

16
2021

Universidad Autónoma de Guadalajara

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



COPIA CON
FALLA DE ORIGEN

"TECNICAS DE IMPRESION, SEGUN LA ANATOMIA ORAL
EN PROSTODONCIA TOTAL".

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
Carlos Alberto Fernández Dávalos
Asesor: C. D. Rafael I. Bojorquez Ruiz
Guadalajara, Jal., Noviembre de 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.

TECNICAS DE IMPRESION, SEGUN LA ANATOMIA ORAL EN PROSTODONCIA TOTAL

INTRODUCCION.

CAPITULO I ANATOMIA: a) Maxilar superior

b) Maxilar inferior

CAPITULO II MATERIALES DE IMPRESION.

CAPITULO III TIPOS DE IMPRESIONES.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

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

! El odontólogo moderno se da cuenta que cada día toma más auge la prostodoncia total, pues actualmente el paciente, siente la necesidad de observarse edentulo lo menos posible, esto es que le importa mucho la estética, así como la función.

A su vez, el odontólogo tratará cada caso en particular y trazará un plan de tratamiento adecuado a cada uno de los pacientes, dependiendo para ello de la anatomía oral y la técnica de impresión, y así provocarle a los pacientes los trastornos menos posibles.

Aunados los esfuerzos del paciente, así como los conocimientos de anatomía del odontólogo se conseguirá un tratamiento rápido y efectivo dándole el mayor éxito posible a la prótesis total y devolviéndole al paciente, las funciones que efectuará su dentadura natural durante la vida activa de ésta. Por lo tanto le daremos a la persona un trabajo que le caudará las más mínimas molestias durante el uso de su prótesis total.

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

Para lograr un resultado óptimo, la dentadura completa debe de llenar algunas exigencias por eso en los capítulos siguientes trataremos los tipos de materiales de impresión, las técnicas de impresión, así como la anatomía oral y así llegar a un tratamiento adecuado.

CAPITULO I

ANATOMIA

CAPITULO I

ANATOMIA

El Estudio de la anatomía bucal funcional no debe hacerse en aislamiento anatómico, la boca es solo una parte de una serie de entidades funcionales que componen la cabeza. Esta a su vez constituye una parte integral del organismo total.

La práctica de la prostodoncia depende del conocimiento preciso de la osteología descriptiva tradicional, en especial del maxilar y la mandíbula.

Por eso es preciso y tener muy en cuenta todo lo relacionado con el maxilar y la mandíbula.

Sin estos conocimientos es probable que nuestro tratamiento sea un fracaso completo. Esto no quiere decir, que el conocimiento de la anatomía del maxilar superior y la mandíbula sea lo más importante en la elaboración de unas dentaduras o prótesis completas.

También debemos de tener en cuenta todo lo relacionado con materiales y técnicas de impresión así como, de laboratorio, pero en éste capítulo solo nos vamos a referir a lo tocante a anatomía del maxilar y la mandíbula.

MAXILAR SUPERIOR

El maxilar superior, el más importante de todos los huesos de la mandíbula superior, es un hueso par, situado en el centro de la cara. Presta, a la dentadura superior un soporte.

Es considerado desde el punto de vista puramente descriptivo, bastante regularmente cuadrilátero y ligeramente aplanado de dentro a fuera y tiene 2 caras, una interna y otra externa, cuatro bordes y cuatro ángulos.

Existe en este hueso una profunda cavidad que ocupa casi toda la masa, cavidad que disminuye mucho su peso, con la circunstancia favorable de disminuir muy poco su resistencia: el seno maxilar.

Agujero palatino anterior. Este agujero palatino está situado en la bóveda palatina sobre la línea media y un poco atrás de los incisivos, a medida que progresa la reabsorción de los procesos alveolares en los desdentados, emerge hasta colocarse encima del proceso (4).

Agujero palatino posterior en el tercio externo de la bóveda palatina, a nivel del tercer molar superior, emerge de éste un paquete vasculo nervioso formado por el nervio palatino anterior y las arterias y venas palatinas que inervan e irrigan las dos terceras partes posteriores del paladar duro. (4).

Las apófisis alveolares maxilares, las apófisis cigomáticas y las apófisis palatinas son las estructuras óseas más directamente relacionadas con el soporte de la prótesis (5).

El maxilar superior sufre una reabsorción en dirección hacia arriba y hacia adelante (9).

La fosa canina es una depresión a un lado de la línea media, encima de las posiciones ocupadas por los incisivos laterales y en la mitad de la eminencia canina.

La apófisis cigomática del maxilar superior sobresale super o lateralmente de la superficie bucal del reborde alveolar en la región ocupada anteriormente por las raíces del primer molar superior (5).

La apófisis alveolar termina posteriormente en una prominencia redonda llamada tuberosidad del maxilar, es decir, distal a la posición anteriormente ocupada por los terceros molares superiores por detrás de la tuberosidad se encuentra la extensión inferior de la región del pterigoideo y la apófisis piramidal del hueso palatino, que sale entre estas dos regiones (5).

El maxilar superior adentulo es semióval, por desaparición de las eminencias caninas con muchas variedades en los detalles, el maxilar superior desdentado suele tener unas 5cms, de diámetro transversal por algo más en sentido anteroposterior, con apó-

fisis alveolar que una vez cicatrizadas y remodeladas no suele tener más de 1 a 1.5 cms. de altura en relación con la bóveda palatina (1).

El paladar duro está limitado anteroposteriormente por la sutura palatina media. En los ángulos rectos a estos, otra sutura separa al tercio posterior del paladar dura (los huesos palatinos) de los tercios anteriores (maxilares) en el extremo posterolateral del paladar duro a los lados de la línea media están los agujeros palatinos posteriores por donde pasan venas y nervios. El borde posterior libre del paladar duro es cóncavo bilateralmente, se extiende más hacia atrás a la línea media, su superficie superior se llama espina nasal posterior (5).

Planos mucosos del maxilar superior, el maxilar superior desdentado está cubierto por un tejido mucoso, en el cuál observamos unas áreas que son: reborde residual, surco vestibular, paladar duro o blando. El reborde residual en forma de herradura termina por ambos lados y hacia atrás en las tuberosidades cuyos límites posteriores son los surcos hamulares o pterigomaxilares. (1).

El surco vestibular o fondo de saco, con sus vertientes externa o yugular e interna o maxilar, en la parte media anterior del surco encontramos los frenillos laterales, menos vigorosos situados en la zona correspondiente a los primeros premolares, dividen al surco en anterior y posterior (1).

Paladar duro, forma la bóveda palatina, entre las apófisis residuales adelante y a los lados y el paladar blando detrás, en la porción delantera, las rugosidades palatinas tienden a borrarse con los años. La mucosa firme y resistente se torna espesa y blanda denominandose zona del postdamig la que rodea a la línea de insercción del paladar movable (1).

Paladar blando, se distingue clínicamente del duro haciendo decir AHi al paciente, en la zona de unión entre ambos se observan frecuentemente dos focitas, las foveolas palatinas referencia para la espina nasal posterior (1).

M A X I L A R I N F E R I O R

El maxilar inferior o mandíbula es un hueso único el cuál dará soporte a la prótesis inferior y esta formado por un cuerpo en forma de herradura y dos ramas que terminan en cóndilos que se articulan al macizo óseo de la cabeza, en la cavidad glenoidea, por medio de la articulación temporomandibular (4).

Agujero mantoniano está ubicado entre las raíces del primero y segundo premolar, cuando la reabsorción es muy severa, este agujero puede localizarse hasta encima del proceso, donde es precionado el nervio mentoniano, arteria y vena por la prótesis que queda encima de ellos. Por ésta razón si no es rebajada la base de la dentadura el paciente va a referir adormecimiento o sensación de ardor en el área mencionada (4).

El maxilar inferior desdentado sufre reabsorción que se inicia hacia afuera y progresivamente se hace más ancho (9).

Papila mirtiforme, en la parte posterior del proceso alveolar protegiendo la unión de la línea oblicua interna y la línea oblicua externa, se encuentra la papila mirtiforme de forma triangular con base posterior y vértice anterior, la cuál será la porción final de la zona chapeable, si no es cubierta por la prótesis estaremos desaprovechando la zona de retención más importante en la prótesis inferior (4).

Proceso residual. Está formado por dos láminas óseas duras que envuelven el hueso esponjoso llamado diploe dando lugar a la formación de los alveolos dentarios, a medida que se pierden los dientes, los alveolos se rellenan con hueso nuevo y los márgenes del mismo se reducen, redondeándose el proceso, resta reabsorción es rápida al principio pero después se va haciendo más lenta. (4).

Línea oblicua externa, continuación del borde anterolateral de la rama ascendente, se extiende prominentemente como un reborde fácil de distinguir en el área del último molar y termina gradualmente su extensión hacia el tuberculo mentoniano que se localiza a un lado de la protuberancia mentoniana (5).

Orbicular de los labios. Sin poseer inserción alguna en el esqueleto, sus fibras se entrecruzan con las fibras de otros músculos, formando el esfínter de la cavidad bucal y su acción es la de estrechar la abertura, adosando los labios a la arcada dentaria y moviendo los labios hacia adelante, en posición de beso. (4).

Triangular de los labios sus fibras se entrecruzan con el orbicular de los labios, se inserta en la cara externa del músculo cutáneo, y su acción atrae hacia abajo la comisura labial, dando al paciente la expresión de tristeza. (4).

Cuadrado de la barba, se inserta en la cara externa de la mandíbula hasta la piel del labio inferior, junto con el triangular estrechando también sus fibras con el orbicular, se desplaza la mucosa del labio inferior, hacia abajo (4).

Risorio de Santorini, tiene su origen en el borde anterior de la parótida, con sus fibras de trayecto horizontal converge hacia la comisura bucal atrayendola hacia afuera.

Borla del mentón, insertado en la parte anterior del mentón sustrae profundidad al vestibulo anterior de la mandíbula. (4).

Incisivo, el musculo incisivo del labio superior y el musculo incisivo del labio inferior se comportan al contraerse del mismo modo que el mentón y atraen la comisura bucal hacia adentro. (4).

Masetero, cara externa de la mandíbula de forma cuadrangular se inserta en el arco cigomático, y en la superficie externa del cuerpo y rama de la mandíbula, se le conocen dos porciones, una superficial más anterior y otra profunda más posterior, sus funciones son, elevar la mandíbula, protrusión simple y lateralidad extrema de mandíbula. (5).

Temporal, en forma de abanico se inserta en la superficie externa del cráneo y se extiende hacia adelante hasta el borde lateral del reborde supraorbitario, su inserción inferior se hace en el borde superior y en la mitad de la superficie de la apófisis coronoides y a lo largo del borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula. Su acción es dar posición a la mandíbula durante el cierre de lateralidad hacia el mismo lado, y protrusiva. (5).

Pterigoideo Interno, tiene su origen en la mitad de la superficie de la lámina pterigoidea lateral, en la fosa pterigoidea y en la caracigomática del maxilar y su inserción en la cara interna del ángulo de la mandíbula, tiene función de elevación y colocación de la mandíbula en posición lateral y protrusión simple, protrusión y lateralidad. (5).

Geniohioideo. Se dirige desde el mentón al cuerpo del hioides, tiene su origen encima del extremo anterior de la línea milohioidea, junto a la espina mentoniana en la geni inferior, dirige el hueso hioides hacia adelante.

Milohioideo. La zona de origen ocupa toda la línea milohioidea, extendiéndose desde la región del tercer molar y la cara interna del mentón de un lado, hasta la misma región del lado opuesto. (5).

Geniogloso. Nace a cada lado de la línea media en la apófisis genisuperior, las fibras se extienden en forma de abanico las superiores en dirección de la punta de la lengua. Las medias en el dorso y en la base lingual, y las inferiores se dirigen hacia atrás y alcanzan la cara anterior de la epiglotis y el borde superior del cuerpo del hioides, su acción es elevar la lengua, cuando se contrae en su totalidad, aplica la lengua sobre el piso de la boca. (5).

Músculo buccinador, dada su extensa línea de superficie de contacto con ambas prótesis superior e inferior, y su fuerte adosamiento sobre todo a la pared vestibular, durante la deglución es uno de los músculos más importantes de considerar en prosthodontia. Estas dos características deben ser aprovechadas positivamente, en la retención de las prótesis. (5).

C A P I T U L O I I

MAERIALES DE IMPRESION

C A P I T U L O I I

MATERIALES DE IMPRESION

Los materiales más comunes que son empleados para la toma de impresión son: el compuesto de modelar, la pasta cinquenolica, los hidrocoloides irreversibles o alginato y los compuestos sintéticos a base de elastomeros.

Los elastomeros, son polímeros líquidos que están basados en polímeros sintéticos similares al caucho, se pueden transformar en gomas sólidas a temperatura ambiente al mezclarlos con los catalizadores adecuados, son dimensionalmente más aceptables y más estables si se les compara con los hidrocoloides a base de agar o alginato.

Los mercaptanos a base de hule se usan para registrar impresiones en dentaduras completas, tienen un alto grado de pegajosidad de la pasta recién mezclada y la capacidad de manchar se debe al uso del peróxido de plomo como catalizador.

Se define el tiempo de fraguado de los mercaptanos como el tiempo que transcurre desde el comienzo de la mezcla hasta que el curado haya avanzado lo suficiente para retirar la impresión de la boca sin deformación alguna. Está comprobado que el aumento de temperatura y humedad aceleran el tiempo de fraguado.

Se dice que los mercaptanos tienen un poder de elasticidad muy bueno. Por eso se ha encontrado adecuado dejar el material en la boca entre 4 y 6 minutos.

Los elastomeros se contraen levemente durante el curado. Estos no tienen olor malo, ni sabor malo.

Las siliconas son polímeros sintéticos que se usan como aceites, grasas, resinas y gomas.

Los materiales que son livianos se utilizan con jeringas o en impresiones para prótesis completas, los pesados y de alta viscosidad se usan en técnicas combinadas con jeringa y cubetas, para manejar la silicona es necesario que se humedezcan las manos previamente para así evitar que la masa se pegue a la piel.

La proporción y mezcla deben seguirse al pie de la letra como dice el fabricante, de lo contrario no habrá resultados satisfactorios y uniformes. La siliconas fraguan más pronto que los mercaptanos, en este producto hay una etapa inicial y una final de fraguado y no son tan sensibles a los cambios de temperatura.

Son más elásticos que los elastomeros para impresión, son más limpias y agradables.

Las impresiones tomadas deben (hacerse) vaciarse tan pronto como sea posible para asegurar su exactitud, pasadas 24 Horas sufran una contracción de 0.2%.

La modelina es un material termoplástico, cuando se calienta toma consistencia semifluida y en ese momento se debe colocar al paciente, el endurecimiento se produce hasta que toma la temperatura bucal y en ese momento se debe retirar de la boca. Es de los materiales más antiguos de la protodoncia total, es fácil de usar pero se necesita experiencia para tomar una buena impresión, se puede usar varias veces, también se le llama compuesto de modelar, godiva, se presenta en el mercado en 5 colores: negra, roja, verde, gris y blanca, es el material que se puede ajustar a los bordes de nuestra cucharilla. Los rellenos más comunmente usados con tiza francesa, talco y pómez y éstos sirven para mejorar la consistencia, disminuir el escurrimiento y mejorar la resistencia.

Los ablandadores lubricantes los hay como: estearina, ácido esteárico y glicerina.

La modelina tiene pobre estabilidad dimensional y tiende a distorsionarse si se conservan por mucho tiempo.

Otro material de impresión muy usado en odontología es el alginato que cambian de un estado líquido o de sol a estado sólido o de gel como resultado de una reacción química, este es un hidrocoloide irreversible, el principal ingrediente del alginato es uno de los alginatos solubles, en el polímero lineal de la sal sódica del ácido anhidro-B-manurónico., la sal incorporada

es un retardador, hay varias como fosfato de Na, O de K, exalato o carbonato, los más comunes son fosfato de sodio y pirofosfato tetrasódico, la finalidad de la tierra de diatomeas es aumentar la resistencia y rigidez del alginato.

El tiempo de fraguado es de 2 a 3 minutos, las temperaturas altas acortan el fraguado y las temperaturas bajas lo prolongan.

Un material más que es de suma importancia en la odontología es la que se hace con óxido de zinc y eugenol, este material puede ser medicinal en ocasiones y también tiene utilidades mecánicas, sirve de elemento cementante, apósito quirúrgico, material de obturación temporal, obturador de conductos radiculares, material de rebasado, en prótesis y como material de impresión en bocas desdentadas.

Se menciona que una mezcla de ZOE puede haber hasta un 5% de eugenol libre de un contenido original de eugenos de 16%, aún 10 años después.

El ZOE reproduce detalles y presenta adhesión al yeso piedra. La viscosidad y la Fluidez son factores determinantes para buena reproducción de los detalles.

Las pastas cinquenolicas fraguan más rápidamente con temperaturas altas y con humedad.

CAPITULO III

TIPOS DE IMPRESION

CAPITULO III

TIPOS DE IMPRESION

Como ya se sabe, los elastomeros más utilizados son los mercaptanos o ticoles y las siliconas, ambos son fraguables de técnicas de empleo y resultado clínico similares, por lo tanto no es necesaria la descripción de la técnica para cada material por separado; simplemente la descripción de la técnica empleada en los dos materiales (1).

Impresión primaria inferior, se prepara el material de impresión, al material pesado o masilla se le agrega las gotas de reactivo que marca el fabricante y se mezcla trabajandolo con la mano, hasta que queda una mezcla que no presente colores diferentes, se debe utilizar un adhesivo en el porta impresión antes de cargarlo. (1).

Se coloca al paciente de modo que la cabeza este a una altura igual que su hombro, para que las manipulaciones que se hagan sean sin forzar sus propios brazos. Estará en una posición descansada y con el proceso inferior paralelo al piso. Nos colocamos en la parte delantera del paciente y a la derecha.

Haciendo tracción en la comisura derecha, se introduce el porta impresión por la comisura izquierda, y dandole un ligero movimiento de torción, la introducimos completamente en la boca (4).

Se sentará de atras hacia adelante para que el sobrante de material corra hacia vestibular anterior, con el fin de que no se introduzca en la faringe.

Se comienza a ajustar zona por zona haciendo los movimientos especiales de cada una de ellas (4).

Estas son las zonas en la que se dividen el maxilar y la mandíbula para la toma de impresión.

ZONA 1.- Abarca la región de las caras vestibulares de los molares, en esta zona se inserta parte del músculo masetero y parte del buccinador, es una zona par, se ajusta presionando el carrillo hacia afuera, arriba y adentro de izquierda a derecha.

ZONA 2.- Abarca la región posterior de la zona chapeable detrás de la papila mirtiforme, es por una zona que será impresionable sin aplastamiento de ninguna especie.

ZONA 3.- Abarca la región vestibular de los premolares, en ésta zona está la inserción tendinosa del buccinador y el frenillo bucal, se ajusta, haciendo tracción del carrillo hacia afuera, arriba, adentro, adelante y atras (4).

ZONA 4.- Zona impar, abarca la región vestibular de los incisivos y caninos, se ajusta presionando el labio inferior hacia afuera, arriba, de derecha a izquierda.

ZONA 5.- Abarca la región lingual de los incisivos o zona de la apófisis geni, está la inserción del musculo geniogloso y el grenillo lingual, se ajusta haciendo que el paciente se toque el paladar lo más atras posible con la punta de la lengua.

MANDIBULA

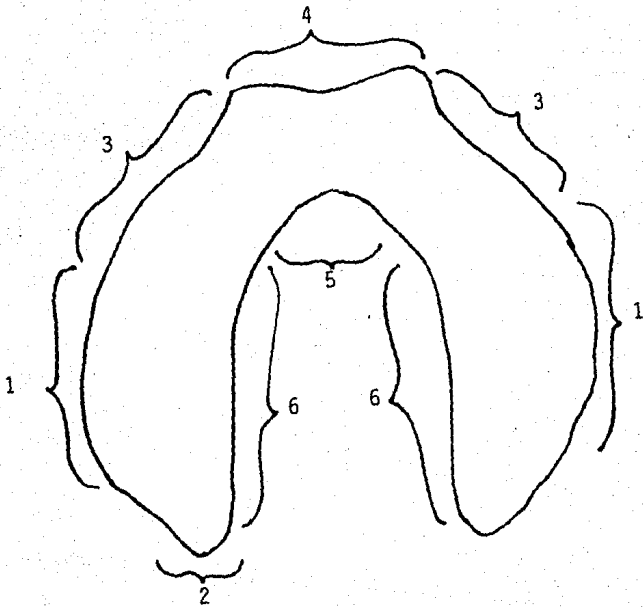


Figura # 2

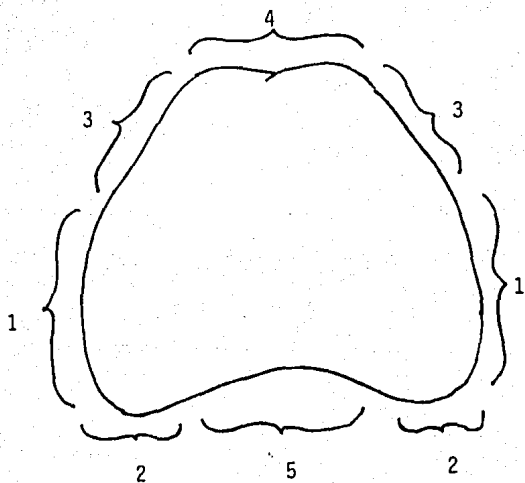
ZONA 6.- Zona par, abarca la región lingual desde la terminación de la zona 5 hasta la zona 2, encontramos la inserción del músculo milohioideo, se ajusta haciendo que el paciente se toque la comisura del lado contrario al que vamos a impresionar con la punta de la lengua (4).

Para retirar la impresión de la boca del paciente se levanta el labio superior, y se colocan los dedos índices de la mano a cada lado, se rompe el cierre atmosférico y se saca la impresión con un movimiento seguro y rápido (4).

IMPRESION PRIMARIA SUPERIOR

Con el índice de la mano izquierda tiramos de la comisura izquierda la cavidad bucal e introducimos el porta impresión por la comisura derecha. La musculatura del paciente deberá estar en reposo y la boca semi abierta. Introducimos las dos terceras partes del porta impresión y con un ligero movimiento de torsión lo terminamos de introducir, se hará el asentamiento de atrás hacia adelante (4).

Terminando el asentamiento, soltamos el labio para que recupere su posición natural y empezamos el ajuste muscular, que será dividido en: Zona 1, zona 2, zona 3, zona 4, zona 5. (4).



Zona 1.- Abarca la región de las caras vestibulares de los molares superiores, en esta zona se insertan algunas fibras del buccinador, se ajusta jalando el carrillo hacia afuera, abajo y adentro.

Zona 2.- Zona par, abarca la región del suco hamular, se encuentra el músculo pterigo-palatino, se ajusta haciendo que el paciente abra la boca en su máxima distensión dos o tres veces.

Zona 3.- Zona par. Abarca la región vestibular de los premolares, encontramos el frenillo bucal en uno o más fascículos, se ajusta jalando la mejilla hacia afuera, abajo, adentro, adelante y atras (4).

Zona 4.- Abarca la región de las caras vestibulares de los caninos superiores, se ajustan tirando el labio superior hacia afuera, abajo, derecha e izquierda para impresionar el frenillo en forma de abanico y no en forma de "V".

Zona 5.- Llamada zona vibratil o post dam, se encuentra en la división del paladar duro y el blando, se hace presente al pedirle al paciente que diga ¡AH¡ (4).

La impresión final se hará con la presentación final del elastomero. El paciente deberá estar sentado en el sillón dental, se prepara el material de impresión base y catalizador de

acuerdo con las indicaciones del fabricante, con una espátula de acero se mezclan hasta que no se presente estrías de colores (4).

Se carga el porta impresión y se introduce en la base de la misma manera en que se hizo antes. En el caso de la impresión inferior, el odontólogo deberá estar a la derecha y adelante del paciente, en el caso de la impresión superior el odontólogo deberá estar a la derecha y atrás.

Se lleva a cabo los ajustes necesarios zona por zona tanto de la impresión superior como inferior como se explicó anteriormente. Para retirar la impresión se rompe el cierre atmosférico y se saca la impresión cuidadosamente, examínala para ver el contacto del material de impresión con el tejido. (4).

IMPRESION MIXTA CON MODELINA Y ALGINATO

Se retira del baño de agua caliente (60°C), la cantidad requerida de modelina y se trabaja con los dedos, para obtener una superficie libre de arrugas, se vuelve a llevar la modelina al baño de agua dejándola algunos segundos para que retome su temperatura. Se retira del baño y se prepara para cargar con ella, el porta impresión. (2).

Impresión inferior. Se carga el porta impresión.

1) Se amasa la modelina. 2) Se calienta la superficie interna del porta impresión. 3) Se ubica la modelina en el porta impresión. 4) Se adapta la modelina al porta impresión. 5) Se invierte el porta impresión y paselo rápidamente bajo un chorro de agua fría. 6) Flamee la superficie de la modelina. 7) Se temple la superficie flameada. (2).

Toma de impresión.

1) Se trabaja frente al paciente. 2) Se introduce el porta impresión en la boca. 3) Se centra el porta impresión se tracciona los carrillos. 4) Asiente firmemente el porta impresión. 5) Dedo pulgar derecho debajo del mentón y dedos índice y medio sobre el borde superior del porta impresión. (2).

Retiro de la impresión inferior.

Se tracciona los carrillos para romper el sellado obtenido en los bordes de la impresión.

Se toma el mango de el porta impresión firmemente entre el pulgar y los dedos índice y mayor de la mano derecha y aplique una fuerza hacia arriba y atras. (2).

Los reparos anatómicos necesarios:

Regiones Retromolares - deben ser cubiertas.

Línea oblicua externa - deben ser cubiertas.

líneas milohioides - deben ser cubiertas.

Extensión hacia el repliegue vestibular - completa
Extensión hacia la bolsa lingual - completa
Frenillos lingual labial y bucal - Registrados.

Impresión superior. Carga del porta impresión.

1) se calienta la modelina. 2) Se coloca la modelina el centro del porta impresión. 3) Manipule la modelina. 4) Se flamea y temple el agua caliente (2).

Retiro de la Impresión.

Se le indica al paciente que cierre la boca desde la posición de apertura máxima, levante los carrillos para romper el sellado periférico y se hace presión hacia abajo sobre el flanco de la impresión, a la altura de la región del primer molar, puede ser necesario aplicar sobre el mango de la cubeta una fuerza hacia abajo y adelante. (2).

Inspección de la impresión inferior.

Los reparos anatómicos necesarios son:

Rebordé alveolar - debe ser registrado.

Paladar - debe ser cubierto.

Extensión del surco hamular - debe ser registrado.

Extensión hacia repliegue vestibular - debe ser total.

Frenillos labiales y bucales - deben ser registrados. (2).

Se elimina el exceso de modelina que se haya escurrido sobre el paladar blando, puede haber exceso de modelina en los bordes de las regiones labial y bucal, en cuyo caso debe ser eliminado. Toda deficiencia debe ser corregida mediante el agregado de modelina debajo punto de ablandamiento. Se temple en el agua caliente y se reimpressiona. (2).

Impresión con alginato. Se aplica una delgada capa de alginato tal como se indicó en la impresión inferior. Se coloca un poco de material en el paladar y asiente la cubeta.

Se retira la impresión de la boca e inspeccionela empleando el mismo criterio aplicado a la impresión tomada con modelina. (2).

Compuestos cinquenolicos.

Cuándo la impresión preliminar con modelina se registró correctamente, el registro final de la impresión fisiológica se facilita notablemente si utilizamos el material adecuado que en éste caso es el compuesto cinquenolico. (5).

La pasta cinquenolica se usará solamente que no esté presente ningún socavado, por que una de sus propiedades es la de no ser elástica. (4).

Se coloca un pequeño agujero no mayor de un milímetro de diámetro en la porción media del porta impresión para el control de la presión hidrostática generada por el porta impresión durante la impresión final. (3).

Una vez delimitada, perforada y secada la impresión con modelina, se extienden entre 6 y 8 centímetros del contenido de los tubos (según el tamaño de la impresión) sobre un bloque de papel y se espatulan hasta obtener una mezcla que no presente estrías. (1).

Cuando se ha sacado la impresión de la boca, se revisa quitando los excesos y eliminando cualquier porción de modelina que se observe a través de la pasta de impresión dejando el resto de la impresión sin tocar, se aplica una nueva porción de pasta y se reimpressiona. (3).

La profundización de la inferior se hará preferentemente con los dedos índices apoyados a ambos lados, a la altura de los segundos premolares, y los pulgares por debajo del borde mandibular inferior, presionando hasta que se vea aparecer el exceso por lingual. (1).

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Dentro de las técnicas vistas y revisadas y dependiendo de la anatomía de cada paciente, se pudo dilucidar lo siguiente:

Las técnicas estudiadas y aplicadas, fueron realizadas, siguiendo las especificaciones y pasos descritos por los autores - consultados para éste fin.

Algunos autores tienen técnicas demasiado simples y radicales, pudiendo poner en peligro el resultado que se espera del tratamiento, lo mismo que muchos no toman en cuenta la anatomía de cada paciente en especial y debemos de estar concientes que para que un tratamiento resulte, es necesario saber la anatomía de cada caso en particular y la técnica apropiada a utilizar.

Nosotros llegamos a la conclusión que después de haber hecho un buen estudio de la anatomía de nuestro paciente y saber los puntos anatómicos importantes del maxilar superior como son:

- La forma oval del Maxilar
- Agujero palatino anterior
- Agujero palatino Posterior
- Las apófisis alveolares maxilares
- La fosa canina
- La apófisis cigomática
- La tuverosidad del Maxilar
- El raf medio o sutura palatina Media
- Y todos los tejidos Blandos.

Maxilar inferior como son:

- Agujero Mentoniano
- Papila Mirtiforme
- Proceso Residual
- Línea oblicua Externa
- Músculos: Orbicular de los Labios
- Triangular de los Labios
- Cuadrado de la Barba
- Risorio de Santonini
- Incisivo
- Masetero
- temporal
- Pterigoideo Interno
- Geniohioideo
- Miloideo
- Geneoglosa

Y todas sus incersiones hemos tenido a bien opinar que dependiendo del material de impresión a utilizar ya sean, el compuesto de modelar, la pasta cinquenólica, los hidrocoloides irreversibles o alginato o los elastómeros y dependiendo de la habilidad de cada odontólogo, se pueden utilizar todas las técnicas aquí descritas, siempre y cuando se tomen en cuenta las zonas de ajuste descritas anteriormente para lograr una buena impresión y

tener al final unos positivos en yeso excelentes y elaborar una prótesis total que no cause problemas ni al paciente ni al odontólogo.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

- 1.- PROSTODONCIA TOTAL
Pedro Saizar, Primera edición
Editorial Mundi S.A. I.C. y F.
Paraguay 2100 Buenos Aires
Argentina, 1972 pág. 215.

- 2.- PROTESIS COMPLETA
MANUAL CLINICO DE LABORATORIO
D.J. Neill, R.I. Nairn
Trad. Martin Horacio E.
, Editorial Mundi, Buenos aires
Argentina, 1971, pág. 22

- 3.- PROSTODONCIA TOTAL
Sheldon Winkler
Primera edición en Español
Editorial Interamericana S.A.
México, D.F. 1982 pág. 134.

- 4.- MANUAL DE PROSTODONCIA TOTAL
Felipe de J. Robles Santana
Jaime Herrera Urbina
Segunda Edición
Editorial U.A.G.
Guadalajara, Jal. 1980 pág. 43

- 5.- PROSTODONCIA TOTAL
José Y. Osawa Deguchi
Primera edición
U.N.A.M.
Ciudad Universitaria
México, D.F. 1973 pág. 269.