

870122

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

43  
2ej

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

INSERCIÓN DE LA DENTADURA ARTIFICIAL  
COMPLETA Y SUS IMPLICACIONES CLÍNICAS  
EN LA RELACION PACIENTE ODONTÓLOGO

**TESIS PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A

**MARIA ENGRACIA GONZALEZ LOPEZ**

ASESOR: RAFAEL BOJORQUEZ RUIZ

GUADALAJARA, JAL., 1986



## **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.

INSERCIÓN DE LA DENTADURA ARTIFICIAL COMPLETA Y SUS  
IMPLICACIONES CLÍNICAS EN LA RELACION PACIENTE ODONTÓLOGO

INDICE

INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
INSERCIÓN DE LA PROTESIS	4
a) Inspección visual y de contacto antes de la inserción	
b) Areas de zonas de sobrepresión	
c) Delimitación y corrección de los flancos	
CAPITULO II	
AJUSTE POSTERIOR DE LA PROTESIS TOTAL	42
a) Rebase	
b) Cambio de base	
CAPITULO III	
MANTENIMIENTO Y CUIDADO DE LA DENTADURA ARTIFICIAL	73
a) Educación del paciente	
b) Conservación de la prótesis	
CASUISTICA	93
CONCLUSIONES	97
BIBLIOGRAFIA	99

## INTRODUCCION

La dentadura artificial completa es uno de los avances en el campo de la odontología para beneficiar al paciente en muchos aspectos, puesto que no solamente le vamos a restaurar su función masticatoria sino también su fonación, estética y es muy importante restaurar su estabilidad psicológica.

Para realizar todo esto será necesario que el paciente esté dispuesto a cooperar sabiendo de antemano que para lograr la completa adaptación no sólo basta con la habilidad del odontólogo sino la buena voluntad del paciente.

Todos los pacientes poseen un umbral de aceptabilidad que determina su respuesta a la inserción de la dentadura. El umbral es parte del mecanismo de motivación del paciente y generalmente puede ser descubierto desde el principio del tratamiento. Sin embargo, el dentista ha de saber que la aceptación de las dentaduras terminadas no siempre corresponde al umbral de aceptabilidad que, durante el tratamiento, se supone tendría el paciente. El sentido de finalidad asociada con la dentadura completa terminada puede cambiar el nivel anterior del umbral de aceptabilidad.

El establecimiento, desde el principio del tratamiento, de una buena comunicación entre dentista y paciente es importante y puede ser una gran ayuda. Así, una conversación al comenzar el tratamiento proporciona indicaciones que aclaran lo que espera el paciente del momento de la inserción de su dentadura.

La actitud del paciente hacia el dentista, la profesión en general y hacia sí mismo puede revelar su nivel de aceptabilidad.

La buena comunicación debe proseguir durante todo el tra  
tamiento y será especialmente importante durante la visita de  
inserción.

## **CAPITULO I**

### **INSERCIÓN DE LA PROTESIS**

- a) Inspección visual y de contacto antes de la inserción.
- b) Areas de zonas de sobrepresión
- c) Delimitación y corrección de los flancos

## INSERCIÓN DE LA PRÓTESIS

La inserción de la prótesis representa la culminación de una serie de procedimientos cuidadosos y precisos por parte de odontólogo. También en el momento esperado por el paciente quien ha cooperado tanto con su tiempo como con su esfuerzo para este evento. La dentadura bien hecha da al paciente comodidad, función adecuada, así como un aspecto que mejorará sus relaciones sociales y su participación. Estos son los objetivos que suelen lograrse al insertar una dentadura, que indican una experiencia satisfactoria tanto del odontólogo como del paciente.

La comodidad que ofrecen las dentaduras bien ajustadas se deriva de una interpretación fiel de la morfología tisular, así como de la adaptación de las bases de la dentadura para un ajuste apropiado. Los espacios tisulares son restaurados en forma adecuada y todos los bordes de la dentadura se sitúan donde es necesario para asegurar retención y estabilidad. Las zonas de alivio se colocan con precisión y no existen factores irritantes ásperos o alisados en la estructura de la dentadura que traumatizan los tejidos. La oclusión establecida es el resultado de la utilización correcta de los registros, así como de la atención cuidadosa prestada a los procedimientos del laboratorio relacionados. Como parte de la experiencia funcional del paciente, la oclusión se establece a una dimensión vertical que le ayude a conservar el tono muscular, que es indicativo de una buena estética. Los factores de retención, estabilidad, oclusión funcional y soporte tisular favorecerán la capacidad de las dentaduras para proporcionar más que una sola función adecuada y permitirán la recuperación de los valores estéticos con mayor facilidad.

## Instrucciones al Paciente

Se le debe dar una explicación interesante al paciente -- desde la primera cita, en el momento de hacer el pronóstico -- total y qué debe esperar de ella. Puesto que de la capacidad -- de adquirir la habilidad necesaria para manejar la prótesis -- depende en un porcentaje muy alto el éxito de la dentadura.

Si no cumplimos este requisito, el paciente no tendrá la paciencia y la perseverancia necesaria para pasar el período de acostumbramiento, que es muy variable, y que depende de la adaptación del enfermo, la anatomía de la boca, el estado de salud y otros muchos factores.

### Factores del comportamiento que afectan la inserción.

Hay varios problemas del comportamiento relacionados con la inserción de dentaduras. Existe el paciente que es fácil -- de satisfacer y que sólo regresa después de la inserción para algún ajuste menor. En el otro extremo está el paciente que -- se convierte en un visitante asiduo al consultorio; él o ella acude con frecuencia y a corto intervalo para realizar ajustes en su prótesis. Los que suelen ser de gran molestia o incomodidad, de carácter general, mal funcionamiento o síntomas inespecíficos y raros que contribuyen a la frustración masiva del paciente y del odontólogo.

El resultado habitual de estas situaciones suele ser que el dentista recomiende con mucho tacto al paciente solicite -- la ayuda de otro profesional. Entre otros dos extremos se encuentra al paciente típico de prótesis totales cuyo éxito es eventual, debido a que los esfuerzos del dentista están basados en el reconocimiento de que existe en realidad los problemas. Una vez que se haya logrado dicho reconocimiento, la resolución de los problemas suele ser un procedimiento ordenado.

Deberán considerarse los factores que no forman parte de la capacitación técnica de la mayoría de los dentistas, por lo que éstos serán descritos como un función que abarca un -- concepto más amplio de la terapéutica. Estos factores constituyen sólo parte de la filosofía total del tratamiento y ayudarán a refinar los objetivos y procedimientos terapéuticos.

### Comunicación

El establecimiento de una buena comunicación entre el -- dentista y el paciente al principio del tratamiento puede probar ser una medida de gran apoyo. Las primeras discusiones -- proporcionan clave útil con respecto a lo que alcanza a anticiparse en el momento de colocar la dentadura. La actitud del paciente hacia el dentista, la profesión y él mismo revelan -- su nivel de aceptabilidad.

Se ha dicho que el estudio de la imagen propia del pa---ciente resulta benéfico al tratar de anticipar la aceptación. La buena comunicación deberá continuar a través de todo el -- tratamiento y en especial durante el momento de la inserción de la prótesis. La habilidad del dentista para escuchar y su capacidad para convertir las claves ofrecidas por el paciente en técnicas positivas resultan valiosas en el momento de la -- inserción. La mala comunicación engendra un espíritu destructivo de falta de cooperación que puede conducir al fracaso.

Durante los procedimientos del tratamiento los pacientes suelen manifestar sus anhelos en forma de preguntas específicas, como las siguientes: ¿cuándo se hayan colocado las dentaduras, se eliminarán las arrugas en mi labio? ¿ serán acaso -- como mis propios dientes?

El dentista deberá tomar entonces la oportunidad para establecer buena comunicación mediante una respuesta inmediata.

Cualquier reacción que conduzca al diálogo puede ser significativa.

### Procedimientos de la inserción

La inserción de una dentadura no es una fase distinta ni está separada de las otras fases de la construcción de la dentadura. Debe considerarse como una pausa dentro del tratamiento para proporcionar una vista general que toma en consideración a la vez todas las fases del tratamiento, que comenzaron con la entrevista inicial. El proceso de la inserción continúa a través de todas las etapas sucesivas del tratamiento incluyendo el período posterior a la inserción de ajuste y a la visita periódica de mantenimiento.

La preparación de la prótesis para inserción después de haber sido procesadas, sigue un sistema lógico. El dentista valora todo el tratamiento anterior que ha contribuido a las dentaduras procesadas, incluyendo las impresiones, toma de registro, disposición de los dientes y procesado. Si todas han sido juzgadas satisfactoriamente, las dentaduras se preparan para su inserción.

## TRATAMIENTO INMEDIATAMENTE POSTERIOR A LA COLOCACION DE LA PROTESIS

La colocación de prótesis nuevas implica algo más que insertarlas y decir al paciente que llame si siente alguna molestia. Es en este instante que comienza la evaluación del odontólogo. Además es necesario llevar a cabo ciertos procedimientos técnicos. La inexactitud de los materiales y procedimientos utilizados en terminar la prótesis tal como está se eliminarán antes de que el paciente se ponga los dientes.

La inexactitud puede ser el resultado de: 1) Errores técnicos o errores de evaluación cometidos por el odontólogo; 2) errores técnicos que se producen en el laboratorio, ó 3) - deficiencias inherentes a los materiales que se utilizaron en la confección de las prótesis. Sea cual fuere el origen de la inexactitud, se corregirán antes de permitir que el paciente use las prótesis.

Previa colocación de las prótesis, se examinarán los flancos para asegurarse de que no son demasiado gruesos, así como los bordes para comprobar si están bien redondeados sin sobreextensiones obvias. Si se tomaron impresiones con moldeado cuidadoso de bordes, en este momento no se requieren alteraciones, toda vez que, las manipulaciones de laboratorio hayan respetado esos bordes. Si para determinar la extensión de los bordes se recurrió solamente al diseño con lápiz se requerirán adaptaciones mayores que cuando se procedió a impresiones con moldeado exacto de bordes. Si el técnico de laboratorio no respetó los bordes de la impresión registrados en el modelo, o hizo caso omiso de las indicaciones referentes a los flancos y los bordes, puede necesitarse alguna modificación al colocarse las prótesis.

Las metas del odontólogo, sin embargo, debería, ser confeccionar las impresiones y los modelos en forma tan perfecta que el técnico de laboratorio no tenga dudas respecto de la forma y extensión de los bordes y flancos al pulir las prótesis. Si la conformación de los bordes se realizó con exactitud en la impresión, los bordes no se alterarán ni se pulirán hasta haberse usado 24 horas. Al no pulir los bordes, el odontólogo descubrirá sin esfuerzo cualquier sobreextensión en la primera cita de ajuste. Las impresiones deben ser tan exactas que las superficies de asiento y los bordes no requieran ningún tipo de retoque el día que se colocan las prótesis.

Inmediatamente al colocarse las prótesis, se controlará la oclusión la primera vez que se inserten las prótesis.

También se examinará la parte interna de la dentadura, visual y manualmente, para localizar cualquier burbuja de acrílico o arista que pueden producir heridas en la mucosa.

Se revisa la adaptación con pasta indicadora de presión, se secan ambas dentaduras con una jeringa de aire. Con un pincel se aplica una capa ligera de P.D.P. en toda la zona chapable.

La dentadura se humedece con agua

Se coloca ( o asienta ) una dentadura solamente, haciendo presión con los dedos en la región de los molares.

Se extrae y se examina. Cuidadosamente se reduce cualquier área de presión con un fresón. Usando una fresa No. 10 para las áreas angulosas.

Se elimina la viruta de acrílico con un chorro de aire y se cubre la zona rebajada con más pasta.

Repetimos el procedimiento hasta que la sobre presión de saparezca. Se trabaja una sola dentadura a la vez. No ambas.

Para remover la pasta indicadora de presión se usa una toalla de papel.

El tratamiento con prótesis completas no es realmente exitoso salvo que el paciente las use. Por lo tanto, la atención de la prótesis completa no es adecuado sino cuando el paciente recibe la atención necesaria después de colocadas las prótesis en la boca.

En muchos casos, la época más crucial en el éxito o en el fracaso de la prótesis es el período de adaptación. El odontólogo es responsable de la atención del paciente a través de ese período, y ello a menudo requiere varias citas. Es importante que el odontólogo y el paciente tengan una idea clara respecto de las implicaciones económicas del período de adaptación, que tiene que ver con la filosofía del Odontólogo respecto del manejo del paciente.

#### Ajustes relacionados con las bases protéticas

Hay numerosos inconvenientes que causan las nuevas prótesis que tienen que ver con las bases protéticas en sí. Lesiones mucosas en el repliegue de los tejidos muy a menudo se producen por bordes protéticos filosos o por flancos protéticos sobreextendidos. A veces la escotadura vestibular de la prótesis es filosa o su tamaño es insuficiente, y el frenillo se irrita. Por lo común, es necesario profundizar algo de la escotadura, pero también se le redondeará y alisará. A veces no se requiere ensanchar la escotadura y al hacerlo, se produce la disminución de la retención de la prótesis. La escotadura se profundiza con una fresa de fisura. Luego se redondea y se alisa el material de la base protética con pequeños raspadores filosos y un disco Burplew seguido por el pulido con pómez en la punta de un cono de fieltro o con una rueda de paño.

No hay que confundir el dolor que produce la longitud ex

cesiva de la parte anterior del flanco lingual con el dolor de los flancos del reborde proveniente de la oclusión. Se marca, con lápiz tinta, ya sea el sitio dolorido en la boca o sobre la base protética y se transfiere de acuerdo para ubicar exactamente el sitio correcto para la reducción del borde protético.

Se observarán atentamente las lesiones en la región del surco hamular. Si el tejido irritado se halla por detrás del surco, la base protética es demasiado larga y se debe cortar. Sin embargo, si la lesión está en el surco mismo, es probable que el sellado palatino posterior ejerza una presión excesiva y, entonces, se aliviará con mucha prudencia la superficie tisular de la base protética. Un error de apreciación en este punto puede reducir o eliminar el sellado de la prótesis superior. Es necesario palpar cuidadosamente el surco para que -- ello ayude a determinar el diagnóstico.

Puede haber dolor a lo largo de la cresta del reborde inferior si hay proyecciones óseas espinosas en esta región. -- Hay que tomar las precauciones adecuadas al tomarse las impresiones, pero ello no siempre es suficiente. La base protética se pincela con la pasta indicadora de presión en dirección -- vertical sobre las superficies oclusales de los dientes. Se alivio la base protética en los sitios indicados.

Las lesiones de la mucosa que reviste la fosa retromilohioidea provienen de la presión excesiva o la longitud indebida de los flancos protéticos. A menudo los pacientes manifiestan sentir dolor al tragar o dicen "siento como si me doliera la garganta". Se acortará la base protética, o se aliviará la superficie tisular para reducir la presión, lo cual depende de la ubicación de la lesión.

Las manifestaciones dolorosas al deglutir provienen de -

la irritación en la región de los rebordes milohioideos.

Puesto que se ejerce presión suplementaria sobre la repisa vestibular al tomarse las impresiones, se requiere un diagnóstico diferencial del dolor en esta zona. Si la irritación se produce por la longitud del flanco vestibular, lo cual se determina comparando el borde protético en la boca con la ubicación de la lesión, entonces, se acortará el flanco. Sin embargo, si el sitio doloroso se halla sobre la mucosa que reviste la repisa vestibular, se alivia la base protética en la región correspondiente. Es útil la pasta indicadora de presión para determinar la ubicación de ese tipo de lesiones.

La base protética se alivia ligeramente con un raspador-filoso y en este caso no se acorta la longitud del flanco.

La presión excesiva que ejerce el flanco vestibular inferior en la región del agujero mentoniano, puede causar una sensación de cosquilleo o de entumecimiento de la región de la comisura o del labio inferior. Esto ocurre por la presión sobre, el nervio mentoniano y es frecuente cuando hay reabsorción del agujero mentoniano en la proximidad del reborde residual inferior. Algo similar se produce en el maxilar superior por la presión sobre la papila incisiva, que se trasmite al nervio nasopalatino. El paciente manifiesta tener una sensación quemante o de adormecimiento de la parte anterior del maxilar superior. Se requiere aliviar en esa región la base protética superior.

Hay veces que el paciente concurre a la cita inicial de ajuste quejándose de que las prótesis les producen náuseas. El problema puede referirse en verdad a las prótesis en sí, o hay un factor psicológico, o coinciden los dos. El inconveniente a menudo tiene que ver con el borde posterior de la prótesis superior. El borde o tiene una extensión inadecuada-

o es insuficiente el sellado del borde posterior. Se cree que las náuseas provienen en la mayoría de los casos de la formación y desaparición del sellado palatino posterior al desplazarse el tejido que se halla por detrás de la línea vibratoria hacia arriba y hacia abajo durante la función. Si se ha ubicado correctamente la línea vibratoria, se es necesario, y en la mayoría de los casos, es inadecuado extender el borde posterior de la prótesis superior más de 2 mm. por detrás de esa zona.

Si es inadecuado el sellado palatino posterior, es factible agregar compuesto de modelar para remodelar esa parte de la prótesis superior y determinar si ello corregirá el defecto. Más adelante se reemplazará con resina acrílica el compuesto de modelar. Asimismo la oclusión puede ser la causa, - pues el deslizamiento de las bases protéticas a menudo causan la interrupción y la formación alternativas del sellado palatino posterior, de la cual resultan náuseas.

A veces el paciente dice que su prótesis superior se --- afloja al abrir la boca, al bostezar o al morder un sandwich. Generalmente esto implica que es excesivamente gruesa la superficie distovestibular de la prótesis superior e interfiere con los movimientos normales de la apófisis coronoides. Se requiere que los bordes de los flancos vestibulares superiores llenen adecuadamente el vestíbulo. No obstante, deben ser finos los ángulos distales de la base protética por debajo de los bordes para que haya la libertad necesaria para el movimiento de la apófisis coronoides.

Otra cosa que a veces manifiesta el paciente es que la - prótesis superior tiende a aflojarse al sonreír o durante --- otras formas de la expresión facial. Este problema, puede surgir por el espesor o la longitud excesivas del flanco protéti

co superior en la región de la escotadura vestibular o más --  
atrás de la escotadura vestibular. Puesto que el frenillo veg  
tibular lateral se desplaza hacia atrás durante la función, -  
tropieza con un borde que es muy grueso y afloja la prótesis,  
A veces se corrige este defecto el reducir el ancho del borde  
posterior de la escotadura vestibular lateral.

Se harán con mucho cuidado los desgastes de la base pro-  
tética. El desgastar innecesariamente porciones de la base o-  
casiona dificultades. Las partes sobreextendidas de la base -  
protética se reducen prolijamente con un raspador filoso de -  
acuerdo a la magnitud de la inflamación causada. Después de --  
cualquier modificación en los bordes es necesario pulirlos. -  
Un borde despulido conduce a una mayor inflamación, aunque no  
esté sobreextendido. Si el odontólogo pule el borde, se descu  
bre cualquier modificación realizada por el paciente.

Es importante reafirmar que los rebordes pueden ser reducidos a cualquier tamaño para su comodidad, pero casi siempre hay un concomitante perdido en retención y estabilidad. Inicialmente, es mejor reducir la superficie pulida del rebordel lingual 1 mm., pero teniendo cuidado de no acortar los bordes e cambiar el contorno. Esto usualmente se puede hacer dos veces sin perder la ventaja de bordes amplios y plano inclinado. Estas citas deben ser programadas por lo menos una o dos semanas aparte como adaptación física y psicológica que es un proceso lento. Muchas pacientes responden favorablemente pero -- otros se continuarán quejando de incomodidad y se opondrán a la longitud de los bordes.

Levin, reporta un experimento clínico en el cual a 16 pacientes edéntulos se les dio dos duplicados de dentaduras mandibulares. Una dentadura tenía la extensión correcta y la --- otra tenía una tosca sobreextensión. Los resultados fueron de que 11 pacientes preferían base extensa, uno prefirió la base mínima y 4 no tuvieron ninguna preferencia. En una continuación de estos estudios Levin, reportó la respuesta de un total de 34 pacientes, 25 pacientes prefirieron base ancha, 4 prefirieron base mínima, y 5 no tuvieron ninguna preferencia. Parece ser que algunos pacientes no pueden adaptar su mecanismo neuromuscular a dentaduras más amplias. Para estos pacientes, la dentadura debe modificarse a lo más cerca o casi copia exacta a la dentadura original. Estos son deseos y necesidades del paciente y deben ser realizados.

La complejidad del molesto reborde lingual puede ser aclarado con estudio y reconocimiento de la naturaleza dinámica del espacio de la dentadura. Métodos convencionales para obtener bordes linguales no siempre es satisfactorio. El conocimiento o región donde se puede extender el reborde lingual puede llevar a veces a un más positivo y retentivo sellado de bordes.

Examen bucal y tratamiento veinticuatro horas después de la colocación de la prótesis

Debe ser de rutina la cita para el reajuste a las 24 horas de colocada la prótesis los pacientes que no fueron atendidos después de ese lapso tienen más dificultades que aquellos que fueron vistos 24 horas después de la inserción de las prótesis nuevas. Este es el momento en que el odontólogo puede preguntar "Cómo se siente, con la boca dolorida?" Esto invita al paciente a describir sus experiencias y el dolor, si lo hubiera. El odontólogo escuchará atentamente lo que refiere el paciente, y sobre la base de los comentarios se podrá saber aproximadamente dónde buscar la causa. Las manifestaciones del paciente aportan información valiosa sobre los problemas psicológicos.

En esta cita se revisará, también la sobreextensión de los flancos, tanto vestibular como lingualmente. Se localizará una línea roja o también ulceración, si es muy severa. No se hace la reducción arbitrariamente, se pone P.D.P. y se hace zona por zona no se debe hacer en todo el flanco a la vez.

Con la misma pasta se revisan las áreas de sobrepresión de los procesos. Algunas irritaciones tienen como etiología otras causas que debemos distinguir (oclusión prematura de algunos dientes, alergias, moniliasis, enfermedades sistémicas, etc.)

Después de esta visita se citará al paciente para las 48 horas siguientes y se hará lo mismo que en el caso anterior.

Se le dirá al paciente que las prótesis requieren que se les examine y quizás sea necesario hacer algún ajuste más después que las haya usado. Durante los dos primeros meses, los materiales de resina absorben agua. El agregado del agua a la

resina puede cambiar el tamaño y la forma de las prótesis. Aunque estos cambios sean pequeños, puede ser suficientes para alterar la oclusión.

Estos cambios pequeños producen dolor porque son causa de la traslación de las prótesis durante la función.

#### Citas periódicas para el examen bucal

Quando se despide el paciente al terminar las citas de ajuste se les indica que pidan una cita si tienen algún problema. Es conveniente citar periódicamente a algunos pacientes - difíciles, quizá con un intervalo de tres o cuatro meses. Este procedimiento levanta la moral del paciente y asimismo evita que éste busque citas de ajuste semanalmente o quizá más a menudo.

El paciente quedará saber si debe usar la prótesis en la noche o si se la debe quitar.

Algunos dentistas aseguran que es mejor usarla intermitentemente, porque abreviará el período de acostumbramiento a la mitad y los tejidos bucales estarán mejor adaptados, porque no se pierde el tono muscular.

Otros dicen que el tono muscular es el mismo, aunque están de acuerdo con el tiempo de adaptación menor, pero explican que durante el sueño no se ejerce ninguna presión y por lo tanto no se beneficia el paciente.

El paciente adquiere muy fácilmente la bricomanía, muy perjudicial por el tratamiento ejercido en sus encías, y perjudicial también para los que viven a su alrededor, a los que no deja dormir. El tejido bucal despues de 18 hrs. de soportar

la prótesis, deberá descansar y relajarse en el período del sueño, de la misma manera que nos quitamos los zapatos para dormir.

Muchas lesiones que se han encontrado en la boca de aquellos pacientes que usan continuamente la prótesis; inflamación por el efecto aislante de la misma, tumores por mala adaptación, úlceras por decúbito, se mejoran notablemente cuando se descansa por las noches.

Transcurridas dos semanas del caso, si los tejidos no presentan irritación, se podrá dar de alta al paciente.

**PROBLEMAS QUE PUEDE CAUSAR LAS DENTADURAS TOTALES:**

Dolor generalizado de los procesos alveolares

Las causas por el cual se puede presentar un dolor generalizado en el proceso, puede ser:

- 1) Bruxismo
- 2) Dentaduras cortas
- 3) Dimensión vertical alta

Los síntomas que más comúnmente se presentan son los siguientes:

Dolor generalizado del proceso, más en el inferior, a veces hay una sensación de ardor y una hiperqueratosis en los procesos.

El tratamiento puede ser:

- 1) Hacer un rebase
- 2) Revisar la dimensión vertical y ajustar la oclusión.
- 3) Decirle al paciente que no use su prótesis por la noche.

## Inflamación

Las causas por las que hay inflamación son:

- 1) Infección por Moniliasis
- 2) Alcoholismo
- 3) Dieta deficiente
- 4) Enfermedades alérgicas

Los síntomas son los siguientes:

Inflamación generalizada en toda la mucosa con un color rojizo y a veces con vesículas.

Cuando hay moniliasis, está asociada a ella la queilitis angular.

### Tratamiento:

- Se diagnostica con citología exfoliativa
- Desinflamantes locales, alternados con descanso de la dentadura en periodos de tiempo.
- No hay tratamiento efectivo
- Se debe de cambiar la dieta.

## Sensación de quemaduras y hormigueo

Las causas normales son:

- 1) Deficiencia vitamínica
- 2) Problemas psíquicos
- 3) Presión en la papila incisiva
- 4) Presión en el nervio mentoniano
- 5) Hormonas desbalanceadas

Los síntomas más comunes son:

Los signos no son visibles, sólo cuando hay deficiencia hormonal hay palidez de la mucosa y a veces la presión de la papila ocasiona el enrojecimiento de ésta.

Si el paciente se queja de una sensación de ardor y hormigueo. Con la palpación del nervio mentoniano y mediante la presión, también se obtendrá una respuesta similar.

Tratamiento:

- 1) Alivio de esta área usando P.D.P.
- 2) Terapia con Vitamina B, por dos meses
- 3) Remitirlo con su médico de cabecera
- 4) Aliviar la zona de la papila, especialmente en la parte distal de la papila.
- 5) Remitirlo al psiquiatra

Mordidas en las partes blandas ( mejillas, labio, lengua )

Las causas por lo que esto puede suceder:

Mordida de mejilla

- 1) Overlap horizontal inadecuado
- 2) Articulación de los dientes en curva
- 3) Dimensión vertical inadecuada
- 4) Dientes posteriores extendidos hacia atrás

Mordida de labios y lengua

- 1) Overlap horizontal inadecuado
- 2) Hábito

Tratamiento:

- 1) Hay que rebajar la cera vestibular de los inferiores, para hacer el Overlap horizontal. Los dientes afectados se llevan a su posición correcta.
- 2) Los dientes posteriores se mueven para darles su posición correcta.
- 3) Se incrementa la dimensión vertical o se repite la dentadura inferior.
- 4) Hay que tratar de cambiarle el hábito al paciente, y si es necesario cambiarle la articulación de los dientes inferiores.
- 5) Los dientes se mueven hacia bucal o lingual, para producir Overlap horizontal.

## Dientes Sonoros

Las causas son:

- 1) Retención de la dentadura
- 2) Dimensión vertical agrandada
- 3) Paciente con edad avanzada

Los síntomas más comunes son:

El paciente se queja de oír ruido en el momento de hacer contacto con los dientes. No hay signos o síntomas visibles.

Tratamiento:

- 1) Hay que valorar la retención. Hacer un rebase, principalmente en la dentadura inferior.
- 2) Se decrece la dimensión vertical.
- 3) Se aconseja el paciente efectúe la masticación con bolo alimenticio en ambos lados y que cambie a dientes-de acrílico.

## Problemas de Fonación

Las causas son:

- 1) Insuficiente espacio para la lengua
- 2) Deficiente encerado del paladar
- 3) Dimensión vertical muy cerrada
- 4) Dientes anteriores colocados demasiado hacia el paladar.

Los síntomas son:

El paciente al platicar silba al pronunciar la "s", o si no la transforma en "sh", o la conversación se hace escurrida.

Tratamiento:

- 1) Se festonea correctamente o se cambia el paladar de la dentadura.
- 2) Se hace otra dentadura con otro tipo de paladar, al hacer la prueba en cera se ensaya otro encerado.
- 3) Se abre la dimensión vertical, repitiendo la prótesis inferior.
- 4) Se hace otra prótesis completa, cambiando la colocación de los dientes hacia el vestíbulo.

## Náuseas

Las causas son:

- 1) Psicopatías complicadas con tabaquismo o alcoholismo.
- 2) Dimensión vertical
- 3) Borde posterior inadecuado en grosor y extensión (superior, zona del Post-dam, se encuentra en la división del paladar duro y paladar blando. Inferior, zona que abarca la región lingual de los molares y premolares ).

## Síntomas:

Reflejo nauseoso cuando se introduce la prótesis en la boca o cuando el paciente la usa. El paciente también se queja del grosor o sobreextensión y la dimensión vertical está agrandada.

## Tratamiento:

- 1) Usar tranquilizantes, evitar el alcohol o tabaco
- 2) Fabricar una base de acrílico transparente o una base dura, para que el paciente esté usándola en el curso del tratamiento y probablemente al finalizar el periodo tolerará la prótesis.
- 3) Si el borde posterior está sobreextendido, hay que ajustarlo y fabricar un nuevo Post-dam, si se trata de la superior. Si se trata de la inferior se ajusta el borde al grosor deseado.

## Saliva

Las causas son:

- 1) Salivación abundante en el paciente
- 2) Saliva insuficiente (boca seca)
- 3) Secreción delgada de moco debajo de la dentadura
- 4) Babeo en la comisura bucal

Los síntomas son:

Cuando la salivación es excesiva, podemos encontrar babeo en las comisuras. El paciente está tragando saliva continuamente. A veces encontramos náuseas y sensación de mucosidad en el paladar o también encontramos boca seca y ardor en las mucosas.

Tratamiento:

- 1) Explicarle al paciente lo que es una dentadura nueva en la boca; se le recetará un anticolinérgico.
- 2) Incrementar la dimensión vertical y valorizar el soporte del labio para cambiar la plénitud facial.
- 3) Se le dará al paciente una explicación de que cualquier substancia extraña produce esta mucosidad, los primeros días.
- 4) Prescribir dulces de menta para estimular la salivación, una dieta que requiera masticación para lograr el mismo fin y medicación a base de complejo B.

### Problemas con el sabor

Las causas son:

- 1) Sabor metálico
- 2) Sabor a sangre
- 3) Pérdida de la sensación del gusto

Los síntomas son:

El paciente se queja que la comida es insípida, sin poder distinguir si está salada o dulce; o también de que el material de la prótesis, tiene un sabor peculiar a metal o a sangre.

### Tratamiento

- 1) Explicar al paciente que es la sensación del gusto.- Investigar antecedentes de alcoholismo o tabaquismo- y aconsejar al paciente lo conveniente.
- 2) Observar si hay hipertrofia de las mucosas. Eliminación de esta lesión.

### Dolor en el proceso. Localizado

Las complicaciones más usuales y más inmediatas después de la inserción de la dentadura es el dolor en algún lugar, - en especial de la zona chapeable. Las más importantes, por orden de aparición son:

- 1) Areas de presión en la impresión
- 2) Protuberancias óseas afiladas en el paciente
- 3) Protuberancias óseas cubiertas con mucosa delgada fácilmente lesionable.
- 4) Areas sochvadas con roce en la inserción, y deserción de la dentadura.
- 5) Presión de la papila incisiva.

La sintomatología es:

La inflamación en el área afectada y la úlcera concomitante a ella que siempre está presente. A veces hasta tejido óseo expuesto ( la cresta milohioidea es una área típica ), - con áreas inflamadas alrededor. Las dentaduras pueden ser retenidas bien cuando se insertan por la mañana, pero el paciente se queja de que esta retención decrece a medida que avanza el día.

El dolor es sordo y constante, muy molesto para el paciente.

Tratamiento:

- 1) Usar la pasta indicadora de presión ( P.D.P. ) para localizar estas áreas. La dimensión vertical debe estar correcta.
- 2) Hacer cirugía correcta si es necesario o ajustar la dentadura haciendo rebase.

- 3) **Rebajar la dentadura para eliminar interferencias a la inserción o deserción.**

Dolor en el área del borde de la dentadura

Las causas son:

- 1) La impresión definitiva aparece deficiente en el ajuste muscular y está sobreextendido.
- 2) Ajuste muscular en posición estática ( ajuste deficiente )
- 3) Terminación de la dentadura incorrecta ( delgada y filosa ).

La sintomatología es:

Dolor en el área afectada, cuando el paciente usa su dentadura durante la masticación, dificultándose el paso del bolo alimenticio. La dentadura se retiene pero hay quejas de que se desplaza en el acto masticatorio. Aparecen inflamaciones. Cambio de coloración, y a veces úlcera.

El tratamiento es el siguiente:

- 1) Ajustar la dentadura, usando P.D.P. o modelina y hacer el rebase.
- 2) Hacer cirugía correcta si es necesario.

Dolor en la faringe al tragar el bolo alimenticio

Las causas son:

- 1) Existe una sobreextensión posterior de la dentadura, tanto superior como inferior.
- 2) Flanco lingual en la prótesis inferior, grueso.

Sintomatología

En ambos casos hay dificultades el tragar y una úlcera en el paladar o en la pared anterior del velo del paladar, - con ligera inflamación.

Tratamiento:

- 1) Ajustar el borde de la dentadura
- 2) Hacer ajuste muscular
- 3) Ajustar el flanco lingual en extensión y en grosor.

## Dolor generalizado en la cara

Las causas son:

- 1) Dimensión vertical muy aumentada o disminuida
- 2) Problemas de articulación temporomandibular
- 3) Bruxismo

Sintomatología:

La musculatura de cierre de la mandíbula se muestra dolorosa a la palpación, hay espasmo de ella cuando existe tensión emocional. Encontramos dolor en el meato auditivo externo y en la A.T.M., cargado a un lado de la cara.

El tratamiento es el siguiente:

- 1) Se hace una prueba, incrementando o disminuyendo la dimensión vertical, haciendo una dentadura de prueba.
- 2) Control sintomático del dolor con Ac. Acetilsalicílico, aplicación de calor a la A.T.M.
- 3) Calor aplicado a la musculatura facial. Descanso nocturno de la prótesis. Identificar las facetas pulidas de las caras oclusales.

## Carencia de retención

Las causas son:

- 1) Falta de extensión de las dentaduras
  - a) Zona de la tuberosidad
  - b) Zona del Post-dam
  - c) Zona vestibular
  - d) Zona anterior vestibular de la inferior
  - e) Zona posterior lingual de la inferior
  - f) Zona vestibular posterior
  
- 2) Sobreextensión de la dentadura
  - a) Zona vestibular anterior en la prótesis superior
  - b) Zona vestibular posterior
  - c) Cualquier zona en la inferior
  
- 3) Area del Post-dam
  - a) Escasa
  - b) Sobreextendida
  
- 4) Condición del proceso
  - a) Tejido desplazable
  - b) Procesos reabsorbidos
  - c) Procesos en forma de "V"
  
- 5) Posición de los dientes
  - a) Dientes anteriores hacia vestibular, en la superior
  - b) Dientes posteriores hacia vestibular, en la superior.
  - c) Dientes anteriores hacia vestibular, en la inferior
  - d) Dientes posteriores hacia vestibular, en la inferior.
  - e) Plano oclusal incorrecto.

- 6) Puntos de contacto prematuros
- 7) Cambios en el tejido de soporte durante el día
- 8) Posición de la lengua

Sintomatología:

- 1-a) Hay desplazamiento de la prótesis durante la función normal de ella. La mucosa no presenta alteración.
- 1-b) Mucosa normal. El hacer fuerza sobre los incisivos hace caer en la dentadura. Falta de retención generalizada.
- 1-c) Mucosa normal. La prótesis se cae cuando el paciente ríe o habla.
- 1-d) Por cualquier movimiento del labio la dentadura se levanta. Falta de retención de la misma.
- 1-e) La prótesis se levanta cuando se hace fuerza sobre los incisivos. Mucosa normal. Los bordes no están extendidos tanto como la estructura anatómica lo permita.
- 1-f) Se ve mucosa normal con espacio entre la dentadura y el fondo de saco. No hay retención.
- 2-a) Se localiza una línea roja en el tejido. Posiblemente úlcera y la dentadura se desplaza en el movimiento del labio.
- 2-b) Los mismos síntomas que en el caso 2-a
- 2-c) Los mismos síntomas que en el caso 2-a
- 3-a) Tejido normal, hay falta de retención y la dentadura se cae en posterior cuando se hace fuerza sobre los incisivos.
- 3-b) Es evidente por la línea roja existente. La estabilidad y el soporte están escasos.

- 4-a) Excesiva movilidad de la dentadura, lo suficiente para romper el cierre atmosférico y desplazarla. - Presencia al tacto del tejido móvil.
- 4-b) Falta de retención, principalmente en la inferior.
- 4-c) Identificación del proceso en forma de "V". No hay retención por esta deformación congénita.
- 5-a) Hay tendencia a la dislocación y al rompimiento -- del cierre atmosférico cuando se hace presión en - los anteriores.
- 5-b) Dislocación de la prótesis cuando se hacen los movimientos de disdaquía.
- 5-c) Idem que el 5-a
- 5-d) Idem que el 5-b
- 5-e) Dificultad al querer subir el bolo alimenticio a - las caras oclusales desde vestibular. La prótesis - se muestra inestable.
- 6) Irritación del proceso alveolar, a veces con úlce - ra. Hay buena retención en la mañana, decrece por - la tarde.
- 7) Pérdida de retención cuando el día progresa.
- 8) Los pacientes echan su lengua hacia atrás cuando - abren la boca y hay pérdida de retención, porque - se eleva la prótesis.

El tratamiento del caso:

- 1-a) Hacer la prueba con la adición de la modelina, a-- justando muscularmente. Rebasar la dentadura.
- 1-b) Aplicar fuerza anteriormente, se adiciona modelina y se hace rebase.
- 1-c) Se le pregunta al paciente cuando se le cae la den - tadura y se hace lo mismo que en el caso 1-b
- 1-d) Idem. que el caso 1-b. Investigar la presencia de - espacio en la región anterior.
- 1-e) Idem. que el caso 1-d

- 1-f) Idem. que el caso 1-d
- 2-a) Ajustar el borde de la dentadura con P.D.P.
- 2-b) Idem. que el caso 2-a
- 2-c) Idem. que el caso 2-a
- 3-a) Se adiciona material en esta zona
- 3-b) Se usa P.D.P., el Post-dam se verá a través del material, se ajusta quitando el acrílico sobrante de la superficie.
- 4-a) Cuando se hace la toma de impresión se tendrá cuidado de no presionar, al tejido desplazable.
- 4-b) En el proceso superior, utilizar éste al máximo, y en el inferior, se balanceará perfectamente la oclusión, siendo éste el único tratamiento favorable.
- 4-c) Se le dirá al paciente su condición, esta forma de proceso no provee retención.
- 5-a) Articular los dientes en su lugar.
- 5-b) Idem. que el anterior. Ver si es necesario articular en mordida cruzada.
- 5-c) Idem. que el caso 5-a
- 5-d) Cambiar la colocación de los dientes
- 5-e) Bajar el plano oclusal. Observar su relación con la lengua en descanso y con la papila retromolar.
- 6) Remontar la dentadura con un registro de modelina y ajustar la oclusión.
- 7) Hacer el rebase de la dentadura tomando impresión cuando la retención se haya perdido.
- 8) Se aconseja al paciente acerca del movimiento de su lengua. Explicándole la falta de acostumbramiento a la prótesis.

Función masticatoria insuficiente y Detritus alimenticios debajo de la prótesis.

Las causas son:

- 1) Dimensión vertical
  - a) Abierta
  - b) Cerrada
- 2) Articulación de los dientes posteriores
  - a) Hacia bucal
  - b) Alta en relación al plano oclusal
- 3) Caras oclusales sin fisuras
- 4) Esperar resultados ficticios de la prótesis
- 5) Manufacturas inadecuadas de la prótesis; por corta, por bordes inadecuados, por falta de adaptación ó -- inexperience del dentista.

Sintomatología:

- 1-a) Una apariencia forzada de la cara, hay cansancio muscular y los procesos están dolorosos.
- 1-b) Apariencia facial muy corta; no hay potencia en la masticación.
- 2-a) Hay dificultad al masticar, no se pierde la retención.
- 2-b) El paciente no puede subir el bolo a las caras --- oclusales de los molares, hay retención de detritus por la vestibular.
- 3) El paciente se queja de falta de trituración a pesar de sus esfuerzos.
- 4) Los factores mecánicos de la dentadura son tan buenos como es posible, sin embargo, el paciente no puede masticar. Posiblemente los procesos no son -- favorables.

5) Hay detritus alimenticios debajo de las dentaduras a veces es posible localizar un área específica como la vestibular, donde claramente los localizamos.

Los pacientes se quejan de la falta de retención de ambas prótesis.

El tratamiento del caso:

- 1+a) Remontar y cerrar la dimensión vertical.
- 1-b) Incrementar la dimensión vertical
- 2-a) Valorar el plano oclusal en relación con la papila retromolar y corregirlo.
- 3) Remodelar las fisuras con alta velocidad.
- 4) Explicarle al paciente que la prótesis, es solamente la cuarta parte de eficiente que la dentadura natural. Hay que alentarle y aconsejarlo.
- 5) Se hace el rebase de la dentadura, haciendo la extensión apropiada.

### Paciente insatisfecho

Las causas son;

- 1) Quejas de los pacientes por detalles menores de la dentadura, insatisfechos en el fondo por la apariencia que ella da.
- 2) Quejas de los pacientes por detalles específicos como sus arrugas, dientes grandes o pequeños, color de masiado claro u obscuro de ellos, apariencia de los labios.

### Tratamiento:

- 1 y 2) Averiguar por todos los medios si las quejas del paciente son legítimas y tratar de corregirlas - en su próxima dentadura.

## **CAPITULO II**

### **AJUSTE POSTERIOR DE LA PROTESIS TOTAL**

- a) Rebase**
- b) Cambio de base**

## AJUSTE POSTERIOR DE LA PROTESIS TOTAL

Las dentaduras totales, aún las mejos construídas, pronto necesitarán algún reajuste y remodelado si se desea que el paciente las lleve cómodamente. Después de varios años de uso, muchas dentaduras artificiales deben ser reajustadas, a menos que se hagan otras nuevas.

Las consideraciones en el remodelado y ajuste son similares a las requeridas para las dentaduras nuevas, excepto que aquí pudiera ser necesario recortar parte de la base de la dentadura antes de comenzar el reajuste. Todas las fases, tales como estética, alivio, sobreextensión de los flancos, diseño de las superficies oclusales y aún la misma oclusión; o sea, todas las fases relacionadas con la construcción de la prótesis, deben tenerse en cuenta, y también algunas ---- otras fases.

### Liberación de tensiones internas

Una causa de fracaso cuando se arreglan dentaduras es el abarquillamiento por la liberación de tensiones internas al plimerizarlas de nuevo. Antes de construir nuevas extensiones sobre estas dentaduras o antes de reajustarlas, deben de ser liberadas estas tensiones internas calentando la base de la dentadura. Esta precaución tiene importancia si se incorpora mucha parte de la dentadura antigua al hacer el reajuste o compostura; no tiene importancia práctica si la base antigua es eliminada.

### Grado de separación mandibular

Si el grado de separación mandibular es insuficiente -- ya porque así se estableció en primer lugar, o debido a un--

asentamiento secundario motivado por reabsorción del proceso residual, la primera adición se hará para incrementar la separación mandibular. Para ello nos guiamos por la distancia entre los dientes opuestos en relación de reposo menos 3 mm. aproximadamente como máxima distancia y por el paralelismo de los procesos alveolares opuestos como distancia mínima. Si se hace pesado el montaje de las dentaduras en un articulador, sólo para apreciar el paralelismo de las bases, este paralelismo puede comprobarse mirando las dentaduras mantenidas en oclusión con la mano.

Si se necesita incrementar el grado de separación mandibular, el examen de las dentaduras en la mano y en la boca del paciente nos indicará cuánto se tiene que levantar en cada una de las dentaduras. Rellenamos la base de las prótesis con un poco de cera blanda y pedimos al paciente que muerda fuerte, con lo cual lo ajusta a su asiento; así podemos comprobar la separación obtenida, tendremos una oportunidad para la evaluación de este aumento y se hace la corrección --- oportuna.

#### Comprobación de la oclusión céntrica.

Al calentar la base para liberar las tensiones internas puede originarse un ligero cambio en la oclusión. Todavía es más importante considerar que los más ligeros aditamentos a la base puede alterar la oclusión. Antes de añadir las extensiones y antes de hacer la impresión final del interior de la dentadura, debe revisarse la oclusión céntrica y lograr que ésta sea correcta; si no se hace así, los resultados pueden ser un fracaso, en parte debido a que se pueden introducir nuevos errores en la oclusión durante la polimerización, en parte, porque es más fácil para el paciente acomodarse a la dentadura reajustada, una de cada vez, que no hacerlo -

con ambas, superior e inferior a la par.

#### Extensión de los flancos

Una vez eliminadas la sobreextensiones, nos queda el -- problema de la falta de extensión. Muchas de las dentaduras artificiales son muy cortas en su extensión posterior y también verticalmente sobre las tuberosidades del maxilar; puede faltarles además plenitud suficiente sobre la eminencia - canina superior y sobre las regiones bucales en el fondo pos- terior del vestíbulo. Estas y otras deficiencias deben ser - corregidas antes de completar las impresiones en el interior de las dentaduras.

#### Impresión superior

Cuando han de reajustarse ambas dentaduras, lo más con- veniente es hacer una de ellas primero, la superior. Es algo más difícil mantener la oclusión mientras se termina la im- presión superior que con la inferior, el peligro principal - durante la toma de esta impresión es que el cierre de los - maxilares en oclusión tiende a desplazar la prótesis supe- - rior hacia adelante. Para evitar esto se debe mantener una - presión equilibrada sobre ambos lados, con los dedos apoya- - dos sobre la región labial de la dentadura superior mientras el paciente cierra.

Otro peligro es forzar la dentadura con el cierre y com- primir con fuerza los tejidos ejerciendo presiones desigua- - les sobre el asiento. Esta dificultad se evita pidiendo al - paciente que cierre su boca sólo ligeramente, o colocando un tope sobre la porción dura del centro del paladar evitando - así mayor cierre.

Tiene gran importancia que el material de impresión flu

ya libremente de modo que no haya presiones anormales sobre cualquier región a causa de su desplazamiento lento.

#### Impresión inferior

La impresión inferior se hace de forma similar al superior excepto que no se pone tope que limite la excesiva presión. En este caso sólo pedimos al paciente que la asiente - castañeteando los dientes y mantenga en oclusión la prótesis bien asentada.

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

La resorción parece ser más rápida dentro de los primeros seis meses después de la extracción de los dientes, nivelándose a los 12 meses para aumentar de nuevo cuando el paciente llega a la edad de 65 años. La gravedad de la resorción no siempre es proporcional a la precisión de la dentadura. La resorción suele ser el resultado de enfermedades generales. En una situación ideal la alteración general debe ser eliminada o controlada antes de rebasar, cambiar de base o construir una nueva dentadura.

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

Los dentistas sin experiencia tienen la idea que el rebase o cambio de base de la prótesis total constituye una labor fácil. Dichas personas no comprenden la técnica metódica y la habilidad requerida para tal procedimiento. En realidad, muchos usuarios de dentaduras tratan de realizar esto por sí mismos, utilizando rebase de farmacia con resultados desastrosos, incluyendo la más rápida destrucción de los rebordes alveolares.

## Definiciones

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

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

Muchos dentistas creen que la reposición de la porción palatina de una dentadura maxilar siempre es necesaria para evitar aumentar la dimensión vertical oclusal. Si esto se acepta, el término rebase es aplicable a la técnica de cambio de superficie de la dentadura maxilar, siendo reemplazada en su totalidad una de sus porciones palatinas. Se han presentado datos clínicos para demostrar que la reposición palatina siempre deberá ser llevada a cabo.

## Consideraciones Generales

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

- 1- La dimensión vertical oclusal deberá ser satisfactoria.
- 2- La oclusión céntrica tiene que coincidir con la relación céntrica; se permite un error si éste es tan pequeño que pueda corregirse.
- 3- La apariencia del paciente ha de ser aceptable para él mismo y para el dentista.

- 4- Los tejidos bucales deberán encontrarse en óptimo estado de salud.
- 5- El límite posterior de la dentadura maxilar estará correcto.
- 6- Si son adecuadas las extensiones de la base de la dentadura.
- 7- Las extensiones de la base de la dentadura aseguran la distribución adecuada de las fuerzas masticatorias sobre un área lo más grande posible.
- 8- La distancia interoclusal es correcta
- 9- El habla es satisfactorio con la disposición dentaria existente.
- 10- Existen trastornos en los tejidos duros y blandos que contra indicarían la técnica, como exceso de tejido o grandes retenciones óseas.

#### Indicaciones para el rebase o cambio de base

- 1- Dentaduras inmediatas a los tres o seis meses después de construcción inicial.
- 2- Cuando los rebordes alveolares residuales se hayan resorbido y sea mala la adaptación de las bases de dentaduras a los rebordes.
- 3- Cuando el paciente no tenga los medios económicos para la construcción de una nueva prótesis.
- 4- Cuando la construcción de nuevas dentaduras con la consiguiente serie de visitas al consultorio ocasione angustia física o mental, como en el caso de pacientes geriátricos o con enfermedades crónicas.
- 5- Valoración de la dimensión vertical, si la dimensión vertical de la dentadura es correcta o precisa de un incremento menor de 3 mm. estará indicado el rebase.
- 6- Cuando la dentadura no es retenida, por mala adaptación de ella a los tejidos de sostén.

- 7- Si el paciente está feliz con su apariencia, estará indicado el rebase.
- 8- Cuando se está perfectamente seguro que los problemas que causa la dentadura, los resolverá el rebase.

Contraindicaciones para el rebase o cambio de base.

- 1- Cuando se ha presentado una resorción excesiva.
- 2- Cuando existen tejidos blandos lastimados. El rebase no estará indicado hasta que los tejidos recuperen su salud y se encuentren lo más parecido posible a su forma normal.
- 3- Cuando el paciente presente problemas en la articulación temporo-mandibular. Hasta que se haya realizado el diagnóstico y tratamiento preciso de este problema, estará contraindicado el rebase o el cambio de base.
- 4- Si las dentaduras poseen mala estética o relaciones maxilares no satisfactorias.
- 5- Si las dentaduras causan un problema importante en la fonación.
- 6- Cuando existen grandes zonas retentivas óseas, hasta que se haya realizado la extirpación quirúrgica y la cicatrización.
- 7- Si tenemos necesidad de incrementar la dimensión vertical más de 3 mm. En este caso, se fabricará una nueva dentadura. Si es la inferior, será la más indicada.
- 8- Si la oclusión céntrica no está correcta, entonces no se deberá fabricar un rebase.
- 9- Si se tienen dudas de que el rebase sea la solución a los problemas afrontados por el paciente.

Las dentaduras no serán rebasadas ni cambiada de base cuando exista una o más de las anomalías anteriores.

### Los principales errores

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

- 1- No aumentar la dimensión vertical oclusal
- 2- Deberán existir contactos múltiples y parejos ( máxi ma interdigiración cuspídea ) en relación céntrica.
- 3- No tiene que permitirse que la dentadura superior se desplace hacia adelante durante la toma de impresión
- 4- Asegurarse de que la relación céntrica y la oclusión céntrica sean idénticas.
- 5- Verificar que se haya establecido un sello palatino-posterior preciso.
- 6- Deberá emplearse un grosor uniforme de material para la impresión final.

### Preparación de los tejidos

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

- 1- El tejido hipertrófico excesivo ha de ser eliminado-quirúrgicamente. Las dentaduras se utilizan como una férula quirúrgica.
- 2- Las mucosas bucales tienen que estar libres de zonas de irritación.
- 3- La eliminación de las dentaduras de la boca durante el sueño es indispensable durante varias semanas antes de comenzar el tratamiento, si es que el paciente utiliza sus dentaduras durante la noche. ( Los -- prostodontistas concuerdan en términos generales en que las dentaduras no deben usarse durante el sueño ).

- 4- Las dentaduras necesitan dejarse fuera de la boca un mínimo de dos o tres semanas antes de la impresión final.
- 5- El masaje diario de los tejidos blandos es útil para estimular su irrigación sanguínea.

## Rebasado y Forrado de Prótesis Totales

Entre los problemas de la odontología protética se encuentran aquellos que se relacionan con la prolongación de la vida útil de la prótesis. A medida que van cambiando los fundamentos de la dentadura, la superficie de impresión pierde su adaptación adecuada a los tejidos. Sería una cuestión simple el reestablecer esta relación prótesis-tejidos si no se alteraran otras relaciones por los cambios de las bases, las superficies de asiento de las prótesis. La impresión se complica por el hecho de que al mismo tiempo que se toman -- las impresiones es preciso realizar otros ajustes importantes.

La pérdida de las superficies de asiento causa la pérdida de su retención y estabilidad. Esto se corrige mediante impresiones nuevas, pero al mismo tiempo puede producirse la disminución de la dimensión vertical oclusal en diversos grados, y la prótesis puede perder su orientación respecto de las superficies de asiento por movimiento anterior, posterior o por rotación.

Las prótesis completas se rebasan cuando se les provee de bases protéticas a la prótesis en uso al reajustarla. -- Los dos procedimientos se utilizan para prolongar la vida útil de la prótesis.

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

Para el diagnóstico se requiere determinar la naturaleza de los cambios ocurridos, así como la magnitud y ubicación de los mismos. Con el objeto de determinar esos factores, hay que conocer los posibles cambios y sus síntomas.

A menudo vuelven los pacientes que han llevado exitosamente sus prótesis durante un período determinado para que se les atienda por flojedad, dolor ineficacia masticatoria o cambios estéticos.

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

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

Los cambios de la superficie basal protética se descubren mediante la comparación de la forma de los tejidos con la de la prótesis, o se notará por la flojedad obvia, dolor e inflamación generalizados, pérdida de la dimensión vertical oclusal y de la estética, o contactos oclusales inarmónicos. El examen de la mucosa bucal debajo de las prótesis re-

velará el estado de salud. Cuando el tejido está muy irritado, se sospechará de una desarmonía oclusal junto con la pérdida de la dimensión vertical oclusal. Cambios estéticos desfavorables señalarán la pérdida de la dimensión vertical oclusal -- aunque parezca que los dientes articulan adecuadamente. Si -- hay una destrucción pronunciada del tejido de soporte, se impone la corrección quirúrgica para eliminar el exceso de tejido hiperplásico antes de proceder a las impresiones del forrado.

### Preparación de las prótesis

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

Se provee espacio dentro de la prótesis para el nuevo material de impresión mediante desgaste de alrededor de 1 mm de resina de toda la superficie palatina. Se eliminan todos los socavados de los flancos vestibulares. Se acortan los bordes en 1 mm. para dar lugar a que el material de impresión forme un nuevo borde. Se ensancha la escotadura vestibular y se profundiza para que no interfiera con el frenillo vestibular anterior.

La prótesis inferior se prepara para la impresión de fondo exactamente de la misma manera como una cubeta para confeccionar una prótesis nueva. Se desgastan las superficies vestibulares de los flancos linguales para disminuir la presión contra la cresta milohioidea y entre los tejidos del piso de la boca y los lados vestibulares de los flancos linguales. Se acorta en 1 mm. el flanco lingual entre las

eminencias premlolohioideas.

Se reduce en 1 mm. el flanco vestibular entre las escotaduras vestibulares laterales. El acortamiento de los flancos provee espacio para que el material de impresión forme nuevos bordes.

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

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

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

### Impresión superior

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

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

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

Exactamente 15 segundos después de haberse colocado la prótesis en la boca, se le dice al paciente que baje el labio superior y que abra ampliamente la boca. Estos movimientos moldean el material de impresión sobre los bordes de la prótesis. Si el moldeado de bordes se hace demasiado pronto, los bordes de la impresión serán más bien agudos en vez de bien redondeados. La impresión superior se guarda hasta que se termine con la inferior.

### Impresión inferior

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

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

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

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

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

#### Observación en la boca

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

oclusal.

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

Uso de los acondicionadores de tejidos como impresio--  
nes funcionales para el reajuste de prótesis completas.

La relativa facilidad con la que pueden utilizarse los forros blandos temporales como materiales de impresión funcional llevo a su abuso. Se debe conceder, sin embargo, que son un excelente complemento para el reajuste de prótesis -- completas si se utiliza en los casos adecuados y meticolosamente. Los recientes perfeccionamientos de estos materiales incluyen la retención durante semanas por la elasticidad del material, estabilidad dimensional adecuada, y una excelente unión con la base protética de resina.

Cuando una prótesis requiere reajuste, las quejas del - paciente o la evaluación protética bucal del odontólogo generalmente indican una retención deficiente de la prótesis. A menudo se observa una hiperemia variable de la mucosa, que a veces es acompañada por sitios dolorosos en la mucosa de soporte protético. Se examina la prótesis para determinar la - necesidad de una reducción periférica o la extensión, y extender el sellado palatino superior, que se lleva a cabo con pasta de modelar en las prótesis superiores. A veces se requieren tres topes de compuesto de modelar en la superficie de impresión de la prótesis para reestablecer una relación - oclusal adecuada o una corrección de la orientación del plano oclusal. Se coloca un forro terapéutico dentro de la prótesis.

El material de forrado ha de fluir uniformemente para - cubrir la totalidad de la superficie de ajuste y los bordes periféricos de la prótesis con una capa fina de material. Si se presentaran poros, se les rellenará con una mezcla nueva de material de forrado. Pueden haber zonas sin soporte de ma - terial en la periferia de la prótesis, de modelar previa co-

locación de una mezcla nueva de material de forrado. A veces se forman bordes bajos y angostos, y esto también es señal de extensión periférica inadecuada de la prótesis. En este caso, asimismo se corrigen los bordes mediante lápiz de compuesto de modelar y moldeado de bordes previo su recubrimiento con material de forrado. Estos materiales tienen la tendencia de desmenuzarse durante el fraguado salvo que estén adecuadamente sostenidos. Este fenómeno probablemente se deba a la integridad periférica socavada que puede reducir la retención de la prótesis. La mandíbula del paciente es guiada hacia una posición retruida, que se espera sea la de entrecruzamiento cuspídeo máximo, porque ayuda a estabilizar la prótesis mientras fragua el material de forrado. Se recorta con una espátula caliente el exceso de material. La mayoría de los materiales utilizados con este propósito pasan a través de períodos plástico y después elástico antes de fraguar y este fenómeno se realiza durante varios días. El estado de plasticidad permite el movimiento y ello indica la necesidad de moldeado localizado con lápiz de compuesto de la base o bases protéticas de modo que su posición se vuelve compatible con la oclusión existente. Ello asimismo permite que se recobren los tejidos desplazados y asuman su posición original. Se le imparten instrucciones al paciente referentes a la atención de la prótesis y el material de forrado. Debe pasar un mínimo de 2 semanas antes de la próxima visita del paciente.

En la siguiente visita generalmente el odontólogo encuentra que la prótesis temporalmente forrada tiene retención adecuada, con bordes periféricos bien redondeados y una mucosa de aspecto saludable. Las propiedades físicas de los materiales acondicionadores de tejidos pueden crear inconvenientes cuando se utiliza como materiales de impresión. La elasticidad del material que aumenta gradualmente en la boca

puede dar por resultado la vuelta a su estado inicial del material comprimido cuando se retira la carga, esto es, cuando la impresión se retira de la boca. Se requiere el vaciado, - inmediato del modelo de yeso piedra después de retirada la base protética forrada de la boca. Por otro lado, si el material es demasiado plástico, el autocorrimiento debido a la gravedad inherente. Asimismo es posible que el yeso piedra - vaciado en la impresión cause la distorsión de la misma. Hay veces que los modelos superiores requieren desgaste en la zona de sellado palatino posterior, pues el prolongado período de plasticidad del material no produce el desplazamiento suficiente en esta zona. Si se prefiere así, se usará un complemento de compuesto de modelar para aumentar el sellado palatino posterior.

### Rebasado blando permanente

El rebasado blando permanente es la aplicación de una delgada placa de material plástico a toda la cara interna de la prótesis.

En los últimos años han sido desarrollados muchos tipos de este material en varias calidades. Entre otras cosas se exige de este material que tenga los siguientes requisitos:

- 1- Se una firmemente con el plimetilacrilato de la prótesis.
- 2- Que sea inalterable en la boca
- 3- No se hinche por la saliva o sólo insignificante
- 4- No dé albergue a las bacterias
- 5- Se ajuste con suficiente exactitud al fino relieve de la mucosa.
- 6- Que conserve su forma alcanzada durante años.
- 7- No se decolore
- 8- No envejezca ( no endurezca, ni se haga quebradiza )

Hasta hoy día no existe todavía un material que cumpla todas estas exigencias.

Sería muy bien tolerado para la mucosa porque sería blando sobre blando. Por ser suave no irritaría la mucosa, no provocando reacciones protéticas-estomatitas. Además, evitaría puntos de presión dolorosos. Y si se siguiera con esa onda blanda se colocarían dientes blandos, para que resulten automovedizos como los naturales, y finalmente se harían blandas hasta las rugosidades palatinas, obteniendo prácticamente la prótesis fisiológica.

### Rebases con autopolimerizables

Hay varios tipos de materiales autopolimerizables que pueden añadirse a las bases de las dentaduras. Ya para hacer composturas cuando están rotas o en plan de rebasados cuando se hallan desajustadas. La ventaja principal es que no necesita una polimerización ni un trabajo de laboratorio tan --- cuantioso.

En cambio alguna de sus desventajas es que este mate--- rial ni es tan denso ni tan fuerte como el material acrílico corriente, que debilita la dentadura base, que cambia de color con el tiempo, que encoge o se contrae el fraguar y que su aspecto no es tan bueno como el de los materiales tratados bajo presión y calor. Cuando sus desventajas son superadas, estos materiales autopolimerizables pueden utilizarse - ampliamente; aún en el presente estado de nuestros conoci--- mientos, nos sirve bien cuando se maneja convenientemente.

Hay tres tipos de materiales para rebases:

- 1) polvo y líquido, las cuales al ser mezclados se endu recen gradualmente hasta hacerse rígidos y duros.
- 2) polvo y líquido, los cuales cuando se mezclan fra--- guan gradualmente hasta un estado blando y flexible en cuya condición permanecen durante largo tiempo.
- 3) una especie de pasta o material que se presenta en - tiras, que tiene una consistencia de jalea y cuando queda expuesto a las secreciones bucales fragua gra- dualmente.

Cada uno de estos materiales tiene sus virtudes y sus - limitaciones. Los mejores resultados se obtienen en algunas- ocasiones cuando se utilizan en combinación estos materiales.

Deben observarse ciertas precauciones de carácter general en su uso: si el disolvente o líquido al hacer un rebase afecta a la base de la dentadura, sólo debe ser utilizada una pequeña cantidad de líquido utilizando en relación a la cantidad de dentadura base original, tanto menor será el debilitamiento efectuado. La mezcla de polvo y líquido debe usarse antes de que se haga muy resistente, pues debe ser algo fluido. Después que se haya endurecido, estos materiales a base de polvo y líquido deben ser secados completamente y su superficie rellenada con un barniz que establezca una especie de laqueado para evitar la absorción de las secreciones mucosas.

#### Rebase en Sillón

Se utiliza material acrílico normal o especial, la superficie sobre la cual se ha de añadir debe estar limpia y seca; además se debe refrescar con una piedra o rascador esta superficie o también pincelarla con monómero.

Salvo en los casos de disponer de un material excesivamente fluido, estos materiales para rebases se deben aplicar sobre los bordes de las prótesis, o por lo menos la mayor parte de la masa debe estar sobre los bordes y desde allí refluir hacia el centro. En general, en cada tipo de material han de seguirse las instrucciones dadas por los fabricantes.

Estas mezclas de polvo y líquido deben colocarse rápidamente antes de que sean rígidas al fraguar, y su adaptación sobre la superficie basal ha de conseguirse antes que sean demasiado consistentes. Una vez que se ha logrado la adaptación, la dentadura, debe retirarse de la boca y quitado el exceso que fluye sobre los bordes. Si el paciente se queja de que tiene escozor en la boca, se retira la dentadura, se

lava en el grifo y el paciente se enjuaga. Para evitar distorsiones se coloca otra vez la prótesis en la boca antes de sobrevenir el endurecimiento final del material. Una vez endurecido se retira cuidadosamente, se seca con aire comprimido y se recortan los excesos. La superficie se pincela con una solución de acrílico y cloroformo; se deja evaporar el disolvente. Se coloca la dentadura, y se despide al paciente pidiendo que vuelve para pulir los bordes de ésta una vez se ha endurecido por completo. Debido a la contracción de los materiales al polimerizar, estos rebasados dan los mejores resultados cuando no son muy gruesos o voluminosos.

## Rebase de las dentaduras con material blando Adcor

Ya sea que se utilice el material de rebase Adcor con - amortiguador en la dentadura superior o en la inferior con - los tratamientos de tejidos ya incorporados o en las dos den - taduras, la técnica es la misma.

1- Retirar de la boca las dentaduras ya tratadas que -- van a ser rebasadas con material de separación blando.

2- Correr modelos en las dos dentaduras empleando un -- buen compuesto de yeso piedra.

3- Revestir en la mitad inferior de la mufla utilizando yeso común.

4- Cuando haya fraguado el yeso, pintar toda la superfi - cie de éste con el separador Adcor o un buen separador de al - ginato.

5- Rellenar la segunda mitad de la mufla utilizando mi - tad yeso y mitad de piedra.

6- Una vez que haya fraguado la mezcla de yeso común y - yeso piedra, calentar la mufla en agua hirviendo durante 4 ó 5 minutos y golpearla entonces suavemente en uno de sus la - dos con un martillo, abriendo sus dos mitades y dejando as - i expuesto el tratamiento de tejidos aún presente en la denta - dura.

7- Raspar con escariadores Kingsley y fresas redondas - grandes el material de tratamiento de tejido.

8- Con una fresa redonda grande y una piedra enfriada - retirar alrededor de 1.5 mm. del material duro de vinilo de - la dentadura. Desgastar con las partes bucolabial y lingual - del flanco. Esto facilita un pulimento fácil y una línea in - visible y alisada en la parte del sellado, tanto en la base - de las dentaduras en vinilo Adcor como en acrílico. Terminar

la dentadura así preparada haciendo, la superficie ligeramente más áspera con una piedra roja semidura, asegurándose de que las zonas ásperas incluyen la totalidad de la superficie.

9- Limpiar la dentadura cuidadosamente con agua hirviendo limpia para eliminar todas las partículas acrílicas o vínicas que hayan podido quedar. Aplicar, siguiendo las instrucciones del fabricante, un recubrimiento completo de separador Adcor o de un buen separador de alginato a las zonas de yeso y de piedra, dejando secar al separador de 5 a 7 minutos hasta que aparezca brillo, y comprobar que el recubrimiento haya sido completo antes de enmuflar. Barnizar la parte interna de la dentadura con cualquier monomero. La dentadura inferior está ahora a punto para empacar el rebase blando.

10- Mezclar suficiente material de rebase blando en un frasco de vidrio, usando proporciones exactas de tres partes de polvo por una parte de líquido ( por volumen, no por peso) golpeando ligeramente el polvo mientras se mide; 18 cc de -- polvo por 6 ml. de líquido es en general suficiente para un caso corriente. El tiempo en que la mezcla está a punto para ser usada no debe ser menor de 20 minutos ni exceder de 30 minutos. La mezcla debe ser algo pegajosa.

11- Empacar este material de rebase blando sobre la dentadura, teniendo siempre presente que deben utilizarse pinzas algodoneras para coger el material. ( la humedad de los dedos del operador puede contaminarla ).

12- Colocar una lámina seca de polietileno ( no usar -- nunca celofán o plástico húmedo ) entre las dos mitades de la mufla, y volverlas a colocar juntas.

13- Colocar la mufla en una prensa de mesa y cerrarla muy suavemente, manteniéndola bajo una presión gradual hasta que se obtiene contacto metal con metal. Una vez obtenido este contacto, mantenerlo bajo presión, de 3 a 5 minutos antes

de abrirla. Esto toma generalmente alrededor de 15 minutos.

14- Abrir la mufla, quitar la lámina de polietileno, y con un cuchillo Bard-Parker recortar los sobrantes.

15- Agregar 4 ó 5 porciones del material blando de rebase, evitando el contacto con los dedos.

16- Cerrar las dos mitades de la mufla, sin colocar la lámina de polietileno entre ellas y colocarlo en la prensa para el cierre final. Aplicar presión lenta y gradual hasta contacto metal con metal, dejando la prensa bajo presión por lo menos 10 minutos y 20 preferiblemente. Esto mana generalmente de 20 a 30 minutos.

17- Recortar el sobrante, retirarlo de la prensa y colocarlo en una prensa de resortes para que sea polimerizada en un baño de agua abierto y controlado por medio de termostato.

18- La elaboración del material se puede obtener con dos métodos.

Curación rápida: Colocar el caso en agua a temperatura ambiente y subir la temperatura a 74°. Dejándola a esta misma temperatura durante una hora y media. Llevarla hasta la ebullición durante una hora. Dejarla enfriar por sí misma durante 20 minutos con agua corriente.

Curación durante la noche: colocar el caso en agua a temperatura ambiente, subir la temperatura a 74° y dejarlo curar por un mínimo de 12 horas. Dejándolo enfriar por sí mismo durante 30 minutos por lo menos y después enfriarla durante 20 minutos con agua corriente.

Para mayor comodidad del paciente, si el caso se lleva a la ebullición antes de retirarlo, esto evaporará 2% del 3% del monomero restante.

19- Abrir la mufla, retirar y separar el caso con el rebase blando del molde de piedra, recortar los sobrantes y pu

lirlo de la manera usual.

20- Una dentadura terminada con el rebase blando.

Puesto que se ha agregado material nuevo en forma de re  
base, para terminar la dentadura con el tratamiento de teji-  
do habrá de volver a comprobar la oclusión en las mismas con  
diciones que cuando fue comprobada originalmente.

## Cambio de base

Este procedimiento difiere del de rebase, solamente por las maniobras realizadas en el laboratorio. Este caso, el --acrílico antiguo de la prótesis, es reemplazado con acrílico nuevo no autopolimerizable. Los dientes permanecerán en su posición original.

El cambio de base estará indicado:

1- Cuando el acrílico de la dentadura está manchado y resulta antiestético.

2- Cuando el grosor de la dentadura sea de más de 3 mm.- por rebases anteriores.

3- Cuando se disponga de tiempo. El cambio de base necesita 24 hrs. para su realización.

### **CAPITULO III**

#### **MANTENIMIENTO Y CUIDADO DE LA DENTADURA ARTIFICIAL.**

- a) Educación del paciente**
- b) Conservación de la prótesis**

## MANTENIMIENTO Y CUIDADO DE LA DENTADURA ARTIFICIAL

La aceptación por el paciente de una prótesis total se encuentra relacionada íntimamente con la actitud protética del paciente. Su educación deberá ayudar a crear una actitud positiva mediante la información sobre los problemas especiales relacionados con la utilización de dentaduras completas, consejos acerca de formas de vencer o compensar estos problemas, datos sobre la higiene bucal y la relativa a la dentadura, así como una advertencia sobre la odontología de farmacia. La educación del paciente deberá también establecer la responsabilidad de él mismo, así como la del dentista en un servicio de prótesis total. Un programa minucioso de educación deberá comenzar con la visita inicial del paciente y entretenerse a través de todo el proceso de construcción de la dentadura. La primera fase deberá ser principalmente de carácter verbal alentándolo para discutir en forma activa cualquier pregunta o malentendido. Es durante esta fase, antes de la inserción de la dentadura, que se analizan los anhelos del paciente y se equiparan a los resultados esperados. Cualquier explicación después que las dentaduras hayan sido terminadas suele ser tomada como pretexto por un mal trabajo. La segunda fase de la educación consiste en un resumen claro y bien escrito de los problemas anticipados y de las recomendaciones higiénicas. Esto le debe ser proporcionado en la visita previa a la inserción de la prótesis.

Un programa completo de educación para el paciente deberá incluir los siguientes temas:

- 1) La naturaleza de las dentaduras completas
- 2) Las primeras sensaciones bucales
- 3) Los problemas de salivación excesiva
- 4) Problemas fonéticos

- 5) Sugestiones para comer
- 6) Posición adecuada de la lengua
- 7) La importancia de la salud de los tejidos
- 8) Advertencia sobre los productos dentales en el comer  
cio.
- 9) El peligro de la odontología realizada por el pacien  
te.
- 10) La limpieza adecuada de las prótesis totales.

#### Individualidad al paciente

Hay que recordar al paciente que sus condiciones ffsi--cas, mentales y bucales son de naturaleza individual. Así, -no podrán comparar su progreso con las prótesis nuevas, con las experiencias de otras personas. Aquello que es desagradable y doloroso para algunos puede ser de importancia secun  
daria para otros. La adaptabilidad a las prótesis nuevas se-modifica con la edad. Personas que a mediana edad se hayan -adaptado exitosamente a dentaduras nuevas probablemente expe  
rimen dificultades considerablemente mayores con su reem-plazo quince años más tarde, aunque las prótesis nuevas sean técnicamente superiores a las originales.

Los pacientes tienden a olvidar la gravedad de los pro-blemas con el transcurso del tiempo. Muchas personas asegu--ran que sus dentaduras siempre fueron cómodas aunque hubie--sen pasado por un difícil período de adaptación.

#### Aspecto de la nueva prótesis

El aspecto del paciente será más natural con las denta-duras nuevas a medida que transcurra el tiempo. Los labio no se adaptan inmediatamente al grosor de los bordes de la pró-tesis y a veces al comienzo presenta un aspecto deformado. La

tensión muscular puede causar una impresión rara que mejorará una vez que se relaje el paciente y adquiera confianza en sí mismo.

Es bueno advertir al paciente que se abstenga de exhibir sus prótesis a amigos curiosos hasta que se vuelvan suficientemente seguros y competentes para exhibirlos favorablemente. Si los pacientes no siguen atentamente estas instrucciones, puede suceder que se vuelvan sumamente críticos respecto de las dentaduras y tomen una actitud que le será difícil vencer al odontólogo. Durante el período desdentado, se va produciendo la reducción gradual de la distancia entre los arcos así como el colapso de los labios. Generalmente estos cambios son tan paulatinos que los familiares y amigos no se aperciben de ellos.

La reubicación del orbicular de los labios, y la restauración de las dimensiones faciales originales así como de su forma mediante las prótesis nuevas, frecuentemente parecen un cambio demasiado grande del aspecto del paciente. Ello se supera únicamente con el transcurso del tiempo, y se le aconseja al paciente que persevere durante este período de adaptación.

## Características de las dentaduras totales

El primer concepto que deberá ser tratado con el paciente es el de la retención. El dentista deberá señalar que los dientes naturales poseen raíces que están rodeados por hueso. Una dentadura, por lo contrario, se asienta sobre tejido húmedo y resbaloso. El paciente tiene que participar activamente en la discusión y debe permitírsele enunciar sus conclusiones. Utilizando los mismos auxiliares visuales que usó el dentista para darle a conocer al paciente los fundamentos básicos de las dentaduras, para que pueda entender algunos de los problemas que presentan las dentaduras totales. Los modelos o diagramas del sistema masticario natural con dientes - así como del sistema de dentaduras mecánicas son auxiliares útiles para ilustrar los errores especiales relacionados con el uso de dentaduras totales, así el dentista guía al paciente en una discusión con respecto al soporte.

Se debe señalar que los dientes naturales y sus raíces constituyen un aparato eficaz para la masticación de los alimentos duros. Una dentadura descansa sobre hueso con una delicada capa de mucosa entre la base de la dentadura y el hueso. Las fuerzas masticatorias generadas por las dentaduras - están limitadas por la magnitud de presión que puede ser aplicada en forma cómoda y segura a estos tejidos interpuestos. Algunos estudios han mostrado que pacientes con dientes naturales tienen una fuerza de mordida promedio de 22 kgs. - de presión y las prótesis totales están limitadas a una fuerza de mordida de 7 kgs. Se le deberá explicar al paciente -- que los dientes tienen un sistema propioceptivo agudo. Son capaces de detectar variaciones pequeñas en el movimiento, - así como las diferencias en tamaño, localización y textura. - Los pacientes con dentaduras, por el contrario, han perdido su mecanismo de guía dental.

Estas comparaciones no deberán hacerse para desalentar al paciente de prótesis total, sino que para darle el entendimiento de las desventajas físicas y mecánicas existentes con dentaduras totales. También es importante decirle al paciente que aunque la investigación dental ha mejorado los materiales para dentaduras y la experiencia clínica ha templado la construcción de las dentaduras, la prótesis total no es un buen sustituto para los dientes naturales, sino que sólo una solución para problemas de salud dental previos, presentan una serie de problemas especiales propios.

Se debe hacer énfasis al paciente de que los problemas no son imposibles de resolver, sino que son vencidos con paciencia, determinación y habilidad. Al igual que con cualquier prótesis, el paciente aprende a funcionar con dentaduras totales. La responsabilidad por las dentaduras exitosas debe ser compartida. Una gran medida del éxito estriba en la capacidad del paciente para comprender los problemas básicos relacionados con las dentaduras completas y superarlos o compensarlos.

### Primera sensación bucal

Tan pronto como las dentaduras sean colocadas debemos permitir al paciente observarse. Esta impresión visual ayudará a asegurar al paciente y contrarrestará sus sensaciones bucales exageradas. Existen dos motivos para esto: primero, el dentista desea tomar ventaja de la mayor zona tisular posible para ayudar a la estabilización, retención y distribución de las fuerzas de masticación; así, la nueva dentadura puede ser un poco más grande que la anterior. Segundo, cualquier cambio pequeño en el contorno de la dentadura es percibido por la boca como un volumen grande. Debemos asegurar al paciente que esta sensación de volumen desaparecerá con la familiarización.

### Exceso de saliva

Hay que decirle al paciente que el exceso de saliva es una reacción normal a las nuevas dentaduras y que disminuirá lentamente en las próximas semanas. La deglución será necesaria para evaluar el exceso de saliva y se le advierte al paciente que evite escupir o enjuagarse en forma compulsiva, ya que esto tiende a desplazar la base de las dentaduras.

### Principales problemas con el habla

Debido a la sensación inicial de volumen y al exceso de saliva que le acompaña, no es raro que el habla del paciente se distorsione. Esta distorsión fonética es más evidente cuando se enuncian los sonidos silbantes. La fluidez del habla también puede ser afectada; o sea, que se le hace más difícil hablar al paciente y carece de coordinación durante la conversación rápida.

El aparato fonético, aunque muy preciso, también es ca-

paz de adaptarse. Debemos alentar al paciente para que lea - en voz alta en su casa. La lectura disminuye la velocidad -- del habla y encima la concentración intensa causada por la - forma en que el paciente se oye a sí mismo. El habla con la- lectura pronto adquiere un tono natural y se hace más fluida. No debe pedírsele que pronuncie la misma palabra o sonido en forma repetida. La impresión de que no se habla con correc- ción llega a convertirse en un obstáculo mental.

### Problemas de la alimentación

El paciente parece tener un deseo inmenso de probar su- nueva dentadura. Cada uno tiene su propia comida para esta - prueba. Para algunos la habilidad para comerse un filete --- grueso es la marca de una buena dentadura. Sin embargo, es-- tos intentos provocan dolor y frustración. Es necesario ad-- vertirles que la eficacia masticatoria de sus nuevas dentadu ras deberá desarrollarse lentamente y refinarse. Al princi-- pio deben limitarse a alimentos blandos o crujientes que son masticados con facilidad. Tienen que evitar alimentos duros- y resistentes que sobrecargan la capacidad de sus rebordes - alveolares, nunca podrán masticar ciertos alimentos en forma adecuada. Existe una gran variedad de alimentos blandos, por lo que el paciente no necesita comprometer el gusto o valor- nutricional de sus alimentos. Se prescribirán alimentos lí-- quidos o en polvo como suplemento para su dieta si se consi- dera necesario.

Lo que podrá comer dependerá de la educación del pacien- te y el sentido común. La forma de comer con dentaduras es - una habilidad que tiene que ser aprendida. En principio, la- masticación con dentaduras es más metódica que con los dien- tes naturales. Se le pide al paciente que divida la porción- normal de alimento tomada con el tenedor a la mitad y que co

loque una mitad en la porción anterior y otra en la porción posterior de ambos lados. La colocación del alimento en la porción posterior, en la zona del primer molar, aumenta el poder del ciclo masticatorio y coloca la carga oclusal sobre la zona principal de soporte. La masticación bilateral ayuda a estabilizar las bases de la dentadura mediante la distribución de las fuerzas de masticación a ambos lados de los rebordes residuales. Esto ayuda a reducir los desplazamientos laterales y estabilizará la base mandibular de la dentadura.

Continuamente hay que advertirle al paciente que el comer con dentaduras es una habilidad que tiene que aprenderse. Algunas personas lo logran con mayor rapidez que otras. Los factores de edad, grado de resorción alveolar, motivación -- coordinación natural no son controlados por el dentista. Sin embargo, sí puede alentar la perseverancia, fomentar la motivación y guiarlo a través de muchos problemas de las dentaduras completas utilizando un programa de educación para serle aplicado con cuidado.

#### Posición de la lengua

La queja más habitual de los pacientes de prótesis total se refiere a la dentadura mandibular floja. Ningún otro problema ha suscitado mayor falta de satisfacción y frustración para el paciente. Muchos de los problemas emanan de la falta de entendimiento del paciente con respecto a los problemas especiales relacionados con la dentadura mandibular. Tenemos que educarlo con respecto a los tres impedimentos básicos relacionados con todas las dentaduras mandibulares. -- Primero, aunque la zona de la base de la dentadura mandibular es la tercera parte del área de la dentadura maxilar ambas están sometidas a las mismas cargas y presiones oclusales. Segundo, la dentadura mandibular está rodeada en su as-

pecto lingual y bucal por músculos, todos los cuales poseen la capacidad para trastornar la base de la dentadura.

La dentadura mandibular depende de una posición adecuada de la lengua para conservar el sello periférico adecuado y estabilidad. El paciente que utiliza las dentaduras con éxito ha aprendido la importancia de la correcta posición lingual y su papel en la creación y mantenimiento de la retención y estabilidad de la dentadura mandibular.

Para poder determinar si el paciente tiene una posición normal de la lengua o una posición lingual retruida anormal se le pide que abra la boca lo suficiente para introducir alimentos. El dentista únicamente observará la superficie dorsal de la lengua a su nivel normal. La dentadura mandibular tiene que ser estable y capaz de resistir una presión suave sobre los incisivos mandibulares. Esto demostrará y reforzará la importancia de la posición lingual al paciente.

#### Conservación de Rebordes Alveolares

El papel de los rebordes alveolares no es el de soportar las cargas masticatorias que crean las prótesis completa. Entonces, los pacientes, especialmente aquellos cuyo estado general no es muy bueno puede sentir cierta irritación e incomodidad de los tejidos bucales.

Si se experimentará alguna irritación de los tejidos, se le aconseja al paciente que se quite sus prótesis y deje descansar la boca por un tiempo. Más es el daño que se le causa que beneficio, si se le indica que deje las prótesis constantemente en la boca durante este período de adaptación puesto que se volverá sumamente nervioso y fatigado y se descorazonará innecesariamente respecto de la aceptación final-

exitosa de las prótesis. Sin embargo, se le dice al paciente que se coloque las prótesis varias horas antes de la cita para que estén visibles los sitios dolorosos y se pueden hacer correcciones adecuadas.

Se le dirá al paciente que las prótesis se deben quitar por las noches para proveer el necesario descanso de las cargas que éstas trasladan a los tejidos de los rebordes residuales. El no dejar que descansen los tejidos de la superficie de asiento puede ser un factor contribuyente para la iniciación de lesiones bucales graves tales como hiperplasia papilar inflamatoria o aumentar la oportunidad para la exacerbación de infecciones fungosas tales como la moniliasis. Cuando las prótesis se dejan fuera de la boca es necesario colocarlas en un recipiente con agua para evitar que se deshidraten y que se produzcan posibles cambios dimensionales del material de la base protética.

Los rebordes residuales pueden afectarse en forma adversa por el uso de adhesivos y forros de factura casera, y se le advierte al paciente de la inoportunidad de su uso. Si el paciente llega a utilizar alguno de estos materiales pronto se sentirá inseguro sin ellos. Los adhesivos y especialmente los forros caseros invariablemente modifican la posición de la prótesis sobre el reborde residual, lo cual tiene por resultado un cambio o alteración de la relación vertical y céntrica. Los rebordes residuales pueden sufrir lesiones irreparables en un corto período.

Prótesis adecuadas, eventualmente, se convierten en prótesis desadaptadas sin que el paciente se dé cuenta de que algo no anda bien.

## Material educativo para el paciente

Puesto que la educación del paciente es tan importante para el éxito de las prótesis nuevas, muchos odontólogos proveen al paciente con instrucciones por escrito u otro material educativo formal que hay a disposición. Al estudiarlo, el paciente se percata de que las prótesis no son permanentes, que la boca cambia y, lo cual es más importante, que la atención que ellos mismos proporcionan puede ser el factor decisivo para el éxito que obtendrán con la prótesis.

Los pacientes protodónticos necesitan tener una guía una vez que adquieran sus dientes nuevos. Muchos de estos se imparten en el curso de la confección de la prótesis, pero esto no es suficiente. La gente recuerda menos aquello que oyen que aquello que ven. Por esta razón es prudente proveer a los pacientes protéticos con información impresa sobre sus dientes nuevos, sobre la atención de éstos, sobre su limpieza y sobre la manera de usarlos y, sin que sea menos importante, sobre la inspección periódica que requerirán más tarde.

Se dispone de varios libros y folletos sobre la atención y el uso de las prótesis tales como Sears, New teeth for the old, Facts you should know about your dentures, y Your artificial dentures. ( dientes nuevos para ancianos, de Sears, Hechos que usted debería saber sobre sus prótesis y su dentadura artificial ). Se le dará al paciente uno o varios de estos libros o folletos para que los lea durante la confección de las prótesis. La información que contiene ayudará al paciente en el uso de sus dientes nuevos y el reconocimiento de que requieren supervisión odontológica periódica después de colocadas. Este complemento al tratamiento es, más importante de lo que cualquiera de nosotros desee reconocer. Si los pacientes han de tener la atención adecuada después de colocárseles sus dientes nuevos, necesita disponer -

de una fuente de información respecto de ellos.

#### Limpieza de los materiales de rebase blandos

Debemos hacer una recomendación especial a los pacientes que portan un rebase temporal blando o condicionador dentro de sus dentaduras. Ciertos limpiadores comerciales ocasionan cambios perjudiciales en los materiales de rebase temporales. Después de dos semanas de ser remojadas diariamente en los limpiadores comerciales se presentan cambios de color, porosidad interna, aspereza superficial y pérdida de la elasticidad de los materiales de rebase temporal o de acondicionamiento. El proceso de limpieza recomendado para estos materiales temporales blandos es un lavado suave bajo agua corriente fría con algodón blando. La superficie externa puede cepillarse de manera normal. Si la prótesis no ha de utilizarse durante la noche se coloca en agua simple con los dientes hacia abajo. La dentadura deberá descansar sobre los dientes, no en sus bordes, sitio en que el peso de la dentadura distorsiona el material suave de rebase.

#### Cepillado

La utilización de un cepillo, jabón o limpiador, y agua es un método muy popular de limpiar las dentaduras totales. Desafortunadamente, este sistema de limpieza causa abrasión si se utiliza un cepillo muy duro o un limpiador demasiado potente. Al recomendar un cepillo, que éste sea blando para dentaduras y advertirle que no utilice un cepillo para dientes y dentífrico. El cepillo dental no está diseñado para limpiar las zonas angostas que suelen encontrarse sobre la superficie tisular de una dentadura, y el continuo frotamiento de estas zonas ocasiona daños graves. Muchos dentífricos contienen un abrasivo (pómez) que puede rayar las superficies pulidas de acrílico de la superficie de la dentadura.

El cepillado suave con un cepillo blando para dentaduras, así como un detergente no abrasivo constituye un método de limpieza eficaz, especialmente cuando se le combina con el remojo nocturno. Esta combinación no sólo es buena higiene para la dentadura sino que también permite descansar durante la noche a los tejidos.

### Placa dental

El proceso por el cual la dentadura acumula placa, manchas y cálculos es aparentemente similar al proceso que toma lugar sobre dientes naturales. Se han caracterizado los depósitos cálcicos que se forman en dentaduras como consistentes esenciales de una porción inorgánica y orgánica. La porción orgánica ( 15% a 30% de depósito total ) es básicamente glicoproteína y es el responsable de adherir el depósito a la dentadura. Se cree que estas glicoproteínas son similares a la matriz orgánica natural de la placa que está sobre dientes naturales.

La placa dental se ha implicado en la etiología a varias condiciones que llevan a consernir con lo estético.

Se ha estudiado las causas del mal olor bucal y se llegó a la conclusión de que un programa de buena higiene puede controlar efectivamente el mal olor en caso de origen bucal. El mecanismo involucrado en la aparición de manchas extrínsecas, se prescribe profilaxis oral seguido por un programa constante de buena higiene bucal.

En vista de la relación estructural entre la placa que se forma en dientes naturales y la que se forma en dentaduras, es razonable suponer que controlando la acumulación de placa sobre dentaduras puede tener un efecto positivo simi-

lar al de control de mal olor bucal y la formación de manchas extrínsecas para los que llevan dentaduras.

La capa de placa que se forma sobre la superficie de tejido de la dentadura es de gran importancia clínica. Una variedad en los cambios en el tejido blando son asociados con dentaduras completas o dentaduras parciales removibles. Estos cambios se manifiestan como una serie de síntomas complejos relacionados que incluyen estomatitis bucal ( lesiones en la boca ), hiperplasia papilar inflamatoria, y candidiasis crónica. Dentaduras mal ajustadas, trauma, falta de limpieza en la dentadura son los factores etiológicos locales más comunes para cada una de estas entidades. La presencia de placa en la dentadura constituye la principal causa que lleva a la inflamación de la mucosa palatina.

En un estudio que se realizó a un grupo de 58 pacientes con dentaduras completas se encontró estomatitis, comparados con un grupo control con dentaduras completas y mucosa palatina clínicamente normal. Se encontró que la limpieza de la dentadura fue mucho mejor en el grupo control que en el grupo con estomatitis bucal y se llegó a la conclusión de que la desinfección de la dentadura es un procedimiento preventivo esencial, porque el volumen de microorganismos que residen en la base de la dentadura es el causante de estomatitis bucal secundaria. Estos usaban dentadura y por estudios hechos con la raspadura del lado del paladar de la base de la dentadura así como directamente del paladar el 65% de los que usan dentaduras muestran signos de estomatitis bucal, infección con especie de candida es considerada como la causa más importante de estomatitis bucal por dentaduras. Esta infección se puede prevenir con una higiene meticulosa oral como de la dentadura.

## Agentes químicos limpiadores

El paciente tiene a su alcance muchas soluciones comerciales para limpiar dentaduras completas. Existen limpiadores comerciales que contienen un elemento blanqueador potente que si es utilizado habitualmente, eliminará todo el color de la base de la dentadura y de los dientes. Muchos remedios caseros para la limpieza de dentaduras presentan un peligro similar. Se recomienda la siguiente solución para la limpieza de las dentaduras que es segura, eficaz y de bajo costo. Es tan eficaz como las preparaciones comerciales cuando se le emplea en estas proporciones:

- 1 cucharadita (15 ml) de hipoclorito de sodio  
( blanqueador casero )
- 1 cucharadita (4 ml.) de Calgon
- 4 onzas ( 114 ml; ) de agua

El hipoclorito de sodio proporciona una acción blanqueadora, que cuando es empleada en esta concentración no afecta la estabilidad del color de la base de resina de la dentadura o los dientes. La solución débil de hipoclorito de sodio también constituye un agente germicida eficaz, el Calgon, un ablandador de agua, proporciona una acción detergente que ablanda y desaloja los depósitos de alimento. Debemos recomendar a los pacientes cepillar minuciosamente sus dentaduras con un cepillo blando bajo agua corriente después de haber sido colocados en la solución química. Esto asegurará que el limpiador químico sea eliminado de la prótesis antes de su inserción. Como la mayor parte de los limpiadores, comerciales o substitutos, sólo ablandan y aflojan los depósitos de la base de la dentadura y de los dientes, es necesario recurrir al cepillado para eliminarlos en su totalidad.

Para eliminar el sarro se recomienda remojar la dentadu

ra con 114 ml. de vinagre blanco durante toda una noche. La solución de vinagre blanco proporciona una concentración segura de ácido aséptico, que descalcifica los depósitos de sarro. Sólo un remojo ocasional en vinagre blanco es necesario para controlar la formación y depósito de sarro.

#### Limpiadores de Dentaduras

Los productos comerciales de limpiadores de dentaduras caen en varias categorías básicas: inmersión o solución para remojar, limpiadores abrasivos, e inventos mecánicos. Mezcla de enzimas, su desarrollo ha sido basado en la premisa de -- que podrían disolver los componentes orgánicos de los depósitos dentales y tal vez remueva los componentes inorgánicos -- por la adición de un agente quelatino, no son disponibles en los comercios por el momento.

Hay dos clases esenciales de limpiadores por inmersión; el peróxido alcalino y el hipoclorito alcalino.

Peróxido alcalino como el Efferdent y Polident, son los productos comerciales para limpiar dentaduras más usados. Esos productos trabajan básicamente por un mecanismo de liberación de oxígeno que afloja y remueve manchas leves. Tienen buen olor y muestra leve daño sobre componentes metálicos de las dentaduras parciales. No remueve cálculos o manchas fuertes.

La solución de hipoclorito alcalina, como la de Merene, remueve manchas leves y restos alimenticios con su acción -- blanqueadora.

Un gran número de inventos descubiertos recientemente -- usan energía sónica y ultrasónica para limpiar dentaduras. --

El invento ultrasónico convierte la energía eléctrica a energía mecánica a la frecuencia de las ondas de sonido ( sobre el nivel de audición normal, 20,000 ciclos por segundo ). -- Limpiadores sónicos por contraste, usan energía vibratoria, no energía ultrasónica para limpiar la dentadura. Por la limitada disponibilidad del limpiador ultrasónico para dentaduras en el comercio.

Meyerson y Krol han reportado que el programa de acción sónica de limpiador dental fue efectiva removiendo cálculos en una variedad de situaciones y también fue efectiva para remover manchas de cigarro y de café.

Muenchinger, por otro lado, evaluó el nuevo sonac limpiador de dentaduras en un estudio comparativo con Kleenite, un agente convencional donde se remoja la dentadura en peróxido alcalino. Encontró que los dos métodos eran comparables, y ambos relativamente poco efectivos removiendo placa acumulada y cálculos, a pesar de que la fórmula específica de solución limpiadora fue usada en el limpiador sónico.

#### Evaluación de un nuevo invento ultrasónico

Se realizó un estudio para probar la habilidad que tiene para remover la placa un nuevo limpiador de dentaduras ultrasónico cuando se usa sólo con agua y cuando se usa con -- dos de los limpiadores más populares para remojar la dentadura en Peróxido-Alcalino, nueva fórmula Efferdent y Polident.

#### Método

Las dentaduras de 18 voluntarios se examinaron para ver que estuvieran en buenas condiciones y quedaran razonablemente bien. Se requirió por lo menos una dentadura completa que

fuera opuesta por dientes naturales. En la sección de examen inicial las dentaduras fueron limpiadas y pulidas para empezar uniformemente.

Se avisó de que se requería de tres secciones de prueba y que no deberían limpiar sus dentaduras por ningún motivo - durante tres días anteriores a cada sección, dejando que se acumulara la placa.

El tipo de limpiador en que se remoja la dentadura se compró por menudeo. El manufactor dio las unidades del invento ultrasónico. Cada uno de los productos fue usado de acuerdo con las instrucciones del manufactor.

En la sección de prueba, dentaduras con el acumulo de placa de tres días fueron puestas primero en agua para remover cualquier resto de comida. Tintura fue puesta sobre la superficie del lado del tejido y del lado de los dientes para descubrir la placa bacteriana.

Se anotó lo siguiente:

- 1) El número de dentaduras que mostró placa en los --- dientes.
- 2) El índice de placa para medir la cantidad de placa - de los dientes de las dentaduras seleccionadas.
- 3) La puntuación en la superficie del tejido para medir la cantidad de placa en el asiento basal.

Las dentaduras se escogieron al azar para ser limpiadas por uno de los productos para realizar la prueba. Después de que las dentaduras se limpiaron de acuerdo a las instrucciones prescritas, una vez más se registró la puntuación para proporcionar la comparación de datos de antes y después.

Las dentaduras se limpiaron y se pulieron, se le citó al paciente para la próxima sección de prueba cuando se probara algún otro producto.

Se usa mucho más el limpiador para poner la dentadura a remojar convencional de peróxido alcalino por el público para limpiar su dentadura. Los reportes de estos estudios indican que estas tabletas remueven sólo un 30% de la placa dura con acumulación en la dentadura después de 3 días sin una adecuada higiene bucal.

La efectividad de remover la placa se encontró substancialmente mejor en la prueba del invento ultrasónico que en los limpiadores Efferdent o Polident, esto fue efectivo tanto para remover la placa de la superficie de los dientes artificiales y para remover la placa de la superficie del lado de la dentadura que va junto al tejido.

Todas estas pruebas se realizaron usando agua común en el invento ultrasónico. Un reporte indica que en la prueba del invento sónico se usó una solución detergente que fue lo que lo limpió, no la acción sónica.

Obviamente, para este invento, es la energía ultrasónica solamente la responsable de la efectividad.

### Limpieza de la dentadura

Como los dientes de porcelana son frágiles, deberá hacerse el aseo de la dentadura encima de un lavabo semi-lleno de agua para que el golpe se aténúe si es que llega a resbalar de las manos.

Las fracturas de las dentaduras normalmente no se producen dentro de la boca, sino por traumas de esta naturaleza.

Deberá cepillarse la dentadura después de cada comida - con agua y jabón líquido. La pasta dental común contiene un abrasivo que desgasta la superficie de la resina acrílica. - Esto es para evitar la acumulación de alimentos o simplemente de saliva adherida, por el mal olor que eso produce.

Si aún después de estos cuidados en la dentadura se forma sarro principalmente en los orificios excretores de saliva, deberá ser pulida de nuevo la dentadura.

Siempre se deberá sostener la dentadura del lado que se está lavando, nunca en la palma de la mano. Ya que fue lavada y si no se va a usar en seguida siempre se pondrá en agua nunca deje que se seque la dentadura porque se desajustara.

### CASUISTICA

Se tratan 3 pacientes a los que se le colocarán los aparatos protésicos dentales, controlando desde el momento de Pre-inserción hasta dar de alta al paciente una vez observado su comportamiento y funcionalidad de la dentadura artificial.

Para lograr en forma más detallada lo anteriormente expuesto, se le explicará al paciente paso por paso cada uno de los detalles que se implican en el período de adaptación, tratando de mantener en forma inmejorable la relación Odontólogo-Paciente.

CASO No. 1

NOMBRE: CATALINA BARBA ECHAVARRIA  
DOMICILIO: ISABEL LA CATOLICA No. 16  
CIUDAD: GUADALAJARA  
EDAD: 52

Inserción de la prótesis e instrucciones que se le dan al paciente.

Paciente que se le inserta juego de dentadura totales - sin experiencia previa.

Se revisa la adaptabilidad de la prótesis observando sobre extensión de los flancos vestibulares a nivel del frenillo bucal y labial en ambas dentaduras. Se hizo la corrección y delimitación del mismo para evitar la interferencia y limitación de movimientos.

Instrucciones para el paciente:

Se le indica que use constantemente las prótesis, pero que se las quite para dormir. Su dieta deberá ser blanda al principio, por dos días, después deberá usar cubiertos dividiendo sus alimentos en trozos pequeños y que coloque una mitad en la porción anterior y otra en la porción posterior de ambos lados, en la zona del primer molar. La aplicación de dieta más fibrosa se hará en forma gradual.

El aseo de la prótesis deberá ser diaria después de cada comida tanto de la dentadura como de su encaje con un cepillo blando, jabón o limpiador ( para la dentadura ) y agua.

Por las noches deberá dejar la dentadura en un vaso de agua.

CASO No. 2

NOMBRE: CESAR ACEVES BARAJAS  
DOMICILIO: LOPEZ COTILLA No. 1725  
CIUDAD: GUADALAJARA  
EDAD: 58

Se presenta el paciente con dentaduras totales desajustadas se le revisa y se ve que hay buena relación, no hay -- desgaste, es sólo un problema de reabsorción de los rebordes residuales después de dos años de haber usado la prótesis to tales, sería prudente solucionar el problema haciendo un rebase indirecto solamente.

Ya hecho el rebase se le dice al paciente que debe de lavar la dentadura diario después de cada comida con un cepillo blando para dentaduras y detergente líquido que no con-- tenga abrasivo que puedan desgastar la dentadura y por las - noches deberá dejarla en un vaso con agua así dejará descansar los tejidos.

## CASO No. 3

NOMBRE: SALOMON GONZALEZ LOPEZ

DOMICILIO: PERIFERICO SUR 2300

CIUDAD: GUADALAJARA

EDAD: 49

Paciente que lleva dos días con su dentadura nueva dice tener molestias con la dentadura inferior. Se le revisa y se observan zonas rojas en la mucosa vestibular y lingual lo cual se debe a la sobre extensión de los flancos en ambos lados.

Se le colocará pasta indicadora de presión, Cuidadosamente se eliminará cualquier área de presión con un fresón, se elimina la viruta de acrílico con un chorro de aire y se cubre la zona rebajada con más pasta. Repitiendo el procedimiento hasta que la sobrepresión desaparezca.

Se le dice al paciente que si llega a tener alguna otra molestia vuelva para ser revisado.

## CONCLUSIONES

La persona que ha perdido sus dientes y se decide a usar una dentadura artificial completa, puede que esté consciente de la falta que le hacen sus dientes para comer bien, tal vez lo haga por mejorar su aspecto estético o porque alguien le recomendó que se pusiera una prótesis.

Aquí es cuando el paciente se presenta al consultorio dental porque dice querer una prótesis total.

El odontólogo tiene la obligación de concientizar al paciente antes de que inicie el tratamiento, por los problemas que puede pasar, pero a la vez debe alentarle y decirle todos los beneficios que ésta le dará; una mejor masticación, fonación, estética y la estabilidad psicológica que logrará; pero para esto tiene que cooperar. En el momento de la inserción estará enterado de antemano que por mejor trabajo que le haga el dentista si él no tiene la voluntad suficiente para aceptar la prótesis ésta no tendrá éxito.

Ya que el paciente tiene la prótesis bien adaptada se le dirá que es conveniente examinarse cada año para ver la resorción de los rebordes residuales y será necesario hacerle un rebase o cambio de base a su prótesis según las condiciones de ésta.

Al paciente se le irá educando desde la primera visita que sienta confianza con el odontólogo para hacerle cualquier pregunta sin que sienta pena.

El paciente tiene que saber todo lo que se relacione con su prótesis y el odontólogo deberá aclararle cualquier duda.

Para finalizar el tratamiento se le dirá lo necesario -  
de una buena higiene de su prótesis y la manera que podrá --  
mantenerla en las mejores condiciones.

Para finalizar el tratamiento se le dirá lo necesario -  
de una buena higiene de su prótesis y la manera que podrá --  
mantenerla en las mejores condiciones.

**BIBLIOGRAFIA**

Sheldon Winkler  
Prostodoncia Total  
Primera Edición  
México, D.F.  
Ed. Interamericana  
1982

Boucher, Carl  
Prótesis para el Desdentado Total  
Séptima Edición  
Argentina  
Ed. Mundi

Watt and Mac Gregor  
Designing Complete Dentures  
Philadelphia  
W.B. Sanders Company  
1976

Ajax Menekratis  
Buchman, Jack  
Dentaduras Completas y Ancladas  
Barcelona  
Ed. Labor, S.A.  
1978

Robles Santana, Felipe de Jesús  
Herrera Urbina, Jaime  
Manual de Prostodoncia  
Segunda Edición  
México  
Ed. U.A.G.  
1980

Uhlig, Horst  
Prótesis para Desdentados  
Ed. Buch  
Berlin  
1973

Nagle, Raymond  
Prótesis Dental - Dentaduras Completas  
Segunda Edición  
Barcelona  
Ed. Toray, S.A.  
1965

The Journal of Prosthetic Dentistry  
Patient management and adjustment  
Editorial Mosby Company  
Vol. 45 No. 3  
Marzo 1981  
Pg. 251-252

The Journal of Prosthetic Dentistry  
Denture plaque and denture cleaners  
Ed. Mosby Company  
Vol. 45 No. 4  
April 1981  
Pag. 376-377

The Journal of Prosthetic Dentistry  
The complete denture relines  
Ed. Mosby Company  
Vol. 45 No. 5  
Mayo 1981  
Pag. 564-567