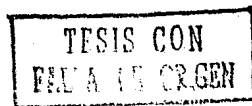


41  
24

# UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

## ESCUELA DE ODONTOLOGIA



VENTAJAS DEL USO DE UN ARTICULADOR SEMIAJUSTABLE  
SOBRE LA ARTICULACION ARBITRARIA EN DENTADURAS  
ARTIFICIALES COMPLETAS.

### T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A  
RAYMOND LOUIS TOLEDANO DE ALBA

A S E S O R  
DR. JAIME SALVADOR HERRERA URBINA  
GUADALAJARA, JALISCO. 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.

# I N D I C E

	Página
<i>Introducción</i>	I
<i>Capítulo I</i>	
a) <i>Historia Clínica</i>	1
b) <i>Toma de impresiones</i>	23
c) <i>Encofrado y vaciado de las impresiones</i>	35
<i>Capítulo II</i>	
a) <i>Confección de bases y rodetes de oclusión</i>	36
b) <i>Prueba de las bases y rodetes en el paciente.</i>	41
c) <i>Selección de los dientes artificiales.</i>	47
<i>Capítulo III</i>	
a) <i>Toma de registros de relación céntrica.</i>	58
b) <i>Relación y montaje de los modelos en el articulador New Simplex</i>	64
c) <i>Relación y montaje de los modelos en el articulador Whip Mix</i>	66

Capítulo IV

a) Conceptos biomecánicos	71
b) Técnica de articulación de los dientes Trubyte	76
c) Técnica de articulación de los dientes artificiales con articulador semi-ajustable.	84
d) Prueba de las dentaduras en cera.	97

Capítulo V

a) Procesado de las dentaduras.	99
b) Desgaste selectivo, remoción de los modelos y terminado de la dentadura.	103
c) Prueba de las dentaduras e instrucciones finales al paciente	108
d) Elaboración de modelos duplicados.	111

Casística 112

Conclusiones 191

Ilustraciones 194

Bibliografía. 206

## INTRODUCCION

Durante el transcurso de la evolución del hombre, es notable la preocupación del mismo por reparar los daños - causados al organismo por las distintas heridas sufridas - en las constantes luchas a que se sometían los pueblos. - Dicha preocupación no solo era por hacer sanar las heridas, sino también por devolver la función perdida debida a la falta de un miembro, ya fuera éste una pierna, una mano, o un diente. Se concede que al principio dicha preocupación fué principalmente por la estética, pero, a medida que avanzaba el conocimiento del hombre, la comprensión de los mecanismos involucrados se hizo también mayor por lo que las prótesis fueron haciéndose más exitosas, y por supuesto, la función perdida comenzó a ser devuelta con mayor perfección.

Así pues, vemos como en la civilización etrusca se - hace tangible este hecho con la aparición de lo que podemos llamar el primer puente fijo de la historia, siendo el mismo confeccionado con un diente de un animal retenido en su sitio con una banda de oro remachada.

Patente resulta también la dentadura artificial del general George Washington, confeccionada de plomo y marfil que aún se conserva en un museo. Es de notar en dicha dentadura la presencia de dos resortes en su parte posterior, que eran necesarios para poderla abrir debido a su enorme peso.

Posteriormente se descubre el caucho, y la manera de hacer una impresión de los tejidos para lograr que la prótesis se adaptara mejor a los mismos. Son estas dentaduras de caucho más ligeras, por lo que ya no es necesaria-

la presencia de resortes para abrirlas, pero tienen una estética pobre y sabor desagradable, ya que el caucho era vulcanizado y sumamente poroso.

Con el advenimiento de las resinas acrílicas tenemos un material que nos da una estética aceptable, no tiene sabores ni olores desagradables, es relativamente estable en el medio bucal, y tiene una duración bastante larga. El descubrimiento de estas resinas coincide con otros en el campo de la fisiología, y de la mejor comprensión del sistema masticatorio y su función, tanto normal como impe-  
dida, con la consecuente búsqueda de técnicas que logren reproducir dichas funciones de una manera exacta.

El creciente aumento en el uso de articuladores de tipo semiajustable en prostodoncia total durante los últimos años es debida a la mayor demanda de exactitud en el tratamiento del paciente edéntulo. Dicha demanda se debe a la mayor comprensión de los mecanismos biológicos y fisiológicos durante los procesos de masticación, deglución etc., lo que a su vez conlleva al mejor entendimiento de los factores involucrados en la elaboración de una prótesis exitosa, tanto desde el punto de vista estético como el funcional.

Los tejidos orales son de los que mayor cantidad de cambios sufren durante la vida del individuo, y a su vez son los que presentan una tolerancia poco usual a los estímulos, que pueden llegar a ser de tipo nocivo, sin que exista una respuesta aparente. Esto hace que el tratamiento del individuo desdentado sea por demás difícil, y que a su vez este nos dé un nivel de éxito bastante alto, in-

dependientemente a la técnica utilizada. Lo anterior nos lleva a una pregunta interesante: ¿Por qué se necesita -- una mayor exactitud en el tratamiento del paciente desdentado, y qué ventajas ofrece ésta?. Lo anterior nos conduce a una segunda pregunta, quizá más sencilla, y que fue la motivación de la presente tesis; ¿Qué ventajas ofrece el uso de una técnica con articulador semiajustable sobre una arbitraria?.

La contestación a esta última pregunta es el objetivo principal del presente escrito, además de discutir en forma breve las técnicas concernientes al uso de ambas. - Ello se hará por medio de la división del trabajo basada en un orden secuencial de las partes que lo constituyen, - tratándose las técnicas por separado, pero incluyéndolas en un mismo capítulo para evitar una excesiva subdivisión del tema. Son incluidos también los capítulos de historia clínica y toma de impresiones, confección de bases y rodets de oclusión, lo mismo que el procesado de las dentaduras artificiales y las indicaciones al paciente, que si bien no contribuyen a la consecución del objetivo principal de esta tesis, son de primordial importancia para el logro de un tratamiento exitoso, por lo que se considera necesario mencionarlas, aunque sea de manera breve.

La demostración del tema será por medio de la comparación de cinco casos, a los cuales se dará dos juegos de dentaduras, siendo una de ellas articulada de manera arbitraria, y la otra con una técnica de articulador semiajustable.

Cada juego de prótesis será usado por el paciente --



por un periodo de dos meses a la vez, y se darán citas de revisión con una periodicidad de dos semanas. Al final -- del periodo de prueba (cuatro meses en total), se repartirán a los pacientes unos cuestionarios elaborados para el fin propuesto, mismos que serán complementados con las -- observaciones y preguntas hechas a los mismos durante el periodo de observación, y al finalizar el mismo.

Para finalizar, se harán comentarios y se presentarán las conclusiones derivadas de los datos obtenidos durante la investigación y presentación de los casos tratados, esperándose con ello la demostración y logro del objetivo del presente escrito.

## CAPITULO I

A medida que se hacen mayores progresos en el campo de la Odontología, se ha hecho evidente la necesidad de elaborar una buena historia clínica para asegurar el éxito del tratamiento y para no poner en peligro la vida o la salud del individuo.

Por las razones antes mencionadas, se ha incluido en el presente capítulo una breve discusión sobre la elaboración de una correcta historia clínica, que si bien no ayuda en gran manera al logro de los objetivos perseguidos en el presente escrito, sí resulta de primordial importancia para sentar bases sólidas en las que serán fundadas las decisiones necesarias para un correcto diagnóstico, pronóstico y tratamiento de los casos que serán la base para efectuar la demostración propuesta, por lo que se consideró necesario incluirla.

También se incluye una discusión pertinente a las técnicas que fueron utilizadas para las tomas de impresión, encofrado y la correcta obtención de los modelos, siendo éstos vitales para una buena adaptación de la dentadura artificial, con el consecuente confort del paciente, y, por supuesto, el éxito del tratamiento.

#### a) Historia clínica.

Si bien es cierto que todos los autores de textos se encuentran de acuerdo sobre la necesidad e importancia de la obtención de una historia clínica para el logro de un correcto diagnóstico, pronóstico y tratamiento, todavía no existe un acuerdo en cuanto a la manera de lograr esto.

ni de cuál debe ser su extensión.

En el caso de las dentaduras artificiales completas algunos autores recomiendan el uso de una historia dental y protésica detallada, mientras que reducen a unas cuantas preguntas sobre la salud general del paciente, en parte debido al relativo bajo riesgo que representa el tratamiento protodóntico para el paciente. Sin embargo, otros autores recomiendan tomar una historia médica lo más completa posible del paciente, sea cual sea el tratamiento a realizar, ya que la mayoría de los pacientes necesitan la formulación de preguntas específicas que revelen su verdadero estado de salud, debido a que carecen ya sea de información, juicio crítico, o en la mayoría de los casos, simplemente no se acuerdan de información que podría ser vital para el tratamiento.

Lo anteriormente descrito nos inclina a favor del segundo grupo de autores, ya que si bien la mayoría de los individuos que padecen enfermedades sistémicas graves o padecimientos cardíacos están enterados de su problema y lo comunican al odontólogo, también existen quienes no estén conscientes de su padecimiento, o rehusan admitirlo, con el consecuente peligro para sus vidas, ya que, aunque es relativamente cierto que el tratamiento protodóntico encara un trauma reducido, el stress a que se somete al paciente puede ser mayor de lo que él pueda soportar dado su estado de salud, lo que a su vez aumenta la posibilidad de que se presente una crisis, o en el peor de los casos, que sobrevenga la muerte.

A continuación se presenta una historia clínica, -- que si bien es breve, es bastante completa a nuestro juicio, resultando en una mayor seguridad para el dentista y el paciente.

Antes de comenzar el desarrollo del tema, presentaremos lo que a nuestro parecer resulta una definición -- bastante completa de la historia clínica, siendo esto -- también motivo de controversia entre distintos autores. Sin embargo, reconocemos la historia clínica como "un documento científico, social y legal, que permite al médico y odontólogo conocer al paciente, su problema y el medio en que éste se desarrolla." Como se puede ver, la definición expuesta arriba encuadra los puntos más importantes de la historia clínica. La misma es un documento científico, puesto que nos ayuda a recabar los datos necesarios para identificar una enfermedad (y muchas veces su causa), por medio de la comparación de datos obtenidos en investigaciones previas, que muchas veces son una suma de hallazgos anotados en estas historias clínicas. Resulta un documento social, puesto que nos lleva a conocer las características del medio en que se desarrolla el individuo, y nos da una idea de lo que acontece en el grupo social en que se mueve el mismo y sus necesidades. Para efectos legales, resulta de primordial importancia, ya que es una constancia escrita del problema que presentaba el paciente, y, muchas veces, la aceptación del mismo del tratamiento a seguir, por lo que a menudo representa un apoyo legal de la instalación de un tratamiento en el caso de una demanda por parte del paciente.

Habiendo descrito la definición de historia clínica, podemos proceder al desarrollo de la misma, describiendo las características más esenciales de los puntos que se tratan, y colocando al final un ejemplar de historia clínica tal y como se presenta al paciente.

### 1) Datos generales del paciente:

Dentro del presente contexto se anotan el nombre del paciente, su edad, domicilio, lugar de nacimiento, teléfono, vivienda, etc. Lo anterior nos ayuda a visualizar el medio social en que vive el individuo, condiciones de higiene del medio en que se encuentra y las de él mismo, al igual que su dieta y preparación académica. Resulta de mucha importancia el presente punto, que a menudo es pasado por alto por el odontólogo, ya que a veces no puede proporcionar una pista valiosa o la clave a un padecimiento en particular. A su vez nos ayuda a establecer los honorarios y/o las alternativas de tratamiento.

### 2) Antecedentes familiares:

A menudo el descubrimiento de una anomalía entre los familiares del paciente nos conduce a la detección temprana de una condición o estado patológico en el paciente, - que resulte de la transmisión hereditaria de dicha condición. De esta manera se puede obtener el origen de una enfermedad dudosa en etiología, como lo serían la falta parcial o completa de dientes, ciertos trastornos del desarrollo, o incluso la presencia de deformidades como lo sería el caso de una sífilis congénita, que si bien no es transmitida por medio de la herencia, es debida a un esta

do patológico en la madre durante el embarazo y en el --- parto. También nos puede proporcionar la clave de ciertos comportamientos de aspecto psicológico que se pudie--- ran observar en el individuo.

### 3) Antecedentes personales:

Nos ocupa en el presente inciso la averiguación de la historia del paciente en sí, comenzando desde la infancia, enfermedades sufridas durante la misma, al igual que los accidentes que tuvo. Es de suma importancia anotar - cuidadosamente los datos que nos proporcionen, ya que una enfermedad grave puede dejar secuelas que si no son tomadas en cuenta pueden comprometer la salud y la vida del - paciente aunque éste no sea sometido a ningún tratamiento. Cabe notar también la necesidad de preguntar al paciente - acerca de las intervenciones quirúrgicas a las que fué -- sometido, ya que esto nos puede hacer vislumbrar la posi- bilidad de una complicación, o bien prevenirla, aumentan- do la seguridad del paciente y el dentista por igual.

Los puntos expuestos con anterioridad, son, en su - mayoría, referentes al pasado del individuo, de modo que las respuestas obtenidas no pueden bastar para la formu- lación de un diagnóstico, debido principalmente a que es- tán supeditadas a la memoria del paciente, y a la posibi- lidad de que éste no haya sido informado sobre su estado - de salud. Es por ello que se consideran una serie de pre - guntas que serán expuestas seguidamente, con el fin de -- obtener datos más concisos sobre el estado de salud ac--- tual del paciente, lo que nos habilitará, incluso para --

descubrir una enfermedad, a veces de la cual no se tenía conocimiento.

#### 4) Enfermedades metabólicas:

A diferencia de las preguntas anteriores, en el presente grupo de preguntas y los grupos siguientes, estas serán dirigidas específicamente a la detección, en el -- presente caso, de enfermedades sistémicas o metabólicas, mediante el uso de preguntas que llevan en su contexto -- un signo o síntoma de la enfermedad (característico, claro está). Esto se hace, como se dijo anteriormente, con el objeto de descubrir una condición patológica de la -- cual el paciente no tenga conocimiento o memoria.

A continuación se dará una lista con una breve explicación de las distintas enfermedades metabólicas que más interesan al odontólogo.

Diabetes mellitus: En el caso de un diabético no com-- pensado, cualquier tratamiento odontológico implica un -- grave riesgo, debido a que el stress emocional tiende a -- elevar la glucemia, lo que puede resultar en una acidosis y un coma diabético. Además, estos individuos son más pro-- pensos a la infección, por lo que cualquier herida puede-- conducir a una septicemia, siendo también conocida la ten-- dencia a la arterosclerosis, por lo que también pueden -- presentarse signos de insuficiencia cardíaca. Afortunada-- mente, los individuos que padecen esta enfermedad están -- concientes de su problema, por lo que su tratamiento no -- presenta mayor problema, aunque siempre se tienen que re-- doblar los cuidados para con ellos, y nunca se puede des--



cartar la posibilidad de lo anteriormente descrito, aunque el paciente esté debidamente controlado.

**Hipertiroidismo:** Estos pacientes por lo general son malos candidatos para el tratamiento odontológico, sobre todo si tienen manifestaciones moderadas de su enfermedad puesto que a menudo presentan problemas cardiovasculares. En casi todos los casos avanzados de la enfermedad existe una osteoporosis generalizada, por lo que la base para -- las dentaduras artificiales está debilitada, siendo común también la irritabilidad del individuo.

**Insuficiencia suprarrenal:** En algunos casos se puede presentar un paciente con insuficiencia suprarrenal, sobre todo si éste ha estado sujeto a terapia con adrenocorticoesteroides durante un periodo largo de tiempo. Dichos pacientes pueden sufrir un shock irreversible si son sujetos al stress de un tratamiento dental, ya que éste puede provocar una insuficiencia. Casos como éste hacen imperativa una consulta con el médico, aún cuando el paciente - haya suspendido el tratamiento seis meses antes, siendo - muy probable que el médico decida reanudar el tratamiento o aumentar la dosis para disminuir el peligro.

**Enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares:** - Los pacientes que presentan éstos problemas a menudo re- presentan un alto riesgo para el odontólogo, que debe remitirlos a un médico para disminuir los riesgos. Se debe ser por demás cuidadoso, ya que los individuos antes mencionados a veces no están concientes de su problema, y si el odontólogo no es capaz de visualizar el problema, se - puede presentar un periodo agudo o una exacerbación de la misma, lo que puede llevar a un síncope y la muerte del -

individuo.

Seguidamente se presentarán unas preguntas que están encaminadas al descubrimiento de estos problemas, comenzando primero con las dirigidas a la localización de la insuficiencia cardíaca.

1.- ¿Puede realizar sus actividades normales sin fatigarse?

Por lo general, la fatiga o más bien la incapacidad del individuo para desarrollar sus actividades normales son indicadoras de un problema de insuficiencia, aunque deben ser considerados los demás puntos, ya que el presente por sí solo no es indicativo de la presencia del problema cardíaco.

2.- ¿Puede subir un tramo de escalera sin descansar?

Unida a otros puntos, esta pregunta puede ser significativa, aunque no resulta de mayor valor si se encuentra aislada, ya que existen otras causas, como lo sería la obesidad.

3.- ¿Se le hinchan los tobillos a medidas que avanza el día?

El presente punto es característico de la insuficiencia crónica del lado derecho, y se debe a un mecanismo compensador.

Debe tenerse mucho cuidado si se nos presenta una respuesta positiva a esta pregunta.

4.- ¿Se ha despertado alguna vez con fatiga por la noche?

En el caso de una respuesta positiva a la presente-pregunta, se recomienda consultar con el médico, ya que la disnea paroxística nocturna es un síntoma serio, por lo general producido por una insuficiencia cardíaca acompañada por edema pulmonar.

5.- ¿Debe estar sentado para respirar cómodamente?

La ortopnea indicada por una respuesta positiva a la pregunta, es indicativa de un mecanismo que trata de limitar el edema pulmonar por lo que se recomienda una consulta con el médico, por las razones que fueron expuestas anteriormente.

6.- ¿Cuántas almohadas usa para respirar cómodamente?

El uso de un número excesivo de almohadas para poder respirar de manera adecuada, es indicativo de ortopnea, por lo que se hacen necesarios los cuidados antes mencionados.

7.- ¿Ha aumentado considerablemente de peso últimamente?

El aumento súbito de peso, es por lo general indicativo de una acumulación de líquido en los tejidos, y es un anuncio de una insuficiencia cardíaca aguda, por lo que se debe remitir al médico para eliminar esta posibilidad.

8.- ¿Está tomando medicamentos?

A veces los medicamentos pueden ser una gata para - que el odontólogo descubra un padecimiento cardíaco. El uso de diuréticos puede ser indicativo de una insuficiencia cardíaca crónica, lo mismo que el uso de drogas digitalicas denota el tratamiento de una insuficiencia pasada o presente, aunque si el paciente ha podido regresar a sus actividades normales significa que la insuficiencia ha sido compensada, por lo que dicho paciente no presenta ningún riesgo serio.

9.- ¿Experimenta dolor en el pecho después de hacer algún esfuerzo o alterarse?

Una respuesta positiva en este caso puede ser indicativa de angina de pecho o de una cardiopatía coronaria. Resulta recomendable consultar con el médico antes de iniciar un tratamiento odontológico, ya que se puede producir una thrombosis coronaria, la cual puede llevar a la -- muerte.

10. ¿Ha sufrido alguna vez un infarto?

Una respuesta afirmativa en este punto debe ser tomada con mucha cautela por el odontólogo, ya que este tipo de individuos representa un grave riesgo en el tratamiento. Es de suma importancia preguntar al paciente la fecha en que se produjo el infarto, ya que no se recomienda hacer tratamientos odontológicos hasta seis meses después - del acontecimiento, que es el tiempo que tardan en estabilizarse. En todos los casos se deberá consultar con el médico y los tratamientos que conlleven un trauma considerable deben ser efectuados de preferencia en un hospital.

Bajo ninguna circunstancia se deben efectuar tratamientos antes de las cuatro semanas que siguen al episodio, ya que ello representaría un grave riesgo para la vida del paciente.

11. ¿Alguna vez le han dicho que tiene la presión alta?

La hipertensión por sí sola no es un detrimento al tratamiento odontológico, pero dada la posibilidad de acompañamiento de una cardiopatía o de una embolia, se debe remitir al paciente con el médico en el caso de que éste no esté controlado, y consultar con el mismo en el caso de que sí lo esté para poder prevenir cualquier problema que se pudiera suscitar.

12. ¿Ha padecido apoplejía, epilepsia o hemorragia cerebral?

En los casos de pacientes con antecedentes de epilepsia el odontólogo debe tomar las medidas necesarias para prevenir la aparición de un nuevo ataque, y también considerar la posibilidad de una hemorragia cerebral como consecuencia de algún golpe recibido durante algún ataque.

Con los individuos que hayan padecido apoplejía, hemorragia o trombosis cerebral se debe tener especial cuidado, ya que cabe la posibilidad de una repetición del episodio con el consecuente riesgo para la vida del paciente. Resulta recomendable en estos casos consultar con el médico para prevenir la posibilidad de una nueva ruptura de los vasos sanguíneos o de un nuevo bloqueo circulatorio.

Para finalizar con la anamnesis es recomendable pedir al paciente los nombres de los medicamentos que utiliza, o en caso de que no los sepa, pedirle que los muestre con el fin de identificarlos, ya que pueden ser de gran ayuda en el diagnóstico cuando el individuo desconoce su enfermedad.

#### *Historia dental y protésica del paciente.*

Una vez finalizada la historia clínica médica, daremos comienzo a la historia dental y protésica del paciente. Para ello se cuenta con un cuestionario hecho para tal propósito, contando el mismo con varios incisos que deberán ser llenados por el dentista o su asistente, y que a continuación explicaremos en forma breve.

#### *Edad del paciente:*

Se debe anotar la edad real del paciente, al igual que su edad aparente, ya que si bien es cierto que la edad real representa un factor considerable en el resultado de la prótesis, la edad aparente debe ser tomada en consideración cuando se haga la selección de los dientes artificiales y la modificación de los mismos, ya que si solo se toma en cuenta la edad real del individuo pueden surgir discrepancias en cuanto a estética se refiere.

#### *Sexo:*

El sexo es una consideración de primordial importancia en cuanto a la estética se refiere. Las personas del sexo masculino se preocupan mucho menos por la estética que las del sexo femenino, debiendo tener el dentista un-

mayor cuidado al confeccionar las prótesis de las segundas, ya que fácilmente podría incurrir en un error apreciable y hacer que las prótesis sean inaceptables para la paciente desde el punto de vista estético.

#### Consideraciones socio culturales:

La cultura e instrucción del paciente son factores - que influyen de especial manera en el logro de una prótesis exitosa. Por lo general, tanto más instruido sea el paciente, más esperará el mismo de las prótesis, aunque dentro de los límites de lo práctico y posible en la mayor parte de los casos.

El estrato social en el que se desenvuelve el individuo es otro factor que influye en el plan de tratamiento, siendo común que a mayor el estrato social, mayores sean las exigencias estéticas del paciente, que a veces pueden rayar en lo imposible, aún cuando el paciente conozca -- bien las limitaciones de las prótesis.

#### Color del cabello, ojos y piel:

El color de los cabellos, ojos y piel del paciente - deben ser tenidos muy en cuenta al hacer la selección de los dientes artificiales, puesto que influyen en el color de los mismos, siendo esto una consideración importante - en el marco de la estética.

#### Desarrollo muscular:

El mayor o menor desarrollo muscular de los labios, - carrillos y lengua de un individuo, dictaminará en gran -

parte su habilidad para sostener las prótesis, la capacidad de adaptación y las dificultades que puedan presentarse en su uso, como lo podría ser una lengua muy grande que acarrearla trastornos y dificultad en la fonación y masticación, al igual que en la retención de las dentaduras artificiales.

#### Forma y tamaño de los procesos residuales:

La forma y tamaño de los procesos es de vital importancia para la retención y estabilidad de las dentaduras artificiales, ya que de estas están directamente soportadas en los mismos, cosa que a veces nos puede acarrear problemas cuando éstos resultan demasiado chicos o muy grandes, ya que nos dificulta la retención y nos crea -- obstáculos a la hora de articular los dientes artificiales. Si se da el caso de un proceso excesivamente grande, habrá que corregir mediante procedimiento quirúrgico, al igual que si éstos resultan demasiado chicos, ya que ambos comprometen la retención y estabilidad de las prótesis.

#### Presencia de torus mandibulares o palatinos:

La presencia de exostosis óseas o torus ya sea en el paladar o en la mandíbula, comprometen la retención y colocación de las dentaduras artificiales en el paciente, por lo que deberán ser evaluadas en forma adecuada, y en caso de ser necesario, removidas quirúrgicamente antes del inicio del tratamiento protodóntico.



*Forma, tamaño y textura de la encla:*

Es preciso examinar la mucosa para detectar posibles tumoraciones, cambios de coloración, espesor y textura de la misma.

Cualquier tumoración tendrá que ser eliminada, lo mismo que cualquier agrandamiento y exceso de espesor, ya que éstos pueden alterar la estabilidad de las dentaduras. Un tejido muy suave afectará las prótesis de --- igual manera, y un tejido al que le falta resiliencia se rá fácilmente traumatizado por cualquier esfuerzo que se haga el masticar, hablar, etc.

En el caso de un cambio de coloración, debe investigarse la causa del mismo al igual que la instauración de un tratamiento adecuado para eliminarla antes de iniciar el tratamiento protético.

*Densidad ósea, presencia de restos radiculares y dientes retenidos:*

Un hueso poco denso por lo general es traumatizado fácilmente, siendo también indicativo de enfermedades -- sistémicas que pudieran afectar el tratamiento, por lo que es recomendable la toma de radiografías de forma rutinaria. De igual manera, las radiografías nos ayudan a descubrir restos radiculares y dientes retenidos, que interferirán con la colocación de las dentaduras.

Cabe señalar que si dichos restos o dientes retenidos no presentan ninguna patología y se encuentran a por

lo menos dos milímetros del borde del proceso se recomienda dejarlos en su sitio, ya que retardan la resorción del mismo.

#### *Cantidad y consistencia de la saliva:*

Debido a que las dentaduras artificiales se sostienen por un principio de presión atmosférica, la cantidad y consistencia de la saliva resulta de primordial importancia, ya que ésta es la que permite que dicho principio sea posible. La presencia de saliva en cantidades inadecuadas afecta en forma adversa la retención de las protesis. Lo mismo sucede si la saliva resulta demasiado espesa, o por el contrario, muy fluida, ya que ello facilita la entrada de aire, lo que a su vez rompe el cierre atmosférico, causando la pérdida de la retención.

#### *Articulación temporomandibular:*

Se deberá examinar la articulación para detectar -- cualquier anomalía que ésta pueda tener, como chasquidos, anquilosis, etc., que pudieran afectar la circulación de los dientes, lo mismo que nos sirve para observar la destreza del paciente para hacer los distintos movimientos -- necesarios para la toma de registros, que será de gran ayuda para vislumbrar las dificultades que se puedan presentar debido a la torpeza del paciente y poder ajustar -- el número de citas necesarias para poder lograr los registros.

### Actitud mental del paciente:

Resulta de primordial importancia encuadrar la actitud mental del paciente dentro de los cuatro tipos sugeridos por el Dr. Milus House, que son : a ) Filosófico racional. b) Emocional nervioso. c) Crítico metódico, - d) Indiferente pesimista.

La correcta clasificación del individuo nos dictará la manera de tratar al mismo, evitándose así serias -- dificultades, o incluso del tratamiento.

### Forma de la cara y perfil de la misma:

La forma y perfil de la cara deberán ser tomados -- en cuenta en la selección de los dientes artificiales, -- ya que la forma de éstos está íntimamente ligada a la -- forma del rostro. Así vemos que un individuo que presenta una forma de cara triangular tendrá dientes de la misma forma, por lo que si no se les presta atención a este -- detalle, incurriremos en una grave falta de estética, --- perdiendo la prótesis sus aspecto natural.

## HISTORIA CLINICA DE PROSTODONCIA TOTAL

Fecha \_\_\_\_\_

Núm. \_\_\_\_\_

## DATOS PERSONALES

1.- Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_

2.- Salud General \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3.- Motivo de la consulta \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4.- Nivel de educación \_\_\_ 1) Bajo; 2) Medio; 3) Alto

5.- Tipo de personalidad \_\_\_ 1) Filosófico racional; 2) Crítico metódico; 3) Emocional nervioso; 4) Indiferente-pesimista.

## HISTORIA DENTAL.

1.- Motivo de la pérdida de los dientes \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2.- Tiempo de las últimas extracciones: Mandibular \_\_\_\_\_  
 Maxilar \_\_\_\_\_

3.- Tiempo de uso de la última dentadura: Maxilar \_\_\_\_\_  
 Mandibular \_\_\_\_\_

4.- Dentadura anterior: Opinión del paciente \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Opinión del dentista \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- 5.- Dimensión vertical con la dentadura anterior en oclusión céntrica \_\_\_\_\_
- 6.- Estado de la dentadura:  
 Eficacia de la oclusión \_\_\_\_\_ Retención \_\_\_\_\_  
 Estabilidad \_\_\_\_\_ Estética \_\_\_\_\_  
 Fonética \_\_\_\_\_ Comodidad \_\_\_\_\_ Lesiones \_\_\_\_\_
- 

#### CARACTERISTICAS FISICAS:

- 1.- Cara \_\_\_\_\_ 1) Ovoide; 2) Cuadrada; 3) Triangular
- 2.- Ojos \_\_\_\_\_ 1) Negros; 2) Café; 3) Verdes; 4) Azules; 5) Gris.
- 3.- Tez \_\_\_\_\_ 1) Blanca; 2) Amarilla; 3) Moreno; 4) Negra; 5) Roja.
- 4.- Cabello \_\_\_\_\_ 1) Negro; 2) castaño; 3) Rubio; 4) Blanco; 5) Rojo; 6) Otros \_\_\_\_\_
- 5.- Complexión corporal \_\_\_\_\_ 1) Alto; 2) Mediano; 3) Bajo 4) Corpulento; 5) Atlético; 6) Delgado.

#### EVALUACION CLINICA.

- 1.- Estado de la articulación temporomandibular:

Lado derecho.

Lado izquierdo

Normal \_\_\_\_\_ Crepitante \_\_\_\_\_ Normal \_\_\_\_\_ Crepitante \_\_\_\_\_

Chasquido \_\_\_\_\_ Desviación \_\_\_\_\_ Chasquido \_\_\_\_\_ Desviación \_\_\_\_\_

- 2.- Tono muscular \_\_\_\_\_ 1) Normal; 2) Medio; 3) Flácido, 4) Tenso.

3.- Relación intermaxilar \_\_\_\_ 1) Normal; 2) Retrognático;  
3) Prógnata.

4.- Altura del proceso residual

Maxilar: \_\_\_\_ 1) Alto; 2) Mediano; 3) Bajo.

Mandibular: \_\_\_\_ 1) Alto; 2) Mediano; 3) Bajo

5.- Forma de los procesos residuales \_\_\_\_ 1) Locavado; 2)  
Gruoso y prominente; 3) De lados paralelos; 4) En for  
ma de V; 5) Alto; 6) Bajo (plano; 7) Estrecho; 8) An-  
cho.

Maxilar: Derecho \_\_\_\_ Izquierdo \_\_\_\_ Anterior \_\_\_\_

Mandibular: Derecho \_\_\_\_ Izquierdo \_\_\_\_ Anterior \_\_\_\_

6.- Tamaño del maxilar y mandíbula:

1) Mandíbula y maxilar compatibles \_\_\_\_\_

2) Mandíbula más pequeña que el maxilar \_\_\_\_\_

3) Mandíbula más amplia que el maxilar \_\_\_\_\_

7.- Forma del arco \_\_\_\_\_

Maxilar: Cuadrado \_\_\_\_ Triangular \_\_\_\_ Ovoideo \_\_\_\_

Mandibular: Cuadrado \_\_\_\_ Triangular \_\_\_\_ Ovoideo \_\_\_\_

8.- Forma del paladar duro:

Normal \_\_\_\_ Plano \_\_\_\_ Profundo \_\_\_\_

9.- Inclinação del paladar blando: Suave \_\_\_\_ Mediano \_\_\_\_

Agudo \_\_\_\_\_

10. Presencia de retenciones óseas:

Localización \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_

Requiere remoción \_\_\_\_\_

## 11. Estado de los tejidos blandos:

1) Normal; 2) Duro; 3) Blando; 4) Inflamado

Maxilar: Derecho \_\_\_\_\_ Izquierdo \_\_\_\_\_ Anterior \_\_\_\_\_

Mandibular: Derecho \_\_\_\_\_ Izquierdo \_\_\_\_\_ Anterior \_\_\_\_\_

## 12. Zona de sellado, vestibulo bucal:

1) Alto; 2) Medio; 3) Bajo; 4) Estrecho; 5) Amplio.

Derecho superior \_\_\_\_\_ Derecho inferior \_\_\_\_\_

Izquierdo superior \_\_\_\_\_ Izquierdo inferior \_\_\_\_\_

## 13. Inserciones musculares y frenillos:

1) Normales; 2) Sobre la cresta alveolar; 3) Abajo de la cresta.

14. Tamaño de la lengua \_\_\_\_\_

15. Piso de la boca, margen de acción: Anterior \_\_\_\_\_

Posterior \_\_\_\_\_ Espacio postmilohioideo \_\_\_\_\_

16. Cantidad de saliva: Normal \_\_\_\_\_ Excesiva \_\_\_\_\_ Poca o nada \_\_\_\_\_

17. Grado de coordinación: Habil \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_

Torpe \_\_\_\_\_

## 18. Examen radiográfico:

Hueso denso \_\_\_\_\_ Canceloso \_\_\_\_\_ Poco denso \_\_\_\_\_

Piezas retenidas \_\_\_\_\_

19. Intervención quirúrgica prescrita \_\_\_\_\_

PRONOSTICO \_\_\_\_\_

PLAN DE TRATAMIENTO

---

---

---

---



b) Toma de impresiones.

Existen varios métodos y técnicas de toma de impresión en uso hoy día, lo mismo que una gran variedad de materiales para éste propósito, teniendo cada uno de ellos sus ventajas y desventajas por lo que el odontólogo actual puede escoger el que más se acomode a su método de trabajo, y que, por supuesto, le produzca los resultados más consistentes. Dichas técnicas y materiales son el resultado de una constante experimentación en busca de métodos y materiales que produzcan una mayor exactitud y consistencia en los resultados obtenidos que aún continúa en la actualidad, puesto que no ha sido hallada la técnica y material ideal todavía.

Si bien es cierto que los métodos y materiales cambian de manera constante, también lo es el hecho de que los principios en los que se basan han permanecido constantes. Esto es, que cualquier método, técnica o material que se utilice para las tomas de impresión tendrá por fuerza que estar de acuerdo con las particularidades anatómicas e histológicas de los tejidos que van a formar parte de la mencionada impresión.

Se acepta que una impresión es un registro de la forma negativa de los tejidos de la cavidad oral que forman el asiento basal de la dentadura. El objetivo principal de la misma es el de obtener un modelo que será una réplica exacta en positivo de los mismos tejidos. La exactitud de las impresiones tomadas nos traerá como consecuencia la adecuada retención, estabilidad y soporte de la dentadura artificial, al igual que mantener la salud de los te

*jid*os orales.

### Técnicas de impresión:

Como se dijo anteriormente, existen muchas y variadas técnicas de impresión, al igual que materiales para este fin. En el presente contexto serán descritas dos de las técnicas más difundidas y populares en la actualidad, sin dejar de considerar la existencia de otras que también están en uso.

Antes de dar comienzo a la descripción de las técnicas de impresión, es preciso describir lo que es una cucharilla de impresión y su uso.

Una cucharilla de impresión o porta impresiones, es un instrumento que se utiliza para llevar el material de impresión a la cavidad oral, sostenerlo ahí mientras endurece y retirarlo de la boca para hacer el vaciado.

Las cucharillas constan de un cuerpo, que en el caso de las superiores, abarca el paladar duro y los procesos, y que en las inferiores solo abarca los procesos, teniendo la porción central recortada para dar cabida a la lengua, y de un mango que sirve para sostenerla y manipularla. Están hechas de diversos materiales, como aluminio, plástico, etc., siendo una propiedad deseable el poder moldearlas para conformarlas lo más cercanamente posible a la forma del proceso para proporcionar un adecuado soporte al material de impresión, y controlar los tejidos blandos que limitan a la impresión.

### Primera técnica:

La presente técnica consiste en la formación de una cucharilla individual de modelina, que luego será usada para transportar el material para la impresión definitiva.

El primer paso consiste en escoger la cucharilla adecuada al caso, debiendo ser ésta bastante amplia en cuanto a su extensión (6mm del proceso y 2mm del flanco), -- aunque parezca que la misma sea muy grande. Lo anterior es debido a que tenemos que dejar suficiente espesor del material para poder retirar la modelina de la cucharilla metálica sin romperla ni distorsionarla.

Se carga la cucharilla con la modelina a su máxima plasticidad y se lleva ésta a la boca, advirtiéndole al paciente que ésta se encuentra caliente pero que no le quemará (se advierte al paciente sobre el calor de la modelina para que no se sorprenda al hacer este contacto con el proceso), se acomoda la cucharilla en el proceso de atrás hacia adelante para evitar que el exceso de material ahogue al paciente o que a éste le den náuseas. A continuación se retira la impresión resultante, la cual es enfriada, recortándose el excedente de material con una navaja afilada, volviéndose a calentar la modelina y repitiendo lo anteriormente descrito hasta obtener una impresión aceptable, después de lo cual se retirará la modelina de la cucharilla metálica, se recortará el excedente del material y se dejarán los flancos a un espesor de 2mm, colocándose un mango en la parte anterior de nuestra cucharilla de modelina. Una vez hecho lo anterior, se procede a efectuar el moldeado de los flancos (también conocido co-

mo ajuste muscular), calentando para ello los flancos de la cucharilla con un flameador hasta que se reblandezca - Este y templándolo con agua caliente, llevándolo seguidamente a la boca y efectuando los movimientos que se describen a continuación, haciendo esto zona por zona, añadiendo o quitando modelina según convenga.

Proceso superior: Zona 1. Es una zona par que abarca la región de los molares, insertándose en esta zona algunas fibras del buccinador. El ajuste se hace traccionando el carrillo hacia afuera, abajo y adentro, pidiéndose al paciente que haga mover la mandíbula hacia el lado opuesto para impresionar la apófisis coronoides, que interferirla con la dentadura de no lograrse esto.

Zona 2. Abarca la región del surco hamular, insertándose en ella el músculo pterigo palatino, y se ajusta haciendo que el paciente abra la boca a su máxima distensión, procurando ajustar ambas zonas a la vez (es zona -- par).

Zona 3. Zona para que abarca la región de los premolares, donde se insertan los frenillos bucales en uno o más fascículos, y que es ajustada traccionando los carrillos hacia afuera, abajo, adentro, adelante y hacia atrás

Zona 4. Comprende la región de los caninos e incisivos y en su centro se encuentra el frenillo labial. El ajuste se hace tirando del labio hacia afuera, abajo, derecha e izquierda. Es una zona impar.

Zona 5. Es donde se encuentra la unión del paladar -

duro con el blando, siendo también llamada zona del ¡Ah!, y no siendo necesario ningún ajuste en ella [se marca su localización con un lápiz tinta].

#### Proceso inferior:

Zona 1. Es una zona par que abarca la región de los molares por sus caras vestibulares. Se localizan en esta región parte de la inserción del músculo masetero y parte del buccinador, siendo efectuado el ajuste de esta zona - de la siguiente manera: Se hace tracción del carrillo hacia afuera, arriba y adentro. Algunos autores recomiendan efectuar el ajuste del lado izquierdo primero, pero esta recomendación va más bien dirigida a la consecución de un orden en los movimientos que en los resultados en sí, pudiéndose invertir el orden si así se facilita más la operación.

Zona 2. También es zona par, y se encuentra localizada en la parte más posterior del proceso inferior, por detrás de las papilas retromolares o mirtiiformes. No es necesario hacer ningún movimiento para impresionarlas.

Zona 3. Abarca la región de los premolares por sus caras vestibulares y es zona par. En ella encontramos la inserción tendinosa del buccinador y el frenillo bucal. - El ajuste se logra traccionando el carrillo hacia afuera, arriba, adentro, adelante y hacia atrás.

Zona 4. Se encuentra en esta zona la inserción de varios músculos, como el orbicular de los labios, cuadrado-

de la barba, el triangular, y la inserción del frenillo labial en uno o más fascículos. Es una zona impar y se impresiona traccionando el labio inferior hacia afuera, arriba, derecha e izquierda.

Zona 5. Es una zona impar que abarca la región de las caras linguales de los incisivos inferiores, llamada también zona de las apófisis geni. En ella se insertan los músculos geniogloso y el frenillo lingual, siendo esta ajustada haciendo que el paciente lleve su lengua lo más atrás y arriba que le sea posible.

Zona 6. Esta zona abarca desde el límite de la zona 5 hasta el límite de la zona 2, o sea desde la cara lingual del canino hasta el límite anterior de la papila retromolar en su porción lingual. Es zona par, y se ajusta haciendo que el paciente se toque la comisura del labio del lado que queremos impresionar.

Nuevamente hacemos incapié en la necesidad de hacerlos ajustes antes mencionados zona por zona, y de una manera cuidadosa ya que la incorrecta adaptación de la dentadura artificial sería la consecuencia de un moldeado incorrecto.

Una vez finalizado el moldeado de los bordes o flancos, procederemos a rebajar la modelina por lo menos un milímetro para dar cabida al material para la impresión definitiva, debiéndose también rebajar los flancos. Lo anterior debe hacerse en forma cuidadosa, procurando no dejar ningún espacio sin rebajar, de lo contrario nos que darán puntos de presión en la impresión definitiva que

nos obligarán de repetirla.

Los materiales más utilizados para el logro de la -- impresión definitiva con este método son el yeso para impresiones, la pasta zinquenólica y el hidrocoloide irreversible o alginato. Cada uno de estos materiales tiene características propias de viscosidad, manipulación consistencia después del fregado, etc., por lo que el odontólogo debe familiarizarse con ellos y usar el que le ofrezca la mayor facilidad de trabajo y los resultados más consistentes.

Para la toma de impresión definitiva en el presente-trabajo, se utilizaron tanto la pasta zinquenólica, como el alginato, obteniéndose buenos resultados con ambos materiales. En ambos casos se siguieron al pie de la letra las instrucciones del fabricante, y las impresiones de alginato fueron encofradas y vaciadas de inmediato, teniendo en cuenta la marcada tendencia de este material a presentar distorsión cuando se deshidrata o se hidrata en -- exceso. Cabe mencionar también la tendencia de algunos -- operadores de cubrir la impresión con un trapo o papel húmedo mientras se tiene el tiempo de vaciar las impresiones, cosa que no recomendamos, ya que, como dijimos antes el material se distorsiona cuando es sobrehidratado.

Una vez hecha esta salvedad, se procederá a la descripción de la toma de impresión definitiva. Cabe decir -- que algunos autores recomiendan la fabricación de un cierre periférico en la zona de unión del paladar duro con el blanco para evitar la salida del material de impresión por la parte posterior del porta-impresiones, además de --

proporcionar una guía para asentar el mismo en posición exacta en la boca del paciente.

Antes de proceder a tomar la impresión definitiva, es recomendable que el operador practique la inserción y colocación de la cucharilla en la boca del paciente hasta estar seguro de colocarla en posición correcta. Una vez logrado ello, se procede a la mezcla del material de impresión, hasta obtener una consistencia cremosa y uniforme. Acto seguido se lleva el material a la cucharilla y se llena esta procurando evitar las burbujas de aire, y evitando también colocar un exceso de material en ella, lo que produciría un desplazamiento indeseable de los tejidos a impresionar, sobre todo en los flancos de la impresión.

Una vez llena nuestra cucharilla, llevamos la misma a la boca del paciente, colocando una pequeña cantidad del material de impresión en el paladar del paciente con los dedos antes de insertar la cucharilla, haciéndose ello para evitar burbujas de aire en esta zona. Para introducir la cucharilla a la boca se hace tracción de una de las comisuras labiales mientras se introduce la cucharilla de medio lado por la otra. Una vez que la cucharilla se encuentra dentro de la boca, se flota la misma hasta llegar a su tope, procurando que ésta quede centrada y evitando moverla hasta que el material fragüe. Sosteniendo la cucharilla con una mano, se procede a efectuar el ajuste muscular como se describió anteriormente, haciéndolo zona por zona, pero de manera más rápida, ya que el tiempo de trabajo del material es relativamente corto. Ya fraguado el material, se retira la impresión de la boca rompiendo el cierre atmosférico por medio de la coloca



ción del dedo índice en el fondo de saco del flanco lateral y haciendo presión sobre los tejidos para que entre aire entre los mismos y la impresión. Si lo anterior no da resultado, se pedirá al paciente que cierre la boca y sople aire como si fuera a inflar un globo, para que el aire sea forzado y se rompa el cierre. Al retirar la impresión, se deben examinar todas las superficies que la componen en busca de burbujas de aire o zonas en donde hizo falta el material, debiendo ser el espesor de los bordes de los flancos de uno a dos milímetros, dependiendo del material usado. También se debe observar si no han quedado puntos de presión en la impresión, y, de haberlos, será necesario volver a tomar la misma después de haber corregido la cucharilla.

El mismo procedimiento es repetido para la impresión inferior, con la salvedad de que no es necesaria la formación de un post dam, y la necesidad de efectuar los movimientos de la lengua descritos con anterioridad. Una vez seguros de la calidad de la impresión, se procederá al encofrado y vaciado de la misma, cosa que será descrita posteriormente en el presente capítulo.

#### Segunda técnica:

La segunda técnica a tratar, consiste en la toma de una impresión preliminar que será usada luego para obtener un modelo que será utilizado para la fabricación de un portaimpresiones individual de acrílico, que será la base para la impresión definitiva.

Para la impresión preliminar escogemos la cucharilla

que más se adecúe al paciente, conformándola y añadiendo cera a los flancos para obtener el mejor ajuste de los mismos en el proceso y fondo de saco del paciente. Acto seguido de carga la cucharilla con el material de impresión, llevándola a la boca del paciente, efectuándose los ajustes o moldeados de los bordes descritos para la técnica anterior. Al fraguar el material, se retira la impresión, se inspecciona, y, si resulta aceptable, se procede a su vaciado en yeso piedra.

Una vez obtenido el modelo, se recubre el mismo con una hoja de cera rosa para bases, procediéndose a fabricar una cucharilla individual de acrílico, previa obtención de un post dam, que se logra por medio del retiro de la cera en la zona del ¡Ah!.

Existen tres métodos ampliamente difundidos para la fabricación de la cucharilla individual de acrílico, las que serán expuestas en forma breve a continuación:

- 1) Masa adaptada: Se mezcla el acrílico rápido en un frasco con tapa y se espera a que éste adquiera una consistencia de masa suave sin llegar a estar como migajón, se coloca la masa entre dos losetas de vidrio y se aplasta la misma hasta obtener una torta delgada, adaptándose ésta al modelo previamente aliviado, colocándose el mango y recortándose el exceso de material con una navaja afilada.
- 2) Espolvoreado: Se espolvorea el modelo con el polvo del acrílico rápido, y se gotea el líquido sobre esto, repitiéndose la operación hasta obtener el espesor deseado.

do del material, adhiriéndose el mango cuando el material todavía se encuentra en estado plástico.

- 3) Por enfrascado: Tomamos una impresión al modelo alivado y se obtiene un modelo, que será recubierto con cera, dando a ésta la forma de cucharilla con su mango - (algunos autores recomiendan el uso y colocación de -- dos apoyos para los dedos en la cucharilla inferior). - La cucharilla de cera y el modelo son entonces enfrascados, se retira la cera y se coloca el acrílico, ya sea normal o rápido en la mufla, se prensa y se mete en agua caliente de ser necesario.

Resulta obvio que el método que menos probabilidades de distorsión tiene es el tercero, pero también es el que más tiempo y trabajo necesita, por lo que no es muy popular, y el más fácil de hacer es el primero, pero es el -- que más probabilidades de distorsión conlleva, por lo que preferimos el segundo. Lo anteriormente dicho no quiere decir que no deban ser utilizados los otros dos métodos, sino que simplemente reflejan nuestra preferencia personal, haciendo hincapié nuevamente en el hecho de que cada operador debe utilizar el método que más se le acomode y le produzca los resultados más consistentes.

Habiendo fabricado nuestra cucharilla, procedemos a recortar el exceso y a eliminar cualquier borde cortante existente, lo mismo que a efectuar las perforaciones de alivio, si el material a utilizar en la impresión definitiva así lo requiere. Cabe mencionar la necesidad de recortar los bordes de los flancos para dar cabida a la modelina que será usada para ajustar mejor los flancos de las cucharillas.

Finalizada la fabricación de los portaimpresiones se procede al ajuste de los flancos de los mismos por medio de la colocación de modelina en los bordes y efectuando el moldeado de los bordes como fué descrito con anterioridad, procediendo zona por zona. Al terminar de ajustar los bordes, se recorta la modelina aproximadamente 2mm para dar cabida al material de impresión definitiva y evitar la sobreextensión de los flancos de la impresión.

Para lograr la impresión definitiva se seguirá el mismo procedimiento usado para la técnica anterior, siguiendo las variantes que los distintos materiales exijan en su uso.

c) Encofrado y vaciado de las impresiones:

Obtenidas y revisadas nuestras impresiones definitivas, procedemos a recortar el exedente del material de impresión de los flancos con una navaja afilada, teniendo sumo cuidado de no dañar los bordes de la impresión, procurando que quede una porción de material de 4mm desde el borde del flanco hasta el corte del material. Una vez hecho lo anterior, se coloca una tira (o barra) de cera --- blanda alrededor de los flancos de la impresión y se le pega a esto una hoja de cera roja para encofrado, de manera que nuestra impresión quede perfectamente delimitada y formando un recipiente profundo para recibir el yeso que agregaremos a continuación, colocando la impresión ya encofrada en un vibrador y agregando el yeso en pequeños incrementos para evitar atrapar burbujas de aire. Cuando terminemos de vaciar la impresión se retira esta del vibrador y se deja sobre la mesa de trabajo con la base hacia arriba. Bajo ninguna circunstancia se debe voltear la impresión, ya que, durante el fraguado del yeso, el exceso de agua corre hacia la superficie (hacia arriba) y si volteáramos la impresión, ésta se acumularía en los procesos, debilitando seriamente la superficie de trabajo (los procesos) del modelo, con sus consecuentes peligros. Una vez fraguado el yeso, se retira el modelo de la impresión recortándose el exceso de yeso y haciéndose las muescas necesarias para el montaje en articulador más adelante.

## CAPITULO II

### a) Confección de bases y rodetes de oclusión:

La confección de las bases y los rodetes de oclusión para la dentadura es de una importancia indudable, ya que de ellos depende la correcta realización de los pasos siguientes en la elaboración. Por ejemplo, unas bases mal adaptadas dan lugar al desplazamiento de las mismas, y, en consecuencia, de los rodetes, haciendo sumamente difícil, si no imposible, la toma de registros exactos y la correcta articulación de los dientes.

Dado el precedente, pasaremos a describir el tema -- que nos interesa, comenzando, desde luego, por señalar lo que son las bases y los rodetes de oclusión: Una base es aquella parte de la prótesis que soporta a los dientes artificiales y efectúa la transferencia de las fuerzas oclusales a los tejidos orales de soporte.

Aunque su función principal está relacionada con la función masticatoria, la base también puede producir un efecto cosmético en el reemplazo, particularmente si se utilizan materiales que pueden ser teñidos y moldeados de manera que imiten los contornos y coloración de los tejidos que van a reemplazar.

Los rodetes de oclusión son aquellos que nos ayudan a establecer:

- 1) La localización del plano de oclusión.
- 2) La forma del arco dental, que está relacionado con la actividad de los labios, carrillos y lengua.

- 3) Los registros preliminares de la relación de los maxilares, las relaciones verticales y horizontales de los mismos y el estimado de la distancia intermaxilar.

De igual manera, son los rodetes los que nos van a proporcionar el material necesario para unir los dientes a la base de la prótesis.

Las bases se pueden confeccionar de diversos materiales, exigiéndose de éstos que sean rígidos, exactos y estables durante su uso, siendo los más utilizados el Shellac o Base plate (termoplástico), la cera dura para bases, y el acrílico rápido o el de termofraguado.

De los tres materiales antes mencionados, los que más se usan son el Base plate y la cera dura para bases-- debido a la facilidad de su manejo, pero tienen el inconveniente de perder su ajuste con frecuencia cuando se hacen los cambios en los rodetes, debido a que son termoplásticos y son reblandecidos con el calor que se tiene que aplicar a los rodetes cuando se hacen los cambios mencionados anteriormente, por lo que se debe tener especial cuidado en readaptarlos periódicamente para asegurar su correcto asentamiento y estabilidad. Las bases de acrílico son mejores en éste aspecto, aunque su manipulación sea más difícil y que a veces toman espacio que es necesario para la colocación de los dientes, aunque a la larga nos reducen el trabajo debido a que no se desajustan como los dos primeros. Es también posible utilizar la impresión final de base cuando ésta haya sido hecha en una cucharilla de acrílico y el material de impresión sea un tipo de mercaptano o sílicona que sean estables, simplemente retirando los mangos y los descansos para los dedos.



### Fabricación de las bases:

Tanto la cera como el Base plate se calientan hasta volverse plásticos, adosándose éstos al modelo hasta que queden bien adaptados. Ello se hace ya sea calentado el material fuera del modelo para luego colocarlo y adaptarlo, o colocando el material sobre el modelo y calentándolo con un flameador e irlo adaptando a medida que se vuelve plástico con el calor. En ambos casos se debe procurar que el material cubra toda la zona chapeable y que los flancos lleguen hasta fondo de saco para asegurar una retención y estabilidad adecuadas. En el caso de la cera, es conveniente colocar un pedazo de alambre (un sujetapapel) adosado a la superficie palatina y lingual de las bases para reforzarlas, ya que la cera tiene poca resistencia y se quiebra. Una vez adaptadas las bases, se recorta el exceso de material, cuidando que no queden bordes cortantes que puedan herir al paciente, y se procede a fabricar los rodetes de oclusión como se explicará más adelante.

Para la fabricación de bases de acrílico existen --- tres métodos de aceptación bastante amplia:

- 1) Mezclar el acrílico rápido y esperar hasta que tenga consistencia de masa, aplastarlo entre dos losetas de vidrio y adaptarlo al modelo, al cual se le han aliviado las zonas retentivas (zocavados) con el fin de evitar la fractura de los mismos, y recortar y pulir las bases.

- 2) Espolvorear el modelo aliviado con polvo de acrílico y añadirle luego el líquido como fue descrito para las cucharillas individuales.
- 3) Hacer un modelo duplicado con los alivios incorporados en él, cubrirlo con cera, enfrascarlo y acrilarlo, ya sea con acrílico rápido o con acrílico de termo curado.

Como en las cucharillas, el tercer método es el mejor, pero se usa muy poco, ya que sus ventajas no son tan sobre los otros dos, y requiere mucho tiempo y esfuerzo.

#### Fabricación de los rodetes de oclusión:

Como se dijo anteriormente, los rodetes de oclusión van a ser la base para la localización del plano de oclusión, así como de la forma del arco y el soporte facial, siendo la fabricación de los mismos relativamente sencilla.

Por lo general, los rodetes son confeccionados con cera dura para bases, ya que es la más práctica para ello aunque se puedan hacer de modelina también. Para tal efecto se hallan en el mercado gran variedad de conformadores de rodetes, que simplifican la labor de fabricación de los mismos, aunque también se pueden hacer de una hoja de cera, siendo esto un poco más difícil ocupando más tiempo.

Existen varias maneras de hacer estos rodetes, dos -

de las cuales serán descritas a continuación, siendo una de ellas para uso en la técnica de articulación de Trubyste (arbitraria) y la otra de uso con articuladores semiajustables y ajustables.

#### Primer método:

Si no se dispone de un conformador de rodetes, se procederá a la fabricación del mismo con una hoja de cera para bases, calentando el borde de la misma con un mechero o un flameador y doblando la misma de manera progresiva hasta obtener un rodete de unos 10mm de ancho, colocándose éste seguidamente sobre la base, procurando que quede con su línea media sobre la línea media del proceso marcada previamente sobre el modelo. Una vez colocado el rodete sobre la base, se ajusta la altura del mismo, de modo que el espesor sea de 11mm en la parte anterior y 6mm en la parte posterior en el modelo superior, y 10mm en la parte anterior y hasta la mitad de la papila retromolar en la parte posterior en el modelo inferior. Hecha la operación anterior se procederá a rebajar el rodete en sus partes laterales, hasta que el espesor de la cera sea de 4 mm a cada lado de la línea media del proceso previamente trazada sobre la superficie oclusal del mismo.

La posición de la parte anterior de los rodetes para ambos procesos debe ser a 10 grados de la vertical (Fig. - 2.1.-2.5).

#### Segundo método:

Se conforman los rodetes de manera similar al método-

anterior, siendo las dimensiones en el orden vertical las mismas en ambos métodos. La posición de la porción anterior es también la misma, a 10 grados de la vertical. El rodete inferior se conformará en base a la línea media del proceso inferior, con la diferencia de que el límite bucal del rodete debe estar a 2mm de la misma para evitar la tendencia de la dentadura inferior a ladearse, ya que es en esta posición donde van a encontrarse localizadas las cúspides de apoyo (vestibulares) de los dientes inferiores posteriores. En lo que respecta al rodete superior, la posición de la porción anterior es de 10 grados de la vertical, debiendo ser el rodete en forma de arco, y no angular como en el método anteriormente mencionado. La línea que corresponde a la fosa central de los dientes posteriores debe coincidir con la porción correspondiente a las cúspides vestibulares de los posteriores inferiores, y el límite bucal del rodete superior en esta zona debe estar a 4mm de esta línea (Fig. 2.6 - 2.10).

b) Colocación y prueba en el paciente de las bases y rodetes:

La presente descripción se encamina a enumerar las distintas acciones que se suceden para transformar las medidas y formas tentativas de los rodetes, en algo más definitivo y cercano a la realidad que perseguimos, que es proporcionar un adecuado soporte a la musculatura facial, restituir la función y ayudar a recuperar la fonética y estética perdidas. Para ello se dividirá el presente contexto en pasos a seguir, facilitándose de esta manera la exposición de lo que acontece en pos del objetivo perseguido.

### Colocación en el paciente:

Se colocará una de las bases con su rodete en la boca del paciente, y se observará si existe cualquier exceso en cuanto a la extensión de los flancos, interferencias con frenillos y la adaptación de la base al proceso, haciéndose las correcciones necesarias de una en una para mayor seguridad. Al terminar con una base se procede a hacer lo mismo con la otra, hasta que ambas queden bien ajustadas y sean confortables al paciente.

### Localización del plano de oclusión:

En la actualidad existen dos tendencias para determinar la localización del plano de oclusión:

La primera dicta que dicho plano se encuentra localizado en forma paralela a la línea bipupilar en la porción incisal, y paralela a la línea trago-ala de la nariz en la porción de los posteriores, dicho esto en base a que ésta es la localización usual de dicho plano en la dentición natural, pero, como se verá más adelante, a veces no coincide ni resulta recomendable con todos los pacientes.

La segunda tendencia, más racional, se basa en reparos anatómicos y aspectos funcionales para la localización de este plano como se describe a continuación:

El bolo alimenticio es triturado mientras descansa sobre las superficies oclusales de los molares mandibulares (plano oclusal).

Este plano es un área limitada por los tejidos de los carrillos hacia bucal, la lengua por lingual, el refe pte-  
 rigomandibular y sus tejidos superpuestos por distal, y la  
 contracción de la comisura labial por mesial. El límite me  
sial es un punto donde ocho músculos se unen en la comisura  
 labial (orbicular de los labios, buccinador, cigomáti-  
 cos mayor y menor, triangular de los labios, risorio de --  
 Santorini, elevador propio del labio superior y el músculo  
 canino). El lugar donde se reúnen estos músculos, llamado-  
 modiolos (del latín modiolus; centro de una rueda), forma -  
 una prominencia cónica notoria en la comisura labial (lige-  
 ramente atrás).

Si colocamos el pulgar por dentro de la comisura y el  
 índice en la parte externa de la misma y se contraen el la  
bio y los carrillos, el modiolos se siente como un nudo. El  
 modiolos se hace fijo cada vez que se contrae el buccina-  
 dor, lo que es una ocurrencia natural en todos los esfuer-  
 zos masticatorios, y la contracción del modio presiona la-  
 comisura labial contra los premolares, de manera que el --  
 plano oclusal queda cerrado por delante. La comida es tri-  
 turada por los premolares y molares y no se escapa por la-  
 comisura a menos que exista daño al nervio facial, como es  
 el caso de la parálisis de Bell.

La aplicación práctica de lo anteriormente dicho resi-  
 de en el desarrollo de las superficies pulidas de la próte-  
 sis con los rodetes de oclusión y el establecimiento de la  
 altura del plano oclusal. Las comisuras de los labios son-  
 marcadas en la parte anterior del rodete inferior para pro  
veer al dentista con reparos anteriores para establecer la  
 altura de los primeros premolares inferiores.

Wright demostró que el primer molar inferior está localizado generalmente a un nivel que corresponde a dos tercios del largo de las papilas retromolares. El modelo se marca en la base en el sitio que corresponde a los dos tercios del largo de la papila retromolar, desde su lado anterior, lo que nos proporciona los reparos posteriores para la localización del plano de oclusión.

Se unen las marcas anteriores y posteriores derritiendo la cera hasta que el rodete llegue a estas marcas, siendo notorio el hecho de que un plano oclusal localizado de esta manera es casi invariablemente paralelo a los procesos residuales. Una vez localizado el plano en el rodete inferior, se procede a ajustar el rodete superior a éste, ajustando luego la dimensión vertical.

#### Toma de dimensión vertical:

Se entiende por dimensión vertical oclusal a la distancia o relación existente entre los dos maxilares con los dientes en relación oclusal céntrica u oclusión céntrica. La toma de dimensión vertical, es pues el intento de llevar la relación intermaxilar vertical hasta el punto donde estaba cuando el individuo tenía sus dientes, existiendo varias maneras de hacer esto:

La primera se basa en el hallazgo hecho por el Dr. Willys y otros, de que la cara se puede dividir en tres partes de igual medida:

- 1) De la base del pelo a la línea interpupilar.

- 2) De la línea interpupilar al borde inferior del labio superior.
- 3) Del surco nasolabial al borde del mentón.

Lo anterior dicta pues, que la dimensión vertical oclusal se puede encontrar ajustando la altura de los rodetes hasta obtener una relación de éstas tres medidas, tendiéndose a tomar esto como un absoluto, cuando en realidad dista mucho de serlo, ya que este método casi siempre nos proporciona una dimensión vertical oclusal exagerada que propicia contactos oclusales prematuros que pueden ser dañinos para el proceso residual.

Otro método consiste en tratar de obtener un paralelismo entre los procesos residuales, basados en el hecho de que el proceso se resorbe de una manera bastante uniforme cuando se pierden los dientes, ya que la longitud de las raíces de los mismos es más o menos similar, pero en el caso de que haya habido un lapso de tiempo considerable entre la extracción de los posteriores y los anteriores, esta relación cambiaría, por lo que tampoco es del todo satisfactoria.

Uno de los métodos que mejor resultado ha dado, es el de utilizar el primer método o el segundo, observando después la distancia entre los rodetes cuando el maxilar inferior se encuentra en la posición de reposo, debiendo ser dicha distancia de 2 a 4mm.

Si la distancia en estas circunstancias es menor que dos milímetros, se debe reducir la dimensión vertical, sucediendo lo opuesto si la distancia es mayor que cuatro mi



### Centímetros.

En la actualidad no existe método alguno que nos proporcione una dimensión vertical exacta, siendo ésta a menudo un compromiso entre estética y función, pudiéndose alcanzar resultados aceptables.

La anterior discusión no comprende todos los métodos existentes, lo que está fuera del alcance del presente trabajo, pero se da una idea de la problemática que se presenta cuando se intenta lograr la toma de dimensión vertical en el paciente desdentado.

### Localización de líneas de sonrisa, media y canina:

Con éstos procedimientos se pretende lograr unas referencias que nos van a dar una pauta para el tamaño y localización de los dientes artificiales superiores e inferiores en los rodetes.

#### 1) Línea de sonrisa:

Se hace que el paciente sonría con los rodetes colocados, y se traza una línea donde llega el borde inferior -- del labio superior en el rodete.

#### 2) Línea media:

Se observa la situación de la línea media en el pa---ciente y se traza ésta en los rodetes.

#### 3) Línea de comisura:

Se determina la posición de las comisuras labiales - con los labios en reposo y se marcan sobre el rodete superior.

c) Selección de los dientes artificiales:

La selección de los dientes artificiales no es un ejercicio mecánico. Fórmulas, valores promedio, y medidas - pueden servir como punto de partida, pero no pueden tomar el lugar de un buen juicio artístico. La cuidadosa observación de las caras y dientes de personas con dentición natural desarrollará un sentido de armonía dentofacial, que es el objetivo de la selección de los dientes y la estética. - Debe haber una armonía de color, forma, tamaño y arreglo - de los dientes si las dentaduras pretenden desafiar la detección.

Toda selección de dientes debe ser considerada preliminar, hasta que dichos dientes sean colocados en las dentaduras de prueba, y sean juzgados de manera crítica en -- conjunto con la cara y complexión del paciente.

En el presente inciso nos ocupa la descripción de las reglas básicas que rigen la selección de los dientes artificiales, pero dejando en claro que dichas reglas no son -- sustituto para la observación, juicio artístico y experiencia del odontólogo para la obtención de una armonía -- entre los dientes y el paciente.

Selección de los dientes anteriores:

La selección de los dientes anteriores en pacientes -

edéntulos cuando se han perdido todos los registros de color, forma y tamaño es un procedimiento clínico, siendo la mejor manera de obtenerlos el probarlos en la boca del paciente. Dicha selección es relativamente rápida y fácil -- cuando se tiene la experiencia, y de la selección de los dientes adecuados depende en gran parte el éxito o fracaso del tratamiento, por lo que el odontólogo debe poner especial cuidado en lograr una adecuada selección.

Dicho lo anterior, pasamos a delinear en forma breve las reglas básicas que rigen la selección de los dientes.

#### 1) Guías preavulsorias:

Los registros tomados antes de las extracciones resultan sumamente valiosos para establecer el tamaño, forma y colocación de los dientes, por lo que resulta aconsejable obtenerlos.

#### a) Modelos de estudio y dientes extraídos:

Los modelos de diagnóstico y los dientes extraídos -- son de especial valor para averiguar el tamaño y forma -- exactos de los dientes, ya que se pueden tomar medidas directamente de ellos para escoger unos dientes artificiales que más se asemejen al modelo natural del paciente, y, en el caso de los dientes extraídos, podemos tomar el color exacto. De igual manera, los modelos de diagnóstico nos -- pueden proporcionar una guía exacta de la posición que -- guardaban los dientes anteriores en la mayoría de los casos. (Fig. 2.11).

### b) Fotografías:

Con bastante frecuencia, el paciente nos puede proporcionar fotografías de él con sus dientes naturales, con las que también se puede escoger el tamaño aproximado de los dientes artificiales y su colocación. Basta medir la distancia interpupilar en el paciente y en la fotografía para establecer una simple proporción algebraica que nos dará el tamaño real de los dientes.

### c) Radiografías:

Las radiografías pueden proporcionar alguna ayuda en la selección del tamaño de los dientes, pero no resultan confiables debido a la ampliación y distorsión de la imagen de los dientes con las distintas distancias y angulaciones. Dichas radiografías se pueden obtener del dentista anterior, y el paciente por lo general agradece el esfuerzo realizado por el dentista para darle el mejor servicio posible.

Cabe mencionar que resulta peligroso escoger el color de los dientes artificiales en base a los dientes extraídos cuando éstos tienen ya cierto tiempo de estar fuera de la boca, debido a los cambios de coloración que sufren éstos al ser extraídos. Igualmente peligroso resulta escoger el color en base a las fotografías, debido al uso de filtros de color en su elaboración, y al hecho de que éstas con el tiempo sufren cambios de coloración debido al deterioro de la emulsión fotográfica.

Faltando las gulas preavulsorias, existen reglas generales que pueden ser utilizadas para escoger con relativa-seguridad el tamaño de los dientes, basadas en observaciones antropométricas.

## 2) Gulas antropométricas:

### a) Tamaño del incisivo central superior:

Ha sido observado por numerosos investigadores el hecho de que el incisivo central superior por lo general mide  $1/16$  del tamaño de la cara, por lo que, basados en esta observación, se puede medir el ancho de la cara, lo mismo que el largo de la misma, seleccionándose un diente cuyas-medidas correspondan a la proporción antes mencionada. --- (Fig. 2.12).

### b) Localización de la cara distal del canino:

Es bien conocido que la cara distal del canino por lo general se encuentra localizada a nivel de las comisuras -labiales con los labios en reposo, por lo que se puede medir la distancia existente entre las dos marcas en el rode de oclusión superior corregido para proporcionar el soporte muscular adecuado, dándonos esto el ancho conjunto -de los dientes anteriores. (Fig. 2.13)

Como fué dicho anteriormente, esto no puede ser tomado como un absoluto, ya que se puede dar el caso de un individuo grande con dientes pequeños, o viceversa, al igual que el tamaño de la boca puede ser un factor influyente.

c) *Distancia entre las caras distales de las alas de la nariz:*

*Otra forma de escoger el ancho de los dientes consiste en el uso de un dentímetro, que se coloca en las superficies laterales del ala de la nariz, dándonos ésto el ancho del incisivo central superior, basándonos en el hecho de que la mayoría de las veces la línea media del canino - se encuentra localizada en este sitio, lo que nos dá la --proporción que nos lleva a la selección del tamaño o molde de los dientes superiores anteriores.*

d) *Sexo:*

*Basados en el sexo de la persona, y utilizando en conjunto una o varias técnicas anteriores, se puede llegar a un criterio sobre el tamaño de los dientes artificiales, - ya que es bien conocido el hecho de que en una mujer los - dientes tienden a ser más pequeños que en un varón.*

e) *Similitud genética:*

*La observación de los parientes del paciente nos puede proporcionar una idea bastante clara del tamaño de los dientes por existir cierto patrón genético que rige el tamaño y la forma de los dientes en la familia del indivi---duo.*

f) *Forma de la cara:*

*La forma de los dientes está relacionada en forma di-*

recta con la forma de la cara. Así, un individuo que tenga una cara de forma básicamente triangular, tendrá unos dientes con la misma forma básica, sucediendo lo mismo con individuos que tengan una forma de cara cuadrada u ovoide. - (Fig. 2.14).

g) Edad del paciente:

Otra variación se origina con la edad del paciente, - debido al desgaste sufrido por los dientes a medida que -- avanza la edad del individuo, alterando esto la forma básica del diente.

h) Perfil de la cara:

El perfil de la cara del paciente también influye en la forma de perfil del diente, de manera que una persona - con perfil recto tendrá unos dientes cuyo perfil es recto, al igual que un individuo con perfil convexo tendrá dientes de igual perfil. (Fig. 2.15).

i) Compleción del paciente:

La compleción del paciente, al igual que el sexo, dictará el uso de formas más toscas o delicadas, por lo que - es importante fijarse bien en los detalles que se presen-tan en cada individuo que atendemos.

### Color de los dientes:

Las guías más exactas para elegir el color de los --- dientes lo son las prótesis inmediatas y las anotaciones -- sobre el color de los dientes en un trabajo protésico ante rior a las extracciones.

De este punto en adelante, el color de los dientes -- vendrá dado por cuatro factores básicos:

#### 1) Color del pelo:

El color del pelo puede ayudar a escoger al color de los dientes, aunque el dentista no se debe fiar mucho de -- él, puesto que cambia de color con el paso de los años, -- además de que las mujeres tienden a cambiarlo con frecuencia.

#### 2) Color de los ojos:

El color de los ojos puede también ser de ayuda en la selección del color, pero su área es muy reducida y no influye tanto en la armonía dentro facial.

#### 3) Color de la piel:

Es el principal factor que influye en la selección -- del color, y el que nos da la mejor relación armoniosa, ya que no cambia de color con mucha facilidad, constituyendo-



además un área grande de influencia.

#### 4) Edad:

Resulta bien conocido el cambio de coloración de los dientes con el paso de los años. Así, un niño tendrá los dientes de un tono blanco, un joven tendrá los dientes más amarillos, mientras que una persona de edad avanzada los tendrá de un tono que tiende más al gris.

La forma de escoger el color de los dientes es la siguiente:

- 1) Se toman los tres colores que mejor se acomoden al paciente.
- 2) Se colocan éstos uno al lado del otro sobre la piel del individuo.
- 3) Preferentemente con luz diurna, se observan los dientes mientras se cierran gradualmente los ojos (el operador) siendo el color que desaparezca primero el que más se acomoda al paciente.

Resulta conveniente hacer la misma operación con luz artificial, ya que el paciente a menudo se encuentra bajo éste medio.

- 4) Se hace la operación antes mencionada con la salvedad de que los dientes son colocados dentro de la boca. ---  
(Fig. 2.16)

### Selección de los dientes posteriores:

Básicamente la selección de los dientes posteriores-- se hace en cuanto al color, ancho bucolingual, ancho mesio distal, largo de la corona, inclinación de las cúspides y material.

El color es escogido cuando se escoge el color de los dientes anteriores, prefiriendo algunos operadores variar un poco el color con respecto a los anteriores.

El ancho bucolingual viene dado por los siguientes -- factores:

- 1) Forma de la superficie pulida de la dentadura.
- 2) Tamaño y forma del proceso residual.
- 3) Eficiencia masticatoria.

La forma de la superficie pulida de la dentadura dictará el ancho bucolingual que será necesario para su lo--gro.

El tamaño y forma del proceso dictará un mayor o menor esfuerzo masticatorio.

El ancho bucolingual deberá ser suficiente para poder actual como una superficie sobre la cual se detiene la comida para poder ser triturada.

El ancho mesiodistal de los posteriores vendrá dado -- por el espacio existente entre el canino y la papila retro molar, no debiendo llegar a estar sobre la parte inclinada

de la papila para evitar que se desplace la dentadura. Debe evitarse también la colocación demasiado posterior de los dientes por el riesgo de mordedura en los carrillos, - lo mismo que la colocación demasiado anterior de los mismos, lo que podría causar desplazamientos.

El largo de la corona de los dientes posteriores viene dado por el espacio intermaxilar disponible para su colocación.

La selección de la inclinación de las cúspides será dada por el plan de oclusión desarrollado por el odontólogo, la guía condilar y el tamaño y forma de los procesos residuales, cosa que será explicada en mayor detalle más adelante.

Dentro de los materiales más utilizados para la fabricación de los dientes artificiales tenemos el acrílico, la porcelana y la combinación de dientes de acrílico con coronas de metal.

Por lo general serán usados los dientes de porcelana, debido a su durabilidad, siendo las combinaciones de acrílico con coronas metálicas cuando se desea una oclusión más perfecta, e individualizada al paciente. Los dientes de acrílico serán usados en los casos donde exista contacto opuesto de los dientes artificiales con dientes naturales, o cuando exista un espacio intermaxilar muy reducido, en los que tenga que rebajarse el diente y el espesor de la base, o cuando el diente está en contacto con retenedores directos, o cuando deba ser reducido por razones estéticas.

Los dientes de acrílico son especialmente recomendables cuando la cantidad de soporte es pequeña, debido a -- que son más suaves y por lo tanto resilientes, que la porcelana que es muy dura.

Bajo ninguna circunstancia deberán usarse dientes posteriores de acrílico con dientes anteriores de porcelana, ya que se pueden causar serios problemas debido al más rápido desgaste de los primeros, que ocasionaría en éste caso la pérdida del balance de la oclusión, causando como -- consecuencia desplazamiento de la prótesis con el consecuente daño a los procesos.

La toma de registro al paciente es de primordial importancia para el logro de una prótesis exitosa, ya que es por medio de los mismos que se logra obtener una relación de las posiciones relativas de los maxilares, el plano ocusal, las articulaciones temporomandibulares y la manera en que éstos se encuentran orientados en el espacio, de modo que éstos forman la base sobre la cual el odontólogo puede lograr la articulación de los dientes artificiales de manera que satisfaga esta las necesidades biomecánicas del aparato masticador. Sin embargo, la obtención de los registros antes mencionados de por sí no nos darían las bases que perseguimos si no hubieran aparatos a los cuales se transfieren dichos registros para poder duplicar las relaciones obtenidas con ellos.

Lo anterior nos conduce a la presentación del instrumento que hace esto posible: El articulador.

El articulador se define como "un aparato mecánico que representa las articulaciones temporomandibulares y los miembros de los maxilares, a los que los modelos maxilares y mandibulares pueden ser montados". Existen muchos y variados tipos de articuladores, siendo su diseño basado en (1) teorías de oclusión, (2) tipos de registros usados para su ajuste, y (3) los ajustes de que son capaces. Algunos articulares son muy simples, con solo una función; sostener los modelos en relación céntrica entre sí.

Otros articuladores son complejos, y algunos requieren aparatos complicados para transferir los registros de relación de los maxilares desde la boca del paciente al articulador.

CAPITULO III

Resulta obvio pues, que los registros necesarios pueden ser simples o complejos dependiendo del instrumento -- que está siendo ajustado.

A continuación se describirá la manera de obtener los distintos registros que se necesitan para el montaje y ajuste de los modelos al articulador, siendo en el presente caso la toma de registros relativamente sencilla, debido -- sobre todo a la naturaleza de los articuladores que van a ser utilizados.

Los procedimientos de toma de registros y montaje de los modelos en ambos articuladores se darán en forma separada, para evitar las confusiones que se pueden suscitar -- en la intercalación de ambas.

#### Toma de relación céntrica:

El correcto registro de la relación céntrica es de vital importancia para la construcción de las dentaduras completas. Muchas prótesis fallan debido a que la oclusión no está planificada o desarrollada en armonía con esta posición.

Cuando existe una gran discrepancia entre la relación céntrica y la oclusión céntrica en los pacientes con dentición natural, el ligamento parodontal estará en peligro. -- Cuando la relación céntrica no coincide con la oclusión céntrica en los dientes artificiales, la estabilidad de las bases de las dentaduras estará en peligro y los pacientes -- edéntulos estarán sujetos a dolores e incomodidades innecesarias.

sarios.

Se define la relación céntrica como "la relación más posterior superior y media de los cóndilos en la cavidad glenoidea a una dimensión vertical dada". También se puede definir la relación céntrica como "la relación más posterior de la mandíbula con respecto al maxilar en la dimensión vertical establecida".

La relación céntrica es la única relación que se puede localizar en el paciente edéntulo, siendo esta reproducible cuando se localiza adecuadamente. Existen varios métodos para localizar la relación céntrica, pudiéndose dividir los mismos en estáticos y funcionales y pudiendo ser cada uno de ellos intraoral o extraoral, según sean usados métodos intra o extraorales para lograr su registro.

A continuación se describen los métodos más usados para el logro de los registros de relación céntrica:

#### 1) Trazo de arco gótico:

Al moverse la mandíbula hacia atrás, adelante y hacia los lados, se produce un trazo en forma de flecha, que por su similitud con una estructura arquitectónica se ha llamado arco gótico.

Existen varias maneras de obtener el trazo de arco gótico, tanto intraorales como extraorales, habiendo también numerosos aparatos para lograrlo, como lo son el aparato de Stansberry y el aparato de Coble, siendo éstos extra e intraorales respectivamente.



Ambos aparatos se colocan en los rodetes de oclusión, colocándose éstos en la boca del paciente y haciendo que éste mueva su mandíbula hacia adelante, hacia atrás y hacia los lados desde la posición de retrusión.

La posición de la relación céntrica vendrá dada por la punta o vértice del trazo obtenido, usándose dicha posición para fijar los rodetes de oclusión en la relación intermaxilar así obtenida, para luego transferirla al articulador.

Para fijar los modelos en la posición deseada, se puede usar yeso, pasta zinquenólica o cera, estando la elección sujeta a la preferencia del operador.

## 2) Registros interoclusales de relación céntrica:

Los registros interoclusales se hacen usando un medio de registro entre los rodetes de oclusión, las dentaduras de prueba, o en las prótesis terminadas. Los materiales más comunmente usados para tal efecto incluyen el yeso, pasta zinquenólica, cera y resinas acrílicas de auto polimerización. El paciente cierra hacia el medio de registro, deteniendo el cierre cuando éste llega hasta una dimensión vertical predeterminada, y efectuándose dicho cierre con la mandíbula en su posición más retraída.

Existen varias maneras de ayudar al paciente para que éste retraiga la mandíbula hasta la posición deseada:

a) Instruir al paciente a que deje relajar su mandíbula, llevarla hacia atrás, y que cierre suavemente sobre sus dientes

posteriores.

- b) Instruir al paciente para que adquiriera la sensación de llevar su maxilar inferior hacia atrás y cierre sobre sus dientes posteriores.
- c) Instruyendo al paciente a protuir y retraer la mandíbula en forma repetida mientras se agarra él mismo la mandíbula ligeramente con sus dedos.
- d) Instruyendo al paciente para que lleve su lengua hacia el borde posterior de la dentadura superior.
- e) Instruir al paciente para que golpetee repetidamente los rodetes de oclusión o los dientes posteriores.
- f) Inclinar la cabeza del paciente hacia atrás mientras se llevan a cabo los movimientos descritos anteriormente.
- g) Dar masaje a los músculos masetero y temporal para relajarlos.

Los anteriores movimientos se repiten varias veces, hasta que el dentista está seguro que el paciente está llevando su mandíbula hasta la posición de relación céntrica en una manera consistente, para así asegurar la exactitud del registro a ser tomado (Fig. 3.1).

- 3) Fijación de los rodetes en la posición de relación céntrica por medio de la colocación de una espátula caliente -- entre los dos rodetes de oclusión:

Una vez finalizada la toma de dimensión vertical, se procederá a efectuar los movimientos descritos para el método anterior haciéndose unas marcas en el rodete para -- asegurar la repetibilidad de la posición. Teniendo en --- cuenta la seguridad de haberla alcanzado, se calienta una espátula y se coloca la misma entre los dos rodetes ten--- niéndolos cerrados el paciente en la posición deseada, -- con el fin de derretir la cera. Una vez enfriada la cera-- se retiran los modelos pegados de esta manera para montar los en el articulador. (Fig. 3.2).

Existen todavía más métodos para la toma de regis--- tros, pero el explicarlos extendería el trabajo actual en demasía, además de encontrarse tal descripción fuera del--- alcance de los objetivos perseguidos por él.

#### Relacionando los modelos al articulador:

Téoricamente hablando, la boca del paciente sería el--- articulador ideal para lograr sus necesidades individuales, pero en la práctica ello resulta mecánicamente imposible, --- debido a los procedimientos necesarios para la articula--- ción de los dientes.

Más aún, el dentista debe tener en cuenta el espacio - reducido de la cavidad oral, la resiliencia de los tejidos, la dificultad que presenta la presencia de saliva y la habi--- lidad del paciente para cooperar, por lo que se necesita el uso de un articulador.

Terminada la obtención de los registros de relación -- céntrica procederemos a la orientación de los modelos en el

articulador, al igual que el montaje en el mismo, cosa que será descrita a continuación, recordando que, debido a que se manejan dos técnicas, las mismas se describirán por separado para evitar confusiones.

Relación y montaje de los modelos en el articulador -  
New Simplex:

El articulador New Simplex, es un aparato sencillo clasificado como un instrumento unidimensional, debido a que -- solo se necesita un registro para su ajuste y uso. El registro necesario en el ajuste de dicho articulador es el de relación céntrica.

Finalizados los procedimientos anteriores, se procede al montaje de los modelos en el articulador de la siguiente manera:

- 1) Se colocan los modelos con los rodetes pegados y se observa si existe suficiente espacio para acomodarlos con el articulador cerrado. De no existir espacio suficiente, se rebajarán las bases de los modelos hasta que exista un espacio adecuado.
- 2) Colocamos yeso en el ramo inferior del articulador y se coloca el modelo inferior sobre el mismo, alineando el -- plano de oclusión con las muescas localizadas en la parte correspondiente a las ramas ascendentes de la porción inferior y al señalador que se encuentra localizado en la -- guía incisal del instrumento, cuidando que la línea media del rodete coincida con dicho señalador.

3) Una vez que fragúa el yeso de la porción inferior, se abre el articulador y se coloca yeso sobre el modelo superior, cerrándose seguidamente el articulador.

En ambos casos se debe procurar que la g<sup>u</sup>la incisal del articulador llegue hasta su tope, de lo contrario podrían haber cambios en la dimensión vertical al aflojarse ésta o al ser retirada.

También se puede hacer uso de la platina que se incluye con el articulador, montando el modelo y el rodete superior y cerrando el articulador, invirtiéndose el proceso antes mencionado y evitándose ello el trabajo de alinear el plano de oclusión, ya que éste queda automáticamente en su sitio. (Fig. 3.3).

Relación y montaje de los modelos en el articulador -  
Whip Mix:

El articulador Whip Mix, es un instrumento que se clasifica como bidimensional modificado, debido a que, para su ajuste, son necesarios la toma de relación cóndilo-maxilar superior con arco facial y el uso de registros de mordida, tanto en relación céntrica como de las excursiones laterales. Debido a lo anterior, se podría creer que el articulador es de una naturaleza tridimensional, cosa que resulta errónea si tomamos en consideración que el instrumento no proporciona un ajuste completo para el plano frontal, debido a que el movimiento que describe el cóndilo del lado de trabajo no es tomado en cuenta. Tampoco se toma en consideración que los movimientos de los cóndilos en la cavidad glenoidea son de una naturaleza curvilinea, por lo que no se puede lograr un ajuste para los movimientos -límite del maxilar inferior, lo que da origen al nombre de articulador semiajustable a este instrumento. (Fig. 3.4).

El montaje de los modelos en el articulador Whip Mix, difiere de la anterior técnica de montaje en que, para montar el modelo superior, nos valdremos de un arco facial, que es un instrumento en forma de calibrador que nos va a -posibilitar la transferencia de la orientación y distancia que guarda el maxilar superior con respecto a los cóndilos del maxilar inferior y al plano de Franckfort, quedando los modelos relacionados de igual manera que en la boca del paciente cuando se montan al articulador.

Existen dos grupos de arcos faciales para la transferencia al articulador:

- 1) Los llamados arcos faciales arbitrarios.
- 2) El arco facial cinemático.

Los primeros se basan en la localización aproximada del eje de bisagra del paciente, ya sea por medio de trazos que se cruzan en un punto determinado que se supone corresponde al eje cinemático del individuo (un ejemplo de esto lo constituye una de las formas de utilización del arco facial del articulador Hanau), o por medio de olivas de plástico en el extremo del arco facial, que se insertan en el meato auditivo externo del paciente, como es el caso del articulador Whip Mix.

En la segunda instancia (arco facial cinemático), el arco facial se monta en el maxilar inferior y se hace que el paciente haga movimientos de apertura y cierre, con lo cual las partes posteriores del instrumento nos darán la localización exacta del eje de bisagra o centro cinemático, que sería lo más recomendable.

Cabe señalar que este tipo de arco facial puede ser utilizado en ambos articuladores (Whip Mix y Hanau), siendo su uso especialmente recomendable cuando es necesario aumentar o reducir la dimensión vertical oclusal en el articulador. El mayor problema para el uso de este tipo de arco en el desdentado, es la resiliencia de los tejidos, que hace que la localización exacta del eje de bisagra sea difícil de obtener, por lo que se prefiere usar uno de los métodos an-

teriores (arbitrarios), que si bien no son tan recomendables, si nos proporcionan un margen de exactitud aceptable.

Dicho lo anterior, procederemos a describir la toma de arco facial (articulador Whip Mix).

Se coloca la base y el rodete superior pegados a la platina de mordida en la boca del paciente, y se hace que él mismo la sostenga en su sitio con los pulgares de ambas manos. (Fig. 3.5).

Hecho esto, se procede a insertar las olivas plásticas localizadas en la parte posterior del arco en los meatos auditivos externos del paciente, después de haber colocado la prensa portadora del arco en el vástago de la platina de mordida. Seguidamente se coloca el localizador de nasión en el travesaño de la parte anterior del arco facial y se aprieta éste contra la concavidad formada por los huesos nasales y el frontal (punto nasión), apretando luego el tornillo de sujeción del mismo, al igual que los tornillos de afianzamiento del arco facial. Se observará que la parte anterior del arco facial quedará alineada con los agujeros infraorbitarios, que es lo que nos dará la relación adecuada del maxilar superior cuando se transfiera el registro al articulador.

Una vez logrado lo anterior, se aprieta la prensa portadora (que sostendrá la platina de mordida) con cuidado de no mover el vástago de la platina de mordida fuera de relación, se aflojan los tornillos del arco facial (excepto la prensa), se retira el localizador de nasión y se re-



tira el arco facial del paciente, con la base y el rodete pegados a él.

Debido a que el articulador tiene una distancia intercondilar semiajustable, se deberá observar y anotar la distancia intercondilar que señala el indicador localizado en la parte anterior del arco facial cuando éste todavía está montado en el paciente, siendo esto importante por razones que serán expuestas posteriormente.

Antes de iniciar la transferencia del registro del -- arco facial al articulador, se deben ajustar las guías condilares en el articulador a la distancia intercondilar anotada antes, y la angulación de las guías condilares del -- miembro superior debe ser de 20 grados. Hecho esto, se colocan las olivas del arco facial en los pequeños vástagos que se encuentran en las guías condilares del miembro superior del articulador, haciendo que la parte anterior de dicho miembro superior descansa sobre el travesaño del arco facial (Fig. 3.6), colocando el modelo superior sobre la base y rodete pegados a la platina de mordida, se coloca yeso sobre el modelo y se cierra el miembro superior sobre el travesaño antes mencionado, dejando que éste fragüe. -- Una vez fraguado el yeso, se retira el arco facial del articulador, habiendo quedado montado el modelo superior en el mismo, se coloca la guía incisal del instrumento y se voltea para proceder al montaje del modelo inferior como se describe a continuación:

Se coloca la base y rodete superior corregidos sobre el modelo superior, colocando sobre éstos el registro de relación céntrico y el rodete con la base inferior sobre --

éste (algunos operadores prefieren pegar las dos bases y rodetes en relación céntrica, por lo que no será necesario un registro de céntrica), y montando sobre ésto el modelo inferior, colocando yeso sobre el mismo y cerrando el miembro inferior del articulador, hasta que la guía in cisal del instrumento haga contacto con su base. Es aconsejable colocar un objeto pesado sobre el miembro inferior del articulador mientras está fraguando el yeso de montaje para evitar que la expansión del fraguado desplace al mismo.

Una vez fraguado el yeso, se voltea el articulador quedando los dos modelos montados y relacionados entre sí listos para la colocación de los dientes artificiales anteriores. (Fig. 3.7)

## CAPITULO IV

A medida que se desarrolla la incansable búsqueda de conocimientos del hombre, se han presentado incontables teorías que tratan de explicar lo que sucede en la naturaleza que lo rodea, siendo éstas teorías las bases para el logro de otros objetivos que se derivan de problemas y necesidades encontrados en la vida diaria.

En el caso del medio bucal, se observa el mismo afán por tratar de comprender la naturaleza y funcionamiento del mismo, derivados de la necesidad producida al querer restaurar la función o corregirla. Así pues, vemos como en el transcurso del tiempo se han presentado varias teorías que trataban de explicar la relación que guardaban los distintos factores involucrados en el funcionamiento armonioso del aparato masticador sin mucho éxito, hasta que Hanau demostró la relación existente entre cinco factores que se pueden considerar claves en un funcionamiento adecuado del aparato masticador. Dichos factores son la base sobre la cual se levantan los actuales conceptos de oclusión, que son los que rigen sobre la articulación de los dientes artificiales en la prótesis, ya sean parciales o completas, mismos que serán descritos a continuación bajo el título de conceptos biomecánicos.

#### a) Conceptos biomecánicos:

Como se dijo anteriormente, Hanau propuso que una articulación armoniosa estaba basada en el equilibrio de cinco factores fundamentales, como lo son la g<sup>u</sup>la condilar, la g<sup>u</sup>la incisiva, la orientación del plano de oclusión, la inclinación cusplídea y la prominencia de la curva compensa

toria, cosa que desarrollaremos seguidamente.

### 1) Gula condilar:

La gula condilar es la trayectoria que describen los cóndilos al efectuar la mandíbula movimientos de rotación y traslación durante la masticación, deglución y fonación. Dicha trayectoria describe un ángulo si es superpuesta al plano de Frankfort, al igual que si se yuxtapone al plano sagital, lo cual es la base para el ajuste del articulador.

De los cinco factores de armonía oclusal, éste es el único que nos puede proporcionar el paciente edéntulo y - el único que no puede ser alterado por el dentista en la elaboración de las prótesis. (Fig. 4.1).

### 2) Gula Incisiva:

El segundo factor de armonía oclusal lo es la gula -- incisiva, que es la influencia que ejercen las superficies-linguales de los dientes superiores anteriores sobre los - movimientos de la mandíbula, formándose también un ángulo - cuando dichas superficies se yuxtaponen sobre el plano de Frankfort. Esta gula es determinada por el dentista en base al overlap horizontal y vertical que sea seleccionado - por él, como también es el segundo camino que gobierna al articulador. (Fig. 4.2)

### 3) Orientación del plano de oclusión:

Como se explicó en el capítulo referente a la confección de bases y rodetes de oclusión, la orientación adecuada del plano de oclusión guarda una estrecha relación con la función masticatoria, al igual que con la retención y estabilidad de las dentaduras artificiales, por lo que después de su determinación se convierte en el tercer factor fijo en la armonía oclusal, recordando que este debe estar lo más paralelo posible a los procesos residuales y a una distancia equidistante de los mismos para proporcionar el máximo de estabilidad.

### 4) Inclinación cuspldea:

La inclinación de la cúspide es el ángulo formado por las vertientes de una cúspide con un plano que pasa sobre el vértice de la misma y que es perpendicular al eje largo del diente.

Para las dentaduras artificiales, la inclinación cuspldea viene dada por el fabricante de los dientes artificiales, aunque este se puede modificar rebajando las vertientes. (Fig. 4.3).

### 5) Prominencia de la curva compensatoria:

La curva compensatoria o curva de Spee resulta bastante valiosa, ya que nos podemos valer de la misma para modificar la inclinación cuspldea sin tener que rebajar los dientes artificiales, de manera que se puede hacer una cú

pide más aguda simplemente girando el diente en su eje longitudinal sin tener que alterar como una curva imaginaria- que va desde el vértice del canino inferior hasta el último molar inferior, siguiendo todos los vértices de las cúspides vestibulares de los dientes posteriores inferiores.

Al relacionar los cinco factores antes mencionados, - llegamos a la fórmula o principio de Thielemann, que señala que una oclusión balanceada es igual a la guta condilar por la guta incisiva, sobre la inclinación cuspldea por la curva compensatoria por la orientación del plano oclusal. - Esta fórmula o principio no es de gran utilidad en un individuo con dentición natural, ya que en dicha dentición no se persigue una oclusión balanceada, pero, en cambio, es la base sobre la cual se asientan los principios de la articulación de los dientes en dentaduras artificiales completas, debido a que tiende a evitar los desplazamientos de la prótesis durante los movimientos funcionales y para-funcionales.

Algunos dentistas alegan que durante la masticación - de los alimentos siempre existirá desplazamiento de las -- prótesis, por la tendencia de colocar más alimento de un - lado de la boca, lo mismo que la diferencia en consisten- cia de los mismos, por lo que al parecer no es necesaria - una oclusión balanceada. Si bien es cierto que lo anterior representa una realidad, también lo es el hecho de que la - trituración de los alimentos es solo una pequeña parte del total de los movimientos mandibulares efectuados en el --- transcurso del día por el individuo, o sea que la mayor -- parte de los movimientos realizados en el transcurso de un día son: movimientos "vacíos". En otras palabras, la mayor-

parte de la actividad motora de la mandíbula se realiza -- sin alimentos en la boca, por lo que una oclusión balanceada que evite los desplazamientos durante esta actividad -- parafuncional resultará de gran beneficio para el individuo, ya que se distribuirán las cargas de una manera más -- uniforme sobre los tejidos de soporte.

Debido a lo anteriormente descrito resulta claro, por lo menos teóricamente, que el uso de un articulador y una técnica que nos permita armonizar los cinco factores antes mencionados según las necesidades del individuo, resultará en una serie de ventajas funcionales y de confort para el paciente, al igual que para el dentista, ya que él mismo -- podrá ofrecer un mejor tratamiento al individuo desdentado evitando frustraciones y fracasos con el consecuente des-- contento para ambos.



b) Técnica de articulación de los dientes Trubyte:

Corregidos los rodetes y montados los modelos en el articulador, se procederá a la articulación de los dientes para crear la dentadura artificial en cera, comenzando con los dientes superiores y articulando después los inferiores como se describe a continuación.

*Incisivo central superior:*

Colocaremos la cara mesial del incisivo de manera -- que ésta coincida con la línea media marcada en el rodete superior, haciendo que su borde incisal quede a nivel del borde inferior del mencionado rodete, cosa que haremos ayudados con una loseta de vidrio colocada sobre esta superficie. La inclinación del eje longitudinal del diente en sentido mesio distal quedará a tantos grados de la vertical como su forma lo permita, quedando el mismo eje en sentido buco palatino a 10 grados de la vertical y debiendo quedar la cara bucal del diente a nivel de la superficie bucal del rodete superior.

*Incisivo lateral superior:*

La cara mesial del incisivo lateral debe quedar adosada a la cara distal del incisivo central superior, quedando su borde incisal a 1mm del borde inferior del rodete superior (por encima). Su inclinación mesio distal será la misma que la del incisivo central y su inclinación buco palatina será a 12 grados de la vertical, quedando el cuello del lateral más hundido que el del incisivo central. -

La cara vestibular estará al ras de la superficie bucal - del rodete superior.

*Canino superior:*

El vértice del canino debe quedar a nivel del borde inferior del rodete superior, su cara mesial debe quedar adosada a la cara distal del incisivo lateral y la mitad mesial de la cara bucal quedará sobre la porción anterior de la cara bucal del rodete, quedando la mitad distal de la misma cara coincidiendo con la superficie vestibular posterior del rodete superior.

La inclinación mesio distal del eje longitudinal será la misma que la de los incisivos superiores y su inclinación vestibulo palatina será de 0 grados de la vertical, - siendo el cuello más prominente que el borde incisal.

*Primer premolar superior:*

Resulta conveniente hacer un pequeño diastema entre la cara mesial del primer premolar superior y la cara distal del canino por razones de espacio al articular el primer premolar inferior, no debiendo ser la distancia del diastema mayor que 1mm. La inclinación mesio distal deberá ser perpendicular al plano de oclusión y la cara vestibular deberá coincidir con la superficie vestibular del rodete superior. La cúspide vestibular descansará sobre el plano de oclusión y la cúspide palatina quedará a 0.5mm del mismo plano, con lo que comenzaremos a formar la curva compensato

ria (curva de Spee), lo que va a hacer que la inclinación-- del eje vestibulo palatino de la cara oclusal sea de 90 grados a la superficie vestibular del rodete.

#### Segundo premolar superior:

Se adosará la cara mesial del segundo premolar superior a la cara distal del primer premolar, debiendo quedar las -- cúspides vestibular y palatina a nivel del plano oclusal y -- coincidiendo el surco central del premolar con la línea me-- dia trazada en la superficie oclusal del rodete, quedando -- así la cara vestibular al nivel de las caras vestibulares -- del canino y el primer premolar superiores (en línea recta). La inclinación mesio distal del diente será la misma que la del primer premolar.

#### Primer molar superior:

Colocamos el primer molar superior con su cara mesial -- adosada a la cara distal del segundo premolar, quedando su -- cúspide mesio palatina sobre el plano de oclusión, la cúspi-- de mesio palatina a 0.75mm del plano la cúspide disto palati-- na a 0.5mm del plano oclusal y la cúspide disto vestibular -- a 1.5mm del mencionado plano.

La mitad mesial de la cara vestibular del molar hard -- una línea recta con el canino y los dos premolares, mientras que la mitad distal se encontrará hacia palatino formando un ángulo de 6 grados con la línea anterior (molar canino).

*Segundo molar superior:*

Se coloca el diente de manera que su cara mesial coincida con la cara distal del primer molar. La cúspide mesio palatina quedará a 1.5mm del plano oclusal, la cúspide mesio vestibular estará a 2mm del plano y la cúspide disto vestibular a 2.5 mm del plano mencionado.

La cara vestibular y el surco central del segundo molar deberá formar una línea recta con la cara y surco respectivos del primer molar superior.

Para articular la hemiarcada opuesta del rodete superior, se seguirán los mismos pasos que acabamos de describir.

Concluida la articulación de los dientes superiores, procederemos a la articulación de los dientes inferiores como será descrito a continuación.

*Primer molar inferior:*

Siendo este diente la clave para la articulación de los dientes inferiores, será articulado primero de la manera siguiente:

Se rebaja cera del rodete inferior, en el espacio correspondiente al primer molar inferior, cuyas cúspides vestibulares deberán estar alojadas entre el segundo premolar y primer molar superiores y la cúspide disto vestibular debe quedar alojada en la fosa central del primer molar superior.

Se derrite la cera en este espacio colocándose el primer molar inferior en él y cerrando el articulador en céntrica hasta que la guía incisal llegue a su tope. Acto seguido se efectúan movimientos de protrusión y lateralidad -- con el articulador y se observa si existen interferencias a estos, debiendo modificar la inclinación de los dientes posteriores superiores de existir alguna. Las cúspides -- vestibulares del primer molar inferior deben estar alojadas en la fosa central del primer molar superior y el espacio comprendido entre éste y el segundo premolar superior a nivel del surco central de ambos, quedando a su vez las cúspides palatinas del primer molar superior en la fosa y surco central del primer molar inferior.

Si no existe esta intercuspidación cuando se articula, quedarían los dientes posteriores borde con borde, -- haciendo esto que el paciente se muerda el carrillo cuando mastica o habla.

#### Segundo molar inferior:

Se retira cera suficiente para crear el espacio adecuado en el rodete inferior y se derrite el remanente colocando seguidamente el segundo molar inferior, cerrando el articulador en céntrica hasta que la guía incisal del mismo llegue hasta su tope. Las cúspides mesiales del segundo molar inferior deben estar alojadas entre la cara distal del primer molar y la cara mesial del segundo molar superiores. La cúspide disto vestibular del segundo molar inferior debe quedar alojada en la fosa central del segundo molar superior, quedando a su vez la cúspide mesio palatina-

de éste último alojada en la fosa principal del primero.

Se vuelven a repetir los movimientos del articulador antes mencionados y se comprueba si existen interferencias.

#### Segundo premolar inferior:

Se retira cerca del rodete inferior y se derrite el remanente para colocar el segundo premolar inferior y cerrar el articulador en céntrica hasta que la gula incisal llegue a su tope.

Se repiten las operaciones antes descritas con el articulador y se verifica la existencia de interferencias

#### Incisivo central inferior:

Se colocará la cara mesial del incisivo central de manera que ésta coincida con la línea media del rodete, siendo el eje longitudinal del diente en sentido mesio-distal perpendicular al borde incisal será de 1 mm. y su inclinación buco lingual será de - 10 grados de la vertical.

Se volverán a efectuar los movimientos antes mencionados para determinar si hay interferencias.

#### Incisivo lateral inferior:

Se adosa la cara mesial del lateral a la cara distal del central, haciendo que quede un overlap horizontal y vertical de 1 mm con el incisivo central y lateral superiores. La inclinación buco lingual sera de -5 grados, por lo que el cuello del diente estará más hacia bucal que el central inferior.

No deberán presentarse interferencias a los movimientos de lateralidad y protrusión.

#### Canino inferior:

Adosamos la cara mesial de éste diente a la cara distal del lateral, haciendo que las inclinaciones buco lingual y mesio distal sean de -10 grados de la vertical.

El overlap horizontal y vertical con el lateral y canino superiores será de 1 mm y se verificará que no existan interferencias a los movimientos excursivos del articulador.

#### Primer premolar inferior:

Se verificará si existe suficiente espacio para acomodar el premolar y se rebajará éste de ser necesario (a menudo lo es, y es por ello que se articula el último), deritiéndose la cera y colocando el diente en su posición. Seguidamente se cierra el articulador hasta que la gula incisal llegue al tope y se proceden a hacer las excursiones laterales y protusivas con el articulador mencionado.

Una vez terminada una hemiarcada, se procederá a articular la opuesta, siguiendo los mismos pasos arriba descritos y terminada la misma estará la dentadura en cera lista para su festoneado y prueba en el paciente.

c) Técnica de articulación de los dientes artificiales con articulador semiajustable:

Como fué dicho en el capítulo referente a la toma de registro de relación céntrica y montaje de los modelos al articulador, el instrumento que fabrica la Whip Mix Corporation necesita la toma de registros adicionales para su ajuste. La razón por la que no fué descrita la toma de estos registros adicionales en ese capítulo, fué impuesta -- por la necesidad de colocar los dientes anteriores (por lo menos) en los rodetes de oclusión, ya que son imprescindibles para definir la guía incisiva, que, como se describió anteriormente en el presente capítulo, es el segundo factor que controla los movimientos del articulador, por lo que se prefirió incluirlas bajo el presente contexto.

Hecha la aclaración anterior procederemos a la colocación de los dientes artificiales anteriores, la toma de registros excéntricos, el ajuste del articulador y la articulación de los dientes artificiales posteriores.

Colocación de los dientes artificiales anteriores:

Se comenzará colocando el incisivo central superior - con su cara mesial en la línea media, que fué marcada previamente en el rodete superior, haciendo que el borde incisal quede al mismo nivel que el borde inferior del rodete, la cara bucal del incisivo antes mencionado debe coincidir con el borde bucal del rodete superior corregido (para no alterar el soporte muscular que hemos establecido). Deberá repetirse la misma operación para colocar el incisivo central superior del lado opuesto.



Seguidamente, se coloca el incisivo lateral superior con su cara mesial adyacente a la cara distal del incisivo central, haciendo que el borde incisal del lateral que de aproximadamente a 1mm del borde inferior del rodete y que su cara bucal coincida con la superficie bucal del mencionado rodete, repitiéndose la operación para colocar el incisivo lateral del lado opuesto.

Colocado el incisivo lateral, se procede a articular el canino, cuidando que la cara mesial del mismo haga con tacto con el lateral. La cúspide del canino deberá quedar al nivel del borde inferior del rodete superior y su cara bucal debe quedar a nivel del rodete por su superficie bu cal.

Una vez articulados los dientes anteriores superiores, se procede a ajustar las guías condilares del articu-  
lador a 30 grados y se ajusta la mesa incisal del instrumento a la angulación que establezca el dentista para la guía incisal. Dicha angulación vendrá dada por el tamaño de los procesos residuales, el overlap horizontal (relación intermaxilar anteroposterior), la resiliencia de los tejidos y el tipo de dientes posteriores que vayan a ser utilizados (anatómicos o planos).

Establecida la angulación de la guía incisiva, se --  
procede a la colocación del incisivo central inferior, ha-  
ciendo que la cara mesial del mismo coincida con la línea media trazada en el rodete inferior. La cara bucal del in-  
cisivo debe quedar al ras de la superficie bucal del rode-  
te inferior. El borde incisal del incisivo lo dejamos por encima del borde superior del rodete, se calienta la cera

que soporta al diente y se cierra el articulador, haciendo seguidamente movimientos de protrusión con el mismo para hacer que el borde incisal del incisivo central quede a la altura adecuada para la guía previamente establecida. Durante los movimientos de protrusión, se debe hacer que la guía incisal del articulador esté en contacto con la mesa incisal ajustada del mismo y debemos colocar un dedo sobre la superficie bucal del diente para evitar que éste se incline o gire en lugar de bajar. Toda la operación antes -- descrita se repetirá para la colocación del incisivo central del lado opuesto, al igual que para la articulación de los laterales y los caninos inferiores.

Finalizada la colocación de los dientes anteriores, se procede a moverlos para producir el efecto cosmético deseado (giroversiones, inclinaciones y desgastes), cuidando siempre que éstos sean compatibles con la guía incisiva establecida en el articulador (la guía incisiva del articulador debe hacer contacto en todo momento sobre la mesa incisal del mismo), ya que de lo contrario se alterará la -- guía.

Una vez que tenemos ambos rodetes con los dientes anteriores articulados, se procede a colocarlos en la boca del paciente revisando la estética y fonación. Al mismo -- tiempo se aprovecha la cita para efectuar la toma de los -- registros excursivos necesarios para el ajuste del articulador. (Fig. 4.4).

#### Toma de registros excursivos:

1) Registro de excursión protrusiva:

Se instruye al paciente para que cierre los rodetes - haciendo que los bordes incisales de los dientes anteriores superiores toquen los bordes incisales de los dientes anteriores inferiores. Una vez que el paciente ha dominado el cierre que se le pide, el dentista procede a colocar yeso en la parte correspondiente a los dientes posteriores - del rodete inferior (habiéndose hecho surcos de referencia previamente en ambos rodetes), instruyendo al paciente que cierre los dos rodetes hasta la posición descrita con anterrioridad y que mantenga ésta posición hasta que el yeso en durece. Luego se verifica la posición de protrusión y se retiran los rodetes y los registros de la boca del paciente, se lavan y se marcan los registros de yeso para no confundirlos.

El registro se puede obtener también con pasta zinquélica soportada por una gasa estirada sobre un bastidor - de alambre delgado, siendo el procedimiento para obtener - el registro el mismo que se usó para el registro de yeso.

De igual manera, se puede obtener el registro con cera, calentándose dos o tres láminas de cera para bases hasta que éstas estén bien suaves y repitiéndose el procedi-  
miento anterior. Las principales desventajas de la cera -- son: 1) El hecho de que ésta es más dura que el yeso o la - pasta zinquélica por lo que se necesita más presión para hacer el registro, lo que puede ocasionar desplazamiento - de los tejidos y las bases con el resultante error en la - oclusión, y 2) La cera tiende a sufrir distorsiones cuando se ajusta el articulador, lo que puede ocasionar errores - si no se tiene cuidado en la operación.

El registro de protrusión nos va a proporcionar el ángulo formado entre la guía condilar y el plano de Frank--fort, que es la primera referencia de la guía condilar antes mencionada.

## 2) Registros de excursiones laterales:

Al igual que el registro de protrusión, los registros de las excursiones laterales derecha e izquierda nos va a proporcionar un ángulo formado por la guía condilar y un plano de referencia, siendo el ángulo en este caso el formado por la yuxtaposición de la guía condilar y el plano sagital, siendo conocido este como ángulo de Bennette, que toma su nombre de la trayectoria hacia adelante y adentro que describe el cóndilo cuando se desplaza en un movimiento lateral, lo que es conocido como movimiento de Bennett.

Antes de proseguir, debemos señalar lo que es el lado de trabajo y lado de balanceo en una excursión lateral: Se denomina lado de trabajo al lado de la mandíbula y maxilar superior hacia el cual se desplaza el cuerpo mandibular. - En otras palabras, si la mandíbula se desplaza hacia el lado derecho, el lado de trabajo será el lado derecho del maxilar superior y cuerpo mandibular derecho.

Resulta obvio que el lado de balanceo es el opuesto - al lado de trabajo. Usando el ejemplo anterior, si la mandíbula se desplaza hacia el lado derecho, el lado de balanceo será el lado izquierdo del maxilar superior y el cuerpo mandibular izquierdo.

La toma de registros laterales se puede hacer, como en el caso del registro protrusivo, con yeso, pasta zínquica colocada en una gasa estirada sobre un bastidor de alambre, o con cera para bases, siendo las características iguales a las mencionadas con anterioridad.

Se instruye al paciente para que haga un cierre lateral hasta que se toquen las cúspides de los caninos del lado de trabajo. Una vez logrado esto de una manera consistente por parte del paciente, se procede a colocar el material que se vaya a utilizar para el registro en la parte correspondiente a los dientes posteriores del rodete inferior y se hace que el paciente cierre despacio de la manera que se le instruyó con anterioridad. Una vez duro el material de registro, se retiran de la boca las bases con el registro, se lavan y se procede a hacer el registro de la excursión lateral del lado opuesto de la misma manera que fue descrita arriba.

#### Ajuste del articulador:

Tomados los registros de excursión laterales y el de protrusión, se procede a ajustar las guías condilares del articulador de la siguiente manera:

Se colocan las gulas de inclinación condilar en la posición de 0 grados y las gulas para el ángulo de Bennett a 15 grados, inviertiendo el articulador y colocando el miembro superior del mismo sobre la mesa de trabajo. Se retira el miembro inferior del instrumento y se coloca el rodete superior y el registro protrusivo sobre el modelo superior. Acto seguido se coloca el rodete inferior sobre el regis--

tro en la posición señalada por los surcos de referencia -- hechos en el rodete y se coloca el miembro inferior del -- articulador con el modelo inferior montado sobre la base -- inferior. Efectuada esta operación, se notará que los cóndilos del articulador están separados de sus guías (flotando en el aire), por lo que seguidamente se mueven dichas -- guías hasta que hagan contacto con los cóndilos y se anota la angulación que se muestra en los costados del miembro -- superior del articulador. Una vez anotada la inclinación -- condilar de ambos lados, se procederá a desmontar el miembro inferior del articulador, se retira el registro y se -- vuelven a colocar las guías condilares en 0 grados, pero -- abriendo las guías para el movimiento de Bennett al máximo (Fig. 4.5).

Hecho esto, se procederá a colocar uno de los registros de excursión lateral sobre el rodete superior y se colocará el miembro inferior del instrumento con el rodete -- inferior adosado a él sobre el registro. Nuevamente se observará que el cóndilo del articulador que corresponde al -- lado de balanceo estará separado de su guía, por lo que -- hay que mover esta hasta que haga contacto con el mismo, -- moviendo también la guía correspondiente al ángulo de Bennett. A menudo se observa que el cóndilo del lado de trabajo también está separado de su guía, lo que hace visible el desplazamiento del cóndilo de este lado, para lo cual -- el articulador no tiene ajuste. Por esta razón, los registros de excursión lateral se usan solo para determinar la -- angulación del movimiento de Bennett (el cual será anotado) y no para ajustar la inclinación de la guía condilar, ya -- que ello produciría un error en el ajuste. (Fig. 4.6).

Anotada la angulación del movimiento de Bennett, se retira el registro, se colocan las guías en su posición original y se procede a hacer el ajuste para el registro lateral del lado opuesto siguiendo los mismos pasos descritos anteriormente.

Terminadas las operaciones anteriores, se llevan las guías condilares del articulador a las posiciones anotadas en el transcurso de las mismas, con lo que el instrumento queda ajustado a las individualidades del paciente y estando listo para la articulación de los dientes posteriores.

En el capítulo de montaje de los modelos en el articulador, se hizo referencia a la anotación del espacio intercondilar indicado en el arco facial y de su transferencia al articulador. Ello es importante, debido a que esta distancia influye en la curva compensatoria, además de ser parte de la guía condilar, por lo que sería un error de parte del odontólogo el no incluir este detalle.

#### Articulación de los dientes posteriores:

Para la articulación de los dientes posteriores nos valdremos de unas láminas metálicas pequeñas de fácil fabricación, que están descritas en las figuras 4.7 y 4.8 al final del capítulo, siendo descrito el uso de las mismas al describir la articulación de los dientes antes mencionados.

Existe controversia entre los distintos autores de textos en cuanto al inicio de la articulación con los dientes superiores o los inferiores, teniendo cada uno sus ra-

zonas válidas para seguir uno u otro inicio de la articulación y logrando todos resultados exitosos, por lo que se recomienda que el dentista los conozca y después elija el que le produce los mejores resultados y facilidad de trabajo.

En nuestro caso, preferimos iniciar la articulación con los dientes posteriores superiores, pero, como se dijo con anterioridad, ésta queda sujeto a la elección del operador.

#### Primer premolar superior:

Se coloca la cara mesial del primer premolar superior contra la cara distal del canino superior, haciendo que la cara vestibular del premolar coincida con la superficie -- vestibular del rodete superior y las cúspides sobre el borde inferior del mismo rodete. Seguidamente se coloca la lámina metálica (A) en el rodete inferior, haciendo que su parte superior esté en contacto con el extremo distal de la vertiente disto vestibular del primer premolar superior. A continuación se efectúan movimientos de protrusión con el articulador y se inclina el premolar en sentido mesio-distal poco a poco, hasta que no se oponga resistencia del diente con la lámina al hacer los movimientos antes mencionados. Una vez que estamos seguros que no existe interferencia, se retira la lámina y se coloca la lámina (B), que debe ir adosada al rodete inferior, quedando su extremo superior alojado en la fosa del premolar. Se efectúan movimientos laterales con el articulador y se ajusta la inclinación vestibulo palatina del premolar hasta que no exista



*interferencia de la platina y el diente a los movimientos laterales del instrumento.*

*La razón del uso de las platinas (láminas) y los movimientos del articulador, es que de esta manera usamos la - gula condilar e incisiva del articulador para establecer - la curva compensatoria, tanto en sentido mesio distal (curva de Spee), como en sentido vestibulo palatino (curva de Wilson), siendo esta operación fácil y rápida.*

*Segundo premolar superior:*

*Se coloca el segundo premolar superior con el borde - mesial de la cara oclusal coincidiendo con el borde distal de la cara oclusal del primer premolar superior. La superficie vestibular debe coincidir con la superficie correspondiente del rodete superior y se vuelve a repetir el uso de las láminas usadas en el diente anterior, con sus respectivos movimientos e indicaciones.*

*Primer molar superior:*

*Colocamos el borde mesial de la cara oclusal de manera que este coincida con el borde distal de la misma cara del segundo premolar superior, haciendo que la superficie vestibular del primer molar coincida con la superficie correspondiente del rodete superior. Hecho esto, se vuelven a usar las láminas antes mencionadas, con los movimientos del articulador descritos para cada una.*

### Segundo molar superior:

Se colocará el segundo molar superior de manera que su borde mesial coincida con el borde distal del primer molar. El uso de las láminas auxiliares es el mismo que se describió con anterioridad.

Para la articulación de los dientes posteriores superiores del lado opuesto, se siguen las mismas operaciones que acabamos de describir, pasando a articular los dientes posteriores inferiores al terminar de articular éstos, como será descrito a continuación.

### Primer molar inferior:

Siendo éste molar la clave de la oclusión de los dientes posteriores, será el primero en articularse. Para ello se quitará cera del rodete inferior y se colocará el primer molar, de manera que su cúspide mesio vestibular se aloje entre el segundo premolar superior y el primer molar superior, a nivel de sus surcos principales, quedando las otras cúspides vestibulares del molar inferior alojadas en las fosas correspondientes del primer molar superior. Se debe colocar el primer molar inferior de manera que éste quede un poco alto, y se llevará a su posición final cerrando el articulador hasta que la guía incisal del mismo llegue a su tope. A continuación se harán movimientos de protrusión y lateralidad con el articulador, y, en caso de existir interferencias, se girará un poco el diente o se rebajará de manera que dichas interferencias sean eliminadas.

### Segundo molar inferior:

Se rebaja cera del rodete inferior y se coloca el segundo molar de manera que su cara mesial haga contacto con la cara distal del primer molar inferior, haciendo que sus cúspides vestibulares se alojen en las fosas respectivas de los molares superiores, procurando que exista la máxima interdigitación cuspldea.

Seguidamente se harán los movimientos y modificaciones necesarias como fué descrito para el primer molar inferior.

### Segundo premolar inferior:

Se coloca el segundo premolar inferior de manera que su cara distal se adose a la cara mesial del primer molar inferior, y se sigue el procedimiento descrito para los molares inferiores en cuanto a los movimientos y correcciones se refiere.

### Primer premolar inferior:

Se deja este premolar al último, ya que a menudo es necesario rebajar su ancho mesio distal por falta de espacio en el rodete, además de que su articulación no es tan crítica como los demás dientes posteriores. Se determina pues el espacio, procediéndose a modificar el diente si es necesario y colocándose éste en su sitio, efectuándose seguidamente las operaciones descritas con anterioridad para

*los dientes posteriores inferiores.*

*Nuevamente se repetirá el procedimiento descrito para articular los dientes posteriores inferiores del lado o -- puesto del rodete inferior.*

*Existen en la actualidad muchas otras técnicas de articulación de los dientes usando el articulador semiajustable, pero la descripción de las mismas es algo que compete a un libro de texto y no a la presente comparación, por lo que se decidió describir solo una para no extender el presente trabajo fuera de sus límites objetivos.*

*Articulados los dientes, se procederá a la revisión de la articulación lograda, y, si ésta es correcta, se efectúa el festoneado de la dentadura, que no es otra cosa sino el contorno de la cera restante en las bases para imitar el tejido gingival y el esbozo de las raíces de los dientes que se observa en la boca del individuo con dentición natural.*

*Ahora nuestra dentadura en cera se encuentra lista para ser probada en el paciente antes de ser procesada, cosa que se discute en el siguiente inciso del presente capítulo.*

d) Prueba de las dentaduras en cera:

Para ésta prueba se colocan las dentaduras artificiales articuladas en cera en la boca del paciente y después de asegurarnos que éstas le quedan confortablemente será observado lo siguiente:

1) Efecto estético:

Se observará el tamaño, color y forma de los dientes al igual que su colocación, para ver si se encuentran en armonía con la fisionomía del paciente.

2) Fonación:

Se pide al paciente que pronuncie palabras que tengan la F, S, V, etc., para ver si existe alguna dificultad en el habla.

3) Plano de oclusión y dimensión vertical:

Se determina si la localización del plano de oclusión está correcta, siguiendo los parámetros fisiológicos indicados anteriormente para la prueba de los rodetes y se verifica que la dimensión vertical sea la adecuada.

4) Relación céntrica:

Se verifica la relación céntrica colocando los dedos

pulgar e Índice en las caras vestibulares de ambas dentaduras y se pide al paciente que cierre lentamente para ver si existe discrepancia o error en la relación céntrica, lo que se podrá sentir como un desplazamiento de las dos dentaduras a medida que éstas hacen contacto. De ser así, se tomará un nuevo registro de céntrica, se volverá a montar el modelo inferior al articulador con el nuevo registro y se modificará la articulación de todos los dientes para -- que la oclusión esté en armonía con esta posición.

#### 5) Balance de la oclusión:

Se hace que el paciente haga distintos movimientos de excursión mandibular para ver si existe una oclusión balanceada y si no hay interferencias oclusales en los distintos movimientos.

Luego de verificar los puntos anteriores y de efectuar las modificaciones necesarias, las dentaduras estarán listas para ser procesadas y terminadas. (Fig. 4.0)

**CAPITULO V**

a) *Procesado de las dentaduras:*

A pesar de que en realidad el procesado de las dentaduras comienza desde el momento de la toma de impresiones en el paciente, se considera como la serie de pasos a seguir para transformar la dentadura en cera en la dentadura de acrílico terminada y pulida.

En la presente discusión serán indicados y descritos los pasos a seguir para cumplir con éste fin de manera breve, sin entrar en muchos detalles, cosa que compete a los libros de texto y de consulta.

Comenzamos pues, con el enfrascado de las dentaduras habiendo retirado previamente los modelos y las dentaduras del articulador y habiendo sellado los bordes de las mencionadas dentaduras a los modelos con cera derretida. Esto se hace para evitar que las dentaduras se separen de los modelos en las siguientes operaciones.

Hecho ésto, se coloca el modelo envaselinado en su base en la mufla, que también se ha recubierto de una capa delgada de vaselina antes de agregar el yeso piedra en su interior, y se sumerge el modelo en el yeso hasta que el borde del flanco de la dentadura quede al mismo nivel que el borde de la mufla, alisando la superficie del yeso con un dedo o espátula mojados.

NOTA: Debe eliminarse cualquier zocavado que exista en cualquier parte del modelo que sobresalga del yeso de la mufla, ya sea añadiendo yeso a la mufla para cubrir el zocavado, o rebajando el yeso del modelo para eliminar el-



zocavado, en especial para el modelo inferior, que es el que comunmente presenta este detalle.

Fraguado el yeso de la mufla, se pinta una delgada -- capa de vaselina o separador sobre todo el yeso expuesto -- y se coloca la contramufla sobre la mufla, cerciorándonos -- de que la primera asiente bien en el borde de la segunda. -- Hecho esto, se procede a llenar la contramufla con yeso Pa -- ris hasta el nivel de los cuellos de los dientes y se deja -- fraguar.

Una vez que fragúa el yeso Paris, se procede a llenar -- la parte correspondiente a los dientes con yeso piedra, ha -- ciendo que éste llene con exceso la contramufla para colo -- car la tapa de ésta y empujarla hasta su asiento, cosa que -- expulsa el yeso excedente por los agujeros localizados en -- el centro de la tapa. Colocada la tapa de la contramufla, -- se retira el excedente de yeso de ella, procurando no reti -- rarlo del todo de los agujeros que tiene la tapa, ya que -- éste la mantiene en su sitio.

Se deja fraguar el yeso completamente, para luego in -- troducir la dentadura enfrascada en agua hirviendo por 3 a -- 6 minutos, retirándose del agua al cabo de este tiempo y -- separándose la contramufla de la mufla con cuidado. Segui -- damente se separan éstas dos partes por completo y se reti -- ran totalmente la cera y la base de acrílico o Shellac, -- enjuagándose parte y contraparte con agua hirviendo para -- eliminar cualquier residuo de cera en la cámara de moldeo -- que se formó con el enfrascado.

Se espera a que seque el yeso, y, aún estando éste ca

liente (pero seco), se pinta la cámara de moldeo con separador, cuidando que éste no toque los dientes. Se deja secar el separador y se pinta una segunda capa del mismo, dejándose secar y enfriar el conjunto a temperatura ambiente.

Obtenida la cámara de moldeo y pintado el separador en ésta, procedemos a mezclar el acrílico a razón de 30 cc de polvo y 10 cc. de líquido. batiéndose la mezcla en un recipiente de vidrio con tapa enroscable y esperando a que repose hasta que se ponga a "punto de migajón", lo que sucede transcurridos unos 5 o 10 minutos después del mezclado, dependiendo ello de la temperatura ambiental.

Cuando la resina acrílica llegue a esta consistencia se toma una porción y se hace un cilindro de unos dos centímetros de diámetro y se coloca en la cámara de moldeo. Se coloca entonces un pedazo de papel cellophane "dulce" humedecido sobre la contramufla cargada de acrílico y se coloca la mufla sobre el conjunto, llevándose esto a la prensa de bando y prensándolo poco a poco, hasta que las dos mitades queden casi juntas (aproximadamente 1 mm), se recorta el excedente de material con una espátula afilada. Después se coloca un nuevo pedazo de celofán, se vuelve a prensar el conjunto, se retira y abre, y se retira el exceso de material nuevamente. El proceso anterior se repite hasta que las dos mitades de la mufla se unan perfectamente sin que haya exceso de material al abrirla, cerrándose éstas definitivamente sin papel celofán y transfiriéndose a una prensa manual.

Se deja reposar el conjunto durante unos 30 a 60 minutos, para permitir que el monómero se difunda bien en el polvo, también permitiendo esto una igualación de las presiones en la cámara de moldeo. Pasado este tiempo, colocamos la mufla y la prensa dentro de la unidad de curado, -- procurando que el agua de ésta cubra la mufla completamente y se deja a 75 grados centígrados por 7 horas, al cabo de las cuales se retira la mufla y se la deja enfriar a -- temperatura ambiente. No se deberá enfriar la mufla con agua fría, ya que esto distorsiona el acrílico, con la consecuente deformación de la dentadura.

Polimerizado el acrílico y fría la mufla, se procede al desenfrascado, retirando el yeso de la mufla, quitando la tapa de la contramufla y retirando el yeso de ella, Con mucho cuidado retiramos todo el yeso de las dentaduras, -- con excepción del yeso del modelo, que será utilizado para remontar en el articulador, con el objeto de proceder a la siguiente fase que es la corrección de los errores en la oclusión causados por el procesado.

b) *Desgaste selectivo, remoción de los modelos y terminado de la dentadura:*

Antes de iniciar la descripción del desgaste selectivo o corrección de la oclusión, es preciso definir lo que son las cúspides de apoyo, contenciones céntricas, declives guía y las cúspides de balanceo, ya que se hará referencia a ellos durante el desgaste de los dientes.

1) *Cúspides de apoyo:*

Son las cúspides que mantienen contactos centrales de reposo con las fosas opuestas y los espacios proximales y determinan la dimensión vertical de oclusión. Estas comprenden las cúspides palatinas de los molares y premolares superiores, las cúspides vestibulares de los molares y premolares inferiores y los bordes incisales de los dientes anteriores inferiores.

2) *Contenciones céntricas:*

Se llama así a las áreas de contacto de las cúspides de apoyo con los dientes opuestos en el cierre máximo, estando éstas localizadas en las fosas y espacios proximales opuestos a las cúspides de apoyo y las superficies linguales de los dientes anteriores superiores.

3) *Declives guía:*

Son los planos y bordes oclusales que determinan el -

trayecto de las cúspides de apoyo durante las excursiones normales de protrusión y lateralidad. Estos comprenden los declives vestibulo oclusales de los dientes posteriores superiores, los declives linguo oclusales de los dientes posteriores inferiores y los declives linguales de los dientes anteriores superiores.

#### 4) Cúspides de balanceo:

Son aquellas que proporcionan el balance a las fuerzas horizontales creadas por las cúspides de apoyo, estando localizadas las mismas en las cúspides vestibulares de los dientes posteriores superiores y las cúspides linguales de los dientes posteriores inferiores.

Mencionado lo anterior procedemos al montaje de las dentaduras procesadas en el articulador, para lo cual nos valdremos de las llaves que están en la base de los modelos, haciendo que éstas coincidan con las llaves antagonistas que están localizadas en el articulador, cuidando que los modelos asienten perfectamente en el yeso de montaje en el instrumento y pegando éstos con modelina de baja fusión o cera pegajosa.

Una vez montados los modelos con las dentaduras, los errores en la oclusión céntrica se harán obvios a simple vista, debido a que la guía incisal del articulador estará separada de su base (la mesa incisal)

Colocando papel para articular delgado, se cerrará el articulador en céntrica varias veces, de manera que los --

contactos prematuros queden coloreados por el papel durante la operación.

Los contactos prematuros en céntrica deberán eliminarse siguiendo el principio funcional de Schuyler para su ajuste. Si una cúspide hace contacto en céntrica pero no hace contacto en las excursiones laterales, se rebajará la fosa antagonista. Si la mencionada cúspide hace contacto en céntrica y en las excursiones laterales, se rebajará la cúspide.

En el caso de que el diente se haya movido lateralmente, se rebajarán las vertientes oclusales de las cúspides de apoyo (palatino oclusal de los superiores y vestibulo-oclusal de los inferiores), hasta que desaparezca el contacto prematuro. Al hacer lo anterior se debe procurar no cambiar el ángulo de la vertiente, ya que ello modificaría los declives gula.

El desgaste de los contactos prematuros se continúa hasta que la dimensión vertical sea restablecida, lo cual se hace notorio al estar apoyada la guía incisal del articulador en su tope.

Restaurada la dimensión vertical y la relación céntrica, se procede a ajustar la oclusión en las excursiones laterales, cuyos objetos son los siguientes: 1) Proporcionar patrones irrestrictos, uniformes y multidireccionales a los contactos de deslizamiento; 2) asegurar una gula incisiva y cusplídea para ambos lados y 3) proporcionar una guía o eliminar interferencias en el lado de balanceo.

La eliminación de interferencias en el lado de trabajo se harán de acuerdo a la norma S.U.L.L. (del inglés Bucal of Upper, Lingual of Lower) llamada BUSULIIN en Castellano (Bucal en Superiores, Lingual en Inferiores) de Schuyler. Ello significa rebajar los declives de las cúspides de balanceo, como por ejemplo, las vertientes linguales de las cúspides vestibulares de los dientes superiores o las verticales vestibulares en las cúspides linguales de los dientes inferiores.

En el caso de las interferencias a la excursión protrusiva se deberán rebajar los declives gula (vertientes distales de los posteriores superiores, vertientes mesiales de los posteriores inferiores y su superficies palatinas de los anteriores superiores).

Como en el caso de la céntrica, cualquier interferencia a los movimientos excursivos se hará visible por la separación que se producirá entre la gula incisal y su tope (mesa) por lo que la determinación de las interferencias es fácil (Fig. 5.7, 5.8).

Terminada la corrección de los errores oclusales, se desmontan los modelos del articulador y valiéndonos de una navaja y unas pinzas para yeso, procederemos a romper el modelo para retirarlo de la dentadura. Ello deberá hacerse con cuidado, ya que el yeso es más duro que la dentadura acrílica, por lo que se podría romper ésta en un descuido.

La dentadura removida del modelo es limpiada para remover cualquier traza de yeso y se procede a rebajar el --excedente de acrílico que pueda quedar del moldeado, al --igual que las perlas del material que estén presentes debido a que el material haya llenado una burbuja de aire en el yeso de la cámara de moldeo. Retirado el exceso de acrílico se alisa la superficie vestibular y palatina del mismo en la dentadura y se procede a pulirlo por medio de ruedas de manta y polvo de pómez mezclado con agua hasta formar una pasta. Una vez pulida la dentadura, se abrillanta la misma con una rueda de manta seca y cualquiera de los compuestos que se encuentran en el mercado para tal propósito (Acrilustre, Blanco de España, etc.).

Bajo ninguna circunstancia se deberá pulir la superficie correspondiente al proceso residual en la dentadura, -ni los dientes de la misma, ya que lo primero arruinará la retención de la dentadura artificial y lo segundo hará que se arruine la oclusión que acabamos de corregir.

Se procede ahora a limpiar la dentadura con un cepillo y detergente, enjuagándose luego y quedando con éstas para la colocación en el paciente.



c) Prueba de las dentaduras e instrucciones finales al paciente:

Colocamos una capa delgada de pasta indicadora de presión sobre toda la superficie de soporte (zona chapeable) de la dentadura con un pincel y colocamos la prótesis en la boca del paciente, apoyando los dedos en las superficies oclusales de los dientes posteriores para crear una ligera presión sobre la misma. Se retira la prótesis con cuidado y se examina la zona chapeable para ver si existe algún punto de sobrepresión, mismo que será eliminado con una fresa. Este procedimiento se hace colocando una dentadura a la vez, repitiéndose la operación hasta haber eliminado todos los puntos de sobrepresión.

NOTA: No se deben colocar ambas dentaduras a la vez y hacer que el paciente muerda sobre éstas, ya que cualquier error en la oclusión puede hacer que aparezcan puntos de sobrepresión que en realidad no existen.

Hecho lo anterior se limpian las dentaduras y se colocan en la boca del paciente, haciendo que éste cierre en céntrica y luego en excursiones laterales y protrusivas para comprobar la oclusión. De existir cualquier discrepancia en la oclusión, será necesaria la toma de un nuevo registro de céntrica y la remonta de las dentaduras en el articulador para eliminarlas, ya que, debido a la resiliencia de los tejidos de soporte y a la presencia de saliva, es muy difícil, si no imposible, eliminar dichas discrepancias en la boca del paciente. En el caso del articulador semiajustable, será necesaria la toma de arco facial además del registro de céntrica para la remonta.

Revisada la oclusión y corregida la misma, se procede a hacer que el paciente pronuncie palabras con S, V, Sh, - etc., con la finalidad de ver si existe alguna dificultad-excesiva al hablar, y, como en la prueba en cera, se da al paciente un espejo para que éste se vea y nos dé su opinión, a la vez que se le pregunta si las dentaduras le son confortables.

Se indica entonces al paciente como cuidar y limpiar sus dentaduras artificiales, se le instruye sobre el modo de efectuar el aseo de su boca y se le indica que se quite las prótesis de noche y las coloque en un recipiente con agua para que los tejidos orales de soporte puedan descansar.

En el caso de dificultades al hablar que no sean atribuidas a la construcción de las dentaduras, se recomienda al paciente a que lea en voz alta para sí mismo, para que se acostumbre a las prótesis.

Finalizado esto, se cita al paciente para las 24 horas siguientes. En esta cita se observará si los flancos están sobre extendidos, lo que se verá fácilmente por el enrojecimiento de los tejidos localizados en el área sobre extendida. Se examinan la oclusión, fonación, etc., otra vez, y se cita al paciente para las 48 horas siguientes.

Si no hay quejas por parte del paciente, se le da de alta, advirtiéndole sobre la necesidad de revisiones periódicas para darle servicio a las prótesis. Además se deberá instruir al paciente para que éste evite el uso de pastas o polvos adhesivos, ya que éstos pueden ocasionar daños al

*tejido de soporte al modificar el asentamiento de las dentaduras con el consecuente error en la oclusión, debido al cam bio en la dimensión vertical.*

d) *Elaboración de modelos duplicados:*

En vista de que en la presente comparación se hizo uso de modelos duplicados ante la necesidad de fabricar -- dos juegos de dentaduras por paciente, creemos que es necesaria una breve explicación concerniente a su obtención.

Obtenido el modelo definitivo, se procede a colocarlo en la parte inferior de la mufla para duplicados, pegándolo a la misma con plastilina y seguidamente cerrando la mufla.

En un recipiente de baño maría se coloca el hidrocoloide reversible partido en trozos pequeños y agua en una proporción de 1:1 y se calienta esto para disolver el hidrocoloide hasta formar una crema de consistencia uniforme revolviendo constantemente la mezcla.

Se deja enfriar la mezcla hasta que sea posible, introducir un dedo en ella sin sentir molestias y se vierte el material por uno de los agujeros superiores de la mufla para duplicados, haciendo esto de una manera lenta para -- evitar la formación de burbujas de aire entre el material y el modelo.

Una vez que hemos llenado la mufla, se introduce ésta en un recipiente con agua helada y se espera a que solidifique.

Cuando el material está completamente frío, se voltea la mufla y se retira su tapa inferior, quedando expuesta.

la plastilina, que es retirada exponiéndose la base del modelo.

Cuidadosamente se recorta el material de impresión alrededor de la base del modelo lo suficiente para poder agarrar y retirar al mismo y retirarlo, haciendo esto con mucho cuidado. Se examina la impresión para ver si no han quedado burbujas de aire en ella y se procede a llenarla con yeso piedra, que será colocado en incrementos pequeños mientras se vibra la mufla, hasta llenar la cavidad de la impresión.

Una vez que el yeso fragúa, se retira el modelo con el material de impresión pegado a él y se desprende el material del modelo hasta quedar este último libre.

Obtenido el modelo duplicado, se recorta el exceso de yeso de la base, quedando nuestro duplicado exacto listo para su uso.

## CASUISTICA

## HISTORIA CLINICA DE PROSTODONCIA TOTAL.

Fecha 04 de Agosto de 1981.Núm. 1

## DATOS PERSONALES.

1.- Nombre ANA ELENA FLORES ALVARADO Edad 52 años Sexo FDomicilio LA MORENA # 58 Teléfono 21-20-84Ocupación AMA DE CASA2.- Salud general BUENA3.- Motivo de la consulta SOLICITA PROTESIS TOTAL4.- Nivel de educación 2 1) Bajo; 2) Medio; 3) Alto.5.- Tipo de personalidad 1 1) Filosófico racional; 2) Crítico metódico; 3) Emocional nervioso; 4) Indiferente - pesimista.

## HISTORIA DENTAL.

1.- Motivo de la pérdida de los dientes. CARIES, ENFERMEDAD PARODONTAL.

2.- Tiempo de las últimas extracciones: //

Mandibular 06 JUNIO 1981Maxilar 06 JUNIO 19813.- Tiempo de uso de la última dentadura: Maxilar NO USO  
Mandibular NO USO

4.- *Dentadura anterior: Opinión del paciente* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Opinión del dentista* \_\_\_\_\_

5.- *Dimensión vertical con la dentadura anterior en oclusión céntrica* \_\_\_\_\_

6.- *Estado de la dentadura:*

*Eficacia de la oclusión* \_\_\_\_\_ *Retención* \_\_\_\_\_

*Estabilidad* \_\_\_\_\_ *Estética* \_\_\_\_\_

*Fonética* \_\_\_\_\_ *Comodidad* \_\_\_\_\_ *Lesiones* \_\_\_\_\_

#### CARACTERISTICAS FISICAS

1.- *Cara* 1 1) Ovoide; 2) Cuadrada; 3) Triangular

2.- *Ojos* 2 1) Negros; 2) Cafés; 3) Verdes; 4) Azules; --  
5) Gris.

3.- *Tez* 3 1) Blanca; 2) Amarilla; 3) Morena; 4) Negra; -  
5) Roja

4.- *Cabello* 1 1) Negro; 2) Castaño; 3) Rubio; 4) Blanco;  
5) Rojo; 6) Otros \_\_\_\_\_

5.- *Complexión corporal* 3 1) Alto; 2) Mediano; 3) Bajo; -  
4) Corpulento; 5) Atlético; 6) Delgado.

#### EVALUACION CLINICA:

1.- *Estado de la articulación temporomandibular:*

Lado derecho.

Lado izquierdo



Normal x Crepitante \_\_\_\_\_ Normal x Crepitante \_\_\_\_\_  
 Chasquido \_\_\_\_\_ Desviación \_\_\_\_\_ Chasquido \_\_\_\_\_ Desviación \_\_\_\_\_

- 2.- Tono muscular 1 1) Normal; 2) Medio; 3) Flácido; 4) -- Tenso.
- 3.- Relación intermaxilar 1 1) Normal; 2) Retrognático; 3) Prógnata.
- 4.- Altura del proceso residual  
 Maxilar: 1 1) Alto; 2) Mediano; 3) Bajo.  
 Mandibular: 1 1) Alto; 2) Mediano; 3) Bajo.
- 5.- Forma de los procesos residuales 3 1) Zocavado; 2) Grueso y prominente; 3) De lados paralelos; 4) En forma de v.  
 5) Alto; 6) Bajo (plano); 7) Estrecho; 8) Ancho.  
 Maxilar: Derecho 3 Izquierdo 3 Anterior 5  
 Mandibular: Derecho 3 Izquierdo 3 Anterior 3
- 6.- Tamaño del maxilar y mandíbula:  
 1) Mandíbula y maxilar compatibles x  
 2) Mandíbula más pequeña que el maxilar \_\_\_\_\_  
 3) Mandíbula más amplia que el maxilar \_\_\_\_\_
- 7.- Forma del arco \_\_\_\_\_  
 Maxilar: Cuadrado x Triangular \_\_\_\_\_ Ovoideo \_\_\_\_\_  
 Mandibular: Cuadrado x Triangular \_\_\_\_\_ Ovoideo \_\_\_\_\_
- 8.- Forma del paladar duro:  
 Normal x Plano \_\_\_\_\_ Profundo \_\_\_\_\_
- 9.- Inclinación del paladar blando: Suave \_\_\_\_\_ Mediano x  
 Agudo \_\_\_\_\_

10.- Presencia de retenciones óseas:

Localización \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_  
 Requiere remoción \_\_\_\_\_

11.- Estado de los tejidos blandos:

1) Normal; 2) Duro; 3) Blando; 4) Inflamado.

Maxilar: Derecho 1 Izquierdo 1 Anterior 1

Mandibular: Derecho 1 Izquierdo 1 Anterior 1

12.- Zona de sellado, vestibulo bucal:

1) Alto; 2) Medio; 3) Bajo; 4) Estrecho; 5) Amplio

Derecho superior 1 5 Derecho inferior

Izquierdo superior 1 5 Izquierdo inferior

13.- Inserciones musculares y frenillos: 1

1) Normales; 2) Sobre la cresta alveolar; 3) Abajo de-  
 la cresta.

14.- Tamaño de la lengua MEDIANA

15.- Piso de la boca, margen de acción. Anterior NORMAL  
 Posterior PROFUNDO Espacio postmilohioideo NORMAL

16.- Cantidad de saliva: Normal x Excesiva     Poca o nada    

17.- Grado de coordinación: Hábil     Medio x Torpe    

18.- Exámen radiográfico:

Hueso denso x Canceloso     Poco denso     Piezas reteni-  
 das    

19.- Intervención quirúrgica prescrita \_\_\_\_\_

PRONOSTICO BUENO.

PLAN DE TRATAMIENTO 1.- TOMA DE IMPRESIONES; 2.- PRUEBA -  
DE LOS RODETES; 3.- PRUEBA DE LOS DIENTES ANTERIORES; 4.-  
PRUEBA DE LAS DENTADURAS EN CERA; 5.- PRUEBA FINAL DE LAS  
DENTADURAS.

## HOJA DE CONTROL DEL CASO

Paciente ANA ELENA FLORES ALVARADONúm. 1

Prótesis articulada con:

- 1) Articulador New Simplex X
- 2) Articulador Ship Mix

I.- Colocación inicial en el paciente:

1) Puntos de sobrepresión:

Superior REGION ANTERIOR PALADAR DUROInferior NO HUBO

2) Extensión aparente de los flancos: 1) Sobreextendido; 2) Normal; 3) Corto.

Superior: Derecho 2 Izquierdo 2 Anterior 2Inferior: Derecho: Vestibular 1 Lingual 2Izquierdo : Vestibular 2 Lingual 2Anterior : Vestibular 2 Lingual 2

3) Dimensión vertical:

Cambios aparentes 2 1) Sí; 2) No.

4) Oclusión céntrica:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No.

5) Excursión lateral derecha:

Interferencias 1 1) Sí; 2) No.

## CONTROL DEL CASO

6) Excursión lateral izquierda:

Interferencias 1 1) Sí; 2) No

7) Excursión protrusiva:

Interferencias 1 1) Sí; 2) No.

8) Remonta en el articulador: 1 1) Sí; 2) No.

Observaciones NO HUBO INTERFERENCIAS EN EL ARTICULADOR

9) Oclusión balanceada bilateral 2 1) Sí; 2) No.

10) Dentadura confortable al paciente 1 1) Sí; 2) No

11) Presenta problemas al hablar 2 1) Sí; 2) No.

II.- Cita 24 horas.

1) Extensión de los flancos: 1) Sobreextendido; 2) Normal;  
3) Corto

Superior: Derecho 2 Izquierdo 2 Anterior 2

Inferior: Derecho: Vestibular 1 Lingual 2

Izquierdo : Vestibular 2 Lingual 2

Anterior : Vestibular 2 Lingual 2

2) Zonas de irritación FLANCO VESTIBULAR INFERIOR

3) Oclusión céntrica:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No.

4) Excursión lateral derecha:

Interferencias 1 1) Sí; 2) No.

5) Excursión lateral izquierda:

Interferencias 1 1) Sí; 2) No.

## CONTROL DEL CASO

6) Excursión protrusiva:

Interferencias 1 1) Sí; 2) No

7) Oclusión balanceada bilateral 2 1) Sí; 2) No

8) Remonta en el articulador 1 1) Sí; 2) No

Observaciones NÓ HUBO INTERFERENCIAS EN EL ARTICULADOR

9) Presenta problemas al hablar 2 1) Sí; 2) No.

III.- Cita 48 horas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No  
Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tragar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) - No hubo.

Superior 5

Inferior 1

3) Observaciones MOVIMIENTOS EN EL HABLA CAUSADOS POR INTERFERENCIA.

IV.- Cita 2 semanas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No.  
Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tragar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No hubo.

Superior 5

Inferior 1

## CONTROL DEL CASO

3) Observaciones MOVIMIENTOS EN EL HABLA CAUSADOS POR -- INTERFERENCIA.

IV.- Cita 2 semanas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No.  
Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tragar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No hubo

Superior 5

Inferior 1

3) Observaciones EL DESPLAZAMIENTO SE HA HECHO MENOR.

V.- Cita 4 semanas

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No.  
Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tragar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No hubo

Superior 5

Inferior 5

3) Observaciones PACIENTE HA DOMINADO EL USO DE LA PROTESIS

VI.- Cita 6 semanas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No.  
Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis; 1) Al hablar; 2) Al tragar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No hubo.

Superior 5

Inferior 5

## CONTROL DEL CASO

3) Observaciones PACIENTE TIENE MAS CONFIANZA EN LA PROTESIS.

VII.- Cita 8 semanas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Si; 2) No.  
Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis; 1) Al hablar; 2) Al --  
tragar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; -  
5) No hubo.

Superior 5

Inferior 5

3) Observaciones \_\_\_\_\_



## HOJA DE CONTROL DEL CASO

Paciente ANA ELENA FLORES ALVARADO Núm. 1

Prótesis articulada con:

- 1) Articulador New Simplex                       
 2) Articulador Whip Mix           x

I.- Colocación inicial en el paciente:

1) Puntos de sobrepresión:

Superior REGION ANTERIOR PALADAR DURO.  
 Inferior NO HUBO

2) Extensión aparente de los flancos: 1) Sobreextendido; 2) Normal; 3) Corto.

Superior: Derecho 2 Izquierdo 2 Anterior 2  
 Inferior: Derecho: Vestibular 1 Lingual 2  
 Izquierdo: Vestibular 2 Lingual 2  
 Anterior: Vestibular 2 Lingual 2

3) Dimensión vertical:

Cambios aparentes 2 1) Sí; 2) No.

4) Oclusión céntrica:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No.

5) Excursión lateral derecha:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No.

## CONTROL DEL CASO

6) Excursión lateral izquierda:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No.

7) Excursión protrusiva:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No.8) Remonta en el articulador 2 1) Sí; 2) No.Observaciones NINGUNA9) Oclusión balanceada bilateral 1 1) Sí; 2) No.10) Dentadura confortable al paciente 1 1) Sí; 2) No.11) Presente problemas al hablar 2 1) Sí; 2) No.

II.- Cita 24 horas.

1) Extensión de los flancos: 1) Sobreextendido; 2) Normal;  
3) Corto.Superior: Derecho 2 Izquierdo 2 Anterior 2Inferior: Derecho: Vestibular 1 Lingual 2Izquierdo: Vestibular 2 Lingual 2Anterior: Vestibular 2 Lingual 22) Zonas de irritación FLANCO VESTIBULAR INFERIOR.

3) Oclusión céntrica:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No

4) Excursión lateral derecha:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No.

## CONTROL DEL CASO

5) Excursión lateral izquierda:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No.

6) Excursión protrusiva:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No.7) Oclusión balanceada bilateral 1 1) Sí; 2) No.8) Remonta en el articulador 2 1) Sí; 2) No.Observaciones IRRITACION DEL FLANCO POR SOBREEXTENSION.9) Presenta problemas al hablar 2 1) Sí; 2) No.

III.- Cita 48 horas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No.

Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tragar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No hubo

Superior 5Inferior 53) Observaciones PACIENTE DOMINA EL USO DE LA PROTESIS

IV.- Cita 2 semanas

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No.

Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tragar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No hubo.

Superior 5Inferior 5

## CONTROL DEL CASO

3) Observaciones \_\_\_\_\_

V.- Cita 4 semanas

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) SI; 2) No.  
Localización \_\_\_\_\_2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al --  
tragar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; -  
5) No huboSuperior 5Inferior 5

3) Observaciones \_\_\_\_\_

VI.- Cita 6 semanas

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) SI; 2) No.  
Localización \_\_\_\_\_2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tra  
gar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No  
hubo.Superior 5Inferior 53) Observaciones PACIENTE SE SIENTE CONFORTABLE CON LA -  
PROTESIS

VII.- Cita 8 semanas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) SI; 2) No  
Localización \_\_\_\_\_2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tra  
gar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No-  
hubo.

## CONTROL DEL CASO

Superior 5Inferior 5

- 3) Observaciones PACIENTE COMPLACIDO CON EL EFECTO ESTETICO.

## CUESTIONARIO FINAL PARA EL PACIENTE.

Paciente ANA ELENA FLORES ALVARADO Núm. 1

1) Cuál dentadura sintió más cómoda?

La primera \_\_\_\_\_ La segunda \_\_\_\_\_ No hubo diferencia xPor qué? NO ME LASTIMA

2) Cuál dentadura le gustó más?

La primera \_\_\_\_\_ La segunda x No hubo diferencia \_\_\_\_\_por qué? SE VEIAN MAS NATURALES.

3) Cuál dentadura se le movía menos al hablar?

La primera \_\_\_\_\_ La segunda x Ambas \_\_\_\_\_

4) Qué dentadura se le movía menos al comer?

La primera \_\_\_\_\_ La segunda \_\_\_\_\_ Ambas x

5) Alguna vez sintió que la dentadura se sentía floja?

Sí \_\_\_\_\_ No x

En caso afirmativo ¿cuál? \_\_\_\_\_

6) Le causó irritación alguna vez la dentadura?

Sí x No \_\_\_\_\_En caso afirmativo ¿Cual? AMBAS

7) Se le movió la dentadura al mover la lengua?

Sí \_\_\_\_\_ No x

En caso afirmativo ¿Cuál? \_\_\_\_\_

8) Está a gusto con sus dentaduras?

Sí x No \_\_\_\_\_Por qué? PORQUE PUEDO COMER A GUSTO Y SE VEN BIEN.

- 9) Cuál de las dos dentaduras piensa usar corrientemente?  
La primera \_\_\_\_\_ La segunda   x   No tengo preferencia\_  
Por qué?   PORQUE SE VE MEJOR.

Firma Ana Elena Flores Alvarado

## HISTORIA CLINICA DE PROSTODONCIA TOTAL.

Fecha 11 Agosto 1981Núm. 2

## DATOS PERSONALES

- 1.- Nombre MA. DEL ROCIO GODINEZ DE L. Edad 47 años Sexo F  
 Domicilio RIO COLOTLAN # 1740 Teléfono 31-01-06  
 Ocupación AMA DE CASA
- 2.- Salud general BUENA
- 3.- Motivo de la consulta REEMPLAZO DE PROTESIS EXISTENTES
- 4.- Nivel de educación 2 1) Bajo; 2) Medio; 3) Alto
- 5.- Tipo de personalidad 1 1) Filosófico racional; 2) Crítico metódico; 3) Emocional nervioso; 4) Indiferente pesimista.

## HISTORIA DENTAL.

- 1.- Motivo de la pérdida de los dientes CARIES, ENFERMEDAD PARODONTAL
- 2.- Tiempo de las últimas extracciones: Mandibular 7 AÑOS  
 Maxilar 5 AÑOS
- 3.- Tiempo de uso de la última dentadura: Maxilar 5 AÑOS  
 Mandibular 5 AÑOS
- 4.- Dentadura anterior: Opinión del paciente DEFICIENTE ANTIESTETICA.



Opinión del dentista DENTADURAS PRESENTAN EXTENSION  
INADECUADA DE LOS FLANCOS, ADAPTACION POBRE Y DIEN--  
TES PEQUENOS.

5.- Dimensión vertical con la dentadura anterior en oclu-  
sión céntrica 65mm PARECE ADECUADA.

6.- Estado de la dentadura:

Eficacia de la oclusión POBRE Retención POBRE  
Estabilidad POBRE Estética POBRE  
Fonética BUENA Comodidad POBRE Lesiones NO  
PRESENTA

#### CARACTERISTICAS FISICAS.

- 1.- Cara 1 1) Ovoide; 2) Cuadrada; 3) Triangular
- 2.- Ojos 2 1) Negros; 2) Cafés; 3) Verdes; 4) Azules; -  
5) Gris.
- 3.- Tez 3 1) Blanca; 2) Amarilla; 3) Morena; 4) Negra;  
5) Roja.
- 4.- Cabello 2 1) Negro; 2) Castaño; 3) Rubio; 4) Blanco; -  
5) Rojo; 6) Otros \_\_\_\_\_
- 5.- Complejón corporal 4 1) Alto; 2) Mediano; 3) Bajo  
4) Corpulento; 5) Atlético; 6) Delgado.

#### EVALUACION CLINICA

1.- Estado de la articulación temporomandibular:

Lado derecho

Lado Izquierdo

Normal x Crepitante \_\_\_\_\_ Normal x Crepitante \_\_\_\_\_  
 Chasquido \_\_\_\_\_ Desviación \_\_\_\_\_ Chasquido \_\_\_\_\_ Desviación \_\_\_\_\_

2.- Tono muscular 1 1) Normal; 2) Medio; 3) Flácido; 4) Tenso.

3.- Relación intermaxilar 1 1) Normal; 2) Retrognático; 3) Prógnata.

4.- Altura del proceso residual.

Maxilar: 2 1) Alto; 2) Mediano; 3) Bajo

Mandibular 2 1) Alto; 2) Mediano; 3) Bajo

5.- Forma de los procesos residuales 1 1) Zocavado; 2) -- Grueso y prominente; 3) De lados paralelos; 4) En forma V, 5) Alto; 6) Bajo (plano); 7) Estrecho; 8) Ancho.

Maxilar: Derecho 3 Izquierdo 3 Anterior 3

Mandibular: Derecho 3 Izquierdo 3 Anterior 3

6.- Tamaño del maxilar y mandíbula:

1) Mandíbula y maxilar compatibles x

2) Mandíbula más pequeña que el maxilar \_\_\_\_\_

3) Mandíbula más amplia que el maxilar \_\_\_\_\_

7.- Forma del arco \_\_\_\_\_

Maxilar: Cuadrado \_\_\_\_\_ Triangular \_\_\_\_\_ Ovoide x

Mandibular: Cuadrado \_\_\_\_\_ Triangular \_\_\_\_\_ Ovoide x

8.- Forma del paladar duro:

Normal x Plano \_\_\_\_\_ Profundo \_\_\_\_\_

9.- Inclinación del paladar blando: Suave \_\_\_\_\_ Mediano x  
 Agudo \_\_\_\_\_

## 10. Presencia de retenciones óseas:

Localización \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_  
 Requiere remoción \_\_\_\_\_

## 11. Estado de los tejidos blandos:

1) Normal; 2) Duro; 3) Blando; 4) Inflamado  
 Maxilar: Derecho 1 Izquierdo 1 Anterior 1  
 Mandibular: Derecho 1 Izquierdo 1 Anterior 1

## 12. Zona de sellado, vestibulo bucal:

1) Alto; 2) Medio; 3) Bajo; 4) Estrecho; 5) Amplio  
 Derecho superior 2 2 Derecho inferior  
 Izquierdo superior 2 2 Izquierdo inferior

## 13. Inserciones musculares y frenillos: 1

1) Normales; 2) Sobre la cresta alveolar; 3) Abajo de la cresta.

14. Tamaño de la lengua MEDIANO.

15. Piso de la boca, margen de acción: Anterior MEDIO  
 Posterior MEDIO Espacio postmilohioideo MEDIO

16.- Cantidad de saliva: Normal X Excesiva      Poca o nada     

17. Grado de coordinación: Hábil X Medio      Torpe     

## 18. Examen radiográfico:

Hueso denso x Canceloso      Poco denso      Piezas retenidas     

19. Intervención quirúrgica prescrita \_\_\_\_\_

PRONOSTICO BUENO

---

PLAN DE TRATAMIENTO TOMA DE IMPRESION, PRUEBA DE LOS -  
RODETES, PRUEBA DE LOS DIENTES ANTERIORES, PRUEBA DE --  
LAS DENTADURAS EN CERA, PRUEBA DE LAS DENTADURAS DEFINI-  
TIVAS.

---

## HOJA DE CONTROL DEL CASO

Paciente MARIA DEL ROCIO GODINEZ DE LOPEZ Núm. 2

Prótesis articulada con:

- 1) Articulador New Simplex 8
- 2) Articulador Whip Mix

I.- Colocación inicial en el paciente:

1) Puntos de sobrepresión:

Superior NO HUBO  
 Inferior NO HUBO

2) Extensión aparente de los flancos: 1) Sobreextendido; -  
 2) Normal; 3) Corto.

Superior: Derecho 2 Izquierdo 2 Anterior 2  
 Inferior: Derecho: Vestibular 2 Lingual 2  
 Izquierdo: Vestibular 2 Lingual 2  
 Anterior: Vestibular 2 Lingual 2

3) Dimensión vertical:

Cambios aparentes 2 1) Sí; 2) No.

4) Oclusión céntrica:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No.

5) Excursión lateral derecha:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No.

## CONTROL DEL CASO

6) Excursión lateral izquierda:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No

7) Excursión protrusiva:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No.

8) Remonta en el articulador: 2 1) Sí; 2) No.

Observaciones \_\_\_\_\_

9) Oclusión balanceada bilateral 1 1) Sí; 2) No.

10) Dentadura comfortable al paciente 1 1) Sí; 2) No

11) Presenta problemas al hablar 2 1) Sí; 2) No.

II.- Cita 24 horas.

1) Extensión de los flancos: 1) Sobreextendido; 2) Normal;  
3) Corto.

Superior: Derecho 2 Izquierdo 2 Anterior 2

Inferior: Derecho: Vestibular 2 Lingual 2

Izquierdo: Vestibular 2 Lingual 2

Anterior: Vestibular 2 Lingual 2

2) Zonas de irritación no presenta irritación.

3) Oclusión céntrica:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No.

4) Excursión lateral derecha:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No.

## CONTROL DEL CASO

5) Excursión lateral izquierda:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No.

6) Excursión protrusiva:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No.7) Oclusión balanceada bilateral 1 1) Sí; 2) No.8) Remonta en el articulador 2 1) Sí; 2) No.Observaciones PACIENTE CONFORME CON LAS PRÓTESIS.9) Presenta problemas al hablar 2 1) Sí; 2) No.

III.- Cita 48 horas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No.

Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tragar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No hubo.

Superior 5Inferior 5

3) Observaciones \_\_\_\_\_

IV.- Cita 2 semanas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No.

Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tragar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No hubo.

## CONTROL DEL CASO

Superior 5Inferior 53) Observaciones PUEDA COMER SIN TEMOR

V.- Cita 4 semanas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No.

Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tra  
gar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No  
hubo.Superior 5Inferior 5

3) Observaciones \_\_\_\_\_

VI.- Cita 6 semanas

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No.

Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tra  
gar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No  
hubo.Superior 5Inferior 5

3) Observaciones \_\_\_\_\_

VII.- Cita 8 semanas.



## CONTROL DEL CASO

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No.  
Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis; 1) Al hablar; 2) Al tra  
gar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No  
hubo.

Superior 5

Inferior 5

3) Observaciones LA PACIENTE SE MUESTRA SATISFECHA CON LAS  
PRÓTESIS, TANTO EN FUNCIÓN COMO EN ESTÉTICA.

## HOJA DE CONTROL DEL CASO

Paciente MA. DEL ROCIO GODINEZ DE LOPEZ Núm. 2

Prótesis articulada con:

- 1) Articulador New Simplex
- 2) Articulador Whip Mix   x

I.- Colocación inicial en el paciente:

1) Puntos de sobrepresión:

Superior NO HUBO  
 Inferior NO HUBO

2) Extensión aparente de los flancos: 1) Sobreextendido; 2) Normal; 3) Corto.

Superior: Derecho 2 Izquierdo 2 Anterior 2  
 Inferior: Derecho: Vestibular 2 Lingual 2  
 Izquierdo: Vestibular 2 Lingual 2  
 Anterior: Vestibular 2 Lingual 2

3) Dimensión vertical:

Cambios aparentes 2 1) Sí; 2) No

4) Oclusión céntrica:

Interferencias 2 1) Sí; 2) no

5) Excursión lateral derecha:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No

## CONTROL DEL CASO

6) Excursión lateral izquierda:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No

7) Excursión protrusiva:

Interferencias 2 1) Sí 2) No.8) Remonta en el articulador 2 1) Sí; 2) No.Observaciones PACIENTE LE GUSTO MAS EL EFECTO ESTETICO9) Oclusión balanceada bilateral 1 1) Sí; 2) No10) Dentadura confortable al paciente 1 1) Sí; 2) No.11) Presenta problema al hablar 2 1) Sí; 2) No.

II.- Cita 24 horas.

1) Extensión de los flancos: 1) Sobreextendido; 2) Normal;  
3) Corto.Superior: Derecho 2 Izquierdo 2 Anterior 2Inferior: Derecho: Vestibular 2 Lingual 2Izquierdo: Vestibular 2 Lingual 2Anterior: Vestibular 2 Lingual 22) Zonas de irritación NO PRESENTA

3) Oclusión céntrica:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No.

4) Excursión lateral derecha:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No.

5) Excursión lateral izquierda:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No.

## CONTROL DEL CASO

6) Excursión protrusiva:

Interferencias 2 1) Sí; 2) no7) Oclusión balanceada bilateral 1 1) Sí; 2) No.8) Remonta en el articulador 2 1) Sí; 2) No.

Observaciones \_\_\_\_\_

9) Presenta problemas al hablar 2 1) Sí; 2) No.

III.- Cita 48 horas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No

Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tragar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No hubo.

Superior 5Inferior 5

3) Observaciones \_\_\_\_\_

IV.- Cita 2 semanas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No

Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tragar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No hubo.

Superior 5Inferior 5

CONTROL DEL CASO

3) Observaciones \_\_\_\_\_

V.- Cita 4 semanas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2      1) SI; 2) No  
Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tragar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No hubo.

Superior 5

Inferior 5

3) Observaciones \_\_\_\_\_

VI.- Cita 6 semanas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2      1) SI; 2) No  
Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tragar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No hubo.

Superior 5

Inferior 5

3) Observaciones \_\_\_\_\_

VII.- Cita 8 semanas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2      1) SI; 2) No.  
Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tragar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No hubo.

CONTROL DEL CASO

Superior 5

Inferior 5

3) Observaciones \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO FINAL PARA EL PACIENTE.

Paciente MARIA DEL ROCIO GODINEZ DE LOPEZ Núm. 2

1) ¿Cuál dentadura sintió más cómoda?

La primera        La segunda        No hubo diferencia x  
por qué?        LAS DOS ME AJUSTABAN IGUAL       

2) ¿Cuál dentadura le gustó más?

La primera        La segunda        x No hubo diferencia  
por qué?        LOS DIENTES SE VEIAN MEJOR       

3) ¿Cuál dentadura se le movía menos al hablar?

La primera        La segunda        Ambas x

4) ¿Qué dentadura se le movía menos al comer?

La primera        La segunda        Ambas x

5) ¿Alguna vez sintió que la dentadura se sentía floja?

Sí        No xEn caso afirmativo ¿cuál?       

6) ¿Le causó irritación alguna vez la dentadura?

Sí        No xEn caso afirmativo ¿cuál?       

7) ¿Se le movió la dentadura al mover la lengua?

Sí        No xEn caso afirmativo ¿cuál?       

8) ¿Está a gusto con sus dentaduras?

Sí x No       por qué?        PORQUE PUEDO COMER LO QUE QUIERO CON CON-  
       FIANZA.

9) Cuál de las dos dentaduras piensa usar corrientemente?

La primera \_\_\_\_\_ La segunda x No tengo preferencia\_

Por qué? PORQUE SE ME VE MEJOR.

Firma MARIA DEL ROCIO GODINEZ DE L.



## HISTORIA CLINICA DE PROSTODONCIA TOTAL

Fecha 12 AGOSTO 1981Núm. 3

## DATOS PERSONALES

1.- Nombre MARIA GUADALUPE REYES NAVAS Edad 52 años ---Sexo FDomicilio FCO. ROJAS GONZALEZ # 995-3 Teléfono no tieneOcupación AMA DE CASA2.- Salud general DIABETES CONTROLADA3.- Motivo de la consulta DESEA PROTESIS TOTALES POR CARE-  
CER DE DIENTES4) Nivel de educación 2 1) Bajo; 2) Medio; 3) Alto5) Tipo de personalidad 1 1) Filosófico racional; 2) --  
Crítico metódico; 3) Emocional nervioso; 4) Indiferente  
pesimista.

## HISTORIA DENTAL

1.- Motivo de la pérdida de los dientes ENFERMEDAD PARO--  
DONTAL.

2.- Tiempo de las últimas extracciones:

Mandibular 3 MESES  
Maxilar 3 MESES

3.- Tiempo de uso de la última dentadura:

Maxilar: NO USA

Mandibular NO USA4.- *Dentadura anterior: Opinión del paciente* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_*Opinión del dentista* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_5.- *Dimensión vertical con la dentadura anterior en oclusión céntrica* \_\_\_\_\_6.- *Estado de la dentadura:**Eficacia de la oclusión* \_\_\_\_\_ *Retención* \_\_\_\_\_*Estabilidad* \_\_\_\_\_ *Estética* \_\_\_\_\_*Fonética* \_\_\_\_\_ *Comodidad* \_\_\_\_\_ *Lesiones* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## CARACTERISTICAS FISICAS

1.- *Cara* 1 1) Ovoide; 2) Cuadrada; 3) Triangular2.- *Ojos* 2 1) Negros; 2) Café; 3) Verdes; 4) Azules; 5) Gris.3.- *Tez* 1 1) Blanca; 2) Amarilla; 3) Morena; 4) Negra; 5) Roja4.- *Cabello* 1 1) Negro; 2) Castaño; 3) Rubio; 4) Blanco; 5) Rojo; 6) Otros \_\_\_\_\_5.- *Complexión corporal* 2,6 1) Alto; 2) Mediano; 3) Bajo; 4) Corpulento; 5) Atlético; 6) Delgado

## EVALUACION CLINICA

1.- *Estado de la articulación temporomandibular:*

Lado derecho

Lado izquierdo

Normal X Crepitante \_\_\_\_\_Normal x Crepitante \_\_\_\_\_

Chasquido \_\_\_\_\_ Desviación \_\_\_\_\_

Chasquido \_\_\_\_\_ Desviación \_\_\_\_\_

2.- Tono muscular 1 1) Normal; 2) Medio; 3) Flácido; 4) Tenso.

3.- Relación intermaxilar 1 1) Normal; 2) Retrognático; 3) Prógnata.

4.- Altura del proceso residual.

Maxilar 2 1) Alto; 2) Mediano; 3) Bajo.

Mandibular 2 1) Alto; 2) Mediano; 3) Bajo.

5.- Forma de los procesos residuales \_\_\_\_\_ 1) Zocavado; 2) --  
Gruoso y prominente; 3) De lados paralelos; 4) En forma v, 5) Alto; 6) Bajo (plano) 7) Estrecho; 8) Ancho.

Maxilar: Derecho 3 Izquierdo 3 Anterior 3

Mandibular: Derecho 3 Izquierdo 3 Anterior 3

6.- Tamaño del maxilar y mandíbula:

1) Mandíbula y maxilar compatibles x

2) Mandíbula más pequeña que el maxilar \_\_\_\_\_

3) Mandíbula más amplia que el maxilar \_\_\_\_\_

7.- Forma del arco \_\_\_\_\_

Maxilar: Cuadrado x Triangular \_\_\_\_\_ Ovoideo \_\_\_\_\_

Mandibular: Cuadrado x Trinangular \_\_\_\_\_ Ovoideo \_\_\_\_\_

8.- Forma del paladar duro:

Normal x Plano \_\_\_\_\_ Profundo \_\_\_\_\_

9.- Inclinação del paladar blando: Suave x Mediano \_\_\_\_\_

Agudo \_\_\_\_\_

10.- Presencia de retenciones óseas:

Localización \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_

Requiere remoción \_\_\_\_\_

11.- Estado de los tejidos blandos:

1) Normal; 2) Duro; 3) Blando; 4) Inflamado

Maxilar: Derecho 1 Izquierdo 1 Anterior 1

Mandibular: Derecho 1 Izquierdo 1 Anterior 1

12.- Zona de sellado, vestibulo bucal:

1) Alto; 2) Medio; 3) Bajo; 4) Estrecho; 5) Amplio

Derecho superior 2 2 Derecho inferior

Izquierdo superior 2 2 Izquierdo inferior.

13.- Inserciones musculares y frenillos: 1

1) Normales; 2) Sobre la cresta alveolar; 3) Abajo de la cresta.

14.- Tamaño de la lengua MEDIANA

15.- Piso de la boca, margen de acción; Anterior MEDIO

posterior MEDIO Espacio postmilohioideo MEDIO

16.- Cantidad de saliva: Normal x Excesiva     Poca o nada    

17.- Grado de coordinación: Hábil     Medio x Torpe    

18.- Exámen radiográfico:

Hueso denso x Canceloso     Poco denso     Piezas retenidas    .

19.- Intervención quirúrgica prescrita \_\_\_\_\_

PRONOSTICO MODERADAMENTE DIFICIL.

PLAN DE TRATAMIENTO SE DARAN SEIS CITAS

---

---

## HOJA DE CONTROL DEL CASO.

Paciente MARIA GUADALUPE REYES NAVASNúm. 3

Prótesis articulada con:

- 1) Articulador New Simplex           
 2) Articulador Whip Mix         x

I.- Colocación inicial en el paciente:

1) Puntos de sobrepresión:

Superior NO PRESENTAInferior NO PRESENTA

2) Extensión aparente de los flancos: 1) Sobreextendido; -  
 2) Normal; 3) Corto.

Superior: Derecho 2 Izquierdo 2 Anterior 2Inferior: Derecho: Vestibular 2 Lingual 2Izquierdo: Vestibular 2 Lingual 2Anterior: Vestibular 2 Lingual 1

3) Dimensión vertical:

Cambios aparentes 2 1) Sí; 2) No.

4) Oclusión céntrica:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No.

5) Excursión lateral derecha:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No.

6) Excursión lateral izquierda:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No.

## CONTROL DEL CASO

## 7) Excursión protrusiva:

Interferencias 2 1) SI; 2) No.8) Remonta en el articulador: 2 1) SI; 2) No.Observaciones SE REBAJO EL AREA DEL FRENILLO LINGUAL  
EN LA INFERIOR.9) Oclusión balanceada bilateral 1 1) SI; 2) No.10) Dentadura confortable al paciente 1 1) SI; 2) No.11) Presenta problemas al hablar 2 1) SI; 2) No.

## II.- Cita 24 horas.

1) Extensión de los flancos; 1) Sobreextendido; 2) Normal;  
3) Corto.Superior: Derecho 2 Izquierdo 2 Anterior 2Inferior: Derecho: Vestibular 2 Lingual 2Izquierdo: Vestibular 2 Lingual 2Anterior: Vestibular 2 Lingual 2

## 2) Zonas de irritación \_\_\_\_\_

## 3) Oclusión céntrica:

Interferencias 2 1) SI; 2) No.

## 4) Excursión lateral derecha:

Interferencias 2 1) SI; 2) No.

## 5) Excursión lateral izquierda:

Interferencias 2 1) SI; 2) No.

## 6) Excursión protrusiva:

Interferencias 2 1) SI; 2) No.

## CONTROL DEL CASO

- 7) Oclusión balanceada bilateral 1 1) Sí; 2) No.  
 8) Remonta en el articulador 2 1) Sí; 2) No.  
 Observaciones \_\_\_\_\_  
 9) Presenta problemas al hablar 2 1) Sí; 2) No.

## III.- Cita 48 horas.

- 1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No.  
 Localización \_\_\_\_\_  
 2) Desplazamiento de las prótesis; 1) Al hablar; 2) Al tra-  
 gar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No  
 hubo.  
 Superior 5 Inferior 3  
 3) Observaciones REPORTA DESPLAZAMIENTOS AL MASTICAR ALI--  
MENTOS DUROS.

## IV.- Cita 2 semanas.

- 1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No.  
 Localización \_\_\_\_\_  
 2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tra-  
 gar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No  
 hubo.  
 Superior 5 Inferior 3  
 3) Observaciones REPORTA DISMINUCION DE LOS DESPLAZAMIENTOS.

## V.- Cita 4 semanas.



## CONTROL DEL CASO

r

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Si; 2) No.  
Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tra-  
gar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No  
hubo.

Superior 5Inferior 5

3) Observaciones PACIENTE HA APRENDIDO A COLOCAR LOS ALI-  
MENTOS.

VI.- Cita 6 semanas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Si; 2) No.  
Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tra-  
gar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No  
hubo.

Superior 5Inferior 5

3) Observaciones \_\_\_\_\_

VII.- Cita 8 semanas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Si; 2) No.  
Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis; 1) Al hablar; 2) Al tra-  
gar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No  
hubo.

Superior 5Inferior 5

3) Observaciones LA PACIENTE SE HA ACOSTUMBRADO A LLEVAR -  
LAS PROTESIS Y LES HA GANADO CONFIANZA.

## HOJA DE CONTROL DEL CASO.

Paciente MARIA GUADALUPE REYES NAVASNúm. 3

Prótesis articulada con:

- 1) Articulador New Simplex x
- 2) Articulador Whip Mix

I.- Colocación inicial en el paciente:

1) Puntos de sobrepresión:

Superior NO PRESENTA.Inferior NO PRESENTA.2) Extensión aparente de los flancos: 1) Sobreextendido; -  
2) Normal; 3) Corto.Superior: Derecho 2      Izquierdo 2      Anterior 2Inferior: Derecho: Vestibular 2      Lingual 2                  Izquierdo: Vestibular 2      Lingual 2                  Anterior: Vestibular 2      Lingual 1

3) Dimensión vertical:

Cambios aparentes 2    1) Sl; 2) No.

4) Oclusión céntrica:

Interferencias 2    1) Sl; 2) No.

5) Excursión lateral derecha:

Interferencias 1    1) Sl; 2) No.

6) Excursión lateral izquierda:

Interferencias 1    1) Sl; 2) No.

## CONTROL DEL CASO

7) Excursión protrusiva:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No.

8) Remonta en el articulador: 1 1) Sí; 2) No.

Observaciones NO PRESENTA INTERFERENCIAS EN EL ARTICULADOR.

9) Oclusión balanceada bilateral 2 1) Sí; 2) No.

10) Dentadura confortable al paciente 1 1) Sí; 2) No.

11) Presenta problemas al hablar 2 1) Sí; 2) No.

II.- Cita 24 horas.

1) Extensión de los flancos: 1) Sobreextendido; 2) Normal-  
3) Corto.

Superior: Derecho 2 Izquierdo 2 Anterior 2

Inferior: Derecho: Vestibular 2 Lingual 2

Izquierdo: Vestibular 2 Lingual 2

Anterior: Vestibular 2 Lingual 2

2) Zonas de irritación NO PRESENTA

3) Oclusión céntrica:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No.

4) Excursión lateral derecha:

Interferencias 1 1) Sí; 2) No.

5) Excursión lateral izquierda:

Interferencias 1 1) Sí; 2) No.

## CONTROL DEL CASO

6) Excursión protrusiva:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No.7) Oclusión balanceada bilateral 2 1) Sí; 2) No.8) Remonta en el articulador 1 1) Sí; 2) No.Observaciones NO PRESENTA INTERFERENCIAS EN EL ARTICULA-  
DOR.9) Presenta problemas al hablar 2 1) Sí; 2) No.

III.- Cita 48 horas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No.

Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tra-  
gar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No  
hubo.Superior 5Inferior 1,33) Observaciones PACIENTE SE QUEJA DE DESPLAZAMIENTOS CUAN-  
DO HABLA.

IV.- Cita 2 semanas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No.

Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tra-  
gar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No  
hubo.Superior 5Inferior 1

## CONTROL DEL CASO

3) Observaciones DESPLAZAMIENTO DE LA PROTESIS ES MENOR

V.- Cita 4 semanas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No.

Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tra  
gar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No  
hubo.Superior 5Inferior 1

3) Observaciones \_\_\_\_\_

VI.- Cita 6 semanas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No

Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tra  
gar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No  
hubo.Superior 5Inferior 53) Observaciones PACIENTE REPORTA EL CESE DE LOS DESPLA-  
ZAMIENTOS.

VII.- Cita 8 semanas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No.

Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tra  
gar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos: 5) NO  
hubo.

## CONTROL DEL CASO

Superior 5Inferior 5

- 3) Observaciones LA PACIENTE SE HA ACOSTUMBRADO A LAS --  
INTERFERENCIAS Y COMPENSA MOVIENDO DE DISTINTA MANERA  
AL HABLAR.

## CUESTIONARIO FINAL PARA EL PACIENTE.

Paciente MARIA GUADALUPE REYES NAVASNúm. 3

1) Cuál dentadura sintió más cómoda?

La primera        La segunda        No hubo diferencia x  
 por qué? LAS DOS SE AJUSTABAN BIEN Y NO LASTIMABAN.

2) Cuál dentadura le gustó más?

La primera        La segunda        No hubo diferencia x  
 por qué? AMBAS SE VEIAN IGUALES.

3) Cuál dentadura se le movía menos al hablar?

La primera x La segunda        Ambas       

4) Qué dentadura se le movía menos al comer?

La primera x La segunda        Ambas       

5) Alguna vez sintió que la dentadura se sentía floja?

Sí        No x

En caso afirmativo ¿cuál?       

6) Le causó irritación alguna vez la dentadura?

Sí        No x

En caso afirmativo ¿Cuál?       

7) Se le movió la dentadura al mover la lengua?

Sí x No       

En caso afirmativo ¿Cuál? AMBAS, AL PRINCIPIO.

8) Está a gusto con sus dentaduras?

Sí x No       

por qué? PORQUE PUEDO MASTICAR Y SONREIR CON CONFIANZA.

9) Cuál de las dos dentaduras piensa usar corrientemente?

La primera x La segunda        No tengo preferencia

por qué? PORQUE SE MUEVE MENOS AL MASTICAR

Firma MARIA GUADALUPE REYES NAVAS.



## HISTORIA CLINICA DE PROSTODONCIA TOTAL.

Fecha 13 AGOSTO 1981Núm. 4

## DATOS PERSONALES:

- 1.- Nombre FRANCISCA MUNOZ DE CURIEL. Edad 87 años Sexo F  
 Domicilio CALLE 17 #986 L. DE POLANCO Teléfono no tiene  
 Ocupación AMA DE CASA.
- 2.- Salud general BUENA
- 3.- Motivo de la consulta LE RECOMENDARON QUE USARA DENTA-  
 DURAS POSTIZAS.
- 4.- Nivel de educación 1 1) Bajo; 2) Medio; 3) Alto.
- 5.- Tipo de personalidad 3 1) Filosófico racional; 2) Crí-  
 tico metódico; 3) Emocional nervioso; 4) Indiferente -  
 pesimista

## HISTORIA DENTAL.

- 1.- Motivo de la pérdida de los dientes CARIES.
- 
- 2.- Tiempo de las últimas extracciones:
- Mandibular: NO RECUERDA  
 Maxilar NO RECUERDA.  
 (20 años)
- 3.- Tiempo de uso de las última dentadura:
- Maxilar NO USA  
 Mandibular NO USA
- 4.- Dentadura anterior: Opinión del paciente
-

Opinión del dentista \_\_\_\_\_

- 5.- Dimensión vertical con la dentadura anterior en oclusión céntrica \_\_\_\_\_
- 6.- Estado de la dentadura:
- |                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| Eficacia de la oclusión _____ | Retención _____                |
| Estabilidad _____             | Estética _____                 |
| Fonética _____                | Comodidad _____ Lesiones _____ |

#### CARACTERISTICAS FISICAS.

- 1.- Cara 3 1) Ovoide; 2) Cuadrada; 3) Triangular
- 2.- Ojos 3 1) Negros; 2) Café; 3) Verdes; 4) Azules; 5) Gris.
- 3.- Tez 3 1) Blanca; 2) Amarilla; 3) Morena; 4) Negra; 5) Roja.
- 6.- Cabello 6 1) Negro; 2) Castaño; 3) Rubio; 4) Blanco; 5) Rojo; 6) Otros CANOSO (GRIS)
- 5.- Complexión corporal 2,6 1) Alto; 2) Mediano; 3) Bajo; 4) Corpulento; 5) Atlético; 6) Delgado.

#### EVALUACION CLINICA.

- 1.- Estado de la articulación temporomandibular:
- |                 |                  |                 |                  |
|-----------------|------------------|-----------------|------------------|
| Lado derecho    |                  | Lado izquierdo. |                  |
| Normal <u>x</u> | Crepitante _____ | Normal <u>x</u> | Crepitante _____ |
| Chasquido _____ | Desviación _____ | Chasquido _____ | Desviación _____ |
- 2.- Tono muscular 3 1) Normal; 2) Medio; 3) Flácido; 4) Tenso.

3.- Relación intermaxilar 1 1) Normal; 2) Retrognático;  
3) Prógnata.

4.- Altura del proceso residual.

Maxilar; 2 1) Alto; 2) Mediano; 3) Bajo

Mandibular: 2 1) Alto; 2) Mediano; 3) Bajo

5.- Forma de los procesos residuales 1 1) Zóncavado; 2) --  
Grueso y prominente; 3) De lados paralelos; 4) En forma V. 5) Alto; 6) Bajo (plano); 7) Estrecho; 8) Ancho.

Maxilar: Derecho 3 Izquierdo 3 Anterior 3

Mandibular: Derecho 7 Izquierdo 7 Anterior 7

6.- Tamaño del maxilar y mandíbula:

1) Mandíbula y maxilar compatibles x

2) Mandíbula más pequeña que el maxilar       

3) Mandíbula más amplia que el maxilar       

7.- Forma del arco       

Maxilar: Cuadrado        Triangular x Ovoideo       

Mandibular: Cuadrado        Triangular x Ovoideo       

8.- Forma del paladar duro:

Normal x Plano        Profundo       

9.- Inclinación del paladar blando: Suave        Mediano x

Agudo       

10. Presencia de retenciones óseas:

Localización \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_

Requiere remoción \_\_\_\_\_

11. Estado de los tejidos blandos:

1) Normal; 2) Duro; 3) Blando; 4) Inflamado.

Maxilar: Derecho 1 Izquierdo 1 Anterior 1

- Mandibular: Derecho 1 Izquierdo 1 Anterior 2
12. Zona de sellado, vestibulo bucal:  
 1) Alto; 2) Medio; 3) Bajo; 4) Estrecho; 5) Amplio  
 Derecho superior 2 2 Derecho inferior  
 Izquierdo superior 2 2 Izquierdo inferior
13. Inserciones musculares y frenillos: 1  
 1) Normales; 2) Sobre la cresta alveolar; 3) Abajo de la cresta.
14. Tamaño de la lengua MEDIANA.
15. Piso de la boca, margen de acción: Anterior MEDIO  
 Posterior MEDIO Espacio postmilohioideo MEDIO
16. Cantidad de saliva: Normal x Excesiva      Poca o nada
17. Grado de coordinación: Hábil      Medio x Torpe
18. Exámen radiográfico:  
 Hueso denso x Canceloso      Poco denso      Piezas retenidas
19. Intervención quirúrgica prescrita

PRONOSTICO CASO DIFICIL

PLAN DE TRATAMIENTO TOMA DE IMPRESION, PRUEBA DE LOS RODE-  
 TES, PRACTICA DE TOMA DE REGISTROS, PRUEBA DE LOS DIENTES  
 ANTERIORES, PRUEBA DE LAS DENTADURAS EN CERA, PRUEBA DE --  
 LAS DENTADURAS TERMINADAS.

## HOJA DE CONTROL DEL CASO.

Paciente FRANCISCA MUÑOZ DE CURIELNúm. 4

Prótesis articulada con:

- 1) Articulador New Simplex         
 2) Articulador Whip Mix   x

1.- Colocación inicial en el paciente:

1) Puntos de sobrepresión:

Superior NO PRESENTOInferior NO PRESENTO

2) Extensión aparente de los flancos: 1) Sobreextendido; -  
 2) Normal; 3) Corto.

Superior: Derecho   2   Izquierdo   2   Anterior   2  Inferior: Derecho: Vestibular   2   Lingual   2  Izquierdo: Vestibular   2   Lingual   2  Anterior: Vestibular   2   Lingual   2  

3) Dimensión vertical:

Cambios aparentes   2   1) Sí; 2) No.

4) Oclusión céntrica:

Interferencias   2   1) Sí; 2) No.

5) Excursión lateral derecha:

Interferencias   2   1) Sí; 2) No.

6) Excursión lateral izquierda:

Interferencias   2   1) Sí; 2) No.

7) Excursión protrusiva:

Interferencias   2   1) Sí; 2) No.

- CONTROL DEL CASO
- 8) Remonta en el articulador: 2 1) Sí; 2) No.
- 
- Observaciones \_\_\_\_\_
- 9) Oclusión balanceada bilateral 1 1) Sí; 2) No.
- 10) Dentadura comfortable al paciente 1 1) Sí; 2) No.
- 11) Presenta problemas al hablar 2 1) Sí; 2) No.

II.- Cita 24 horas.

- 1) Extensión de los flancos: 1) Sobreextendido; 2) Normal;
- 3) Corto
- Superior: Derecho 2 Izquierdo 2 Anterior 2  
 Lingual 2
- Inferior: Derecho: Vestibular 2 Lingual 2  
 Izquierdo: Vestibular 2 Lingual 2  
 Anterior: Vestibular 2 Lingual 2

2) Zonas de irritación \_\_\_\_\_

3) Oclusión céntrica:

- Interferencias 2 1) Sí; 2) No.

4) Excursión lateral derecha:

- Interferencias 2 1) Sí; 2) No.

5) Excursión lateral izquierda:

- Interferencias 2 1) Sí; 2) No.

6) Excursión protrusiva:

- Interferencias 2 1) Sí; 2) No.

7) Oclusión balanceada bilateral 1 1) Sí; 2) No.

- 8) Remonta en el articulador 2 1) Sí; 2) No.

Observaciones \_\_\_\_\_

## CONTROL DEL CASO

9) Presenta problemas al hablar 2 1) Sí; 2) No.

## III.- Cita 48 horas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No.

Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tragar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No hubo.

Superior 5

Inferior 3

3) Observaciones LA PACIENTE SE SIENTE UN POCO EXTRAÑA CON LAS PRÓTESIS.

## IV.- Cita 2 semanas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 1 1) Sí; 2) No.

Localización PROCESO VESTIBULAR INFERIOR, FLANCO BUCAL INFERIOR.

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tragar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No hubo.

Superior 5

Inferior 3

3) Observaciones LA PACIENTE TRATO DE PARTIR PILONCILLO -- CON LOS DIENTES ANTERIORES.

## V.- Cita 4 semanas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No.

## CONTROL DEL CASO

Localización \_\_\_\_\_

- 2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tragar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No hubo.

Superior 5Inferior 5

- 3) Observaciones LA PACIENTE HA DOMINADO EL USO DE LA PRÓTESIS EN LA MASTICACION.

VI.- Cita 6 semanas.

- 1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No.

Localización \_\_\_\_\_

- 2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tragar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No hubo.

Superior 5Inferior 5

- 3) Observaciones REPORTA PODER MASTICAR ALIMENTOS MAS DURS SIN LASTIMARSE.

VII.- Cita 8 semanas.

- 1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No.

Localización \_\_\_\_\_

- 2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tragar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No hubo.

Superior 5Inferior 5

- 3) Observaciones LA PACIENTE HABLA Y SONRIE CON MAS FACILIDAD.



## HOJA DE CONTROL DEL CASO.

Paciente FRANCISCA MUÑOZ DE CURTELNúm. 4

Prótesis articulada con:

- 1) Articulador New Simplex x
- 2) Articulador Whip Mix

I.- Colocación inicial en el paciente:

1) Puntos de sobrepresión:

Superior NO PRESENTOInferior NO PRESENTO

2) Extensión aparente de los flancos: 1) Sobreextendido; -  
2) Normal; 3) Corto.

Superior: Derecho 2 Izquierdo 2 Anterior 2Inferior: Derecho: Vestibular 2 Lingual 2Izquierdo: Vestibular 2 Lingual 2Anterior: Vestibular 2 Lingual 2

3) Dimensión vertical:

Cambios aparentes 2 1) Sí; 2) No.

4) Oclusión céntrica:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No.

5) Excursión lateral derecha:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No.

6) Excursión lateral izquierda:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No.

7) Excursión protrusiva:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No.

## CONTROL DEL CASO

- 8) Remonta en el articulador 2 1) SI; 2) No.  
Observaciones \_\_\_\_\_
- 9) Oclusión balanceada bilateral 1 1) SI; 2) No.
- 10) Dentadura confortable al paciente 1 1) SI; 2) No.
- 11) Presenta problemas al hablar 2 1) SI; 2) No.

## II.- Cita 24 horas.

- 1) Extensión de los flancos: 1) Sobreextendido; 2) Normal;  
3) Corto.

Superior: Derecho 2 Izquierdo 2 Anterior 2

Inferior: Derecho: Vestibular 2 Lingual 2

Izquierdo: Vestibular 2 Lingual 2

Anterior: Vestibular 2 Lingual 2

- 2) Zonas de irritación NO PRESENTA
- 3) Oclusión céntrica:  
Interferencias 2 1) SI; 2) No.
- 4) Excursión lateral derecha:  
Interferencias 2 1) SI; 2) No.
- 5) Excursión lateral izquierda:  
Interferencias 2 1) SI; 2) No.
- 6) Excursión protrusiva:  
Interferencias 2 1) SI; 2) No.
- 7) Oclusión balanceada bilateral 1 1) SI; 2) No.
- 8) Remonta en el articulador 2 1) SI; 2) No.  
Observaciones \_\_\_\_\_

## CONTROL DEL CASO

9) Presenta problemas al hablar 2 1) Sí; 2) No.

## III.- Cita 48 horas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No.  
Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tra  
gar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No  
hubo.

Superior 5

Inferior 5

3) Observaciones \_\_\_\_\_

## IV.- Cita 2 semanas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No.  
Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tra  
gar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No  
hubo.

Superior 5

Inferior 5

3) Observaciones \_\_\_\_\_

## V.- Cita 4 semanas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No.  
Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tra  
gar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No  
hubo.

## CONTROL DEL CASO

Superior 5Inferior 5

3) Observaciones \_\_\_\_\_

VI.- Cita 6 semanas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Si; 2) No.

Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tra  
gar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No  
hubo.Superior 5Inferior 5

3) Observaciones \_\_\_\_\_

VII.- Cita 8 semanas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Si; 2) No.

Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tra  
gar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No  
hubo.Superior 5Inferior 53) Observaciones PESE AL CAMBIO DE PROTESIS LA PACIENTE NO  
HA SENTIDO MOLESTIAS SIGNIFICATIVAS AL MISMO.

## CUESTIONARIO FINAL PARA EL PACIENTE.

Paciente FRANCISCA NUÑOZ DE CURIELNúm. 4

- 1) Cudl dentadura sintió más cómoda?  
 La primera      La segunda x No hubo diferencia       
 por qué? PORQUE NO ME SENTIA TAN RARA' CON ELLA.
- 2) Cudl dentadura le gustó más?  
 La primera .. La segunda x No hubo diferencia       
 por qué? PORQUE TODOS ME DECIAN QUE SE ME VEIA MEJOR
- 3) Cudl dentadura se le movía menos al hablar?  
 La primera      La segundo      Ambas x
- 4) Qué dentadura se le movía menos al comer?  
 La primera      La segunda x Ambas
- 5) Alguna vez sintió que la dentadura se sentía floja?  
 Sí      No x  
 En caso afirmativo ¿cudl?
- 6) Le causó irritación alguna vez la dentadura?  
 Sí x No       
 En caso afirmativo ¿Cudl? LA PRIMERA.
- 7) Se le movió la dentadura al mover la lengua?  
 Sí      No x  
 En caso afirmativo ¿Cudl?
- 8) Está a gusto con sus dentaduras?  
 Sí x No       
 ¿por qué? PORQUE PUEDO COMER Y TODOS ME DICEN QUE ME VEO MEJOR.

9) Cuál de las dos dentaduras piensa usar corrientemente?

La primera x La segunda \_\_\_\_\_ No tengo preferencia\_  
por qué? PORQUE ME VEO MEJOR CON ELLA.

Firma NO SABE ESCRIBIR.

## HISTORIA CLINICA DE PROSTODONCIA TOTAL

Fecha 20 AGOSTO 1981Núm. 5

## DATOS PERSONALES

- 1.- Nombre OLIMPIA HERNANDEZ DE RAMIREZ Edad 55 AÑOS Sexo F  
 Domicilio CERRO DEL COLLI # 590 Teléfono 31-07-83  
 Ocupación PANADERA
- 2.- Salud general BUENA
- 3.- Motivo de la consulta DESEA REEMPLAZAR LAS PROTESIS-  
 ACTUALES YA QUE ESTAS LE QUEDAN FLOJAS.
- 4.- Nivel de educación 1 1) Bajo; 2) Medio; 3) Alto.
- 5.- Tipo de personalidad 1 1) Filosófico racional; 2) Crí-  
 tico metódico; 3) Emocional nervioso; 4) Indiferente -  
 Pesimista.

## HISTORIA DENTAL

- 1.- Motivo de la pérdida de los dientes CARIES, ENFERMEDAD  
 PARODONTAL.
- 2.- Tiempo de las últimas extracciones:
- |            |               |
|------------|---------------|
| Mandibular | <u>4 AÑOS</u> |
| Maxilar    | <u>4 AÑOS</u> |
- 3.- Tiempo de uso de la última dentadura:
- |            |               |
|------------|---------------|
| Maxilar    | <u>4 AÑOS</u> |
| Mandibular | <u>4 AÑOS</u> |

- 4.- Dentadura anterior: Opinión del paciente LA PACIENTE SE MUESTRA CONFORME CON SUS DENTADURAS, AUNQUE DICE-QUE ESTAS NUNCA LE AJUSTARON BIEN.
- Opinión del dentista OCCLUSION POCO EFICIENTE, ESTETICA ACEPTABLE.
- 5.- Dimensión vertical con la dentadura anterior en oclusión céntrica 56mm PARECE ADECUADA.
- 6.- Estado de la dentadura:  
 Eficacia de la oclusión POBRE Retención POBRE  
 Estabilidad POBRE Estética ACEPTABLE  
 Fonética BUENA Comodidad POBRE Lesiones NO PRESENTA LESIONES VISIBLES EN LOS PROCESOS.

#### CARACTERISTICAS FISICAS:

- 1.- Cara 1 1) Oboide; 2) Cuadrada; 3) Triangular
- 2.- Ojos 2 1) Negros; 2) Cafés; 3) Verdes; 4) Azules; 5) Gris
- 3.- Tez 1 1) Blanca; 2) Amarilla; 3) Morena; 4) Negra; 5) Roja.
- 4.- Cabello 1 1) Negro; 2) Castaño; 3) Rubio; 4) Blanco; 5) Rojo; 6) Otros \_\_\_\_\_
- 5.- Complexión corporal 3,4 1) Alto; 2) Mediano; 3) Bajo; 4) Corpulento; 5) Atlético; 6) Delgado.

#### EVALUACION CLINICA.

- 1.- Estado de la articulación temporomandibular:



Lado derecho

Lado izquierdo

Normal X Crepitante \_\_\_\_\_ Normal X Crepitante \_\_\_\_\_  
 Chasquido \_\_\_\_\_ Desviación \_\_\_\_\_ Chasquido \_\_\_\_\_ Desviación \_\_\_\_\_

2.- Tomo muscular 1 1) Normal; 2) Medio; 3) Flácido; 4) Tenso.

3.- Relación intermaxilar 1 1) Normal; 2) Retrognático; ---  
 3) Prógnata.

4.- Altura del proceso residual

Maxilar: 2 1) Alto; 2) Mediano; 3) Bajo.

5.- Forma de los procesos residuales \_\_\_\_\_ 1) Zocavado; 2) Grueso y prominente; 3) De lados paralelos; 4) En forma de V; 5) Alto; 6) Bajo (plano); 7) Estrecho; 8) Ancho.

Maxilar: Derecho 3 Izquierdo 3 Anterior 3

Mandibular: Derecho 3 Izquierdo 3 Anterior 3

6.- Tamaño del maxilar y mandíbula:

1) Mandíbula y maxilar compatibles x

2) Mandíbula más pequeña que el maxilar \_\_\_\_\_

3) Mandíbula más amplia que el maxilar \_\_\_\_\_

7.- Forma del arco \_\_\_\_\_

Maxilar: Cuadrado \_\_\_\_\_ Triangular \_\_\_\_\_ Ovoideo x

Mandibular: Cuadrado \_\_\_\_\_ Triangular \_\_\_\_\_ Ovoideo x

8.- Forma del paladar duro:

Normal x Plano \_\_\_\_\_ Profundo \_\_\_\_\_

9.- Inclinação del paladar blando: Suave \_\_\_\_\_ Mediano \_\_\_\_\_ Agudo \_\_\_\_\_

10- Presencia de retenciones óseas:

Localización \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_

Requiere remoción \_\_\_\_\_

## 11. Estado de los tejidos blandos:

1) Normal; 2) Duro; 3) Blando; 4) Inflamado:

Maxilar: Derecho 1 Izquierdo 1 Anterior 1Mandibular: Derecho 1 Izquierdo 1 Anterior 1

## 12. Zona de sellado, vestibulo bucal:

1) Alto; 2) Medio; 3) Bajo; 4) Estrecho; 5) Amplio.

Derecho superior 2 2 Derecho inferiorIzquierdo superior 2 2 Izquierdo inferior

## 13. Inserciones musculares y frenillos: 1

1) Normales; 2) Sobre la cresta alveolar; 3) Abajo de la cresta.

14. Tamaño de la lengua MEDIANA15. Piso de la boca, margen de acción: Anterior MEDIOPosterior MEDIO Espacio postmilohioideo MEDIO16. Cantidad de saliva: Normal x Excesiva    Poca o nada   17. Grado de coordinación: Hábil x Medio    Torpe   

## 18. Exámen radiográfico:

Hueso denso x Canceloso    Poco denso    Piezas-retenidas   

19. Intervención quirúrgica prescrita \_\_\_\_\_

PRONOSTICO CASO RELATIVAMENTE FACIL

PLAN DE TRATAMIENTO TOMA DE IMPRESIONES, PRUEBA DE RODE-  
TES, PRUEBA DE LOS DIENTES ANTERIORES, PRUEBA DE LAS DEN-  
TADURAS EN CERA, PRUEBA DE LAS DENTADURAS TERMINADAS.

## HOJA DE CONTROL DEL CASO

Paciente OLIMPIA HERNANDEZ DE RAMIREZNúm. 5

Prótesis articulada con:

- 1) Articulador New Simplex x
- 2) Articulador Whip Mix

I.- Colocación inicial en el paciente:

- 1) Puntos de sobrepresión.

Superior NO PRESENTAInferior NO PRESENTA

- 2) Extensión aparente de los flancos: 1) Sobreextendido; -  
2) Normal; 3) Corto.

Superior: Derecho 2 Izquierdo 2 Anterior 2Inferior: Derecho: Vestibular 2 Lingual 2Izquierdo: Vestibular 2 Lingual 2Anterior: Vestibular 2 Lingual 2

- 3) Dimensión vertical:

Cambios aparentes 2 1) Sí; 2) No.

- 4) Oclusión céntrica:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No.

- 5) Excursión lateral derecha:

Interferencias 1 1) Sí; 2) No

- 6) Excursión lateral izquierda:

Interferencias 1 1) Sí; 2) No.

- 7) Excursión protrusiva:

Interferencias 1 1) Sí; 2) No.

## CONTROL DEL CASO

8) Remonta en el articulador: 1 1) SI; 2) No.

Observaciones PEQUEÑAS INTERFERENCIAS EN LAS EXCURSIONES

9) Oclusión balanceada bilateral 2 1) SI; 2) No.

10) Dentadura confortable al paciente 1 1) SI; 2) No.

11) Presenta problemas al hablar 2 1) SI; 2) No.

II.- Cita 24 horas.

1) Extensión de los flancos: 1) Sobreextendido; 2) Normal;  
3) Corto.:

Superior: Derecho 2 Izquierdo 2 Anterior 2

Inferior: Derecho: Vestibular 2 Lingual 2

Izquierdo: Vestibular 2 Lingual 2

Anterior: Vestibular 2 Lingual 2

2) Zonas de irritación NO PRESENTA.

3) Oclusión céntrica:

Interferencias 2 1) SI; 2) No.

4) Excursión lateral derecha:

Interferencias 1 1) SI; 2) No.

5) Excursión lateral izquierda:

Interferencias 1 1) SI; 2) No.

6) Excursión protrusiva:

Interferencias 1 1) SI; 2) No.

7) Oclusión balanceada bilateral 2 1) SI; 2) No.

8) Remonta en el articulador 1 1) SI; 2) No.

Observaciones NO PRESENTA INTERFERENCIAS EN EL ARTICULADOR

## CONTROL DEL CASO

9) Presenta problemas al hablar 2 1) Sí; 2) No.

III.- Cita 48 horas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No.  
Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tra  
gar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No  
hubo.

Superior 5

Inferior 3

3) Observaciones LA PACIENTE ESTA SATISFECHA CON EL AJUS-  
TE DE LA DENTADURA.

IV.- Cita 2 semanas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No.  
Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tra  
gar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No  
hubo.

Superior 5

Inferior 3

3) Observaciones \_\_\_\_\_

V.- Cita 4 semanas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No.  
Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tra  
gar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No  
hubo.

## CONTROL DEL CASO

Superior 5Inferior 3

3) Observaciones \_\_\_\_\_

VI.- Cita 6 semanas

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Si; 2) No.

Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al --  
tragar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5)  
No hubo.Superior 5Inferior 3

3) Observaciones \_\_\_\_\_

VII.- Cita 8 semanas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Si; 2) No.

Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tra  
gar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No  
hubo.Superior 5Inferior 33) Observaciones LA PACIENTE COMENTA QUE EL DESPLAZAMIENTO  
ES MUY PEQUEÑO CUANDO COME, POR LO QUE MASTICA MAS A --  
GUSTO.

## HOJA DE CONTROL DEL CASO

Paciente OLIMPIA HERNANDEZ DE RAMIREZNúm. 5

Prótesis articulada con:

1) Articulador New Simplex     2) Articulador Whip Mix   x  

1.- Colocación inicial en el paciente:

1) Puntos de sobrepresión;

Superior NO PRESENTAInferior NO PRESENTA2) Extensión aparente de los flancos: 1) Sobreextendido; -  
2) Normal; 3) Corto.Superior: Derecho   2   Izquierdo   2   Anterior   2  Inferior: Derecho: Vestibular   2   Lingual   2  Izquierdo: Vestibular   2   Lingual   2  Anterior: Vestibular   2   Lingual   2  

3) Dimensión vertical:

Cambios aparentes   2   1) Sí; 2) No.

4) Oclusión céntrica:

Interferencias   2   1) Sí; 2) No.

5) Excursión lateral derecha:

Interferencias   2   1) Sí; 2) No.

6) Excursión lateral izquierda:

Interferencias   2   1) Sí; 2) No.

7) Excursión protrusiva:

Interferencias   2   1) Sí; 2) No.



## CONTROL DEL CASO

8) Remonta en el articulador 2 1) Sí; 2) No.

Observaciones \_\_\_\_\_

9) Oclusión balanceada bilateral 1 1) Sí; 2) No.

10) Dentadura confortable al paciente 1 1) Sí; 2) No.

11) Presenta problemas al hablar 1 1) Sí; 2) No.

II.- Cita 24 horas.

1) Extensión de los flancos: 1) Sobreextendido; 2) Normal;  
3) Corto.

Superior: Derecho 2 Izquierdo 2 Anterior 2

Inferior: Derecho: Vestibular 2 Lingual 2

Izquierdo: Vestibular 2 Lingual 2

Anterior: Vestibular 2 Lingual 2

2) Zonas de irritación NO PRESENTA

3) Oclusión céntrica:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No.

4) Excursión lateral derecha:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No.

5) Excursión lateral izquierda:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No.

6) Excursión protrusiva:

Interferencias 2 1) Sí; 2) No.

7) Oclusión balanceada bilateral 1 1) Sí; 2) No.

8) Remonta en el articulador 2 1) Sí; 2) No.

Observaciones \_\_\_\_\_

## CONTROL DEL CASO

9) Presenta problemas al hablar 2 1) Sí; 2) No.

III.- Cita 48 horas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No.

Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis; 1) Al hablar; 2) Al tragar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No hubo.

Superior 5

Inferior 3

3) Observaciones \_\_\_\_\_

IV.- Cita 2 semanas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No.

Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tragar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No hubo.

Superior 5

Inferior 3

3) Observaciones \_\_\_\_\_

V.- Cita 4 semanas.

1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No.

Localización \_\_\_\_\_

2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tragar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No hubo.

## CONTROL DEL CASO

Superior 5Inferior 5

- 3) Observaciones LA PACIENTE PUDO DOMINAR LAS PRÓTESIS -  
AL COMER.

VI.- Cita 6 semanas.

- 1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No.

Localización \_\_\_\_\_

- 2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tra  
gar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No  
hubo.

Superior 5Inferior 5

- 3) Observaciones \_\_\_\_\_

VII.- Cita 8 semanas.

- 1) Irritación de los tejidos de soporte 2 1) Sí; 2) No.

Localización \_\_\_\_\_

- 2) Desplazamiento de las prótesis: 1) Al hablar; 2) Al tra  
gar; 3) Al masticar; 4) En todos los movimientos; 5) No  
hubo.

Superior 5Inferior 5

- 3) Observaciones LA PACIENTE LE TIENE CONFIANZA TOTAL AL--  
LAS PRÓTESIS.

## CUESTIONARIO FINAL PARA EL PACIENTE.

Paciente OLIMPIA HERNANDEZ DE RAMIREZ Núm. 5

- 1) Cuál dentadura sintió más cómoda?  
La primera      La segunda      No hubo diferencia x  
por qué? LAS DOS ME AJUSTABAN BIEN.
- 2) Cuál dentadura le gustó más?  
La primera      La segunda x No hubo diferencia       
por qué? PORQUE PODIA COMER MEJOR CON ELLAS.
- 3) Cuál dentadura se le movía menos al hablar?  
La primera      La segunda      Ambas x
- 4) Qué dentadura se le movía menos al comer?  
La primera      La segunda x Ambas
- 5) Alguna vez sintió que la dentadura se sentía floja?  
Sí      No x  
En caso afirmativo ¿cuál?
- 6) Le causó irritación alguna vez la dentadura?  
Sí      No x  
En caso afirmativo ¿Cuál?
- 7) Se le movió la dentadura al mover la lengua?  
Sí      No x  
En caso afirmativo ¿Cuál?
- 8) Está a gusto con sus dentaduras?  
Sí x No       
por qué? PORQUE PUEDO COMER CASI TODO SIN LASTIMARME.
- 9) Cuál de las dos dentaduras piensa usar corrientemente?  
La primera      La segunda x No tengo preferencia

por qué? PORQUE PUEDO COMER MEJOR CON ELLA.

Firma OLIMPIA H. DE RAMIREZ.

**CONCLUSIONES.**

Durante el tratamiento de los cinco casos que fueron hechos para la demostración del tema y en el periodo de evaluación, fueron efectuados los siguientes hallazgos:

- 1) El articulador semiajustable es más difícil de usar que el articulador New Simplex de la técnica arbitraria, dada la necesidad de la toma de registros excursivos para su ajuste.
- 2) La articulación de los dientes en el instrumento semiajustable fue más sencilla y rápida que la técnica de articulación arbitraria.
- 3) El articulador semiajustable fue capaz de producir una articulación balanceada para el paciente en todos los casos, no sucediendo esto con la técnica arbitraria.
- 4) Debido a que el articulador semiajustable exige un mayor cuidado en la toma de los registros, al igual que su verificación, los errores en la oclusión fueron menores en él.
- 5) Los resultados de la articulación fueron más consistentes en el articulador semiajustable.
- 6) Los pacientes se quejaron menos por desplazamiento de la prótesis al hablar (inicialmente) cuando se usó el articulador semiajustable en la articulación de los dientes artificiales.
- 7) A pesar de que la técnica arbitraria no proporcionaba una articulación balanceada en el paciente, la gran mayoría toleró los pequeños desplazamientos que ello ocasionó.

naba en las dentaduras, cosa que indicó la ausencia de -  
zonas de irritación en los tejidos de soporte (con excepci  
ción de un caso).



De los anteriores hallazgos se pueden derivar las siguientes conclusiones:

- 1) La sencillez de la articulación de los dientes en el articulador semiajustable reduce el expendio de tiempo por parte del odontólogo, lo que es una ventaja para el mismo y para el paciente, ya que se reducen los costos.
- 2) El logro de una articulación balanceada a las individualidades del paciente se traduce en menores desplazamientos de las prótesis, por lo que los tejidos de soporte de las mismas se traumatizan menos, resultando ello en una ventaja para el paciente, sobre todo si los tejidos son poco resilientes.
- 3) La mayor exactitud proporcionada por el articulador semiajustable reduce los errores en la oclusión, por lo que se evitan pérdidas de tiempo y fracasos en el tratamiento, lo que se traduce en una ventaja para paciente y dentista por igual.
- 4) Pese a que el articulador semiajustable es más difícil de utilizar, su uso resulta en un ahorro de tiempo al evitarse errores en la articulación (y por lo tanto en la oclusión), lo que resulta ventajoso para el paciente y el dentista de igual manera.
- 5) Los hallazgos a corto plazo indican que los beneficios de una articulación dentaria artificial podrían presentar otros a largo plazo (menos resorción, evasión de problemas con la articulación temporomandibular como ejemplo), cosa que amerita un estudio más profundo y de mayor duración.

## ILUSTRACIONES



Fig. 1.1

Fig. 1.2

Eigs. 1.1 - 1.2 Paciente al ingresar al consultorio.

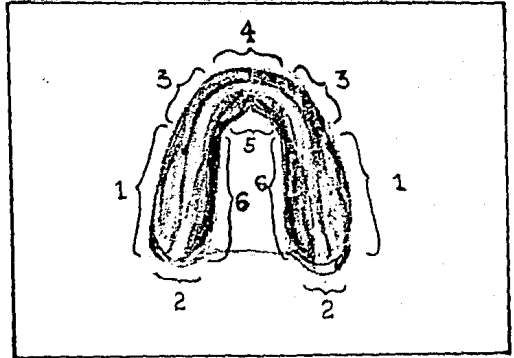
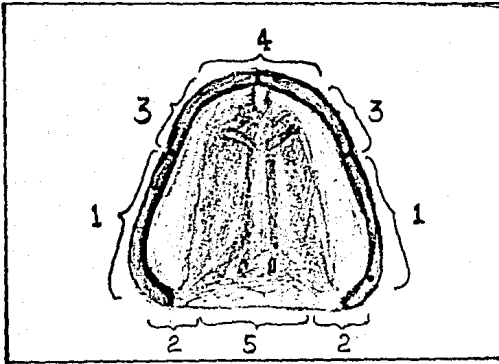


Fig. 1.3 Zonas de ajuste muscular en el proceso superior.

Fig. 1.4 Zonas de ajuste muscular en el proceso inferior.

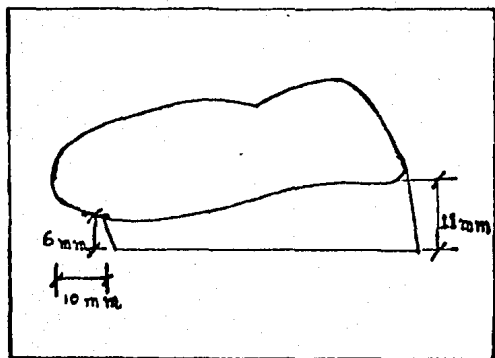


Fig. 2.1 Altura del rodete superior (Trubyte)

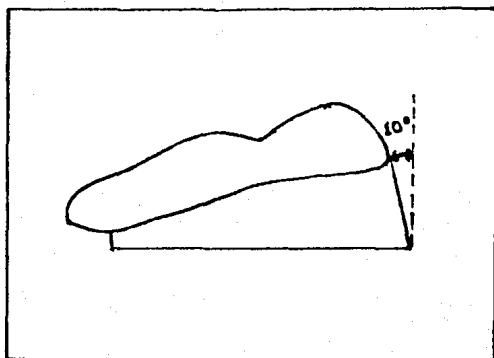


Fig. 2.2 Inclinación de la superficie bucal del rodete superior (Trubyte)

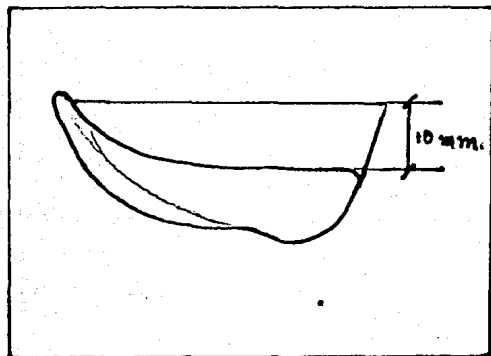


Fig. 2.3 Altura del rodete inferior (Trubyte)

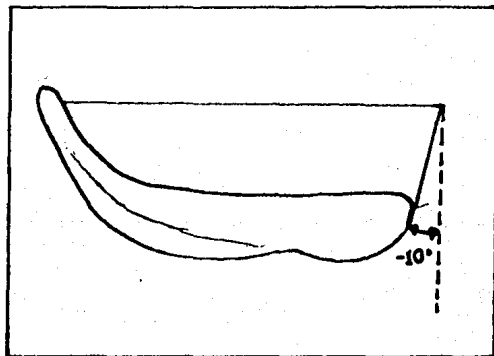


Fig. 2.4 Inclinación de la superficie bucal del rodete inferior (Trubyte)

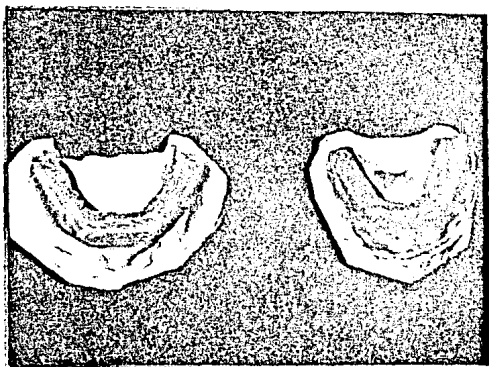


Fig. 2.5 Rodetes Trubyte vista superior.

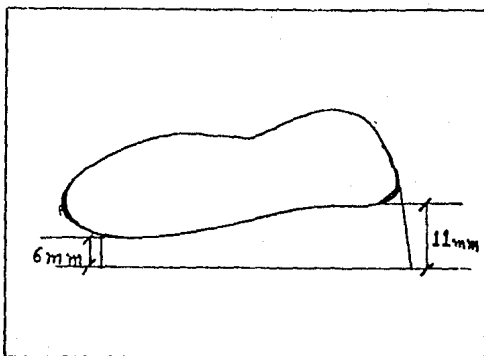


Fig. 2.6 Altura del rodete superior en la técnica con articulador semiajustable.

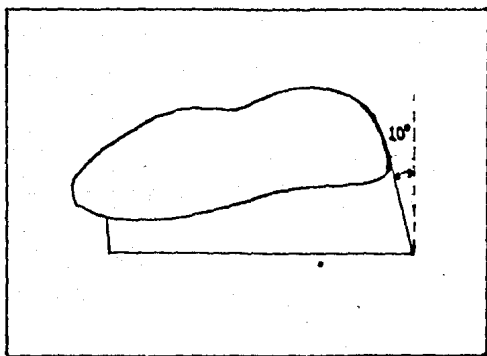


Fig. 2.7 Inclinación de la superficie bucal del rodete superior (Articulador semiajustable)

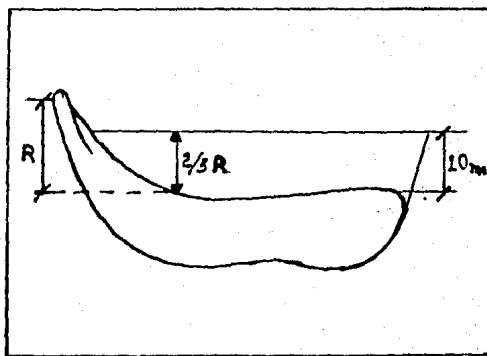


Fig. 2.8 Altura del rodete inferior (Articulador semiajustable)

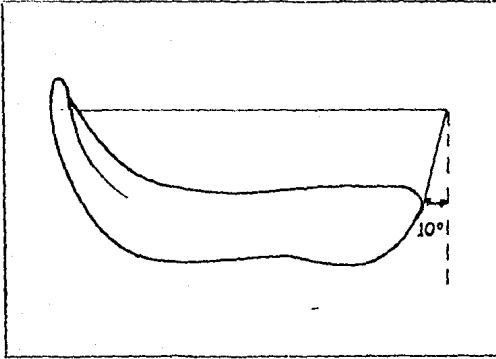


Fig. 2.9 Inclinación de la superficie bucal del rodete inferior (Articulador semiajustable)

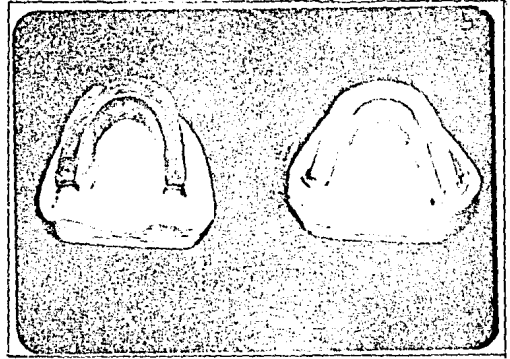


Fig. 2.10 Vista superior de los rodetes (articulador semiajustable)

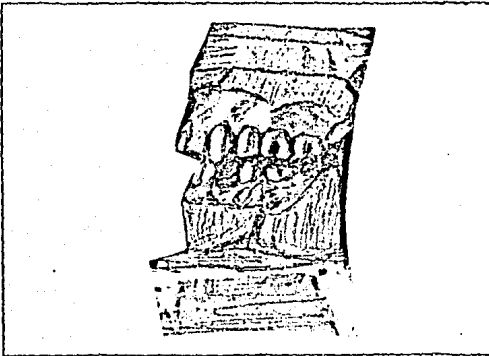


Fig. 2.11 Modelos de estudio.

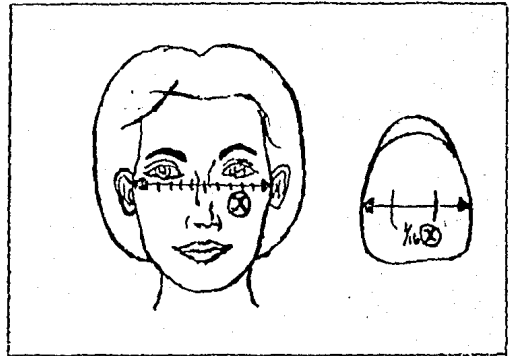


Fig. 2.12 Tamaño del incisivo central respecto al tamaño de la cara.

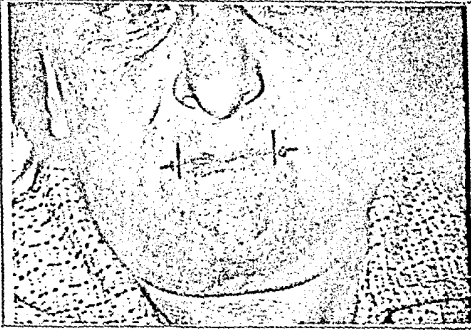


Fig. 2.13 Localización de los caninos en el paciente.

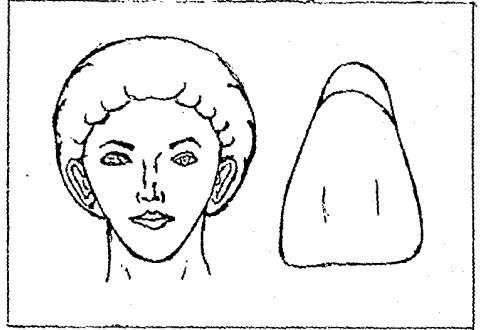


Fig. 2.14 Forma del diente con respecto a la forma de la cara.

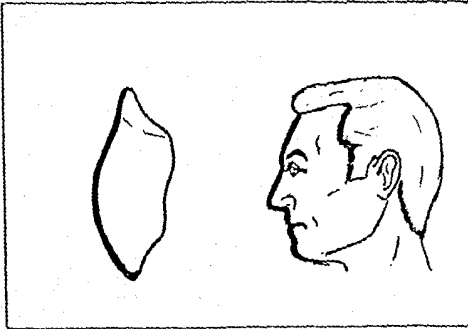


Fig. 2.15 Perfil del diente con respecto al perfil de la cara.

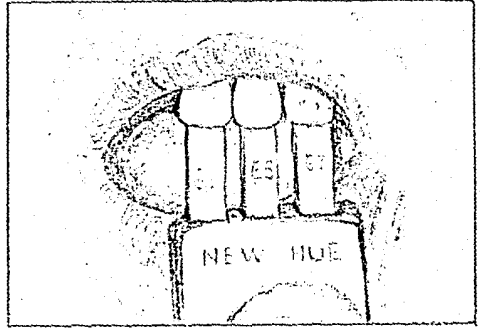


Fig. 2.16 Escogiendo el color de los dientes.

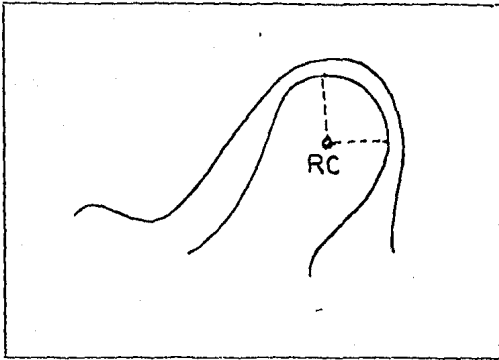


Fig. 3.1 Relación céntrica.

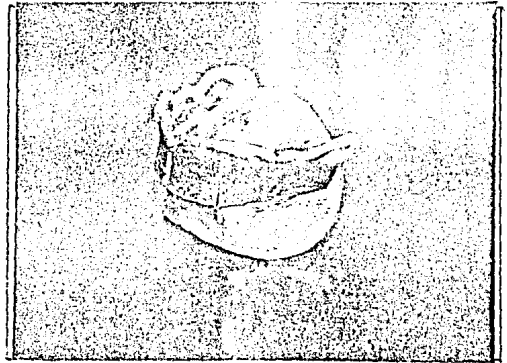


Fig. 3.2 Rodetes pegados en relación céntrica.

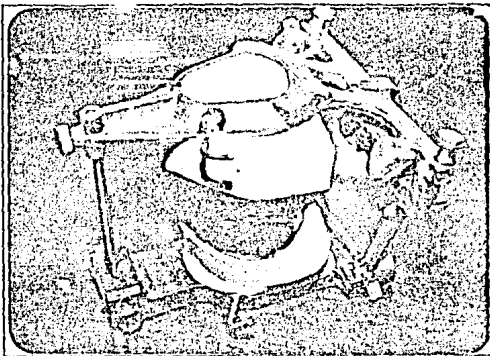


Fig. 3.3 Modelos montados en el articulador New Simplex.

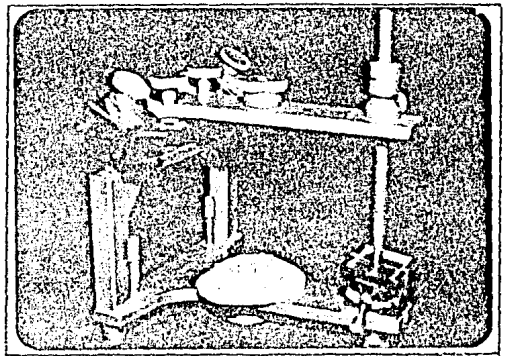


Fig. 3.4 Articulador Whip Mix.



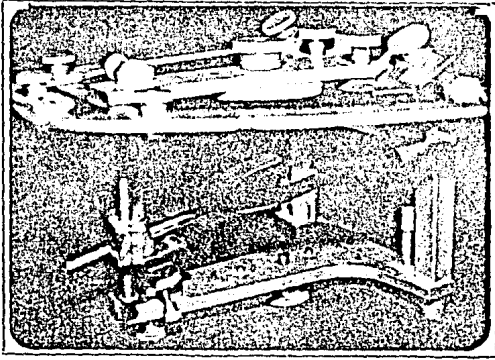


Fig. 3.5 Articulador Whip Mix con el arco facial montado.

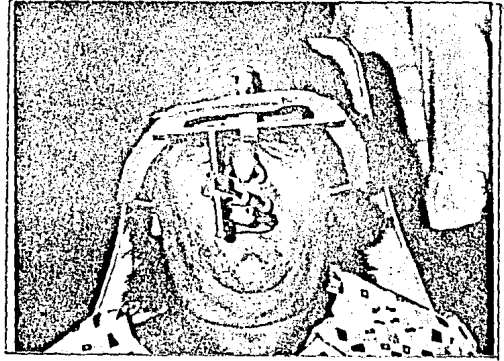


Fig. 3.6 Arco facial colocado en el paciente.

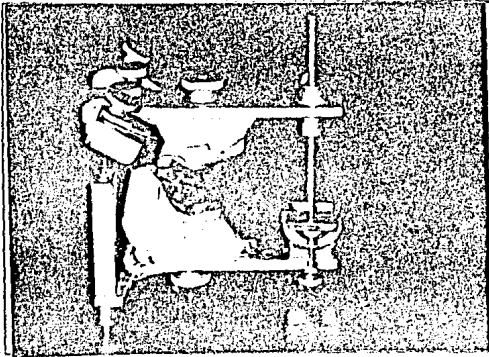


Fig. 3.7 Modelos y rodetes montados en el articulador Whip - Mix.

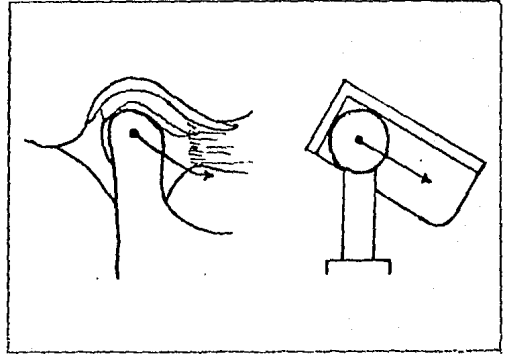


Fig. 4.1 Guía condilar.

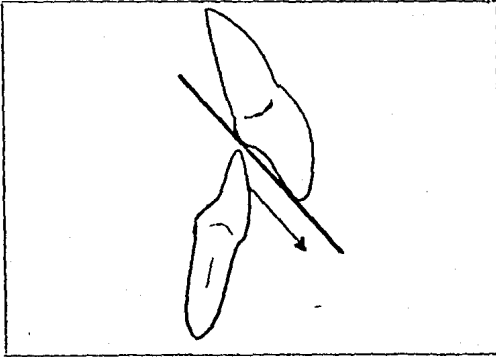


Fig. 4.2 Gula incisal.

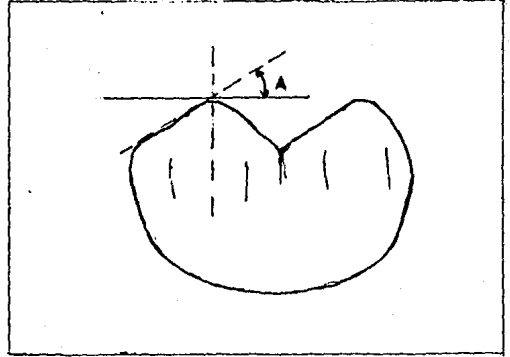


Fig. 4.3 Inclinación de la cúspide.

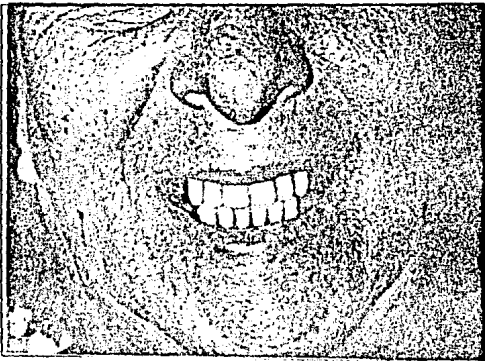


Fig. 4.4 Prueba de los dientes anteriores en el paciente.

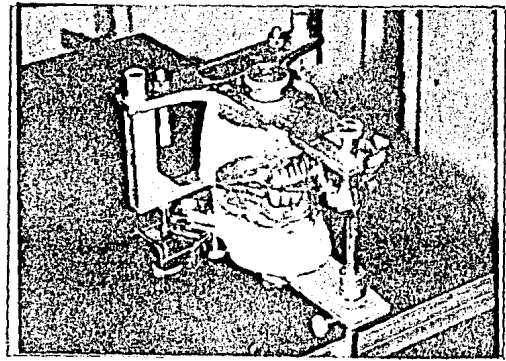


Fig. 4.5 Ajuste del articulador.

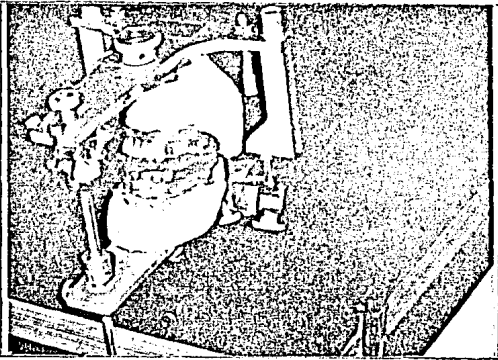


Fig. 4.6 Ajuste del movimiento de Bennett.

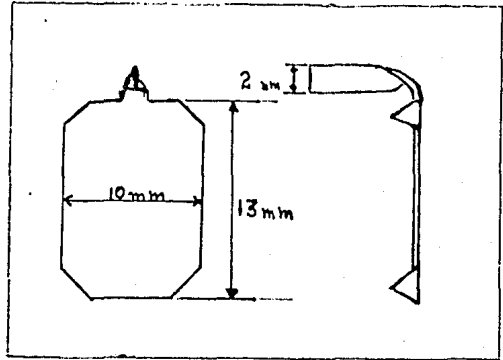


Fig. 4.7 Lámina metálica. (A)

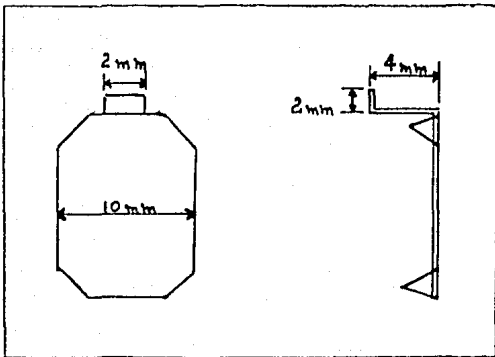


Fig. 4.8 Lámina metálica (B)

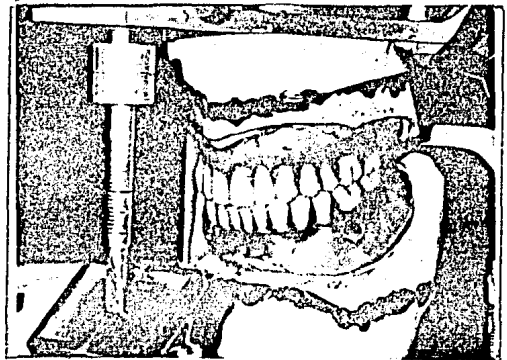


Fig. 4.9 Dientes artificiales siendo articulados.

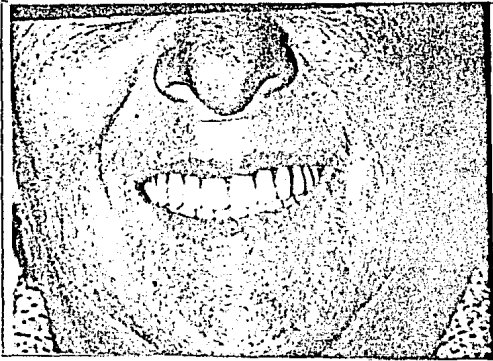


Fig. 4.10 Prueba de la dentadura en cera.

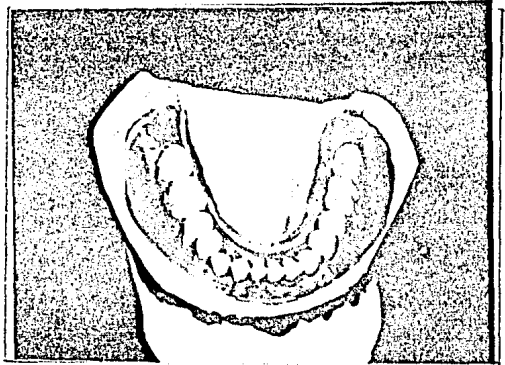


Fig. 5.1 Dentadura inferior lista para el enfrascado.

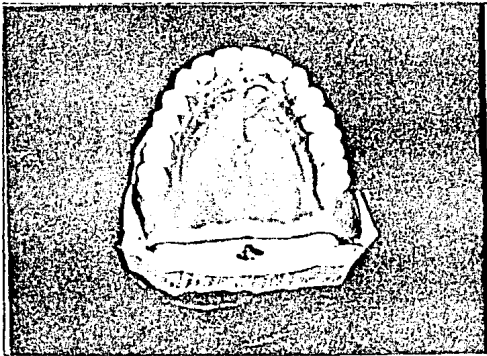


Fig. 5.2 Dentadura superior lista para el enfrascado.

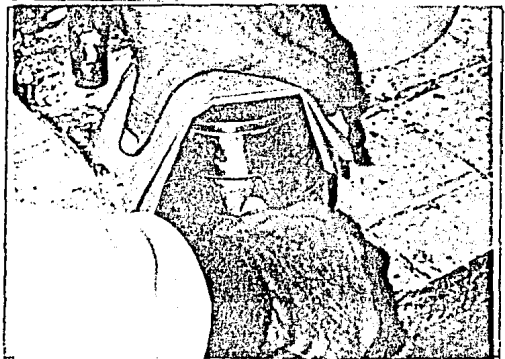


Fig. 5.3 Abriendo la mufla.

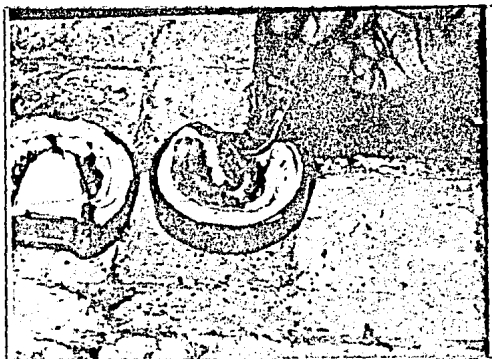


Fig. 5.4 Retirando la cera y el Base Plate.

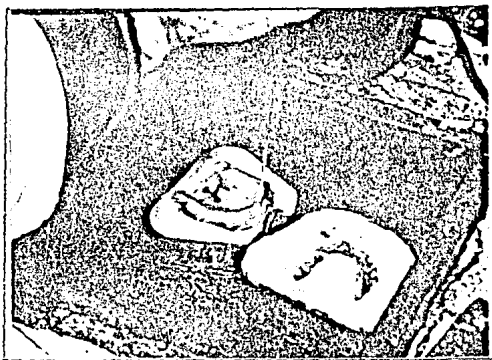


Fig. 5.5 Lavando la cámara - de moldeo.

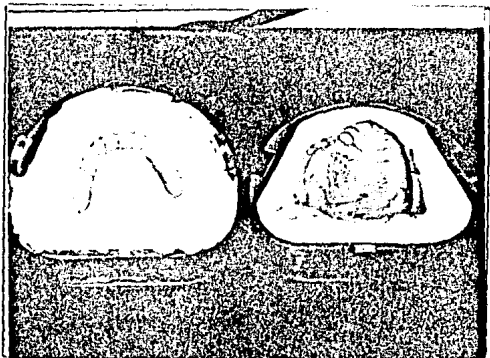


Fig. 5.6 Cámara de moldeo lista para recibir el acrílico.

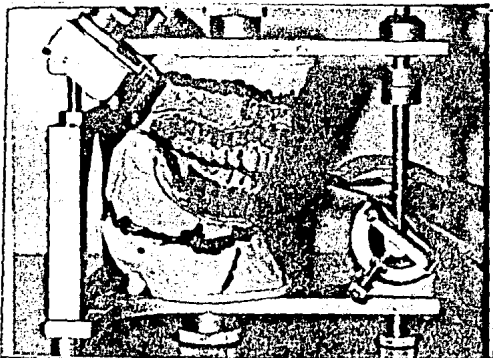


Fig. 5.7 Eliminando interfe-  
rencias en el articulador.

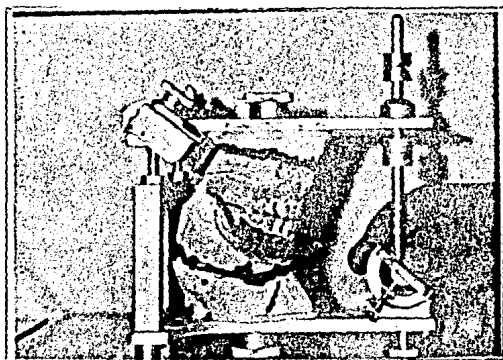


Fig. 5.8 Movimiento de protrusión hecho en el articulador.

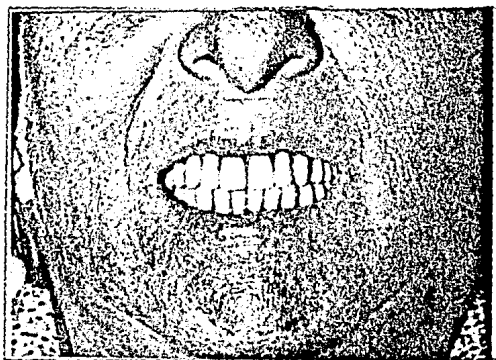


Fig. 5.9 Prueba de la dentadura terminada en el paciente.



Fig. 5.10 Adecuado soporte de la musculatura facial.

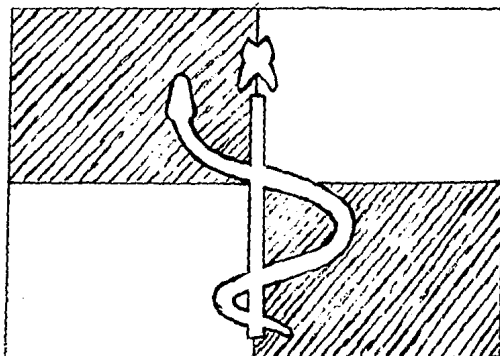


Fig. 5.11 Escudo de la Facultad de Odontología U. A. G.

**BIBLIOGRAFIA.**

Bhaskar, S. N.  
*Synopsis of Oral Pathology*  
Fifth Edition  
The C.V. Mosby Company  
Saint Louis, 1977

Boucker, Carl O. / Hickey, Judson C. / Zarb, George A.  
*Prosthodontic Treatment for Edentulous Patients.*  
Seventh edition  
The C. V. Mosby Company  
Saint Louis, 1975

Celenza, Frank V. / Roizen, Alain  
*The Physiological Development of Occlusal Morphology*  
First edition  
Quintessenz Pockets.  
Berlin, 1975

McCarthy, Frank M.  
*Emergencias en Odontología*  
Segunda Edición  
Editorial "El Ateneo"  
Argentina, 1973.



Ozawa Deguchi Jose V.  
Prostodoncia Total  
Quinta edición  
Universidad Nacional Autónoma de México  
México, D.F., 1984

Ramfjord Sigurd P. / Ash Major M.  
Oclusión  
Segunda edición  
Editorial Interamericana S.A. DE C .V.  
México 1972

Robles Santana Felipe de Jesús/ Herrera Urbina Jaime S.  
Manual de Prostodoncia total  
Segunda edición  
Universidad Autónoma de Guadalajara.  
Guadalajara, 1980