

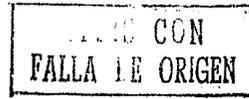
870122

83
24

Universidad Autónoma de Guadalajara

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



"TECNICAS COMPLEMENTARIAS EN PROSTODONCIA
TOTAL".

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
MIGUEL ANGEL SALAZAR RAMIREZ
Asesor: C. D. Rafael I. Bojórquez Ruiz
Guadalajara, Jal., Febrero de 1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE

TITULO: TECNICAS COMPLEMENTARIAS EN PROSTODONCIA
TOTAL .

CAPITULO I.º PROBLEMAS FRECUENTES RELACIONADOS A LA
INCERSION DE LA DENTADURA ARTIFICIAL .

CAPITULO II - ACCIDENTES DE LA DENTADURA ARTIFICIAL-
POR MAL USO O DESCUIDO .

CAPITULO III - SOLUCION Y METODOS CORRECTIVOS COMPLE
MENTARIOS .

CASUISTICA .

CONCLUSIONES .

BIBLIOGRAFIA .

" TECNICAS COMPLEMENTARIAS EN PROSTODONCIA TOTAL "

INTRODUCCION .

Existe un grupo seleccionado de individuos que no pueden permitirse aparecer desdentados ante el resto de las personas, esto es debido a que sus vidas sociales son activas y porque el tipo de trabajo que desempeñan requiere de una buena presentación, estos pacientes al enfrentarse ante el problema que significa la pérdida de sus piezas dentales han encontrado una solución en las técnicas de la prostodoncia total las que les permitió integrarse de inmediato a sus actividades, sin tener que sufrir la humillación de presentarse ante sus amistades, familiares o clientes con una boca desdentada totalmente.

Así mismo la prostodoncia total tiene a su vez técnicas auxiliares que permiten la pronta reparación o ajustes necesarios en forma inmediata, que resuelven problemas que el paciente presenta, y que además permiten que la prótesis en uso por el paciente, siga funcionando dentro de los límites o márgenes aceptables por la dentadura artificial, mientras se realiza la elaboración de una nueva dentadura, cuando sea meritorio de ello, o bien que la técnica empleada por sí sola solucione en forma definitiva los problemas presentados por el paciente .

Estas técnicas complementarias vienen a ser un recurso necesario de conocer y comprender por parte del odontólogo de práctica general y que no sea conocimiento exclusivo del técnico dental.

CAPITULO I

PROBLEMAS FRECUENTES RELACIONADOS A LA INSERCIÓN DE LA
DENTADURA ARTIFICIAL .

CAPITULO I

PROBLEMAS FRECUENTES RELACIONADOS A LA INSERCIÓN DE LA DENTADURA ARTIFICIAL .

Antes de colocar las dentaduras terminadas, se examina la superficie que va estar en contacto con los tejidos, para ver si hay irregularidades que puedan haber sido causadas por burbujas imperceptibles en el modelo o por marcas hechas por los instrumentos . Se examinan las áreas de los frenillos--- porque pueden haber sido enceradas con exceso y se necesita reducirlas hasta la forma original .

Entonces se insertan las dentaduras y se prueban su estabilidad .

La inserción de la prótesis representa la culminación de una serie de procedimientos cuidadosos y precisos por parte del odontólogo .

Es el momento esperado con anticipación por el paciente, quien se cooperado tanto con su tiempo como con su esfuerzo para este tratamiento .

Los objetivos que suelen lograrse al insertar una dentadura son los siguientes :

Brindarán al paciente comodidad, función adecuada, así como un aspecto que mejorará sus --

relaciones sociales y su participación .

Tomando en cuenta estas consideraciones-- técnicas y la cooperación del paciente se está conciente que en algunos casos se nos pueden presentar problemas que afectan a la inserción de la dentadura artificial como pueden ser los siguientes ;

REACCION INICIAL- Algunos pacientes dirán que no pueden hablar, otros ensayarán la fuerza de los músculos masticadores, otros intentarán un buche, aquellos dirán que se ahogan, a veces aparecen náuseas, se les -- debe respetar su espontaneidad y ayudarlos con comentarios y explicaciones a normalizar su situación emocional .

DOLOR- Puede originarse en defectos de impresión, modelo, articulación o técnica del acrílico, aunque la prótesis pareciera perfecta .

El examen de las prótesis, la palpación del -- sitio adolorido y el empleo de pastas descubridoras -- son los recursos para localizar los puntos dolorosos -- que no sean de origen oclusal .

Estos últimos se localizan por observación y con la ayuda de papel de articular .

NAUSEAS-Las náuseas no deben constituir una -- contingencia inesperada en la colocación

Algunos defectos de las prótesis provo--
can o exacerban las náuseas .

Por ejemplo la extensión del aparato so--
bre el paladar blando, excesivo grosor del borde pala--
tino, falta de ajuste en el postdaming, movilidad de la
prótesis superior, el contacto de las cúspides palati--
nas de los segundos molares con el dorso lingual .

Observado y corregido cualquier defecto--
de esta naturaleza reafirmese la confianza del pacien--
te, colóquese la prótesis superior con polvo adhesivo--
destinado a facilitar el habituamiento al fijar mejor
la prótesis, y se le aconseja un distractor caramelo, -
pastilla de menta .

Si acaso las náuseas persisten o aument--
tan, lo que es poco frecuente, pero no imposible debe--
examinarse la situación en visitas sucesivas, procuran--
do localizar la espina irritativa mediante ensayos --
ajustar más el postdaming con godiva adelgazar la den--
tadura, estudiar las presiones linguales, recortarla --
poco a poco y rebaserla .

Los puntos dolorosos acompañados de sia--
lorrea y agitación suelen constituir uno de los sinto--
mas más caracterizados en el período de instalación .

Al examen, pueden presentarse congestivas
ulceraciones, o estomatitis ulcerosas que a veces, y -

como consecuencia de la insistencia en el uso de la -- prótesis aparecen cubiertas de una falsa membrana ro-- deada de tejidos inflamados más frecuentes a lo largo de los bordes protéticos, pueden deberse a bordes dema-- siado largos, excesivo ajuste de la base, defectos del -- acrílico o frotos funcionales entre éstos los origina-- dos por interferencias oclusales .

MOVILIDAD. - (Escasa retención) puede deberse a insufi-- ciente extensión de los bordes o falta de ajuste en l-- las bases que permitentel fácil acceso de aire, puede -- deberse también a la manera como el paciente mueva la-- lengua, carrillos, labios o a defectos de articulación .

MORDEDURAS. - Son frecuentes durante los primeros días, -- ocasionadas por el rechazo de la prótesis sobre los -- carrillos o la lengua, si el resalte es correcto, no sue-- le requerirse modificación .

A veces se debe eliminar algún borde agudo de los dien-- tes, redondeándolo y puliéndolo minuciosamente. Si fal-- ta resalte, deben retocarse las cúspides que permiten -- crearlo .

Se aconseja, en el caso de mordeduras persistentes de -- carrillo, una vez corregidas las cúspides pasar rodillo de modelina sobre los flancos vestibulares de las ----

-Prótesis para rechazar el carrillo . Al cabo de unos días puede eliminarse .

FALTA DE MASTICACION - Si las prótesis aparecen técnicamente correctas además de la inhabilidad inicial, mientras duela no habrá masticación .

Se deben ir corrigiendo las fallas en tanto el paciente va aprendiendo a utilizar los movimientos eficaces para masticar sin que duela y sin que los aparatos se desplacen . Conviene explicarle las ventajas de la masticación bilateral con las prótesis completas, para su equilibrio .

DEFECTOS FONETICOS- por lo general desaparecen con el correr de los días . El estudio de estos fenómenos se comprobó mediante grabaciones sucesivas, comprobando la desaparición habitual de los defectos a las dos o tres semanas . Comprobó también que la mayoría de los viejos portadores de prótesis pronuncian las (s) defectuosamente, lo que no desaparece al remplazarlas por nuevas .

Que debe esperar el paciente ? El período de instalación puede convertirse en un período de dificultades en las relaciones odontólogo paciente .

El paciente tiene tendencia a hacer responsable al profesional por sus sufrimientos y este a restarles importancia, procurando aminorarlos con recursos psicológicos. Se aconseja que nunca se intente aliviar puntos dolorosos con argumentos. El paciente debe saber que el odontólogo está haciendo lo que puede por resolverle su caso, que deberá tolerar las prótesis, aprender a vivir con ellas, hablar, expresarse, reír, bostesar, toser, estornudar, beber y por último comer. Son cuerpos extraños que el organismo tiende a rechazar, porque ellos a su vez rechazan la lengua, los carrillos, los labios, y el piso bucal, modificando también las fauces.

El éxito dependerá no solo de la habilidad del odontólogo y de la calidad de las técnicas de la laboratorio, sino también de la calidad de los maxilares y tejidos vecinos y de la habilidad del paciente para manejarse con los aparatos.

Existe una relación inversa entre la calidad de la prótesis y la adaptabilidad que requiere de los pacientes, pero también existe una relación inversa entre la adaptabilidad que requiere de los pacientes, pero también existe una relación inversa entre la adaptabilidad del paciente y sus dificultades.

-tades . En estas condiciones donde poner el limite a la responsabilidad de cada uno ?

Con que derecho afirmará el odontólogo en un caso dado, que la técnica ya no puede dar más ? .

Con cual señalará el paciente que su insatisfacción solo proviene de los errores técnicos del odontólogo . El paciente debe saber por lo tanto :

1- Que el odontólogo no puede a priori garantizar el éxito .

2- Que cuanto mejor trabajo se le haga, mayores probabilidades de éxito tendrá .

3- Que debe poner de su parte la paciencia necesaria para que el odontólogo corrija los defectos, dentro de sus posibilidades .

4- Que aún cuando el odontólogo no encuentre más defectos, el deberá seguir poniendo constancia hasta adquirir el dominio de sus dentaduras .

5- Que no debe pretender que las dentaduras completas sean estables contra los grandes esfuerzos bucales del bostezo, la tos, la carcajada, el estornudo, el vómito y que debe aprender a disimularlos llevando la mano o el pañuelo a la boca .

6- Que aprender a hablar y a desenvolverse con las dentaduras exige habitualmente poco-

-tiempo, pero aprender a comer puede demorar bastante hasta meses .

7- Que la masticación protética exige movimientos distintos de lo normal y que debe aprender poco a poco empezando por sustancias blandas .

8- Que la lengua es un factor fundamental de estabilidad funcional de la prótesis, si aprende a manejarla .

9- Que con buenos maxilares y buenas prótesis, quizá pueda llegar a masticar prontamente si aprende a morder empujando en vez de morder tirando - mientras la lengua completa la estabilidad .

10- Que las prótesis no se rompen fácilmente, pero no son irrompibles y deben cuidarse .

11- Que la duración de las prótesis en uso depende de la calidad de los materiales y del trato que se les da, pero sobre todo de las alteraciones de los tejidos bucales .

12- Que los servicios correspondientes al tratamiento en marcha deben quedar liquidados al recibir los aparatos .

13- Que con el cobro el odontólogo no da por terminada su actuación y seguirá atendiéndolo durante el período de instalación .

Saliva debajo de las dentaduras, los pacientes se quejan a veces de que la saliva se introduce debajo del límite posterior de la dentadura maxilar cuando se usa por vez primera .

Es probable que las glándulas mucosas en el tercio posterior del paladar sean estimuladas para una secreción excesiva a causa del cubrimiento de la dentadura . Esto se le debe advertir al paciente e informarle también de que con el tiempo se producirá atrofia suficiente .

Esta atrofia, combinada con la fatiga del contacto, reducirá la secreción mucosa a un nivel aceptable . Mientras tanto, será conveniente para el paciente aprovechar las oportunidades que tenga para quitarse la dentadura superior y enjuagarse el paladar con agua fría .

Sensación de pérdida del gusto los pacientes mayores más de esto que los pacientes más jóvenes, probablemente porque las papilas gustativas comenzaron a atrofiarse aproximadamente al mismo tiempo en que empezaron a usar las prótesis .

Se le dice al paciente que la mayor parte de las papilas gustativas están en la lengua y no las cubre la dentadura . Sin embargo se producen--

-Algunas interferencias con el sentido del gusto cuando la comida no se siente en el paladar y sobre los dientes naturales . Un paladar de metal, a causa de su transmisión del calor, a menudo aumenta la sensación del gusto . A los pacientes se les debe de animar si no existen contraindicaciones médicas, a que den sabor a sus comidas con salsas, condimentos y jugos de cítricos . Si se consumen alimentos muy fríos o muy calientes, esto también ayudará a estimular las papilas gustativas que quedan .

Sequedad de boca, los pacientes psicóticos y neuróticos desdentados se pueden quejar de -- que las dentaduras son causa de sequedad de boca .

Estos individuos están sometidos a tensión y la prótesis no ayuda a esta situación cuando -- estos pacientes se alivian de la sensación de ansiedad, el flujo salival recuperará su volumen normal .

Temblor del labio inferior, en los pacientes mayores cuya mandíbula inferior este muy reabsorbida, se deberá prestar especial atención al agujero mentoneano . Si la presión se ejerce en el área -- donde sale el nervio mentoneano desde el canal mandibular, puede sobrevenir una parestesia benigna y temblor del labio inferior . Se puede eliminar la queja-

rebajando la dentadura la dentadura en la zona del --
agujero mentoneano .

Ardor de boca, a veces se nota una e
sensación de ardor de boca en la zona de las arrugas-
del paladar duro y en el labio y lado de la lengua .

Las dentaduras estables ayudarán a --
minimizar esta sensación desagradable, que puede estar
asociada con el climaterio, estados de ansiedad o con-
arriboflavinosis . En esta último caso, serán de utili-
dad dosis elevadas de un complejo de vitamina B . Si-
esto no le causa dificultades, se le dice al paciente-
que no se ponga las prótesis durante el día . Un tro-
zo de hielo en la boca le aliviará temporalmente .

CAPITULO II

ACCIDENTES DE LA DENTADURA ARTIFICIAL POR MAL USO O
DESCUIDO .

CAPITULO II

ACCIDENTES DE LA DENTADURA ARTIFICIAL POR MAL USO -
O DESCUIDO .

La incidencia de dentaduras rotas es normalmente alta en pacientes que han llevado sus prótesis por muchos años . Las roturas pueden ser debidas a que se caigan accidentalmente cuando estan fuera de la boca o durante la masticación de los alimentos por falta de una oclusión normal debida al empleo de una mala técnica de procesado de las dentaduras .

Es conveniente aconsejar al paciente que un simple arreglo no le solucionará el problema -- más bién la solución será necesaria una prótesis o -- unas prótesis nuevas . Se la debe explicar minuciosamente al paciente que las dentaduras se tienen que -- hacer de manera periódica .

La forma de las dentaduras no cambia demasiado en un cierto plazo de tiempo, pero los tejidos sí, el dentista no puede hacer un buen tratamiento si arregla la antigua dentadura . Algunas veces, -- cuando se ha roto la dentadura, no se pueden reunir -- los trozos bién para hacer un buen arreglo .

Los pacientes tienen que estar enterados de este detalle antes de que se intente hacerla reparación, también es cierto que, aunque se haga una buena reparación se coloquen las partes en la posición exacta que ocuparon antes .

La dentadura puede no parecer natural cuando se vuelve a colocar en la boca . Esto ocurre porque la dentadura a estado fuera de la boca durante cierto número de horas, o de días y los tejidos se han recuperado . Después de tener la dentadura en la boca unas horas, los tejidos se readaptan a la superficie de la dentadura y el paciente se siente más comodo .

Estos hechos no se deben emplear nunca como excusa de un mal trabajo . Hablando normalmente el dentista debe avisar de que existe la posibilidad de cualquier pequeña variación, e informar al paciente de las limitaciones inherentes de un procedimiento de este tipo .

Rotura de la línea media de la dentadura mandibular-

La rotura que se presenta con mayor frecuencia en la dentadura mandibular, es debida a una oclusión -- desbalanceada.

Rotura de la línea media de la dentadura maxilar.- Esta rotura se puede presentar también en el área del frenillo labial y puede continuar através del paladar sepa--

-rando la dentadura en dos este problema es durante el procedimiento de desinflado, o cuando se quita el modelo de la dentadura imprudentemente sin los cuidados necesarios .

ROTURA DE LA ZONA DE LA TUBEROSIDAD MAXILAR.-Las roturas de las tuberosidades de la dentadura maxilar ocurren con frecuencia cuando se cae la dentadura contra una superficie dura .

CAPITULO III

SOLUCION Y METODOS CORRECTIVOS COMPLEMENTARIOS .

CAPITULO III

SOLUCION Y METODOS CORRECTIVOS COMPLEMENTARIOS.

Para la reposición de un diente de porcelana se calienta poco a poco el diente roto con la lámpara de hanau o similar, hasta que reblandecido el acrílico que lo rodea, el diente se desprende sin dificultad y -- sin deformar la prótesis .

Enfriada la base, con una fresa de bola a baja velocidad se escaba ligeramente el hueco hasta que el nuevo diente calce en su lugar y se le hace una llave de posición con yeso .

Se prepara un poco de acrílico autocurable y se coloca en la cavidad, luego se pone el diente en su sitio .

Cuando el acrílico empieza a polimerizar se puede llevar a la boca para controlar la oclusión .

Se modela el acrílico plástico con una espátula envase- linada, se controla nuevamente en la boca y se coloca - en agua tibia a 50°C durante 5 minutos, después se re- cortan los excesos y se pule .

REPARACION DE UNA FRACTURA DE LA BASE .- Siempre que -- sea posible, una base fracturada debe repararse con --- acrílico termopolimerizable, mas resistente, aunque a -- veces, tomada como fisura, antes de que se haya fractura- do la dentadura por completo se puede salir del paso--

-mediante una reparación simple . Con una fresa cilíndrica se abre la fisura hasta su extremidad y se hacen retenciones mecánicas en los costados tratando de darle a esa abertura la mayor profundidad posible pero sin --stravesar la base de la prótesis, de igual forma en las retenciones laterales .

Conviene limpiar la línea de fractura con monómero, para que acepte lo mejor posible el nuevo acrílico de reparación, por lo general acrílico autopolimerizable.

Se agrega el acrílico mediante adición y goteo, o sea --porciones de líquido y porciones de polvo hasta cubrir --por completo la abertura que siguió la línea de fractura . Se deja polimerizar el acrílico colocando la dentadura dentro de una bolsa de plástico para evitar la evaporación del monómero y por consiguiente cambios notables en el color del acrílico de reparación .

Después de pulir la prótesis se informa al paciente de la probable repetición de la fisura, pues el acrílico de la reparación y especialmente el autocurable es consideramente más débil que el termocurado original .

Prótesis partidas y fisuradas exigen la obtención de un modelo de trabajo, previo al cual es la unión de los fragmentos .

Si la separación fué total se puede ser muy claro con el paciente en cuanto al probable fracaso de la reparación cuando los fragmentos no coaptan exactamente o no se mantienen en posición con facilidad, ensayos que el profesional debe hacer personalmente puesto que el fracaso puede significar la necesidad de una prótesis nueva . Algunas veces la solución consiste en iniciar la elaboración de una prótesis nueva dando a la reparación carácter tentativo y provisoriedad .

COAPTACION DE LOS FRAGMENTOS FRENTE A UNA PROTESIS PARTIDA.- Para fijar los fragmentos en su posición, conviene hacerse de un auxiliar . El operador sentado frente a una mesa, con los brazos apoyados en esta busca sostén entre los dedos libres para mantener los fragmentos en su posición mientras el ayudante los pega.

Se puede hacer correr cera dura o modelina de baja fusión sobre la fractura, como es lo usual pero es preferible pegar trozos de alambre, alfileres o palillos . Através del trazo de la fractura colocando alguno de refuerzo sobre los dientes .

Un algodón mojado enfría la cera inmediatamente . Convenientemente pegados los modelos se pinta separador de oleosa la superficie de impresión y vaciar un modelo de yeso piedra cuidando que no se movilice .

Terminado

Con piedra redonda o con un disco de carborundun marcar las líneas de terminación limpiamente, según los trazos de lápiz .

Se analizan los bordes de la fractura de modo que queden nitidos, y que colocados los fragmentos en su sitio en el modelo .

Se biselan ampliamente los bordes de la fractura a expensas de la cara distante del modelo hasta los surcos . "cuanto más amplio el bisel más sólida será la reparación".

Si la reparación se extiende a vestibular, debe abrirse un paso en forma de embudo entre los dientes para facilitar el enpaquetado del acrílico desde palatino o lingual .

Vueltos los trozos al modelo se remodelan con cera la zona desgastada .

Una reparación se puede poner en mufla cubriendo los dientes con el primer yeso .

Al eliminar la cera con agua caliente limpiar con un detergente, o bien avivar la superficie con piedras o fresa, precaución sin la cual no se produce la unión química entre el acrílico viejo y el nuevo, haciéndose aún más débil la reparación .

El acrílico indicado para reparar una prótesis partida es el termopolimerizado .

Tiene dos inconvenientes uno de ellos es la lentitud del proceso en comparación con el rápido y el otro es la deformación, también mayor aunque--clínicamente puede pasar inadvertida en algunas ocasiones . Reparación en el material de encía, siempre que sea posible debe prepararse la reparación de modo que pueda atacarse desde el lado lingual o palatino .-

Cuando esta no es factible se debe --- despegar, uno de los dientes de la placa, recortar el -- material debajo y encerarlos en su lugar.

Esos dientes van a la contraparte al-- abrir la mufla, y el empaquetado puede hacerse normalmente . Subsiste la posibilidad de que los dientes -- cambien de posición por deficiencia del prensado.

Colocación de refuerzos, una prótesis-- que se parte tendrá tendencia a partirse nuevamente -- no solo por la repetición de las circunstancias propi-

-cias a la rotura sino además por la debilidad del---
acrílico de la reparación . Esta debilidad aunque sea
el mismo acrílico de la base, e igual el procesado, le-
hace entre el 15 y 30 % o más de su resistencia.

Una manera práctica de compensarla es---
con la inclusión de refuerzos metálicos .

Fractura de la dentadura inferior, en es-
ta fractura inferior las partes necesitan unirse con-
gran cuidado . Las posibilidades de error son mas ---
grandes que en las fracturas superiores, porque las su-
perficies de fractura son mas pequeñas .

Las dos partes de la dentadura rota son
juntadas y mantenidas en posición por medio de pali-
llos de fosforos colocados transversalmente y de cera
pegajosa, después de lo cual se hace el modelo de pie-
dra . Se prepara el acrílico através de la fractura y
las areas adyacentes se reducen en espesor, se empaca-
en seco se pule y queda la reparación terminada.

Reparación de la fractura labial de la---
dentadura superior . La porción que falta puede haber
se perdido o haberse roto en tal forma que no fué po-
sible aprovecharla .

La parte faltante se reconstruye con mo-
delina y se ajusta en la boca, se corre yeso sobre la-

dentadura previamente envaselinada y se quita la modelo del area . Las secciones labial y bucal se han recortado y preparado para reponer toda la cara de la dentadura . Agregandole acrílico autopolimerizable, y se pule posteriormente .

Reposición de dos incisivos en la dentadura superior, dos incisivos rotos deben ser re-
puestos . El incisivo central va a ser colocado haciendo una abertura en la parte lingual y dejando el acrílico labial intacto para que la reparación no se note . El incisivo lateral va a ser colocado sin tocar el acrílico se corta en la parte lingual y se reduce bajo el diente sin tocar la superficie labial-
gingival . Los bordes labial y lingual alrededor del diente no han sido tocados y el alveólo esta ensanchado para dar cavida al acrílico nuevo .

Rebasado, es todo procedimiento que permita ajustar la base de una prótesis a los tejidos que le prestan asiento mediante la interposición del material que pasa a formar parte de la base . El rebasado se inicia por una impresión que utiliza la base protética como cubeta .

Esta impresión se deja integrando la base, en el rebasado directo que a su vez, puede ser --

provisional, de reacondicionamiento o final según su destino . Hay tres clases de prótesis que pueden adquirir rebasado; Prótesis nuevas, Prótesis inmediatas Prótesis viejas .

Prótesis nuevas, el rebasado sólo está indicado, de acuerdo con la experiencia, cuando el único defecto es la falta de ajuste de la base de los tejidos . Si además de la falta de ajuste existen otros defectos, lo mismo que si no es claro que la falta de retención o estabilidad se deba a la falta de ajuste el rebasado suele constituir una invitación a otro fracaso .

Prótesis inmediata, el rebasado es una \pm indicación absoluta, para compensar los desajustes que origina el proceso cicatrizal.

Prótesis viejas, el rebasado es también una indicación debido a la falta de adaptabilidad \pm causa de la atrofia de los maxilares, siempre y cuando no existan modificaciones notables o significativas en la dimensión vertical, ni la oclusión céntrica, así como en la integridad de los dientes artificiales .

C A S U I S T I C A

NOMBRE----- ERNESTO GARCIA ROMERO
EDAD----- 51 AÑOS
OCUPACION---- EMPLEADO
DOMICILIO---- JUAREZ # 51 ROSARIO SINALOA .

Paciente desdentado total de hace 5 meses que se presenta para la elaboración de sus dentaduras completas .

Perfil del paciente, cooperador consciente de la falta de sus dientes, en aparente buen estado de salud .

Tratamiento: Se le hicieron sus dentaduras artificiales completas, siguiendo las técnicas convencionales para su elaboración, al insertar las prótesis se valorarán la retención y estabilidad de las mismas, descubriéndose desalajo de la dentadura inferior, a la inspección observamos que esta se debía a la falta de espacio para el movimiento de los frenillos bucales . Se realizó el recorte funcional de la dentadura y de esta forma se mejoró su retención, además de las indicaciones propias que se le dan a un portador nuevo de prótesis totales .

NOMBRE----- TERESA CAMPOS DIAZ
EDAD----- 49 AÑOS
OCUPACION---- AMA DE CASA
DOMICILIO---- PEDRO MORENO # 76 ESCUINAPA SINALOA

Paciente desdentado total de hace 6 -- años usando dentaduras artificiales construidas hace un año, manifiesta que las dentaduras le han servido bastante bien, que ha podido comer con ellas y que no molestaban, pero de dos meses a la fecha se le empezó a aflojar y lastimar la dentadura inferior .

A la inspección clínica se observa que que la dentadura superior conserva una estabilidad y retención aceptable, no así la inferior que efectivamente se siente floja y se mueve fácilmente, como es este movimiento se apreció pequeño, se propuso al paciente realizarle un rebase con lo cual se le solucionaría el problema y el paciente aceptó . Además-- no había necesidad de modificar la oclusión ni la -- dimensión vertical . Se le realizó el rebase con el método indirecto, antes descrito y se observó un resultado satisfactorio para el paciente .

NOMBRE----- CARLOS GUTIERREZ BERNAL
EDAD----- 55 AÑOS
OCUPACION---- EMPLEADO
DOMICILIO---- VENUSTIANO CARRANZA # 86 VILLA UNION
SINALOA .

Paciente que se presenta con dentadura -
artificial completa inferior y antagonistas naturales -
desde hace un año y medio aproximadamente mostrando -
la dentadura fracturada a nivel de la línea media, re-
firiendo que siente cómoda y funcional su prótesis, -
solo que se le resbalo de las manos al estarla asean-
do un día antes y al golpearse en el piso se le rom-
pió . Observamos que las dos partes de la dentadura --
coincidían entre sí y procedimos a repararla siguien-
do el procedimiento o técnica antes descrita en la --
tesis .

" CONCLUSIONES "

Las técnicas complementarias o de apoyo para la protodoncia total, vienen a presentar un aspecto muy variado, como lo vimos en el transcurso de esta tesis. De tal manera que mientras algunas técnicas o procedimientos son muy complejos por la magnitud tal de su desarrollo, algunas otras son simples y muy sencillas, siendo fáciles de dominar y así poder solucionar algunos problemas que presente el paciente en forma rápida sin necesidad de recurrir al técnico dental, lo cual redundaría en su servicio o prestación -- más cómoda para el paciente, que no tiene necesidad de desprenderse de su prótesis por un lapso de tiempo -- que se estima en días algunas ocasiones.

Estas técnicas se encuentran o son desconocidas normalmente por el odontólogo de práctica general, sobre todo en los novatos o recién egresados y se consideran como una actividad no propia del profesionalista, o que no son aceptable por la comunidad odontológica, pero si son considerables las ventajas -- que ofrecen para los pacientes este tipo de procedimientos, y sobre todo en pacientes de escasos recursos económicos que tienen menos posibilidades de poder -- pagar prontamente otra dentadura artificial.

Aunque hay necesidad de aclararle al paciente que la prótesis reparada o reconstruida es únicamente una solución temporal y existe un mayor ries-

-riesgo de que se repita el problema, quedando esto a consideración del paciente .

s. winkler
prostodóncia total
interamericana
1a edición 1982
méxico
página 419-420 .

s. winkler
prostodóncia total
interamericana
1a edición 1982
méxico
pagina 456-457 .

p. saizar
prostodóncia total
mundi
única 1972
buenos aires
página 438-439 .

merrill g. swénson
dentaduras completas
hispanoamericana
única
méxico
página 253-254 .

boucher
prótesis para el desdentado total
mundi
1a edición
argentina

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

.- página 223-224 .

30

john j. sharry
prostodóncia dental completa
toray s.a.

Ia edición I977
barcelona
página 278-279 .

josé y ozawa deguchi
prostodóncia total
universidad nacional autonoma de méxico
4a edicion I98I
méxico
página 467-469 .