato duplicador, por su simplicidad y exactitud, disminuye la posibilidad del error. Se elabora un modelo mediante el duplicador de Hooper. Se cortan unos surcos en la base del modelo en el cual está la dentadura. Estos surcos permiten que el modelo se coloque nuevamente en su posición después de que se ha desprendido del montaje. El modelo y la dentadura se colocan en yeso blando que fija la dentadura al miembro inferior del duplicador. El yeso blando se corre entre el modelo y el miembro superior del duplicador. El miembro inferior del duplicador, es separado del miembro superior. Este deja las marcas de los dientes en yeso, que esta adherido al miembro inferior del duplicador. Estas marcas se usan para colocar los dientes correctamente en relación al modelo.

Después de que la base de la dentadura se ha quitado del modelo, y éste se ha colocado en relación a los dientes, los dientes, separados previamente, se colocan en las marcas del yeso y se pegan al modelo, lo cual restablece la relación entre los dientes y el modelo. El caso se encera para formar un modelo para el nuevo material de la base.

A causa de las torsiones inherentes en la dentadura procesada, esta torsión puede aumentarse en el proceso subsiguiente, y por tanto, causar algo de deformación, por lo cual es más prudente reconstruir - (cambio de base) las dentaduras que rebasarlas. En este proceso el material de base original se sustituye completamente por acrílico nuevo.

IMPRESIONES.

Después de eliminar las retenciones, se debe restablecer la periferia de la dentadura con exactitud con un compuesto de godiva baja presión. La sobretensión se debe rebajar limando la periferia de la dentadura en esa zona. Si esto se hace bien, ésta corrección periférica debe terminar en algo de retención. La dentadura superior se debe preparar entonces para la impresión perforando tres agujeros pequeños en el paladar. Uno de ellos colocado cerca de las papilas incisivas y los otros dos cerca del reborde en el área molar. Estos -- sirven de salidas de escape para el exceso de material de impresión - (es importante tener justamente el material suficiente en la impresión eventual; si hay demasiado, puede causar mal posición de la dentadura).

La dentadura se carga con pasta de óxido metálico y se coloca en la boca. Se presiona un poco hasta que disminuya el flujo del material. En ese momento se reduce la presión y se realiza el ajuste del músculo o el modelado del borde. Se deja endurecer la impresión, se quita y se examina para comprobar la exactitud. Si es satisfactoria, se vierte con un modelo y se deja endurecer. La dentadura inferior se maneja como una cubeta y no necesita salidas.

RELACIONES DE LA MUCOSA, A LAS SUPERFICIES OCLUSALES.

El modelo no se separa ahora. Más bien, el modelo y la dentadura se montan en la parte de arriba del duplicador Hooper. A continua

ción se coloca una capa de yeso en forma de plataforma en los miembros de abajo del duplicador y el miembro de arriba con su dentadura se cierra en una plataforma de yeso mojada. Los dientes tienen que penetrar dentro de la superficie del yeso a una profundidad de unos 2 mm. aproximadamente. Cuando el yeso se endurece, se forma una llave dentro de la cual se pueden poner los dientes repetidamente para mantener una distancia fija y la relación entre el modelo y las superficies oclusales.

Cuando la llave se ha endurecido, se separan los miembros de arriba y de abajo del duplicador. Entonces se retira la dentadura del modelo.

En ese punto se puede elegir entre reconstruir o rebasar la dentadura. Si se hace el rebase, la dentadura queda completamente limpia de todos los materiales de impresión y se coloca en la llave de modo que los dientes ajusten completamente en sus posiciones respectivas. El cierre posterior se puede marcar en el modelo, y sustituir el miembro de arriba en el duplicador, por tanto, el modelo mantendrá su relación a las superficies oclusales de los dientes. En esta posición, la dentadura se encera al modelo a lo largo de toda la periferia y en los tres agujeros a través del paladar.

El modelo y la dentadura se retiran del montaje, se procesan y se terminan. Muchos dentistas prefieren usar acrílico autopolimerizable con el fin de evitar excesivo calor, lo que puede causar la torsión o deformación del material de base original.

En opinión del autor es preferible la reconstrucción. Por eso, el modelo y la dentadura se montan en el duplicador de Hooper. A continuación, la dentadura se separa del modelo; se quita todo el material de base de dentadura de los dientes si son de porcelana, y si son de plástico se quita todo menos un puente pequeño de conexión de acrílico.

Entonces se colocan los dientes en la llave, la parte de arriba se pone nuevamente en el instrumento, y se vuelve a encerar el caso. Se procesa la dentadura y se termina de la forma usual.

RELACIONES INTERMAXILARES.

Debemos subrayar nuevamente que los procedimientos de reconstrucción y de rebase se deben hacer sólo cuando las relaciones horizontal y vertical de las dentaduras existentes son casi correctas. Si la dimensión vertical ha sido cerrada unos 2 ó 3 mm., y la relación céntrica es muy incorrecta, no se puede esperar corregir estos errores reconstruyendo o rebasando las dentaduras. Es muy pequeña la probabilidad de que el dentista pueda guiar y detener el movimiento mandibular con tanta precisión que se pueden corregir las grandes discrepancias.

Cuando el paciente ha llevado la dentadura superior cómodamente durante varios días, se puede iniciar el procedimiento de reconstrucción de la inferior. Durante todos los pasos siguientes, la dentadura inferior se tiene que ocluir con la superior terminada.

La dimensión vertical de la oclusión se puede establecer midiendo puntos colocados en la cara del paciente. Cuando el paciente ocluye la dentadura inferior contra la superior, el asiento basal inferior se puede reconstruir con godiva para alcanzar la dimensión vertical correcta de la oclusión. Sin embargo, esto no es necesario normalmente. La periferia se moldea con sumo cuidado con godiva de baja presión y se prueba la retención.

Al paciente se le enseña a retruir la mandíbula y a cerrar. Si la acción de retruir se hace bien, las formas de dientes anatómicas deben interdigitar razonablemente bien suponiendo que la relación céntrica original fuese buena.

Los pequeños cambios no son importantes porque se pueden corregir por la impresión. Los dientes no anatómicos se deben encontrar igualmente en todas las zonas.

Se carga el material de impresión y se coloca la dentadura en la boca. Se le dice al paciente que cierre los dientes juntos y que mantenga esa posición hasta que el material se endurezca. Este procedimiento registra bien la oclusión de ambas dentaduras e igualmente la relación de los dientes inferiores con el asiento de la mucosa.

La dentadura inferior se coloca en el duplicador de Hooper y a continuación se maneja de la misma forma que la superior.

Los procedimientos de reconstrucción (cambio de base) y de rebasa no se deben considerar nunca como un sustituto adecuado para dentaduras nuevas. Los pacientes cuyas dentaduras están reconstruidas a menudo tienen que ser llamados para examinar el estado de la mucosa y de las relaciones intermaxilares.

CAPITULO IV

REPARACIONES

CAPITULO IV REPARACIONES.

UNIR DENTADURAS FRACTURADAS
REPARAR DIENTES FRACTURADOS
PEGAR DIENTES

Los arreglos de las dentaduras completas varían desde sencillos a complejos. Pueden incluir la sustitución de un simple diente o de varios dientes y/o la unión de dos o más trozos de la base de la dentadura rota.

REPARACIONES DE DENTADURAS ROTAS.

La incidencia de dentaduras rotas es normalmente alta en pacientes que han llevado sus prótesis durante muchos años. Las roturas -- pueden ser debidas a que se caigan accidentalmente cuando están fuera de la boca o durante la masticación de los alimentos. En este último caso puede ser por resorción de los tejidos de la boca, que causa presión indebida en la dentadura. En tal caso es conveniente aconsejar al paciente de que un simple arreglo no le solucionará el problema. Más bien será necesaria una prótesis o protesis nuevas. Se le debe explicar minuciosamente al paciente que las dentaduras se tienen que rehacer de manera periódica. La forma de las dentaduras no cambia de demasiado en un cierto plazo de tiempo, pero los tejidos si, y el dentista no puede hacer un buen tratamiento si arregla la antigua dentadura.

Algunas veces, cuando se ha roto la dentadura, no se pueden reunir los trazos bien para hacer un buen arreglo. Los pacientes tienen que estar enterados de este detalle antes de que se intente hacer la reparación.

También es cierto que, aunque se haga una buena reparación (se

coloquen las partes en la posición exacta que ocuparan antes), la dentadura puede no parecer natural cuando se vuelve a colocar en la boca. Esto ocurre porque la dentadura ha estado fuera de la boca durante un cierto número de horas o de días y los tejidos se han recuperado. Después de tener la dentadura en la boca unas horas, los tejidos se readaptan a la superficie de la dentadura y el paciente se siente más cómodo. Estos hechos no se deben emplear nunca como excusa de un mal trabajo. Hablando normalmente, el dentista debe avisar de que -- existe la posibilidad de cualquier pequeña variación, e informar al paciente de las limitaciones inherentes de un procedimiento de este tipo.

ROTURA DE LINEA MEDIA DE LA DENTADURA MAXILAR.

Algunas veces, durante los procedimientos de desermuflado, la dentadura maxilar se rompe en el área del frenillo labial. La rotura puede continuar a través del paladar, separando la dentadura en dos partes, o, simplemente, puede incluir el borde labial o una parte del área del reborde anterior.

Este último tipo de rotura ocurre normalmente cuando se quita el modelo de la dentadura imprudentemente. Cuando esto sucede, por lo general, se puede arreglar sin necesidad de un modelo nuevo. Con cuidado, es posible, flexionar la dentadura para abrir la hendidura y verter el monómero en ella. Después de varias aplicaciones de monómero, se espolvorea una pequeña cantidad de polímero en la hendidura y se deja que la dentadura vuelva a su forma normal. Si hay exceso de monómero y de polímero, rezuman fuera por la superficie labial y palatal, de donde se debe limpiar. Se deja la dentadura para que tenga lugar la polimerización. Unos 30 o 45 minutos más tarde, se puede pulir la dentadura.

Como la hendidura era casi imperceptible, el arreglo será completamente perfecto en función y aspecto. (Desde luego, estos proce-

dimientos no serán suficientes si ha habido pérdida de la sustancia de la dentadura, o si la hendidura se ha extendido completamente a través de la dentadura. En estos casos se deberá hacer una nueva dentadura).

Si la rotura de la línea media parcial o completa ocurre después de haber usado la dentadura durante meses o años, probablemente la dentadura se habrá roto porque ya no se ajusta a los rebordes, y la línea media dura del rafe palatal sirve como punto de apoyo sobre el cual actúan las fuerzas oclusales para romper la dentadura. En casos así, los arreglos son inútiles, porque las prótesis se romperán de nuevo. El único remedio bueno para estos pacientes es una dentadura nueva o, por lo menos, la reconstrucción de la dentadura actual.

Sin embargo, si la rotura es accidental y separa la dentadura en dos partes, el arreglo se puede hacer de la forma siguiente. Primero, los dos trozos se colocan juntos con cera adhesiva y pequeños soportes de madera, como palillos o pequeños palos de madera de naranjo. Las áreas de las zonas retentivas se rellenan dentro de la dentadura, la superficie se lubrica ligeramente y se vierte al molde de piedra. Cuando se endurece, se quita de la dentadura, y, con una broca de fisura de los números 558 a 560, se agranda la línea de fractura y se añaden áreas retentivas. Hay que tener cuidado de no mover los soportes de madera. El molde de piedra se pinta con un medio separador y se vuelve a colocar en la dentadura. El arreglo se hace de la manera corriente, con resina acrílica que se polimeriza en frío.

ROTURA DE LA ZONA DE LA TUBEROSIDAD MAXILAR.

Las roturas de las tuberosidades de la dentadura maxilar ocurren con frecuencia cuando se cae la dentadura contra una superficie dura. Cuando estos pedazos se pueden reunir con exactitud, es cuestión de encerrarlos en su sitio, hacer un modelo parcial y arreglar--

los con resina acrílica que se polimeriza en frío.

CIERRE POSTERIOR.

A veces, el cierre periférico posterior no parece adecuado, por lo cual se debe añadir cierre posterior adicional. Este procedimiento no es exactamente un arreglo, pero debe ser considerado aquí.

El cierre posterior se puede añadir de dos maneras; describiremos primero la forma que ofrece más confianza.

Se añade a la dentadura godiva a cera a la temperatura de la boca y se prueba en ésta hasta que parece que hay cierre periférico suficiente. Entonces se quita la dentadura y se enfría completamente. Todas las dentaduras se rellenan con cera de placa de base, y se vierte el modelo.

Cuando el modelo se ha endurecido, se separa de la dentadura y se quita la cera o el compuesto. Al modelo se le hacen vías de salida por donde se pueda fluir el exceso de acrílico y permitir a la dentadura que asiente completamente en el modelo. Las vías de salida se pueden colocar de muchas formas. Sin embargo, generalmente se cortan en ángulos determinados para que puedan ser reconocidas más adelante y el acrílico que las llena se pueda quitar sin afectar al cierre posterior. Salen siempre del cierre posterior de la dentadura. El modelo se cubre con barniz separador, y una mezcla blanda de acrílico polimerizado en frío se coloca entre la dentadura y el modelo. La dentadura entonces asienta firmemente comprimiéndola sobre el modelo. El exceso de acrílico se presiona para que fluya por las vías de salida.

Se coloca la dentadura en la cámara de presión durante 30 min., se quita y se pule.

ROTURA DE LA LINEA MEDIA DE LA DENTADURA MANDIBULAR.

La rotura más común de la dentadura ocurre en o cerca de la línea media de la dentadura mandibular. Las dos piezas que se sujetan juntas en relación correcta, y un ayudante une las piezas con cera de pegar. Se añaden refuerzos antes de verter el modelo. Siempre que sea posible, las áreas de las zonas retentivas de la dentadura se rellenan, excepto en una zona de 2 mm. en cada lado de la rotura. Esto permite que se retire la dentadura del modelo con el fin de cortar -- las zonas retentivas. Luego, el modelo se cubre con un separador y -- los trozos se vuelven a colocar en el modelo. Se añaden alternativamente el monómero y el polímero adecuados hasta que quede ligeramente contorneado por encima. A continuación se coloca el caso en la cámara de presión durante 30 minutos, se saca y se pule.

SUSTITUCION DE UNO O VARIOS DIENTES ROTOS.

Los dientes de porcelana rotos se quitan de la dentadura cortando material de la base de la dentadura de la superficie lingual. --- Cuando se ha quitado el apoyo lingual, con la presión del dedo o del pulgar, el trozo del diente se puede empujar hacia el espacio lingual y quitarse fácilmente. Esto deja el contorno labial o bucal de la base de la dentadura intacto.

Los dientes de acrílico son más fáciles de colocar y pulir y menos fáciles de romper. Cuando hay que volverlos a colocar, deben delimitarse con cuidado con el fin de evitar dañar a los dientes de su lado. El limado debe estar limitado precisamente al acrílico coloreado; la sustitución puede ajustarse fácilmente al hueco.

La forma apropiada puede ser establecida sobre el mismo paciente o por una buena guía de formas. (Si el diente es de porcelana, el número del modelo se puede encontrar en el canto del reborde). El color se puede determinar por la guía de colores.

Cuando se ha seleccionado un diente apropiado, se coloca en la misma posición que ocupaba el anterior. Normalmente hay que realizar algunas modificaciones; quitar material de base de la dentadura o reformar el diente con una piedra de diamante buena. Cuando se han terminado las modificaciones necesarias, se mantiene el diente en la posición correcta con cera que pegue en los ángulos incisivos, mesial y distal, para sujetarlo a los dientes de su lado.

La zona del arreglo se humedecerá cuidadosamente con monómero que polimeriza el frío, llevando a su sitio con un cuentagotas de cristal. Esto se hace dos o tres veces para que el antiguo material de base de la dentadura se vuelva pegajoso. El polímero se espolvorea en el lugar adecuado. Se añaden aplicaciones alternas de monómero y polímero hasta que la zona quede ligeramente más llena.

Siempre debe haber un ligero exceso de monómero para asegurar la polimerización completa. El arreglo se coloca en un recipiente a presión durante 30 minutos. Después de este período de tiempo, el material de reparación está polimerizado suficientemente para terminarlo y pulirlo.

Algunos especialistas se han inclinado por la técnica de colocación de la reparación y proceso del material en mufla. Sin embargo, con la mejora aportada por los nuevos materiales, la resistencia y la estabilidad del color son satisfactorios, pues la presión ejercida por la cámara de presión es adecuada.

Es aconsejable reparar las dentaduras con resina autopolimerizable porque elimina el recalentamiento de la base de la dentadura vieja, que causa torsiones.

Cuando los dientes, se colocan nuevamente en una dentadura, es muy importante que se revisen cuidadosamente en la boca por posible interferencia oclusal. Aunque se pueda usar la misma forma de diente como sustitución, por lo general hay alguna variación de tamaño y no se puede colocar de nuevo exactamente en la posición original. Por

tanto, en la mayor parte de los casos es necesario realizar algunos ajustes oclusales. Es conveniente tener las dos dentaduras superior e inferior, cuando se hacen estos arreglos, ya que se pueden manipular a mano durante y después del arreglo para revisar la oclusión. Se pueden hacer más ajustes en la boca.

REPARACION DE LA DENTADURA MAXILAR.

En la fractura de una dentadura en la línea media si los fragmentos no pueden unirse para determinar un ajuste preciso, la reparación quizá no sea exitosa. La dentadura se sostiene con cera pegajosa, y pequeños palillos de madera. Se hace un modelo de yeso después de haber bloqueado las zonas retentivas dentro de la dentadura. La dentadura se retira del modelo, y se elimina la cerca pegajosa y los palillos.

La preparación para la reparación comienza con la eliminación de 2 ó 3 mm. de acrílico de la fractura de la línea media de la dentadura. Se hace un bisel largo y redondeado a cada lado de la abertura de 5 mm. de ancho a lo largo de toda la línea media y hasta la superficie labial. Se pinta el modelo de yeso con una solución separadora y las 2 porciones de la dentadura se colocan nuevamente sobre el modelo. El acrílico para la reparación se aplica humedeciendo los fragmentos por reparar con monómero, y agregando el polímero en polvo y más monómero. Este se hace en pequeña incrementación hasta haber cubierto todas las áreas. Deberá procederse con cuidado para evitar la deshidratación del acrílico de reparación antes de que toda la zona haya sido rellenada. En este momento se le coloca en una olla de presión a 15.608 Kg. por pulgada² durante 30 minutos para aumentar la densidad de la reparación en frío. La olla de presión deberá contener una cantidad de agua suficiente, a una temperatura aproximada de 37.78° C. para cubrir completamente la reparación. La dentadura se retira de la olla de presión, se recorta y se pule.

REPARACION DE UNA DENTADURA MANDIBULAR

Los pasos son los mismos que para la dentadura maxilar.

REFUERZO VACIADO PARA LAS DENTADURAS MANDIBULARES

Existen algunas fracturas de dentadura para las que no es suficiente una simple reparación. Para los pacientes que dejan caer en forma repetida su dentadura mandibular, fracturándola en dos o más -- piezas, se emplea un refuerzo vaciado de cromo y cobalto. Durante el proceso de ebullición de la cera, el refuerzo se limpia y se coloca nuevamente sobre el modelo en posición y se empaca la dentadura.

BASES METALICAS PARA LA PREVENCION DE FRACTURAS DE LA DENTADURA MAXILAR.

El autor recuerda a dos pacientes quienes fracturan sus dentaduras maxilares mientras éstas se encontraban dentro de su boca. Algunos pacientes son capaces de ejercer gran presión sobre las dentaduras maxilares, cuando estas ocluyen contra dientes mandibulares naturales. En ambos casos, se emplearon bases metálicas para resolver el problema. Estos pueden hacerse de cromo, cobalto, oro, aluminio, o a cero inoxidable. El metal de la base tiene la ventaja de ser de peso ligero y menos caro debido al gran aumento en el precio del oro.

REPARACION DE DIENTES FRACTURADOS.

Cuando los dientes anteriores se fracturan, no es difícil retirar con cuidado la porción restante de porcelana en el reborde alveolar y buscar el número de molde. Esto permite duplicar la reparación con el mismo molde de estos dientes.

Para retirar los dientes fracturados, se desgasta el acrílico de la cara lingual, retirando las espigas de oro retentivas de la base de la dentadura. Con frecuencia los dientes pueden retirarse sin

transformar el acrílico en el aspecto labial de la dentadura.

Los nuevos dientes se ajustan en el espacio vacío. A veces es necesario retirar un poco más de acrílico para alinear los dientes correctamente. Estos se enceran en su lugar sobre la cara lingual y se aplica un poco de vaselina a la cara labial de los dientes y la base de la dentadura. Se hace un índice de yeso piedra o yeso.

Cuando haya fraguado se retiran los dientes índice, se lava la cera y los residuos con agua hirviendo y un detergente. Se cubre el índice con un medio separador, se coloca en un sitio, y se dispone en su lugar los dientes.

El acrílico de reparación puede aplicarse utilizando un pincel humedecido con monómero y luego usándolo para recoger el polímero y llevarlo hasta su lugar.

Cuando el espacio haya sido llevado con material de reparación se coloca la dentadura en la olla de presión a 13.608 Kg. por pulg.² durante 30 min. Si se presentara una pequeña abertura en la superficie labial, suele añadirse una pequeña cantidad de resina acrílica. Se retira, termina y pule.

Es necesario recordar que las reparaciones de dentaduras de curación en frío no son tan fuertes como las reparaciones hechas con calor. Sin embargo, si se utiliza una resina de termo polimerización, la dentadura puede distorsionarse durante el procesado.

REPAPACION DE LA PROTESIS SUPERIOR.

Se limpian los bordes fracturados de restos u otras interferencias de modo que los dos partes coincidan perfectamente.

Se mantienen unidas las dos mitades mediante una fresa vieja, -

que se pega a los dientes y a las superficies de la resina mediante cera pegajosa. No se coloca cera sobre la fractura para que se puedan examinar los lados del tejido y el palatino para ver que están correctamente adaptados. Se vibra yeso con suavidad del lado palatino para evitar la formación de burbujas y se coloca sobre un cono, de la mezcla para formar el modelo.

REPARACIONES CON RESINA ACRILICA AUTOPOLIMERIZABLE.

Cuando se reparan prótesis con resina autopolimerizable, se requiere la misma atención que con otros sistemas para unir exactamente las partes fracturadas y las de reemplazo. Se quitan todas las impurezas y las partes se unen íntimamente y se mantienen con cera pegajosa o fosforos de madera (fesa) y cera pegajosa. Después se adapta una hoja de estaño a la superficie basal de la prótesis, previo el vaciado del modelo de yeso dentro de la prótesis. El modelo se separa de la prótesis y se recorta la resina de los dos lados de la fractura y se bisela. Después se vuelve a colocar el modelo, si pincela con monómero las superficies cortadas, y se coloca resina autopolimerizable en la brecha. Se coloca una hoja mojada de celofán sobre la resina blanda y se mantiene presión digital sobre ésta por 15 min.

CURADO BAJO PRESION DE AIRE.

La presión sobre el acrílico autopolimerizable puede mantenerse mientras dura el curado colocando la prótesis en un recipiente a presión, se le une un tubo de aire que lleva 15 o más libras de presión fijando en el recipiente (presurizador), esa presión condensa la resina de reparación. Este sistema de curado puede usarse cuando la resina de reparación se agrega en pequeñas cantidades de polvo (polímero) y líquido (monómero) sin esta presión la resina agregada de esta manera es menos densa que la resina curada bajo presión.

FRACTURA DE LA DENTADURA SUPERIOR.

Los bordes de la fractura se limpian perfectamente, de manera - que las dos partes se ajusten bien.

Las dos partes se mantienen unidas por medio de palillos de fósforos, que se pegan a los dientes y a las superficies de acrílico -- con cere pegajosa. No se pone cera sobre la línea de fractura para - que se pueda ver si las dos partes ajustan correctamente.

Se deposita con vibración suave piedra artificial en el lado pa- latino de la dentadura, procurando que queden incluidas burbujas de - aire, y se coloca la dentadura sobre el resto de la mancha para for- mar el modelo.

Después de que se ha endurecido la piedra, la línea labial de - la fractura se empaca en seco. Se pone el caso en el frasco y se lle- va el yeso sobre las porciones labial, bucales y oclusales de los --- dientes. El acrílico en la porción palatina se prepara con una línea de terminación a cada lado de la fractura y se reduce en espesor. La línea de fractura, se ensancha hasta el modelo de piedra.

Si se va hacer un empaçado por presión, la superficie preparada a uno y otro lado de la línea de fractura se cubre con cera para ba- ses. Se llena la segunda mitad del frasco. Después que el yeso ha - fraguado, se calienta el frasco en agua hirviendo, se separan las dos mitades y se quita la cera mediante un lavado a fondo. Se coloca so- bre el área acrílico termocurable las dos mitades del frasco. Se co- locan en una prensa y se cierra para probar. Si el espacio se ha lle- vado bien con acrílico termocurable, las dos mitades se juntan y el - caso se polimeriza.

FRACTURA DE LA DENTADURA INFERIOR.

En una fractura inferior las partes necesitan unirse con gran -
cuidado. Las posibilidades de error son más grandes que en las frac-
turas superiores, porque las superficies de fractura son más peque-
ñas.

Las dos partes de la dentadura rota son juntados y mantenidos -
en posición por medio de palillos de cerillos colocados transversal-
mente y de cera pegajosa, después de la cual se hace el modelo de pie-
dra.

Se prepara el acrílico a través de la línea de fractura y las á
reas adyacentes se reducen en espesor.

El área labial y el área lingual se empaacan en seco y la repara
ción es terminada.

REPOSICION DE DOS INCISIVOS EN LA DENTADURA SUPERIOR.

Dos incisivos rotos deben ser repuestos. El incisivo central -
va a ser colocado haciendo una abertura en la parte lingual y dejando
el acrílico labial intacto para que la reparación no se note. El in-
cisivo lateral va a ser colocado sin tocar el acrílico en ninguno de
los lados.

Desde el lado labial el acrílico se corta en la parte lingual y
se reduce bajo el diente sin tocar la superficie labial gingival. --
los bordes labial y lingual alrededor del diente no deben ser tocados
y el alvéolo debe ser ensanchado para dar cabida al acrílico nuevo, -
donde seran adaptados los dientes nuevos en la pieza polimerizada.

CASUÍSTICA.

C A S U I S T I C A .

CASO No. 1

NOMBRE; Roberto Arce Almeida

DOMICILIO; Calzada Independencia sur #921

OCUPACION; Fontanero

SEXO; Masculino

EDAD; 62 años

MOTIVO DE LA CONSULTA; Paciente que se presenta con dentadura total superior fracturada a nivel de línea media. Nos refiere que la elaboración de su dentadura total superior se le realizó hace aproximadamente 1 año y nunca tuvo problemas con su dentadura hasta que accidentalmente se le fracturó.

PLAN DE TRATAMIENTO; Revisamos y limpiamos los bordes fracturados de restos de acrílico minúsculos y posteriormente unimos las dos partes de la dentadura para ver si coincidían satisfactoriamente. al verificarlo recurrimos a la restauración inmediatamente ya que los tejidos de soporte del paciente estaban en óptimo estado.

Utilizamos los materiales necesarios (acrílico autopolimerizable, palillos de madera y cera pegajosa), y una técnica adecuada para la restauración de la dentadura, obteniendo resultados positivos ya que se le resolvió totalmente el problema al paciente.

CASO No. II

NOMBRE: Enrique Lázaro Cota

DOMICILIO: Monte Camino # 2700 Col. Independencia

OCUPACION: Comerciante

SEXO: Masculino

E.L.D.: 70 años

MOTIVO DE LA CONSULTA: Paciente que se presenta con dentadura total superior y dentadura parcial inferior.

Refiere que este tratamiento se le realizó hace aproximadamente 1 mes, estando conforme con la dentadura parcial pero quejándose de la falta de retención en la dentadura total superior.

Revisamos la dentadura superior y los tejidos de soporte percatándonos de la falta de extensión en sus flancos vestibulares así como de ajuste (pensamos que esto se debe a falla en la técnica de impresión), observándose un desajuste considerablemente pequeño.

PLAN DE TRATAMIENTO: Como esta dentadura es relativamente nueva y fuera de la falta de retención reúne las condiciones necesarias para ese paciente, indicamos como solución hacer un rebase indirecto a la prótesis total.

Se emplearon los materiales necesarios y la técnica adecuada para rebase indirecto obteniendo resultados satisfactorios y resolviéndose el problema al paciente.

CASO No. III

NOMBRE: Juan Antonio Romero Castro

DOMICILIO: Sierra Madre # 833 Col. Independencia

OCCUPACION: Zapatero

SEXO: Masculino

EDAD: 61 años

MOTIVO DE LA CONSULTA: Paciente que se presenta con dentadura total inferior fracturada a nivel de la línea media y con dentadura superior total intacta.

Nos especifica que la elaboración de sus dentaduras totales se le realizaron hace aproximadamente 3 meses estando satisfecho del tratamiento pero, volviendo a la consulta dental por la fractura de su dentadura total inferior. la cual, consistió por caerle al piso al estarla cepillando.

PLAN DE TRATAMIENTO: Revisamos lagdos partes en que quedo dividida la dentadura y observamos al unir las que que dieron perfectamente adheridas las dos mitades de la dentadura total inferior.

Como dicha dentadura es relativamente nueva y excepto la fractura a nivel de la línea media reúne las condiciones necesarias para dicho paciente indicamos como tratamiento la reparación inmediata de la dentadura , se utilizaron los materiales necesarios y una técnica adecuada -- con la obtención de resultados positivos ya que se resolvió el problema del paciente.

CASO No. IV

NOMBRE; FERNANDO TORRES ACOSTA

DOMICILIO; Reforma #1525

Ocupación; Comerciante

SEXO; Masculino

EDAD; 68 años

MOTIVO DE LA CONSULTA; Paciente que se presenta con fractura de incisivo lateral izquierdo en dentadura total superior.

Nos relata que la fractura del incisivo lateral izquierdo superior aconteció por un golpe accidental.

PLAN DE TRATAMIENTO; Revisamos y observamos la dentadura y excepto de la fractura del incisivo lateral izquierdo no había nada anormal en la dentadura total. Así que, procedimos a la reparación de dicho diente fracturado, desgastamos el acrílico de la cara palatina y quitando el apoyo palatino hicimos presión con el dedo pulgar empujando hacia palatino el diente fracturado cediendo fácilmente, quedando el contorno vestibular de la base de la dentadura intacto. procedemos a colocar un diente nuevo de acrílico en el alveolo dejando por el diente fracturado y alternando polímero y monómero en la parte palatina desgastada anteriormente hasta restaurar la parte desgastada por palatino, dejamos que polimerize y posteriormente pulimos obteniendo buenos resultados ya que se solucionó totalmente el problema al paciente.

CASO No. V

NOMBRE: Arturo Alcantar Díaz

DOMICILIO: Munguía # 1280

OCCUPACION: Carnicero

SEXO: Masculino

EDAD: 69 años

MOTIVO DE LA CONSULTA: Paciente que se presenta a consulta con desprendimiento de incisivos centrales superiores en dentadura total superior.

Hos relata que el desprendimiento de los incisivos centrales ocurrió al morder con demasiada fuerza al estar alimentándose.

PLAN DE TRATAMIENTO: Revisamos la dentadura y aparte de la falta de los dos incisivos centrales superiores no había ningún problema en la dentadura superior. procedimos a la reposición de los incisivos centrales faltantes ampliando con una fresa los alveolos, posteriormente colocamos los dientes de acrílico en posición adecuada pegándolos con cera pegajosa a los dientes contiguos, procedimos a vertir polímero y monómero hasta obturar perfectamente, obteniendo buenos resultados ya que el problema se trato satisfactoriamente.

CONCLUSIONES.

CONCLUSIONES.

Por el estudio realizado y expuesto anteriormente nos percatamos significativamente de los beneficios obtenidos al realizar algún procedimiento prostodentico suplementario ya que, estos procedimientos; rebases, cambio de bases y reparaciones en dentaduras son de suma importancia en el tratamiento prostodónico de la práctica odontológica.

Respecto al trabajo realizado en los casos clínicos puedo resumir que las técnicas utilizadas sobre rebases y reparaciones de dentaduras totales fueron satisfactorias y del agrado de los pacientes ya que hubo tanto estética como funcionalidad en las prótesis totales tratadas.

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

- Prostodoncia Dental Completa.
 Dr. John J. Sharry. R K 651
 Edición Toray, S.A. Barcelona. S 43
 Primera Edición. Ej. 4
 Pág. 325-333.
- Prostodoncia Total.
 Dr. Sheldon Winkler.
- Nueva Editorial. R K 656
 Interamericana. P 762
 Primera Edición. Ej. 2
 Pág. 446-465.
- Prótesis para el desdentado total.
 Dr. Carl. O. Boucher.
- Judson C. Hickey. R K 501.5
 George A. Zarb. B 68
 Editorial Mundi. 3
 Séptima Edición.
 Pág. 531-557.
- Dentaduras Completas.
 Dr. Merrill G. Swenson. R K 651
 Unión Tipográfica Editorial Hispano Americana. S 94
 1955
 Segunda Edición. Ej. 2
 Pág. 540-566.

Prótesis Dental.

Dr. Raymond J. Magle.

Victor H. Sears.

R K

Sidney I. Silverman.

656

Segunda Edición.

F 34

Ediciones Toray, S.A.

Pág. 460-470.

Técnicas Inmediatas de Reparaciones

y Restauraciones

R K

Prótesis en el Consultorio

652

Dr. Moises Zlachesky Mazer.

Z 53

Celia Spollansky

Ej. 4

Editorial Mundi.

Primera Edición.

Pág. 1-23.