

84
-2ej.

SENA DE 1988
1988



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ASPECTOS GENERALES DE LA
PROSTODONCIA TOTAL

Tesis Profesional

Que para obtener el título de
CIRUJANO DENTISTA
presenta

JAIME CASTRO FONROY



México, D. F.

1988



Universidad Nacional
Autónoma de México

UNAM



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

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

EL PROPOSITO DE ESTA TESIS ES EL DE PRESENTAR LOS ASPECTOS GENERALES DE LA PROSTODONCIA TOTAL, DENTRO DE LOS REQUISITOS ESCENCIALES QUE IMPONE CUALQUIER TECNICA PARA DENTADURAS COMPLETAS, ABARCANDO LAS IMPRESIONES PRELIMINARES, REGISTROS ORALES Y EL USO DE UN ARTICULADOR TIPO ANATOMICO, CABE DESTACAR QUE LA TECNICA QUE SE DESCRIBE EN ESTA TESIS ES DE GRAN SENCILLEZ Y SE MANTIENE DENTRO DE LOS PARAMETROS PROBADOS Y APROBADOS PARA LA PROTESIS COMPLETA.

NO SE INTENTA EN ESTE TRABAJO PRESENTAR ESTA TECNICA COMO LA UNICA NI TAMPOCO COMO LA MEJOR PUES HOY EN DIA EXISTEN UN SINUMERO DE TECNICAS DIFERENTES LA MAYORIA DE ELLAS DE EXCELENTES RESULTADOS PARA DENTADURAS COMPLETAS, LA PREFERENCIA HACIA CADA UNA DE ELLAS DEPENDE ENTERAMENTE DEL PROFESIONAL.

ASPECTOS GENERALES DE LA PROSTODONCIA TOTAL

CAPITULO I. ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO. P.P. 1-19.

- 1.1 RECEPCION DEL PACIENTE.
- 1.1.2 HISTORIA CLINICA.
- 1.1.3 EXAMEN DE R.X.
- 1.1.4 MODELOS DE ESTUDIO.
- 1.1.5 DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO.

CAPITULO II. CLASIFICACION Y DEFINICION DE LA PROSTODONCIA TOTAL. P.P. 20-31.

- 2.1 INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA PROSTODONCIA TOTAL (Tradicional).
- 2.2 DIFERENCIAS DE LA SOBREDENTADURA Y LA PROSTODONCIA INMEDIATA.

CAPITULO III. ASPECTOS ANATOMICOS Y NEUROMUSCULARES DE LA A.T.M. P.P. 32-42.

- 3.1 DEFINICION Y DESCRIPCION DE LA A.T.M. (Irrigación e Inervación)
- 3.2 MUSCULOS MASTICADORES.
- 3.3 FISIOLOGIA.

CAPITULO IV. IMPRESIONES. P.P. 43-58.

- 4.1 ELEMENTOS QUE INTERVIENEN EN LA 1a. IMPRESION
 - PORTAIMPRESIONES.
 - SELECCION DEL MATERIAL DE IMPRESION.
 - TECNICAS DE IMPRESION.
 - PROCEDIMIENTOS CLINICOS Y DE LABORATORIO

- RECTIFICACION DE BORDES.
- MAXILAR.
- MANDIBULAR.
- 4.2 2a. TOMA DE IMPRESION.
- ERRORES DE LA IMPRESION.
- VACIADO DE LOS MODELOS.

CAPITULO V. RELACIONES INTERMAXILARES. P.P. 59-64.

- 5.1 DEFINICION DE RELACION CENTRICA.
METODOS DE OBTENCION.
- 5.2 OCLUSION CENTRICA (Definición)
METODOS DE OBTENCION.
- 5.2.1 ORIENTACION DE RODILLOS Y OBTENCION DEL PLANO
DE OCLUSION.
- 5.3 DIMENSION VERTICAL
METODOS DE OBTENCION
-

CAPITULO VI. CLASIFICACION DE ARTICULADORES. P.P. 65-73.

- 6.1 TRANSPORTE DE LAS RELACIONES INTERMAXILARES AL
ARTICULADOR.
FUNCIONES DEL ARCO FACIAL.
- 6.2 SELECCION DE DIENTES.
- 6.3 INDICACIONES FINALES AL PACIENTE.

CAPITULO I. ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO.

1.1 RECEPCION DEL PACIENTE.

EL RECIBIR A UN PACIENTE ES DE ESPECIAL IMPORTANCIA PARA LOGRAR SU CONFIANZA Y PODER CONSTRUIR UNA DENTADURA COMPLETA ADEMAS DE LA INFORMACION DE UNA HISTORIA CLINICA QUE DEBERA LLENARSE PARA CADA PACIENTE.

EL DENTISTA DEBERA OBTENER UNA EVALUACION POSTODONTICA DETALLADA, PARA ESTO SERA UTIL QUE EL PACIENTE SE SIENTA AGUSTO, EL SABER SI TIENE ALGUNA APRENSION CON RESPECTO A LAS DENTADURAS, O SI EL PACIENTE ESTA SATISFECHO CON ALGUN SERVICIO DENTAL ANTERIOR, EL INVESTIGAR ESTOS FACTORES SERVIRAN PARA COMPRENDER LOS PROBLEMAS DENTALES DEL PACIENTE, MUCHO DEPENDERA DE ESTE CONTACTO INICIAL RELACIONADO AL PRONOSTICO DE LAS DENTADURAS. ES CONVENIENTE ANALIZAR LA HISTORIA DEL PACIENTE ANTES DE HACER COMENTARIOS SOBRE LA DURACION DEL TRATAMIENTO, HONORARIOS Y EL PRONOSTICO DEL CASO EN GENERAL.

SALUD GENERAL DEL PACIENTE.

PARA EL DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO DE LAS DENTADURAS COMPLETAS, ES ESENCIAL OBTENER UNA BUENA HISTORIA MEDICA. LAS ENFERMEDADES CRONICAS COMO DIABETES, ANEMIA Y TUBERCULOSOS, PROVOCAN DIFICULTADES EN QUIEN LLEVA LAS DENTADURAS DEBIDO A UN BAJO TONO MUSCULAR Y MALA TOLERANCIA A LA IRRITACION MECANICA, LOS PACIENTES CON ESTAS AFEC-

CIONES DEBERAN SOMETERSE A BUEN CONTROL MEDICO ANTES DE INSTITUIR EL TRATAMIENTO PARA LAS DENTADURAS, O INCLUSO DESPUES DE HACER ESTO PUEDEN REQUERIR TRATAMIENTO MEDICO ESPECIALIZADO DURANTE LA CONSTRUCCION Y DESPUES DE TERMINAR LAS DENTADURAS.

EDAD DEL PACIENTE.

ESTA INFORMACION ES IMPORTANTE PARA SABER LA ADAPTABILIDAD A LAS DENTADURAS QUE PRESENTARA EL PACIENTE, EN GENERAL UN PACIENTE DE EDAD DE 60 AÑOS O MAS, NO PUEDE TENER MAYOR DIFICULTAD EN APRENDER ALGO NUEVO, COMO SERIA EL LLEVAR DENTADURAS, UN PACIENTE JOVEN GENERALMENTE DEBERA SER CAPAZ DE ADAPTARSE MAS RAPIDAMENTE A LAS DENTADURAS.

EXPERIENCIA PREVIA CON DENTADURAS.

ESTO DEBERA INVESTIGARSE PREGUNTANDO NO SOLO AL PACIENTE QUE ESTAMOS TRATANDO, SI NO TAMBIEN EN REFERENCIA A LO QUE DICEN LOS PARIENTES Y AMIGOS. MUCHAS VECES REFERIRAN INFORMACION IMPORTANTE CON RELACION A LA ADAPTABILIDAD ANTERIOR DEL PACIENTE A DENTADURAS PARCIALES O COMPLETAS, RAZON POSIBLE DE EXITO O FRACASO ANTERIOR Y PUEDE DAR UNA MEJOR EVALUACION DE LA ACTITUD MENTAL DEL PACIENTE HACIA LAS DENTADURAS. SE DEBE ADMITIR QUE PUEDE HABER FRACASOS INCLUSO DENTADURAS MEJOR ELABORADAS SI LA SALUD GENERAL DEL PACIENTE, SU EDAD O SU ACTITUD MENTAL NO ES BUENA Y APROPIADA.

M.M. HOUSE, SIMPLIFICO LA CLASIFICACION DE LOS PACIENTES EN CUATRO CATEGORIAS CON RESPECTO A SU ACTITUD MENTAL HACIA LAS DENTADURAS, LA CLASIFICACION ES LA SIGUIENTE:

ACTITUD MENTAL FILOSOFICA.

SON PACIENTES QUE NO HAN TENIDO EXPERIENCIA ANTERIOR CON DENTADURAS.

CONSIDERA QUE SE PUEDE ADAPTAR A CUALQUIER DENTADURA, YA QUE SE HA RESIGNADO A LA PERDIDA DE SU DENTADURA NATURAL.

GENERALMENTE COOPERA CON EL DENTISTA Y MUESTRA SATISFACCION AL LLEVAR LAS DENTADURAS.

ACTITUD MENTAL INDIFFERENTE.

ES DESPREOCUPADO EN SU ASPECTO, CONSIDERA QUE NO NECESITA DIENTES, EL DENTISTA DEBERA EDUCARLE SOBRE LO QUE ES EL SERVICIO DENTAL, EL PACIENTE SE VOLVERA COOPERATIVO CON EL TIEMPO, SE SENTIRA SATISFECHO AL LLEVAR SU DENTADURA.

ACTITUD MENTAL EXIGENTE.

NO QUIERE SOMETERSE NI A LA MENOR MOLESTIA, ESTO A VECES PORQUE TIENE MALA SALUD.

EXIGE TODO CON DETALLES, EN OCASIONES ACABA CON LA PACIENCIA DEL OPERADOR, EXPERIMENTA MALA ADAPTABILIDAD A LAS DENTADURAS.

ACTITUD MENTAL HISTERICA.

PRESENTAN MAL ESTADO DE SALUD, TEME AL SERVICIO DENTAL Y CONSIDERA QUE NO PUEDE LLEVAR DENTADURAS.

GENERALMENTE HA TENIDO MALA EXPERIENCIA DE DENTADURAS DEL PASADO, EXIGE MAS DE LO NORMAL, SUFRE PSICONEUROSIS Y NO SE ADAPTA FACILMENTE.

TOMANDO EN CUENTA LAS ACTITUDES MENTALES DE LOS PACIENTES, SE DEBE HACER UNA EVALUACION CUIDADOSA ANTES DE REALIZAR UNA DENTADURA, SI EXISTIERA PROBLEMA CON LAS DENTADURAS EXPLICARSELO AL PACIENTE Y ALGUNOS DECIDEN COOPERAR.

1.1.2 HISTORIA CLINICA.

EN LA MAYORIA DE LOS CONSULTORIOS Y DE LAS ESCUELAS DE ODONTOLOGIA ESTA SE OBTIENE POR MEDIO DE UN FORMULARIO QUE CONTIENE UN CUESTIONARIO COMPLETO SOBRE LA SALUD Y PROCURA EN DETALLE CONOCER DATOS (SIGNOS Y SINTOMAS), QUE NOS REFIERE EL PACIENTE, SOBRE SU CONSTITUCION ORGANICA Y SUS PROBLEMAS MEDICOS EN GENERAL Y ASI PODER PREVENIR POSIBLES COMPLICACIONES Y TOMAR MEDIDAS DE SEGURIDAD NECESARIAS DURANTE EL TRATAMIENTO.

LA PRIMERA CITA CON EL PACIENTE, DEBE CONSISTIR EN LO QUE SE DENOMINA ENTREVISTA Y EXAMEN PRELIMINAR.

LA HISTORIA CLINICA CONSTARA DE LOS SIGUIENTES DATOS:

- A) DATOS GENERALES
- B) NOMBRE

- C) ESTADO CIVIL
- D) OCUPACION
- E) LUGAR DE NACIMIENTO
- F) DOMICILIO
- G) TELEFONO
- H) SEXO
- I) RAZA

EDAD.

ES DE GRAN IMPORTANCIA, YA QUE REPRESENTA CAMBIOS METABOLICOS EN EL ORGANISMO DE LA NIÑEZ, LA ADOLESCENCIA.

SEXO.

POR LAS ENFERMEDADES FISIOLÓGICAS, CARACTERÍSTICAS DE LA MUJER.

OCUPACION.

PUEDEN EXISTIR ENFERMEDADES DEBIDAS A LA INHALACION O INGESTION DE SUSTANCIAS TOXICAS EN EL TRABAJO, FRACTURAS O LUXACIONES.

DOMICILIO.

NOS DA UNA IDEA DEL MEDIO EN EL QUE SE DESARROLLA EL PACIENTE AL IGUAL QUE EL LUGAR DE ORIGEN.

RAZA.

ESTA TAMBIEN TIENE GRAN IMPORTANCIA YA QUE HAY DETERMINADAS RAZAS CON TENDENCIA A ENFERMEDADES NUTRICIONALES, DIABETES, TUBERCULOSIS, ETC.

MOTIVO DE LA CONSULTA.

YA HABIENDO REALIZADO LAS PRESENTACIONES DEBIDAS TRATANDO AL PACIENTE CON ATENCION Y PROCURANDO INSPIRARLE CONFIANZA, LE PEDIMOS QUE DIGA CUAL FUE LA RAZON DE SU VISITA DETALLANDO CADA UNO DE LOS SINTOMAS.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS FAMILIARES.

TANTO LOS PADRES, HERMANOS, CONYUGE, HIJOS, ABUELOS Y COLATERALES CONVENIENTES, SIFILIS, DIABETES, TUBERCULOSIS, CARDIOPATIAS, HEMOFILIA, PADECIMIENTOS MENTALES, NERVIOSOS, NEFROPATIAS, ETC.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

FIEBRES ERUPTICAS, ALERGIAS A ALGUN MEDICAMENTO O ALIMENTO, SI FUERON ALGUNA ENFERMEDAD PROPIA DE LA INFANCIA, SARAMPION, VIRUELA, VARICELA, RUBIOLA, ESCARLATINA, PAROTIDITIS, FIEBRE REUMATICA, DIFTERIA, AMIGDALITIS, SALMONELLOSIS, HEPATITIS, TUBERCULOSIS, ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ASMA, DERMATOSIS, PALUDISMO, OTITIS, ADENOPATIAS, HIPERTENSION, INFARTO AL MIOCARDIO, ACCIDENTE VASCULAR,

CELEBRAL, TROMBOFLEBITIS, TRANSFUCIONES, TRAUMATISMOS (LUGAR Y FECHA), HEMORRAGIAS (HEPISTAXIS, HEMOPTISIS, RECTORRAGIAS, ETC), CRISIS CONVULSIVAS, ENFERMEDADES VENEREAS, ETC.

ESTADO DE SALUD GENERAL.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:

- A) APARATO DIGESTIVO: DISFAGIA, AEROFAGIA, NAUSEAS, VOMITOS, ERUPTOS, SI PADECE DE ULCERAS EN EL ESTOMAGO, DUODENO U PEPTICAS, SI HAY AUMENTO O DISMINUCION DE APETITO.
- B) APARATO RESPIRATORIO: DISNEA, SIANOSIS, EPISTAXIS (SANGRADO NASAL), TOS SECA O CON ESPUTO, ALGUNAS ALTERACIONES BRONQUIALES, ETC.
- C) APARATO CARDIOVASCULAR: SI ES CARDIOPATA, SI ESTA CONTROLADO, SI PRESENTA AGOTAMIENTO A ALGUN ESFUERZO FISICO, DOLOR PRECORDIAL, HEMATOMAS CON FACILIDAD, PRESION ARTERIAL SI ES NORMAL, SI PRESENTA HIPERTENSION O HIPOTENSION, SI HAY ARTEROESCLEROSIS, PRESENCIA DE VARICES, FIEBRE REUMATICA, ANGINA DE PECHO.
- D) SISTEMA NERVIOSO: SI SE ENCUENTRA EN ESTADO DE STRES, SI SE ALTERA CON FACILIDAD, SI PRESENTA INSOMNIO, EPILEPSIA Y SI ESTA BAJO CONTROL MEDICO, SI TIENE PREOCUPACION DE TIPO FAMILIAR, ECONOMICO, SOCIAL O DE TRABAJO, SI SUFRE MAREOS, ANGUSTIA, VERTIGO, TEMBLORES, ETC.

E) SISTEMA ENDOCRINO: TRASTORNOS GLANDULARES HIPERPARATIROIDISMO, HIPOPARATIROIDISMO, DIABETES, ETC.

F) APARATO GENITOURINARIO: MENARCA A LOS CUANTOS AÑOS SE PRESENTO, NUMERO DE DIAS DE DURACION DE CADA PERIODO, SI HAY HIJOS, CUANTOS HUBO, ABORTOS CUANTOS Y CAUSAS, PADECIMIENTOS RENALES, HINCHAZON DE PIES, DE PARPADOS Y PROBLEMAS EN LA MICCION.

EXPLORACION DE LA CAVIDAD ORAL.

A) LABIOS: VER FORMA INTEGRIDAD, CIANOSIS, HERPES, GRIETAS EN LAS COMISURAS.

B) LENGUA: OBSERVAR EL TAMAÑO, CONSISTENCIA COMO SU TEXTURA Y COLORACION, SI ESISTEN ULCERACIONES O TUMORACIONES, GRIETAS, CICATRICES.

C) PISO DE BOCA: VER EL FUNCIONAMIENTO DE LAS GLANDULAS, DESARROLLO DE VENAS Y ARTERIAS, EXPLORAR LOS FRENILLOS, SI HAY ADHERENCIAS VER COLOR Y CONSISTENCIA.

D) PALADAR DURO Y BLANDO: EXPLORACION CON EL ESPEJO O DEDO INDICE PARA VER SI HAY EXOSTOSIS O TORUS.

E) TEJIDOS BLANDOS: HACER UN ESTUDIO DE LA MUCOSA ORAL QUE INCLUYE LOS TEJIDOS BLANDOS INMEDIATOS A LOS DIENTES, LOS QUE ES

TAN SITUADOS LEJOS DE LOS DIENTES. SE DEBE SEÑALAR LA PRESENCIA DE ZONAS INFLAMADAS O ZONAS DE MANCHAS BLANQUESINAS (LEUCOPLASIA, LIQUEN PLANO O ULCERACIONES), EL CAMBIO DE COLOR Y TEXTURA ES INTERESANTE POR QUE PUEDEN EXISTIR ALTERACIONES, REGISTRAR FRENILLO GRANDE Y TORUS, YA QUE PUEDEN INFLUIR EN EL DISEÑO DE APARATOS.

HISTORIA CLINICA.

LA HISTORIA CLINICA SE DIVIDE EN CUATRO PARTES:

1.- INFORMACION GENERAL:

- A) FECHA
- B) NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE
- C) EDAD (SEGUN ESTA, SERA LA EXIGENCIA DEL PACIENTE).
- D) SEXO
- E) SALUD GENERAL
 - SI ES DIABETICO TRATADO O NO TRATADO.
 - SI ES CARDIACO
 - ENFERMEDADES QUE HA PADECIDO
- F) OCUPACION Y POSICION SOCIAL
- G) HISTORIA DENTAL (COMO Y POR QUE HA PERDIDO SUS DIENTES).
- H) HISTORIA DE LA DENTADURA:
 - 1.- MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA. (PUEDE SER ESTETICA, POR FUNCIONALIDAD, ETC).
 - 2.- TIEMPO DE HABER PERMANECIDO DESDENTADO:

- MAXILAR
- MANDIBULAR
- 3.- TIEMPO DE HABER USADO DENTADURA:
 - MAXILAR
 - MANDIBULAR
- 4.- DENTADURAS ACTUALES:
 - CLASE: ACRILICO, REMOVIBLE, METAL O ACRILICO.
 - NUMERO: CUANTAS VECES AL AÑO HA USADO.
 - EXPERIENCIA: FAVORABLE O DESFAVORABLE, SI CAMBIO POR ESTETICA.
 - DENTADURAS ACTUALES: (QUE OBSERVAMOS EN MAXILAR O MANDIBULAR, SI ES FAVORABLE O DESFAVORABLE). EN ESTA SE VA A BASAR PARA LA ELABORACION DE LA QUE SOLICITA.
 - EFICIENTE A LA MASTICACION: EL PACIENTE DICE QUE ES EFICIENTE Y LO QUE OBSERVAMOS ES QUE NO HACE CONTACTO EN AMBOS LADOS.
 - RETENCION: (SI NO SE CAE LA DENTADURA).
 - ESTABILIDAD: (QUE NO SE MUEVA, QUE ESTE FIJA).
 - ESTETICA: (ACEPTABLE POR EL PACIENTE).
 - FONETICA: (OBSERVAR SI HABLA BIEN).
 - COMODIDAD: (NO MOLESTA AL PACIENTE).
 - DIMENSION VERTICAL: (POSICION FISIOLOGICA DE DIENTES QUE LA OBSERVAMOS CUANDO LOS DIENTES SON GRANDES Y EL PACIENTE NO PUEDE CERRAR LA BOCA; SI SON CHICOS LA BOCA SE HARA PEQUEÑA.

5.- RECOMENDACIONES DE PACIENTE Y DENTISTA PARA MEJORAR LA DENTADURA.

II. CARACTERISTICAS FISICAS DEL PACIENTE. (ENFOCADAS A LA ELABORACION DE LA DENTADURA).

1.- HABILIDAD NEUROMUSCULAR.

- A) LENGUAJE. (ARTICULACION) BUENO, MEDIANO Y MALO. (SI NO ARTICULA SUS PALABRAS, MALO)
- B) COORDINACION. (COMO CAMINA, MOVIMIENTOS FACIALES)

2.- APARIENCIA GENERAL.

- A) INDICE COSMETICO. (QUE TANTO PROCURA ARREGLARSE; UNA PERSONA QUE SE ARREGLA BASTANTE, SERA EXIGENTE EN ESTETICA).
- B) ASPECTO DE LA PERSONA. (ALTO Y FUERTE, DELGADO Y DELICADO).
- C) PERSONALIDAD. DELICADO, MEDIO Y VIGOROSO

3.- CARA.

- A) FORMA: OVOIDE, OVALADA O CUADRADA.
- B) PERFIL. NORMAL, PROGANTICO Y RETROGMATICO
- C) CABELLO. BLANCO, NEGRO, CASTAÑO Y RUBIO
- D) OJOS. NEGROS, CAFES, VERDES Y AZULES.
- E) TEZ. CLARA, MEDIA, RUBIA Y MORENA.
- F) TEXTURA DE PIEL. RESECA, NORMAL, SI HAY ALGUNA MARCA.
- G) ARRUGADO DEBIDO A: EDAD PERDIDA DE DIVISION VERTICAL.

- H) LABIOS. ACTIVOS, LARGOS, MEDIANOS Y CORTOS.
- I) BORDE DE BERMELLON VISIBLES. (PARTE EXTERNA DEL LABIO)

III. EVALUACION CLINICA.

1.- ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.

- A) COMODIDAD
- B) CREPITANTE (CHASQUIDO)
- C) SONORA
- D) SUAVIDAD
- E) DESVIACION

2.- MOVIMIENTO MANDIBULAR.

- A) PROTUSIVO. NORMAL, EXCESIVO, LIMITADO.
- B) LATERAL DERECHO
- C) LATERAL IZQUIERDO

3.- FACTORES BIOLOGICOS

- A) TONO MUSCULAR.
 - NORMAL. CUANDO EL PACIENTE SE EXTRAE DIENTES E INMEDIATAMENTE SE LE COLOCA EL DIENTE.
 - CASI NORMAL. CUANDO SE ESPERA LA CICATRIZACION PARA COLOCAR PROTESIS.
 - SUBNORMAL. SE PRESENTA SIN DENTADURA POR MUCHO TIEMPO.
- B) DESARROLLO DE LOS MUSCULOS DE LA MASTICACION.
 - NORMAL. CUANDO ES FUERTE.

- CERCA DE LO NORMAL. ES MEDIO FUERTE.
- SUBNORMAL. LEVE
- C) TAMAÑO DE MAXILAR Y MANDIBULAR. (ORTOGNATA, PROGDATA, RETROGNATA)
 - MANDIBULA Y MAXILAR COMPATIBLE. NO HAY PROBLEMA AL ARTICULAR.
 - MANDIBULA MAS PEQUEÑA QUE EL MAXILAR. NO HAY SUFICIENTE SOPORTE, HAY ALTERACIONES EN ARTICULACION.
 - MANDIBULA MAS LARGA QUE EL MAXILAR. NO HAY SUFICIENTE SOPORTE, HAY ALTERACIONES EN ARTICULACION.HACER INTERVENCION QUIRURGICA PARA RESOLVER PROBLEMAS.
- D) ALTURA DEL PROCESO RESIDUAL.
 - MAXILAR. NORMAL, PEQUEÑO, PLANO (ZONA 1a. DE SOPORTE)
 - MANDIBULA. NORMAL, PEQUEÑA, PLANA (ZONA 2a. DE SOPORTE)
- E) FORMA DE PROCESO RESIDUAL.
 - MAXILAR. U, V, AFILADO.
 - MANDIBULAR. U, V, AFILADO.EL MAS ACONSEJABLE ES EL DE FORMA DE U, NOS AYUDA MAS A LA PROSTODONCIA.
- F) FORMA DEL ARCO.
 - MAXILAR
 - CUADRADO.- EVITA ROTACION DE MANDIBULA.
 - TRIANGULAR
 - OVOIDE.- PUEDE VOTAR A LA DENTADURA.

- MANDIBULA.- CUADRADO, TRIANGULAR, OVOIDE.
- G) FORMA DE PALADAR DURO.
 - PLANO. ES EL MAS ACONSEJABLE.
 - U
 - V
- H) INCLINACION EN EL PALADAR BLANDO.
 - SUAVE. EL MAS ACONSEJABLE.
 - MEDIANO
 - AGUDO
- I) RELACIONES DE LOS PROCESOS. (HAY PROBLEMAS EN LA ARTI-
CULACION DE DIENTES).
 - ORTODONTICOS
 - RETROGNATICO
 - PROGNETICO
- J) PARALELISMO DE LOS PROCESOS.
 - AMBOS PROCESOS SON PARALELOS AL PLANO OCLUSAL.
 - UNO DE LOS PROCESOS NO ES PARALELO. (CUANDO EL REBOR-
DE MANDIBULAR ES DIVERGENTE).
 - AMBOS PROCESOS SON DIVERGENTES. (CUANDO EL REBORDE
DEL MAXILAR SE DEBE A LA TEMPRANA EXTRACCION).
EL RODILLO QUE SE COLOQUE DEBERA SER PARALELO AL PROCE-
SO.
- K) DISTANCIA INTERARCO. (DISTANCIA PARA ARTICULAR DIEN-
TES).

ADECUADA	EXCESIVA	LIMITADA
----------	----------	----------

- L) RETENCIONES OSEAS.
- MAXILAR. NINGUNA, LIGERA, REQUIERE REMOCION.
 - MANDIBULA. NINGUNA, LIGERA, REQUIERE REMOCION.
- M) TORUS.
- MAXILAR. NINGUNO, LIGERO, REQUIERE REMOCION
 - MANDIBULA. NINGUNO, LIGERO, REQUIERE REMOCION.
- N) TEJIDOS BLANDOS QUE CUBREN EL:
- PROCESO ALVEOLAR.
 - ESPESOR FIRME Y UNIFORME. (ES EL MEJOR, YA QUE SOPORTA LAS FUERZAS DE MASTICACION, PALPAR AL PACIENTE).
 - TEJIDO GRUESO
 - TEJIDO HIPOPLASICO O RESISTENTE.
- O) MUCOSA. ES EL CARRILLO, FONDO DE SACO Y PISO DE LA BOCA. OBSERVAR SI NO ESTA IRRITADA O PRESENTA ALGUNA PATOLOGIA PORQUE LASTIMARA AL PACIENTE.
- SANA
 - IRRITADA
 - PATOLOGICA
- P) INSERCIONES TISULARES (ENCIA). DE ZONA PRINCIPAL DE SOPORTE, HASTA FONDO DE SACO.
- INSERTADA
 - MINIMO 12MM 8-12MM. MENOS DE 8MM.
- Q) INSERCIONES MUSCULARES Y FRENILLOS. (NOS INTERESA EL BAJO, PORQUE ESTA PEGADO AL FONDO DE SACO).

- BAJO
 - MEDIANO
 - ALTO
- R) ESPACIO POST-MILOHIOIDEO. TIENE ESTABILIDAD, POR LINGUAL ATRAS DE PAPILAS PERIFORMES.
- MINIMO 10MM.
 - MENOS 10 MM.
 - SIN ESPACIO PARA LA DENTADURA.
- S) SENSIBILIDAD DEL PALADAR. (RESPUESTA A LA PALPACION). SE REFIERE A QUE SI EXISTE ALGUNA MOLESTIA AL MOMENTO DE LA DENTADURA VA A MOLESTAR.
- NINGUNA (ES LA OPTIMA)
 - MINIMA
 - HIPERSENSIBILIDAD
- T) TAMAÑO DE LA LENGUA.
- NORMAL. QUE CUANDO CIERRE LA BOCA CAIGA EN PROCESO ALVEOLAR.
 - MEDIANA
 - GRANDE. OCUPA MAS ESPACIO QUE LO NORMAL.
- U) POSICION DE LA LENGUA.
- NORMAL. ES LA QUE NOS AYUDA
 - PUNTA FUERA DE POSICION. ESTA CAE EN BORDE INCISAL DE DIENTES ANTERIORES.
- V) SALIVA.
- CANTIDAD Y CONSISTENCIA.

- NORMAL. ACTUA COMO ADHESIVO, NOS AYUDA COMO SI FUERAN DOS CRISTALES CON AGUA Y YA NO SE DESPEGAN.
- CANTIDAD EXCEDIDA. TENDREMOS POCA REFLEXION.
- POCA O NADA DE SALIVA.
- W) ACTITUD MENTAL.
 - FILOSOFICA. ES EL IDEAL, PORQUE COOPERA, ENTIENDE.
 - EXACTO. VA A SER MUY ESTRICTO.
 - HISTERICO. NO COOPERA, SE DAN INDICACIONES.
 - INDIFERENTE. NO CUMPLE CON LAS CITAS, NO HACE LO QUE SE LE INDICA.
- X) EXAMEN RADIOGRAFICO. SI HAY DIENTES INCLUIDOS, QUIS--TES, TERCEROS MOLARES, PATOLOGIAS, ETC.
 - HUESO DENSO.
 - HUESO CANCEROSO (HUESO POROSO)
 - HUESO NO DENSO.PATOLOGIA RETENIDA.

IV. PRONOSTICO.

SI ES FAVORABLE O DESFAVORABLE, TOMANDO EN CUENTA LA ACTITUD DEL PACIENTE, TAMAÑO DE PROCESOS, FORMA; UN PACIENTE DIABETICO TENDRA POCA SALIVA; UN PACIENTE QUE HA USADO DENTADURAS, SI ES PRIMERA VEZ HAY QUE ENSEÑARLE COMO USARLA, SI HAY RESORCION OSEA SE DESAJUSTA.

SI HAY PATOLOGIA EN QUE SITIO ESTA. EJ. SI HAY DIENTE O RAZA INCLUIDA DESDE HACE DIEZ AÑOS Y SI NO PRESENTA PROBLEMA ES MEJOR DEJARLA, SI DA MOLESTIAS EXTRAERLAS ANTES DE HACER LA PROTESIS.

1.1.3 EXAMEN DE RAYOS X.

LA RADIOGRAFIA ES UN AUXILIAR IMPORTANTE PARA COMPLETAR EL EXAMEN CLINICO, NOS PERMITE ACLARAR LOS PROCESOS Y CONDICIONES EN EL CRANEO.

TODOS LOS TRATAMIENTOS QUIRURGICOS Y PERIODONTALES QUE PUEDEN SER NECESARIOS DEBEN ESTAR TERMINADOS ANTES DE PLANEAR LA PROTESIS EN DETALLE.

CUANDO SE VAN A HACER EXTRACCIONES ES NECESARIO TOMAR RADIOGRAFIAS DE LOS MAXILARES, YA QUE SON UN COMPROBANTE PARA OBTENER INFECCIONES RESIDUALES, FRAGMENTOS RADICULARES, DIENTES IMPACTADOS Y CUERPOS EXTRAÑOS.

PROPORCIONA INFORMACION SOBRE LA ALTURA DEL HUESO ALVEOLAR.

1.1.4 MODELOS DE ESTUDIO.

SE TOMAN IMPRESIONES COMPLETAS DE LA BOCA CON AGAR-AGAR O ALGINATO Y SE REPRODUCE EL MODELO EN YESO PIEDRA. LAS IMPRESIONES DEBERAN SER PRECISAS Y COMPLETAS Y BIEN REPRODUCIDAS EN EL YESO PIEDRA; LOS MODELOS SE RECORTAN Y SE TERMINAN EN FORMA PULCRA. EL MODELO DE ESTUDIO ES UN MEDIO DE DIAGNOSTICO VALIOSO DEL CASO ANTES DEL TRATAMIENTO Y DEBE CONSERVARSE CUIDADOSAMENTE, JUNTO CON LOS DEMAS REGISTROS DEL CASO.

NUNCA SE UTILIZARAN LOS MODELOS DE ESTUDIO PARA TECNICAS PRELIMINA

RES PARA QUE NO SE MUTILEN NI SE ESTROPEEN.

SE OBTIENEN DUPLICADOS PARA LOS DIVERSOS PASOS TECNICOS COMO LA CONFECCION DE CUBETAS INDIVIDUALES, LOS DUPLICADOS SE PUEDEN OBTENER FACILMENTE TOMANDO DOS IMPRESIONES EN LA BOCA O DUPLICANDO EL MODELO DE ESTUDIO CON AGAR-AGAR.

1.1.5 DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO.

PARA OBTENER EXITO EN NUESTRO TRATAMIENTO O ELABORACION DE LA DENTADURA ES NECESARIO OBTENER UN DIAGNOSTICO ACERTADO APOYADO EN EL ESTUDIO Y VALORACION ADECUADA DE LOS SIGNOS Y SINTOMAS QUE EL PACIENTE NOS HA REFERIDO Y QUE EL ODONTOLOGO HA RECOPIADO EN LA HISTORIA CLINICA, APOYANDOSE EN EL ESTUDIO RADIOGRAFICO.

ES IMPORTANTE EXPLICAR AL PACIENTE EL ESQUEMA GENERAL, DE LOS DISTINTOS PASOS QUE SE DEBEN DE SEGUIR EN LA CONSTRUCCION DE SU DENTADURA Y DISCUTIR CON EL EL DISEÑO DE ESTA.

ES BUENO DAR AL PACIENTE ALGUNA ORIENTACION SOBRE EL NUMERO DE VISITAS QUE SE VAN A NECESITAR Y LA DURACION APROXIMADA DE UNA DE ELLAS.

LOS PACIENTES QUE NO HAN RECIBIDO PREVIAMENTE TRATAMIENTOS GRANDES DE ODONTOLOGIA, ES PROBABLE QUE NO COMPRENDAN QUE PARA LA CONSTRUCCION DE UNA DENTADURA SE REQUIERE DE UN PERIODO DE TIEMPO ADECUADO.

CAPITULO II. CLASIFICACION Y DEFINICION DE LA PROSTODONCIA
 TOTAL.

LA PROSTODONCIA TOTAL ES AQUELLA RAMA DE LA ODONTOLOGIA QUE TIENE COMO FIN EL RECONSTRUIR EN SU TOTALIDAD, O UN DETERMINADO NUMERO - DE PIEZAS DENTARIAS, EN SU FUNCION FISIOLÓGICA Y ESTETICA POR MEDIO DE PROTESIS MUCOSOPORTADAS.

LA PROSTODONCIA SE DIVIDE EN:

PROSTODONCIA PARCIAL.

ES AQUELLA QUE TIENE COMO FIN EL REEMPLAZAR UN NUMERO DETERMINADO DE PIEZAS DENTARIAS POR MEDIO DE APARATOS PROTESICOS MUCODENTOSO-- PORTADAS DESEMPEÑANDO UNA FUNCION TANTO FISIOLÓGICA, COMO ESTETICA.

LA PROSTODONCIA PARCIAL SE DIVIDE EN:

PROTESIS PARCIAL FIJA.

QUE VIENE A CUBRIR LAS NECESIDADES FISIOLÓGICAS Y ESTETICAS POR LA AUSENCIA DE UN DIENTE O UN GRUPO DE DIENTES, CON LA PARTICULARIDAD QUE DEBERA QUEDAR SUJETO A DIENTES REMANENTES, NO DEBIENDO EL PACIENTE REMOVERLO A VOLUNTAD.

ES AQUELLA QUE REQUIERE EL DESGASTE DE LAS PIEZAS DENTARIAS EXISTENTES, POR MEDIO DE ESTRUCTURAS METALICAS, SOSTENER Y RETENER LA PIEZA O DIENTE ARTIFICIAL SIENDO SU PRINCIPAL FINALIDAD DE ESTE DESGASTE.

2.1 INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA PROSTODONCIA TRADICIONAL.

ENTRE LAS INDICACIONES PODEMOS MENCIONAR:

HABILITAR AL PACIENTE PARA MASTICAR HASTA QUE OBTENGA UNA ADECUADA NUTRICION.

SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS ESTETICOS PARA PRESERVAR LA APARIENCIA NORMAL DEL PACIENTE.

AYUDAR AL PACIENTE A HABLAR TAN BIEN COMO SI CONSERVARA SUS DIENTES NATURALES.

PROVEER DE COMODIDAD ORAL Y PERFECCIONAR EL SENTIDO DE BIENESTAR DEL PACIENTE.

ENTRE LAS CONTRAINDICACIONES TENEMOS:

CUANDO EL Ph DE LA SALIVA SEA BAJO, EN PACIENTES CON ALTERACIONES GENERALES Y PADECIMIENTOS SISTEMATICOS, COMO DIABETES, EPILEPTICOS, ETC., LA ACIDEZ BUCAL PROVOCA ALTERACIONES DE LOS MATERIALES UTILIZADOS EN LA ELABORACION DE LA PROTESIS COMO SON LOS ACRILICOS.

CUANDO EXISTAN ALTERACIONES EN LA TRABECULADO OSEO, HIPERPLASIAS, ETC.

2.2 DIFERENCIAS DE LAS SOBREDENTADURAS Y LAS PROSTODONCIAS INMEDIATAS.

LA SOBREDENTADURA ES UNA PROTESIS COMPLETA O PARCIAL REMOVIBLE --- CONSTRUIDA SOBRE DIENTES RETENIDOS QUE PUEDAN MODIFICARSE O NO.

TEMBIEN SE LE DENOMINO DENTADURA DENTOSOPORTADA, DENTADURA OVERLAY DENTADURA TELESCOPICA Y PROTESIS HIBRIDA.

LOS PROCEDIMIENTOS CLINICOS PARTICIPANTES EN LA TECNICA DE LA SOBREDENTADURA SON SENCILLOS Y ABARCAN UN AMPLIO ESPECTRO DE LA ODONTOLOGIA. DICHS PROCEDIMIENTOS COMPRENDEN ENDODONCIA, PERIODONCIA, PROSTODONCIA DE CORONAS Y PARCIALES FIJAS Y PROSTODONCIA REMOVIBLE. EL USO DE LA SOBREDENTADURA ESTA BASADO EN LA PREMISA DE QUE HAY VENTAJAS CLARAS EN LA CONSERVACION DE ALGUNOS DIENTES NATURALES Y REALES DESVENTAJAS EN LA EXTRACCION DE TODOS LOS DIENTES.

ESTA ORIGINA UNA PERDIDA MAS RAPIDA DE HUESO ALVEOLAR, PERDIDA TOTAL DE LA INFORMACION SENSORIAL DE LOS RECEPTORES DEL LIGAMENTO PERIODONTAL Y UNA TRANSFERENCIA DE TODAS LAS FUERZAS OCLUSALES DE LOS DIENTES AL REBORDE ALVEOLAR RESIDUAL.

INDICACIONES:

LAS SOBREDENTADURAS NO SE PROPONEN COMO SUSTITUTOS DE LAS DENTADURAS PARCIALES REMOVIBLES O LAS FIJAS.

DEBEN CONSIDERARSE LAS SOBREDENTADURAS EN TODO PACIENTE EN EL QUE SE CONTEMPLA LA EXTRACCION DE TODOS LOS DIENTES NATURALES.

EL USO DE LA SOBREDENTADURA SE CONSIDERA UNA ALTERNATIVA A ESTA SOLUCION RADICAL. ESOS DIENTES PUEDEN ESTAR AFECTADOS POR ENFERMEDAD PARODONTAL O CARIES, A TAL PUNTO QUE RESULTEN INADECUADOS PARA USAR PROTESIS FIJA O REMOVIBLE. PERO A MENUDO ES POSIBLE CONSERVAR UNO O MAS DE ESTOS DIENTES PARA SOPORTAR UNA SOBREDENTADURA.

DICHOS CASOS PRESENTAN PROBLEMAS ESTETICOS PARA LA REPOSICION CON PROTESIS FIJAS O REMOVIBLES.

LA REDUCCION DE LAS CORONAS CLINICAS DE ESTOS DIENTES Y EL TRATAMIENTO PERIODONTAL DA LUGAR A DIENTES MAS ESTABLES CON UNA MEJOR RELACION CORONA-RAIZ.

LAS SOBREDENTADURAS SE INDICAN, EN PARTICULAR, EN LA ARCADEA INFERIOR, DONDE LA PERDIDA DE HUESO ALVEOLAR ES MAS RAPIDA. SIN EMBARGO, SE ACONSEJA USARLAS EN EL MAXILAR SUPERIOR, DONDE LA PORCION EDENTULA DE ESTE SE ENFRENTA CON DENTICION NATURAL.

LAS SOBREDENTADURAS SE RECOMIENDAN EN PACIENTES QUE PADECIERON PERDIDA SEVERA DE HUESO ALVEOLAR EN ZONAS DE EXTRACCIONES PREVIAS.

CABE ESTIMAR QUE HABRA UNA PERDIDA SIMILAR DE HUESO EN LAS AREAS DE LAS NUEVAS EXTRACCIONES.

LA CONSERVACION DE LOS DIENTES PARA SOPORTAR SOBREDENTADURA EN ESTOS PACIENTES SERVIRA PARA CONSERVAR EL HUESO ALVEOLAR REMANENTE. LAS SOBREDENTADURAS PUEDEN SER CONVENIENTES EN CASOS DE PROTESIS POSTRAUMATICAS O POSQUIRURGICAS. SUELE HABER NECESIDAD IMPERIOSA DE CONSERVAR DIENTES PARA RETENSION Y SOPORTE DE LA DENTADURA EN DICHSO PACIENTES. LA CONSERVACION DE UN SOLO DIENTE PUEDE SIGNIFICAR, EN ESTOS CASOS, EL EXITO EN LUGAR DEL FRACASO.

ESTAN INDICADAS EN PACIENTES CON QUIENES PUEDEN DARSE CONSIDERACIONES ESPECIALES.

CUANDO SE PLANEE UNA DENTADURA PARCIAL, A MENUDO SERA VENTAJOSO CONSERVAR UN MOLAR QUE PODRIA CONSIDERARSE INACEPTABLE COMO PILAR DE DENTADURA PARCIAL.

LAS SOBREDENTADURAS SUPERIORES SE RECOMIENDAN COMO MEDIO PARA CORRIGIR OCLUSIONES PROGNATICAS, Y CON ESE PROPOSITO SE USARON DURANTE MUCHOS AÑOS.

CONTRAINDICACIONES:

LAS SOBREDENTADURAS ESTAN CONTRAINDICADAS DONDE LOS DIENTES REMANENTES PUEDEN RESTAURARSE CON PROTESIS FIJAS O PARCIALES REMOVIBLES Y CUANTO EL PACIENTE NO ES CAPAZ DE REALIZAR UN BUEN CONTROL DE PLACA PREVENTIVO. ESTE FRACASO EN EL CONTROL DE LA PLACA PUEDE ATRIBUIRSE A MUCHOS FACTORES, COMO MALA MOTIVACION Y PROBLEMAS FISICOS Y PSICOLOGICOS. TAMBIEN ESTAN CONTRAINDICADAS CUANDO NO PUEDAN REALIZARSE SATISFACTORIAMENTE LOS TRATAMIENTOS ENDODONTICOS Y PERIODONTALES.

VENTAJAS:

CONSERVACION DEL HUESO ALVEOLAR.
MEJORA DE LA PORCION CORONA-RAIZ
PRESERVACION DE LA PROPIOCEPCION.
MAYOR ESTABILIDAD, RETENCION Y MEJOR FUNCION.
VENTAJAS PSICOLOGICAS.
COLOCACION FACIL DE LOS DIENTES DE LA DENTADURA.
MENOS PROBLEMAS CONSECUTIVOS A LA INSERCION.

DESVENTAJAS:

LA DESVENTAJA PRINCIPAL DE LA SOBREDENTADURA ES QUE LOS PROCEDIMIENTOS CLINICOS CONSUMEN MAS TIEMPO Y GENERAN MAS GASTOS.

PROTESIS INMEDIATA.

ALGUNOS AUTORES DEFINEN A LA PROTESIS INMEDIATA COMO EL PROCEDIMIENTO DE COLOCAR LOS DIENTES ARTIFICIALES INMEDIATEMENTE DESPUES DE HABER REALIZADO LAS EXTRACCIONES Y REGULARIZACION DE LOS MAXILARES; POR TANTO UNA CONDICION IMPORTANTE ES TENER REALIZADO EL APARATO PROTESICO PREVIO AL ACTO QUIRURGICO.

HERATWELL Y SALISBURY CITAN COMO VENTAJAS DE LA PROTESIS INMEDIATA LAS SIGUIENTES:

1.- QUIRURGICAMENTE ACTUAN AYUDANDO EN GRAN FORMA A:

- A) EVITAR HEMORRAGIA.
- B) DISMINUIR LA INFLAMACION.
- C) PROTEGER LA BRECHA QUIRURGICA.
- D) LA REMODELACION OSEA ES "GUIADA" POR LA DENTADURA.

2.- PROSTODONTICAMENTE BENEFICIA EN LOS SIGUIENTES PUNTOS:

- A) CONSERVA EL FUNCIONAMIENTO NORMAL DE LA ARTICULACION TEMPORO-MANDIBULAR.
- B) NO ALTERA LA FISILOGIA MUSCULAR.
- C) MANTIENE LA DIMENSION VERTICAL.
- D) SE PUEDE DEJAR UNA OCLUSION MUY SIMILAR A LA PREOPERATORIA, SI ES QUE ESTO CONVIENE.

UNA VEZ REALIZADO EL MINUCIOSO ESTUDIO DEL PACIENTE Y LLEVADO A CABO TODOS LOS PROCEDIMIENTOS PROTESICOS, EN DONDE ES MUY IMPORTANTE QUE EL PROTESISTA RECORTE LOS MODELOS EN LA FORMA EN QUE DESEA QUE EL CIRUJANO RESTAURE LOS PROCESOS DEL PACIENTE, Y TENIENDO LAS DENTADURAS ELABORADAS, SE PROCEDERA A LA INTERVENCION QUIRURGICA. EL TACTO CRUENTO PODRA SER REALIZADO BAJO ANESTESIA LOCAL O GENERAL, CUANDO EL TRATAMIENTO HABRA DE SER MUY LARGO (MAS DE 3 HORAS), SE RECOMIENDA QUE SE REALICE BAJO ANESTESIA GENERAL, YA QUE EL TRABA-

JAR MAS COMODA E INTERRUMPIDAMENTE, ABREBIARA MUCHO EL
TIEMPO QUIRURGICO.

UNA VEZ QUE EL CIRUJANO PASA A LA SALA DE OPERACIONES
DEBE LLEVAR EN SU MENTE Y EN LOS REGISTROS PRECORTADOS
TODO LO QUE VA A REALIZAR SOBRE LOS MAXILARES DEL PA-
CIENTE, ES RECOMENDABLE QUE ESTE ACOMPAÑADO POR EL PROS-
TODONCISTA QUIEN PODRA EMITIR IMPORTANTES OPINIONES Y
OBSERVACIONES DURANTE LA INTERVENCION.

YA ANESTESIADO EL PACIENTE POR CUALQUIERA DE LOS METO-
DOS, (si se realiza bajo anestesia general algunos cli-
nicos recomiendan la infiltración de algún anestésico
con vaso-constrictor, no con el fin de producir acción

anestésica, ya que esto no es necesario, sino de producir acción vasoconstrictora para que la intervención se realice con menos sangrado y por ende con mayor visibilidad).

SE INICIA LA INTERVENCIÓN MEDIANTE LAS INCISIONES O COLGAJOS, QUE GENERALMENTE SE REALIZAN EN LA PARTE MÁS SUPERIOR DEL PROCESO RESIDUAL EN CASO DE QUE NO EXISTAN DIENTES, SI EXISTEN ESTOS SE RECOMIENDA QUE SE REALICEN INCISIONES QUE FESTONEEN LOS DIENTES PARA ASÍ LEVANTAR LOS COLGAJOS FACILMENTE TANTO HACIA A LA ZONA VESTIBULAR, COMO A LA ZONA LINGUAL O PALATINA. HABIENDO REALIZADO LA EXPOSICIÓN DE LOS PROCESOS ALVEOLARES MEDIAN-

TE EL LEVANTAMIENTO DE LOS COLGAJOS POR MEDIO DEL ELEVADOR DE PERIOSTIO, PROCEDEMOS A REALIZAR LAS EXTRACCIONES, QUE SERAN, SI ES NECESARIO, CON ODONTOSECCION O CON OSTEOTOMIA, CON EL FIN DE PROTEGER LO MAS POSIBLE LAS TABLAS EXTERNA E INTERNA, YA QUE EL FRACTURARLAS PROVOCARIA SEVERAS DEPRESIONES SOBRE LOS PROCESOS, HABIENDO REALIZADO LAS EXTRACCIONES SE PROCEDE A LA REMODELACION DE LOS PROCESOS POR MEDIO DEL CINCEL Y MARTILLO, DE LA PINZA GUBIA (ALVEOLO-TOMO), DE LA FRESA PARA HUESO Y HABIENDO REALIZADO LA REMODELACION SE ALIZARA EL HUESO POR MEDIO DE LA LIMA PARA ALIVIAR TODAS LAS ZONAS QUE PROVOCARIAN DOLOR AL APOYAR LA DENTADURA.

EL CIRUJANO DEBERA PASAR VARIAS VECES SU DEDO SOBRE LOS PROCESOS PARA PERCATARSE DE QUE NO EXISTEN SALIENTES OSEAS CORTANTES; HABIENDO COMPROBADO ESTO, SE LLEVAN A SU POSICION ORIGINAL LOS COLGAJOS PARA OBSERVAR EL CORRECTO ASENTAMIENTO DE ESTOS SOBRE SU NUEVO SOPORTE, GENERALMENTE SE OBSERVARA QUE SOBRA TEJIDO BLANDO DEBIDO A LA PERDIDA DE TEJIDO OSEO, ENTONCES SE REALIZARA EL RECORTE DEL TEJIDO BLANDO EXCEDENTE.

MUCHOS AUTORES RECOMIENDAN QUE EL PROTESISTA REALICE UNA PLACA ACRILICA TRANSPARENTE SIN DIENTES, PERO DE ANATOMIA EXACTA A LA QUE VA A COLOCARSE; ESTO ES CON EL FIN DE QUE SE PUEDA PROBAR ANTES DE SUTURAR TOTALMENTE, PROCEDIMIENTO ESTE DE MUCHA UTILIDAD, YA QUE NOS PODREMOS DAR CUENTA AL COLOCARLA SI NOS MARCA ZONAS ISQUEMICAS, LO QUE SIGNIFICARA QUE LA DENTADURA HACE PRESION EXCESIVA SOBRE DICHAS ZONAS, QUE POR LO TANTO SE TENDRAN QUE REGULARI-

ZAR CORRECTAMENTE; UNA VEZ QUE LAS PLACAS SE AJUSTAN SATISFACTORIA MENTE, SE PROCEDE A SUTURAR TOTALMENTE, YA SEA CON SURGETE CONTINUO O BIEN CON PUNTOS AISLADOS COLOCADOS EN LO QUE ERAN LAS CRES--TAS INTERDENTARIAS Y NO SOBRE LOS ALVEOLOS, YA QUE AL OPINAR DE --MUCHOS CLINICOS, ESTO PODRIA PROVOCAR HUNDIMIENTO DE LOS TEJIDOS -BLANDOS; POR ULTIMO, SE COLOCAN LAS DENTADURAS QUE PUEDEN IR REBASADAS CON ALGUN CEMENTO QUIRURGICO O SIN EL; SI LA INTERVENCION SE REALIZO BAJO ANESTESIA GENERAL, SE RECOMIENDA QUE LAS DENTADURAS -SEAN COLOCADAS HASTA QUE EL PACIENTE ESTE TOTALMENTE CONSCIENTE. EL OBJETO FUNDAMENTAL DE LA APLICACION SOBRE LA PARTE INTERNA CON CEMENTO QUIRURGICO ES DAR UNA PROTECCION A LAS HERIDAS Y ASI MISMO AYUDAR A UN MEJOR AJUSTE DE LA DENTADURA; LA DENTADURA CON CEMENTO SE COLOCA CUANDO ESTA FRESCA Y SE RETIRA PARA ESPERAR FUERA DE LA BOCA UN GRADO SUFICIENTE DE FRAGUADO QUE EVITE QUE LOS HILOS DE SUTURA SE ADHIERAN, SIN ESTE REQUISITO, EL POSTOPERATORIO SE PODRIA COMPLICAR.

EN EL MANEJO POSTOPERATORIO SE RECOMIENDA AL PACIENTE QUE NO RETI--RE SUS DENTADURAS EN LAS PRIMERAS 24 HORAS Y PASADO ESTE LAPSO DE TIEMPO HABRA DE SER EL CIRUJANO DENTISTA QUIEN RETIRE LAS MISMAS, LAS QUE SE LAVARAN, DESINFECTARAN Y SERAN NUEVAMENTE COLOCADAS EN LA BOCA DEL PACIENTE, PREVIO LAVADO DE LAS HERIDAS QUIRURGICAS, RECOMENDANDOSE NUEVAMENTE LA COLOCACION DEL CEMENTO QUIRURGICO; ESTE PROCEDIMIENTO DEBERA SER REALIZADO POR EL CLINICO DURANTE LOS PRIMEROS CINCO DIAS DEL POSTOPERATORIO, PUDIENDO REALIZARSE DIA POR MEDIO, ES DECIR, UNA VEZ EFECTUADO EL CONTROL, SE PUEDE DEJAR.

UN INTERVALO DE UN DIA DE DESCANSO PARA CONTINUAR CON EL PROCEDIMIENTO PRECITADO AL DIA SIGUIENTE Y ASI SUCESIVAMENTE.

DE GRAN UTILIDAD SON PARA ESTE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO-PROTESICO LAS NUEVAS DENTADURAS MODULARES, YA QUE ESTAS PUEDEN SER CONFEC--
CIONADAS EN MUY CORTA TIEMPO, ASI COMO SER REBASADAS RAPIDAMENTE Y SIN PROBLEMAS PARA EL PACIENTE; RECIENTES EXPERIENCIAS AL RESPECTO INCITAN A REFORZAR MAS CADA DIA EL TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO EN BASE A ESTAS DENTADURAS MODULARES Y SU APLICACION INMEDIATA A LOS TRATAMIENTOS QUIRURGICOS.

CAPITULO III. ASPECTOS ANATOMICOS Y NEUROMUSCULARES DE LA
ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR.

3.1 DEFINICION Y DESCRIPCION DE LA ARTICULACION TEMPORO MAN-
DIBULAR (IRRIGACION E INERVACION).

LA MANDIBULA SE MUEVE GRACIAS A LA A.T.M., SE CONSIDERA ENTRE LAS
GINGLINO ARTROIDAL COMPLEJA DEBIDO A SU MOVIMIENTO YA QUE ROTA Y
SE DESPLAZA AL MISMO TIEMPO, ESTA FORMADA POR DOS ESTRUCTURAS ---
OSEAS QUE PERTENECEN AL HUESO TEMPORAL Y A LA MANDIBULA SON LA CA
VIDAD GLENOIDEA Y EL CONDILO RESPECTIVAMENTE, ESTOS DOS HUESOS --
ESTAN SEPARADOS POR EL DISCO O MENISCO ARTICULAR.

CAVIDAD GLENOIDEA.

ES LA PARTE DE LA ESCAMA DEL HUESO TEMPORAL ES DE FORMA CONVEXA
EN EL PLANO SAGITAL Y CONCAVA EN EL PLANO FRONTAL ESTA CONSTITUI-
DA POR UNA PARED POSTERIOR (EMINENCIA ARTICULAR Y UNA PARED INTER
NA O MEDIA).

MENISCO O DISCO ARTICULAR.

ESTA FORMADO DE TEJIDO CONJUNTIVO LAXO, NO TIENE INERVACION, Y -
ESTO ES DEBIDO A LA PRESION QUE EXISTE, SU FORMA ES REDONDA Y SE
ENCUENTRA DENTRO DE UNA MEMBRANA CAPSULAR QUE ENVUELVE A LA ARTI-
CULACION, SE VA A MOVER JUNTO CON EL CONDILO EN MOVIMIENTO DE ---
APERTURA Y CIERRE, DEBIDO A LA POSICION DEL DISCO ENCONTRAMOS DOS

ESPACIOS UNA ARRIBA Y OTRA ABAJO CONSTITUIDOS POR LIQUIDO SINOVIAL, QUE SIRVE COMO LUBRICANTE, EL MUSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO TIENE -- INERVACION EN LA PARTE MEDIA DEL BORDE ANTERIOR DEL DISCO, EL CONDILO DE LA MANDIBULA TIENE UNA FORMA CILINDRICA QUE SE CONTINUA -- CON EL CUELLO DEL CONDILO Y LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDIBULA. EL CONDILO SE ENCUENTRA MAS O MENOS EN EL CENTRO UN EJE DE BISAGRA SOBRE EL CUAL GIRA LA MANDIBULA EN MOVIMIENTO DE APERTURA NORMAL Y CIERRE, ESTOS MOVIMIENTOS VAN A SER LLEVADOS A CABO POR LOS MUSCULOS Y VAN A ESTAR LIMITADOS POR LOS LIGAMENTOS DE LA ARTICULACION.

LIGAMENTOS IMPORTANTES EN LA A.T.M.

LIGAMENTOS TEMPORO MANDIBULAR.

VA DEL BORDE INFERIOR DE LA APOFISIS CIGOMATICA A LA PARTE PORTERO LATERAL DEL CUELLO DEL CONDILO, ESTE LIGAMENTO LIMITA EL MOVIMIENTO DE BISAGRA.

LIGAMENTOS ACCESORIOS.

LIGAMENTOS ESFENOMANDIBULAR.

VA DEL HUESO ESFENOIDES A LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDIBULA.

LIGAMENTO ESTILO MANDIBULAR.

VA DE LA APOFISIS ESTILOIDES A LA MANDIBULA.

BASES DE ALGUNOS MOVIMIENTOS ESCENCIALES Y POSICIONES DE LA MANDIBULA.

- 1.- LA CAPSULA DONDE SE ENCUENTRA EL DISCO Y SUS LIGAMENTOS LIMITAN TODOS SUS MOVIMIENTOS.
 - 2.- LA POSICION RETRUSIVA SE MANTIENEN POR LOS LIGAMENTOS LATERALES PROFUNDOS.
 - 3.- HACIA EL FINAL DE LA APERTURA DE BISAGRA TERMINAL DEL LIGAMENTO TEMPORO MANDIBULAR SE CONTRAE LIMITANDO ASI EL MOVIMIENTO.
 - 4.- EL MENISCO ESTA UNIDO AL CONDILO POR LO TANTO, SE MUEVE EN RELACION A EL.
- ENTONCES TODO EL MOVIMIENTO VA A SER LA PARTE SUPERIOR.

IRRIGACION.

LA CARA MEDIA Y POSTERIOR DE LA ARTICULACION RECIBE EL APORTE SANGUINEO DE LAS ARTERIAS AURICULARES PROFUNDAS TIMPANICA ANTERIOR Y MENINGEA MEDIA.

EN SU PARTE ANTERIOR RECIBE APORTE SANGUINEO POR LAS ARTERIAS MASETERINA Y TEMPORAL PROFUNDA POSTERIOR.

TODAS ESTAS RAMAS TIENEN ORIGEN EN LA ARTERIA MAXILAR.

LA PARTE POSTERIOR Y LATERAL DE LA A.T.M., ESTAR IRRIGADAS POR LAS RAMAS DE LAS ARTERIAS TEMPORAL SUPERFICIAL Y FACIAL TRANSVERSA.

TODOS ESTOS FORMAN UN ANILLO ALREDEDOR DEL CUELLO DEL CONDILO Y ----
ASCENDEN PARA DARLE IRRIGACION A LA A.T.M., LA CAPSULA SE ABASTE-
CE POR VASOS PERIOSTICOS Y DE LAS ARTERIAS QUE IRRIGAN EL MUSCULO
PTERIGOIDEO.

LA ARTICULACION MEDIANTE LA VENA TEMPORAL SUPERFICIAL ES QUE SE --
LLEVA A CABO EL DRENAJE, EL PLEXO PTERIGOIDEO Y LAS VENAS MAXILA--
RES. ESTAS RAMAS VENOSAS SON COMPLETAMENTE DISTINTAS DE LAS QUE --
DRENAN EL OIDO INTERNO.

INERVACION.

ESTA EN LA PARTE INTERIOR POR LAS RAMAS DEL NERVIO MASETERINO Y LA
PARTE POSTERIOR DE LA RAMA DEL NERVIO AURICULO TEMPORAL DESDE LA
DIVISION POSTERIOR.

LA DISTRIBUCION DE NERVIOS SE REALIZA DE MANERA SEMEJANTE A LA VAS
CULARIZACION INCLUYENDO CAPSULA, TEJIDO SENOVIAl, PERIFERIA DEL --
DISCO, QUE NO CONTIENE NERVIOS.

3.2 MUSCULOS MASTICADORES.

MUSCULO MASETERO.

MUSCULO MASTICADOR DE FORMA CUADRANGULAR, FORMADO POR DOS HAZES,
UNO SUPERFICIAL Y OTRO PROFUNDO.

INSERCIONES.

LA PARTE SUPERIOR SE INSERTA CON EL HAZ SUPERFICIAL POR MEDIO DE UN TENDON A LA CARA EXTERNA DE LA APOFISIS SIGOMATICA Y PARTE DEL HUESO MALAR, DE AHI SE DIRIGE HACIA ABAJO Y ATRAS HASTA EL BORDE DEL ANGULO DE LA MANDIBULA. EN EL BORDE INFERIOR DEL ARCO SIGOMATICO (ARRIBA), SE INSERTA EL HAZ PROFUNDO, SE DIRIGEN SUS FIBRAS ABAJO Y ADELANTE HASTA INSERTARSE EN LAS RUGOSIDADES DE LA CARA EXTERNA DEL ANGULO DE LA MANDIBULA.

RELACIONES.

ESTAN CUBIERTOS LOS DOS HAZES POR APONEUROSIS MASETERINA, SUPERFICIALMENTE SE RELACIONA POR LA GLANDULA PAROTIDA EN SU PORCION MASETERINA.

CONDUCTO DE STENON

NERVIO FACIAL, BORDE POSTERIOR SE RELACIONA CON LA CAROTIDA EXTERNA, BORDE ANTERIOR CON EL MUSCULO BUCCINADOR, ESTA CUBIERTO TOTALMENTE CON LA PIEL.

CARA PROFUNDA.

SE RELACIONA DIRECTAMENTE CON LA CARA EXTERNA DE LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDIBULA Y SU PARTE ANTERIOR CON LA BOLA GRASOSA DE BICHAT.

ACCION.

ELEVA LA MANDIBULA.

INERVACION.

RECIBE RAMOS MASETERINOS DEL MAXILAR INFERIOR TRIGEMINO.

IRRIGACION.

ARTERIA MASETERINA.

MUSCULO TEMPORAL.

MUSCULO APLANADO EN FORMA DE ABANICO CON UN ANGULO INFERIOR, PRESENTA 3 HAZES UNO ANTERIOR, MEDIO Y POSTERIOR.

INSERCIÓN.

POR MEDIO DE UNA APONEUROSIS SE INSERTA EN LA LINEA CURVA TEMPORAL SUPERIOR Y DIRECTAMENTE EN HUESO SOBRE LA LINEA CURVA TEMPORAL INFERIOR DE AHI SE DIRIGEN SUS HAZES ABAJO HASTA INSERTARSE POR MEDIO DE UN TENDON FUERTE APLANADO Y NACARADO, EN EL BORDE Y CARA INTERNA DE LA APOFISIS CORONOIDES DE LA MANDIBULA.

RELACION.

ESTA CUBIERTO POR LA APONEUROSIS TEMPORAL POR SU CARA PROFUNDA, SE

RELACIONA CON LA FOSA TEMPORAL (FOSETA TEMPORAL DEL FRONTAL, CARA TEMPORAL DE LAS ALAS MAYORES DEL ESFENOIDES, PARTE TAL, TEMPORAL), EN SU PARTE INFERIOR SE RELACIONA CON EL PTERIGOIDEO EXTERNO, LA ARTERIA CAROTIDA EXTERNA Y LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR.

CARA SUPERFICIAL SE RELACIONA CON LA PIEL Y EN SU PARTE INFERIOR - CON EL ARCO CIGOMATICO, EL MASETERO.

ACCION.

ELEVA LA MANDIBULA Y DIRIGE LIGERAMENTE HACIA ATRAS DEBIDO A LOS - HAZES POSTERIORES.

INERVACION.

RECIBE TRES FILETES NERVIOSOS TEMPORALES PROFUNDOS DEL MAXILAR INFERIOR, TRIGEMINO.

IRRIGACION.

ARTERIA TRANSVERSA DE LA CARA.

MUSCULO PTERIGOIDEO INTERNO.

MUSCULO APLANADO.

INSERVIONES.

POR ARRIBA INSERTA EN LA FOSA PTERIGOIDEA Y POR MEDIO DE UN FASICULO PALATINO DE JUVARA EN LA APOFISIS PIRAMIDAL DEL PALATINO, DE AHI SUS FIBRAS SE DIRIGEN HACIA ATRAS Y AFUERA HASTA LLEGAR AL ANGULO DE LA MANDIBULA.

RELACIONES.

EN SU CARA INTERNA ENTRE LA FARINGE Y EL MUSCULO ENCONTRAMOS EL ESPACIO MAXILO-FARINGEO POR DONDE PASAN LOS NERVIOS NEUMOGASTRICO (9°PAR), GLOsofaringeo (10°PAR), ESPINAL (11°PAR) E HIPOGLASO (12°PAR).

CON LA ARTERIA COROTIDA INTERNA Y LA VENA YUGULAR. LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDIBULA PASANDO ENTRE ELLOS LOS NERVIOS LINGUAL, ---DENTAL INFERIOR Y LOS VASOS DENTARIOS, POR ULTIMO EL LIGAMENTO ---PTERIGOIDEO.

ACCION.

ELEVA LA MANDIBULA Y EN OCASIONES DA MOVIMIENTO DE LATERALIDAD.

INERVACION.

RAMO PTERIGOIDEO INTERNO DEL MAXILAR INFERIOR, TRIGEMINO.

IRRIGACION.

RECIBE UN RAMO DE LA CAROTIDA EXTERNA.

MUSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO.

TIENE DOS HAZES UNO SUPERIOR O ESFENOIDAL Y OTRO INFERIOR O PTERIGOIDEO.

INSERCIONES.

HAZ ESFENOIDAL, SE INSERTA EN LA PORCION CIGOMATICA DEL ALA MAYOR DEL ESFENOIDES.

HAS PTERIGOIDEO SE INSERTA EN LA CARA EXTERNA DEL ALA EXTERNA DE LA APOFISIS PTERIGOIDES DE AHI SE DIRIGEN LOS DOS HAZES HACIA ---- ATRAS HASTA INSERTARSE EN EL CUELLO DEL CONDILO DE LA MANDIBULA EN LA CAPSULA ARTICULAR Y MENISCO DE LA ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (A.T.M.).

RELACIONES.

S.U. CARA SUPERFICIAL SE RELACIONA CON EL MUSCULO TEMPORAL Y LA CAROTIDA EXTERNA.

LA CARA PROFUNDA SE RELACIONA CON EL LIGAMENTO INTER-PTERIGOIDEO Y EL PTERIGOIDEO INTERNO.

ACCION.

CUANDO SE CONTRAEN LOS DOS MUSCULOS LA MANDIBULA SE DIRIGE HACIA ADELANTE, CUANDO EL MUSCULO DERECHO SE CONTRAE LA MANDIBULA SE --- DIRIGE AL LADO IZQUIERDO Y ADELANTE, CUANDO ESTOS DOS ULTIMOS MOVIMIENTOS SE HACEN EN FORMA RAPIDA Y ALTERNANDO PRODUCEN EL MOVIMIENTO DE DIDUCCION.

INERVACION.

FILETE NERVIOSO DEL NERVIO FACIAL.

IRRIGACION.

CAROTIDA EXTERNA.

3.3 FISIOLOGIA.

CARTILAGO ARTICULAR.

EL CARTILAGO ES AVASCULAR Y SU NUTRICION LA OBTIENEN POR DIFUSION DEL LIQUIDO SINOVIAL QUE BAÑA LA SUPERFICIE ARTICULAR Y DE ELEMENTOS NUTRITIVOS EXISTENTES EN LOS ESPACIOS MEDULARES DEL HUESO ---- ADYACENTE.

LAS CELULAS DEL CARTILAGO ARTICULAR PROLIFERAN POR ACCION MITOTICA POR RESPUESTA AL EJERCICIO Y LA PRESION.

LAS FIBRAS COLAGENAS DEL CARTILAGO RESISTEN LOS MOVIMIENTOS DE DESLIZAMIENTO.

LA PARTE CENTRAL DELGADA DEL DISCO SOPORTA LA PRESION O PESO PRINCIPALMENTE.

ALGUNOS CAMBIOS QUE LLEGAN A SUFRIR EL CARTILAGO PROPIOS DE LA ---
EDAD ES LA PERDIDA DE AGUA Y ELASTICIDAD.

HUESO.

SE FORMA POR OSIFICACION ENDOCONDAL EN EL CARTILAGO CONDILAR Y --
POR OSIFICACION MEMBRANOSA, A LO LARGO DE LAS SUPERFICIES OSEAS.

CAPITULO IV. IMPRESIONES.

4.1 ELEMENTOS QUE INTERVIENEN EN LA 1A. IMPRESION.

PORTAIMPRESIONES. (INFERIOR)

SELECCIONE UNA CUBETA DE IMPRESION CORRIENTE; REBAJELA SI ES NECESARIO PARA QUE DEJE LIBRES LA INSERCCIONES MUSCULARES Y FRENILLOS. SE DEBE CONFORMAR Y CONTONEAR LA CUBETA PARA IMPEDIR QUE CHOQUE -- CONTRA LAS MEJILLAS O EL LABIO, ASI COMO PARA REDUCIR AL MINIMO -- LA INTERFERENCIA CON LA LENGUA. DEBE SER LARGA EN EL AREA RETROMOLAR LINGUAL PARA TENER LA CERTEZA DE QUE LAS P^APILAS PIRIFORMES QUEDARAN INCLUIDAS EN LA IMPRESION.

COLOQUE COMPOSICION DE MODELAR PARA BAJA TEMPERATURA, COMPLETAMENTE ABLANDADA EN LA CUBETA YA PREPARADA, FLAMEELA Y ACONDICIONELA EN AGUA TIBIA.

PORTAIMPRESIONES. (SUPERIOR)

SELECCIONE UNA CUBETA DE IMPRESION CORRIENTE; SI ES NECESARIO, DISMINUYA LA LONGITUD DE LA CUBETA EN LAS AREAS LABIALES Y BUCALES. CONTORNEE EL MARGEN POSTERIOR DE LA CUBETA PARA QUE, APROXIMADAMENTE, SE ADAPTE A LA FORMA DEL PALADAR POSTERIOR.

COLOQUE COMPOSICION DE MODELAR PARA BAJA TEMPERATURA, COMPLETAMENTE ABLANDADA EN LA CUBETA YA PREPARADA, FLAMEELA Y ACONDICIONELA EN AGUA TIBIA.

SELECCION DEL MATERIAL DE IMPRESION.

MODELINA.

SE PRESTA BASTANTE BIEN PARA TOMAR IMPRESIONES PRIMARIAS Y CON LAS CUALES SE PUEDE HACER UN PORTAIMPRESIONES INDIVIDUAL PARA TOMAR LA IMPRESION DEFINITIVA O FINAL.

YESO.

ES FRECUENTE USADO PARA IMPRESIONES FINALES CON LA TECNICA DE MINIMA PRESION O PARA LAS IMPRESIONES SECCIONALES USADAS PARA LA ELABORACION DE DENTADURAS INMEDIATAS DERIDO A QUE FLUYE APROPIADAMENTE.

EL YESO COMO ES UN MATERIAL RIGIDO NO SE DEBE DE DAR USO EN ZONAS DONDE EXISTA RETENSION.

GENERALMENTE SU USO ES EN IMPRESIONES SUPERIORES, YA QUE AQUI SI SE PUEDE SOSTENER EL PORTA-IMPRESIONES. NO SE AFECTA POR LA SALIVA YA QUE EL YESO NO ABSORBE HUMEDAD. ANTES DE OBTENER EL MODELO DE YESO SE DEBE DE APLICAR UN MEDIO SEPARADOR.

PASTA ZINQUENOLICA.

FLUYE ADECUADAMENTE, REGISTRA DETALLES FINALES, REQUIERE DEL SOPORTE DE UNA CUCHARILLA.

UNA VEZ ENDURECIDA ES UN MATERIAL RIGIDO, AL TOMAR LAS IMPRESIONES DEBE DE ESTAR SECA LA BOCA, YA QUE ES UN MATERIAL QUE ES AFECTADO POR LOS FLUIDOS BUCALES, PUEDE LLEGAR A VECES A CAUSAR AL PACIENTE • IRRITACION Y SENSACION DE ARDOR.

HULES.

LOS HULES DE MERCAPTANO SON USADOS BASICAMENTE COMO UN MATERIAL PARA IMPRESIONES FINALES.

ES UN MATERIAL ELASTICO POR LO CUAL SE UTILIZA EN ZONAS CON RETENCIONES.

PARA LA TOMA DE IMPRESIONES CON ESTE MATERIAL SE DEBE DE UTILIZAR UN PORTAIMPRESIONES EXACTO, YA QUE COMO ES UNA CAPA DELGADA DE --- ESTE MATERIAL EL QUE SE UTILIZA. PREVIAMENTE SE DEBE DE PONER --- ADHESIVO A LA CUCHARILLA PARA QUE RETENGA EL MATERIAL. DEBE DE ESTAR COMPLETAMENTE SECA LA BOCA.

ALGINATO.

ESTE MATERIAL SE PUEDE UTILIZAR TANTO PARA IMPRESION PRIMARIA COMO

PARA LA SECUNDARIA, YA QUE CON DETALLE HACE LAS IMPRESIONES, HASTA EN ZONAS RETENTIVAS SE PUEDE UTILIZAR, YA QUE ES UN MATERIAL ELASTICO.

NO PUEDEN SER CORREGIDAS LAS IMPRESIONES, SIN EMBARGO SE REPITEN RAPIDAMENTE.

ESTE MATERIAL ES AFECTADO POR LA HUMEDAD POR ESTO SE DEBEN DE CORRERSE INMEDIATAMENTE.

TAMBIEN ES AFECTADO POR LA SALIVA.

HIDROCOLOIDES REVERSIBLES.

SON BASTANTE ACEPTABLES ESTOS MATERIALES PERO SE DEBE DE UTILIZAR UN SISTEMA DE TUBOS PARA EL ENFRIAMIENTO DEL MATERIAL.

CASI SIEMPRE SE DEFORMARA Y EXTENDERA EL MATERIAL, POR LO QUE SE EXPANDE LA VUELTA MUSCULAR.

ESTA CONTRAINDICADO EL PORTAIMPRESIONES INDIVIDUAL.

CERAS.

SON UTILIZADAS EN OCASIONES PARA TOMAR IMPRESIONES FINALES.

EL USO MAS COMUN ES EL DE CORREGIR IMPRESIONES FINALES TOMADAS CON OTROS MATERIALES COMO YESO O PASTA ZINQUENOLICA. SE CORRE INMEDIATAMENTE LA IMPRESION.

RESINAS ACRILICAS BLANDAS.

ES MEJOR CONOCIDA COMO ACONDICIONADOR DE TEJIDO, SE UTILIZAN EN TECNICAS DE IMPRESION FUNCIONALES.

TECNICAS DE IMPRESION. (PROCEDIMIENTO CLINICO Y DE LABORATORIO)

LA IMPRESION ES UN REGISTRO EN NEGATIVO DE LOS TEJIDOS DE LA CAVIDAD BUCAL, ES DECIR DE LOS PROCESOS DEL PACIENTE, ANATOMICO Y FISIOLOGICO, PARA DESPUES CORRERLO EN YESO, OBTENIENDO ASI UN MODELO POSITIVO Y DE TRABAJO.

MODELO DE ESTUDIO.

SE TOMA DIRECTO DE LA BOCA DEL PACIENTE, REGISTRANDO ESTA.

MODELO DE TRABAJO.

ES LA PRESENTACION DEL TRABAJO ANTES DE COLOCARLO O HACERLO EN EL PACIENTE.

PARA UNA IMPRESION ANATOMICA USAREMOS ALGINATO, YA QUE LO QUE NOS INTERESA ES REGISTRAR LA FORMA ANATOMICA PARA REALIZAR UNA CUCHARI

LLA POSTERIORMENTE.

PARA LA IMPRESION FISIOLÓGICA:

TECNICA CON PRESION.

SE ELABORA UN PORTAIMPRESIONES QUE NO QUEDE OLGADO, QUE QUEDE AJUSTADO, EN LUGAR DE MANGO SE COLOCAN RODILLOS DE CERA, SE COLOCA EL PORTAIMPRESIONES, LOS RODILLOS DEBEN IR SIGUIENDO MAS O MENOS LA ALTURA DE LOS DIENTES DEL PACIENTE CON EL OBJETO QUE AL IMPRESIONAR PUEDA MOVER Y APRETAR COMO SI MASTICARA PARA IMPRESIONAR.

ES POCO ADECUADA, YA QUE ES SOLO FUNCIONAL O AJUSTABLE DURANTE LA MASTICACION, QUEDA GRANDE.

TECNICA SIN PRESION.

EMPLEAMOS UN PORTAIMPRESIONES QUE QUEDE GRANDE, PARA QUE NO HAGA DEMASIADA PRESION SOBRE LOS TEJIDOS QUE RECUBREN EL PROCESO.

LA DESVENTAJA ES QUE LA DENTADURA QUEDA SOBREENTENDIDA, ES DECIR MAS LARGA.

TECNICA SELECTIVA.

ES A BASE DE PRESION SELECTIVA, SE HACE PRESION UNICAMENTE EN DETERMINADAS AREAS COMO SELLADO PERIFERICO, REPIZAS BUCALES EN INFERIOR Y ZONA DE SELLADO POSTERIOR EN SUPERIOR. EL PORTAIMPRESIONES

DEBERA REUNIR CIERTAS CARACTERISTICAS: UN ESPACIO PARA EL MATERIAL DE IMPRESION, ESTE ESPACIO LO CREAMOS CON UNA POCA DE CERA.

PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE IMPRESION.

1.- SOBRE EL MODELO ANATOMICO COLOCAR LA CERA Y DELIMITARLA HASTA FONDO DE SACO.

2.- HACER UNAS VENTANAS A LA CERA EN ZONA DE PREMOLARES CON EL OBJETO DE IMPRESIONAR HASTA DONDE SE DESEE.

3.- APLICAR SEPARADOR AL MODELO.

4.- PREPARAR ACRILICO PARA LAMINADO:

EN UN FRASCO DE CRISTAL COLOCAR POLVO Y LIQUIDO, MEZCLARLO Y HASTA QUE ESTE CON UNA CONSISTENCIA DE MIGAJON HACER UNA BOLA, COLOCARLA ENCIMA DE UNA LOZETA QUE TENGA PREVIAMENTE PAPEL CELOFAN MOJADO.

CON OTRA LOZETA CON PAPEL CELOFAN MOJADO SE HACE PRESION A LA BOLA DE ACRILICO. LA LOZETA QUE TENGA ENCIMA LA BOLA TENDRA EN LAS ESQUINAS MONEDAS DE A PESO, ESTO ES PARA QUE AL HACER LA PRESION QUEDE UN GROSOR APROXIMADO DE 2mm.

5.- ADOSAR AL MODELO EL ACRILICO LAMINADO Y RECORTARLO HASTA FONDO DE SACO Y HASTA LA LINEA DE VIBRACION, ESTO ES CON EL OBJETO DE DAR LUGAR A LA MODELINA.

6.- SE RECORTA EL PORTAIMPRESIONES, QUE NO QUEDEN BORDES CORTANTES Y LIBERANDO FRENILLOS.

7.- COLOCAR UN PEQUEÑO MANGO PARA PODER PRESIONAR SIN DIFICULTAD (AL TOMAR LA IMPRESION, SE HARA UNA MAYOR PRESION EN TODA EL AREA DEL SELLADO PERIFERICO QUE INCLUYE POST-DAM).

YA QUE ESTA LA CUCHARILLA SE PROCEDE A LA IMPRESION FISIOLÓGICA, COMENZANDO POR RECTIFICACION DE BORDES, ESTA NOS SIRVE PARA DETERMINAR LA VUELTA MUSCULAR O FONDO DE SACO Y UN SELLADO POSTERIOR (DETERMINA LA LINEA DE VIBRACION O UNION DE PALADAR DURO CON EL BLANDO). SI ES UNA AREA MAS EXTENSA, EN PROTESIS TENDRA MAS ESTABILIDAD.

PARA DETERMINAR LA VUELTA MUSCULAR, COLOCAR MODELINA PLASTICA A TEMPERATURA BUCAL, IMPRESIONAR FONDO DE SACO O SELLADO PERIFERICO Y FRENILLOS, YA QUE ESTA EL SELLADO PERIFERICO TOMAMOS LA IMPRESION FISIOLÓGICA CON MATERIALES RIGIDOS O ELASTICOS.

RECTIFICACION DE BORDES.

ESTA SE LLEVA A CABO PARA SABER HASTA DONDE VAMOS A LLEGAR Y QUE GROSOR, ADEMAS DA EL LARGO Y ANCHO DE LA PROTESIS.

LA RECTIFICACION DE BORDES POR ZONAS SE INICIA DE PARTE POSTERIOR

DEL LADO DERECHO E IZQUIERDO, QUE OCLUYA, EMPEZANDO POR FRENILLO HACIA POSTERIOR, O LO HAREMOS DE PARTE POSTERIOR HACIA ADELANTE.

EN EL INICIO DE LA RECTIFICACION, EL MATERIAL QUE SE VA A USAR ES MODELINA DE BAJA FUSION, LAMPARA DE ALCOHOL, ESTUFA HANAV, HOJA DE BISTURI QUE NOS SIRVE PARA RECORTAR EL EXCEDENTE DE MATERIAL.

MAXILAR SUPERIOR.

LO LLEVAMOS A CABO DE ATRAS HACIA ADELANTE, EMPEZANDO POR REGION - HAMULAR. COLOCAMOS LA MODELINA PREVIAMENTE REBLANDECIDA A LA --- LAMPARA DE ALCOHOL, PERO SIN QUE ESTA SE CALIENTE MUCHO PORQUE PODRIA PERDER SU RIGIDEZ, SE COLOCA SOBRE EL BORDE DEL PORTAIMPRESIO NES Y LLEVAMOS ESTE A LA BOCA DE NUESTRO PACIENTE:

1.- PEDIR AL PACIENTE QUE HAGA MOVIMIENTOS DE APERTURA Y CIERRE, REGISTRANDOSE EL LIGAMENTO PTERIGOMANDIBULAR.

2.- SE COLOCA MODELINA SOBRE PARTE BUCAL DEL PORTAIMPRESIONES -- HASTA EL FRENILLO BUCAL, SE REGISTRARA EL MUSCULO BUCCINADOR Y SE HACEN MOVIMIENTOS DE CARRILLO HACIA ARRIBA, AFUERA Y ABAJO.

3.- SE PROCEDE A RECTIFICAR EL FRENILLO BUCAL, SE HACEN LOS MIS- MOS MOVIMIENTOS.

4.- DEL FRENILLO BUCAL HASTA EL LINGUAL SE COLOCA LA MODELINA DEL

BORDE LABIAL Y SE HACEN LOS MISMOS MOVIMIENTOS.

5.- EN EL FRENILLO LABIAL SE HACEN LOS MISMOS MOVIMIENTOS.

6.- EN EL SELLADO POSTERIOR HAY QUE REVISAR QUE NUESTRO PORTA---
IMPRESIONES NO QUEDE LARGO, PARA VERIFICAR ESTO, SE UTILIZA EL LA-
PIZ TINTA HUMEDECIDO EN AGUA, SE LE COLOCA NUESTRO PORTAIMPRESIO--
NES Y SE VERIFICARA SI SE ENCUENTRA LARGO O NO.

SE COLOCA LA MODELINA SOBRE EL BORDE DEL PORTAIMPRESIONES 2mm, ---
HACIA ADELANTE Y 2mm HACIA ATRAS, Y SE LE PIDE AL PACIENTE QUE PRO
NUNCIE LA LETRA "A"; DEBE EXISTIR CONTINUIDAD ENTRE UNA RECTIFICA-
CION Y OTRA, PORQUE SINO DE LO CONTRARIO, EXISTIRIAN BORDES IRREGU
LARES QUE NOS PERJUDICARIAN PARA NUESTRA RECTIFICACION DE BORDES,
TAMBIEN SE DEBEN DE QUITAR EXCEDENTES TANTO AFUERA COMO ADENTRO DEL
PORTAIMPRESIONES. UNA VEZ TERMINADA LA RECTIFICACION DE BORDES,
SE DESGASTA LA MODELINA 2mm.

MAXILAR INFERIOR.

1.- SE EMPIEZA POR PARTE POSTERIOR DEL ANGULO BUCO-DISTAL HASTA
LA ZONA DE FRENILLO LINGUAL.

2.- ZONA DE FRENILLO BUCAL.

3.- PORCION LABIAL DEL PORTAIMPRESIONES.

4.- FRENILLO LABIAL. (1,2,3,4 PRESTONAR HACIA ARRIBA, AFUERA Y ADENTRO SOBRE EL PORTAIMPRESIONES).

DESPUES EN ZONA CONTRARIA.

5.- RECTIFICAR EL FRENILLO LINGUAL, (EL PACIENTE SACA LA LENGUA HACIA AFUERA COMO SI TOCARA LA PUNTA DE LA NARIZ), EL FRENILLO SE EXTIENDE; Y DE ZONA DE PREMOLARES DE AMBOS LADOS.

6.- ZONA DE MOLARES; SE REGISTRAN MOVIMIENTOS DEL MUSCULO MIOHIOIDEO, LOS MOVIMIENTOS DE LA LENGUA HACIA LOS LADOS PARA QUE EL PACIENTE NO LOS PUEDA DESPLAZAR. ZONA DE MOLARES HASTA EL ANGULO DISTO-LINGUAL.

7.- DEL ANGULO DISTO-LINGUAL, HASTA DISTO-BUCAL, PASANDO POR ZONA RETROMOLAR.- MOVIMIENTOS DE APERTURA Y CIERRE Y LATERALIDAD, ESTO ES PARA REGISTRAR EL LIGAMENTO PTERIGOMANDIBULAR.

8.- EN LA ZONA DE MOLARES, PARA DAR ESPACIO AL MATERIAL DE IMPRESION YA QUE SE DESPLAZARIA, SE RETIRA LA CERA QUE VA POR DENTRO DEL PORTAIMPRESIONES.

9.- HACER PERFORACIONES SOBRE LA LINEA PRIMARIA DE SOPORTE C/12mm. CON CERA DEL # 4 DE BOLA Y TAMBIEN SOBRE LA LINEA MEDIA.

10.- EN LA ZONA DE SOPORTE ESTAS PERFORACIONES SE HACEN CON EL OBJETO DE QUE FLUYA EL MATERIAL Y EVITAR LA PRESION DEL MISMO.

PREPARAR EL MATERIAL DE IMPRESION, SE COLOCA SOBRE EL PORTAIMPRE---
SIONES Y SE LLEVA A LA BOCA DEL PACIENTE, HACIENDO TODOS LOS MOVI--
MIENTOS QUE HICIMOS PARA LA RECTIFICACION DE BORDES, OBTENIENDO ASI
EL REGISTRO EN NEGATIVO DE TODA EL AREA DE SOPORTE DE LA DENTADURA.

1.2 SEGUNDA TOMA DE IMPRESION. (INFERIOR)

LA EXPERIENCIA PROFESIONAL INDICA QUE NINGUN TIPO ESPECIAL DE MATE-
RIAL DE IMPRESION, SE TRABAJARA CON IGUALES RESULTADOS EN MANOS DE
TODAS LAS PERSONAS.

LA CUBETA ACRILICA INFERIOR, HECHA ESPECIALMENTE, SE COLOCA EN LA
BOCA Y SE EXAMINAN TODAS LAS PARTES QUE CUBRE.

JUSTARLA SI ES NECESARIO. OBSERVE LA POSICION DEL ASA DE LA CUBE-
TA EN RELACION CON LA LINEA MEDIA, COMO GUIA PARA PODER COLOCAR POS-
TERIORMENTE LA CUBETA YA LLENA.

MEZCLE EL MATERIAL PARA IMPRESION QUE SE VAYA A USAR. DEBE DE QUE-
RAR BLANDO Y FLUIDO. COLOQUELO EN LA CUBETA. ANTES DE INTRODUCIR
LA IMPRESION INFERIOR, INDIQUE QUE EL PACIENTE QUE TRAGUE, INTRODUCI-
DA LA CUBETA DIAGONALMENTE CON UN EXTREMO LIGERAMENTE DELANTE DEL
DENTRO, ORIENTE LA CUBETA GUIANDOSE POR LA POSICION DEL ASA QUE SE -
OBSERVO ANTES Y COLOQUELA ENCIMA DE LAS PAPILAS PIRIFORMES. RETRAI-
DA EL LABIO INFERIOR, CENTRE LA CUBETA SOBRE EL REBORDE ALVEOLAR -
ANTERIOR Y ASIENATELA CON UN MOVIMIENTO DE BALANCEO. DURANTE ESTA

OPERACION DE ASIENTAMIENTO, SE DEBE INDICAR AL PACIENTE QUE LEVANTE LA LENGUA Y QUE CON LA PUNTA DE LA LENGUA, TOQUE EL BORDE SUPERIOR DEL ASA DE LA CUBETA EN EL LADO LINGUAL.

NO ES NECESARIO EL RECORTE MUSCULAR. TENER EN CUENTA QUE LA COLOCACION VERTICAL CUANDO SOLO HAY UNA LIGERA INCLINACION LABIAL DEL ASA DE LA CUBETA, IMPIDE EL EMPUJE EXCESIVO CONTRA EL LABIO, EL CUAL PRODUCIRIA UN REGISTRO FALSO DEL AREA DEL PLIEGUE LABIAL, ESPECIALMENTE EN LOS CASOS EN QUE LOS REBORDES ALVEOLARES SON PLANOS.

MIENTRAS ESTA FRAGUANDO EL MATERIAL DE IMPRESION, SE MANTIENE LA POSICION DE LA CUBETA CON LOS DEDOS INDICES COLOCADOS EN EL AREA DE LOS PREMOLARES EN CADA LADO Y CON LOS PULGARES SOPORTANDO LA MANDIBULA. APLIQUE LA PRESION MINIMA QUE SEA NECESARIA PARA MANTENER LA POSICION DE LA CUBETA.

LA IMPRESION DEBE ESTAR DETALLADA, NO DEBE TRANSPARENTARSE LA CUBETA Y TODAS LAS INSERCCIONES DE LOS FRENILLOS DEBEN ESTAR CLARAMENTE DEFINIDAS. LOS BORDES PERIFERICOS DEBEN ESTAR REDONDEADOS Y PODRAN SER DELGADOS O HASTA UN ESPESOR MEDIANO.

IMPRESION SUPERIOR.

LA CUBETA SUPERIOR HECHA ESPECIALMENTE, SE COLOCA EN LA BOCA Y SE COMPRUEBA QUE TENGA LA EXTENSION Y POSICION CORRECTAS CON RELACION A LA LINEA MEDIA U OTROS PUNTOS DE REFERENCIAS, A FIN DE LOGRAR UN

SENTAMIENTO MAS CORRECTO DE LA IMPRESION.

ELCLAR EL MATERIAL QUE SE VA A USAR DE ACUERDO A LAS INSTRUCCIONES
EBE ESTAR BLANDO Y FLUIDO CUANDO SE INTRODUZCA A LA BOCA.

NTRODUCIR LA CUBETA ASENTANDOLA CON UN MOVIMIENTO DE BALANCEO Y
ON UNA PRESION MINIMA, HASTA QUE EL MATERIAL PARA IMPRESION REBOSE
E LOS MARGENES PERIFERICOS DE LA CUBETA.

TENTRAS EL MATERIAL PARA IMPRESION TODAVIA ESTA BLANDO, INDIQUE
UE EL PACIENTE CIERRE Y MUEVA LA MANDIBULA DE IZQUIERDA A DERECHA
, LUEGO, QUE DEJE FLOJA LA BOCA.

E DEBE MANTENER LA POSICION DE LA IMPRESION CON LOS INDICES DE
MBAS MANOS.

A CUBETA SE DEBE DE ASENTAR CON UN MINIMO DE PRESION PARA VER SI
ODOS LOS DETALLES ESTAN BIEN MARCADOS Y LAS PERIFERIAS ESTAN BIEN
EFINIDAS.

ERRORES DE UNA IMPRESION FISIOLÓGICA.

.- POR LA EXISTENCIA DE BURBUJAS MUY GRANDES QUE IMPIDEN RECTIFI
AR CORRECTAMENTE.

.- POR UNA CONSISTENCIA INCORRECTA DEL MATERIAL DE IMPRESION ---

CUANDO ESTE FUE COLOCADO EN LA BOCA DEL PACIENTE.

3.- POR UNA CANTIDAD EXCESIVA DE PUNTOS DE PRESION EN CIERTAS ----
AREAS COMO EN LA CRESTA DEL PROCESO, EN EL DEL PORTAIMPRESIONES ---
INFERIOR O EN LA REGION DE LAS RUGAS PALATINAS EN EL SUPERIOR.

4.- POR ERRORES DURANTE LA RECTIFICACION DE BORDES, DEBIDO A UNA
EXTENSION INCORRECTA DE LOS BORDES DEL PORTAIMPRESIONES.

5.- POR UNA COLOCACION INCORRECTA DEL PORTAIMPRESIONES EN LA BOCA
DEL PACIENTE.

6.- POR MOVIMIENTO DEL PORTAIMPRESIONES ANTES QUE EL MATERIAL DE
IMPRESION ENDUREZCA.

VACIADO DE LOS MODELOS.

LAS IMPRESIONES FINALES SE DEBEN DE ENCAJONAR Y SE LES APLICARA UN
SEPARADOR ADECUADO.

HAZER LOS VACIADOS CON YESO PIEDRA EN PROPORCIONES CORRECTAS Y DEBI
AMENTE ESPATULADO.

SE DEBEN DE DEJAR FRAGUAR ENTRE 45 MINUTOS Y UNA HORA ANTES DE SEPA
RARLOS.

SEPARAR LOS MODELOS Y RECORTARLOS A LA ALTURA CORRECTA PARA ENFRAS-
CARLOS, RANURAR LAS BASES PARA MONTARLOS AL ARTICULADOR.

ES NECESARIO MARCAR LOS BORDES PERIFERICOS DE LA DENTADURA, PORQUE
LA IMPRESION FINAL DEBIDAMENTE LOGRADA, TIENE MAYOR EXTENSION, PERO
LOS BORDES PERIFERICOS DE LA DENTADURA NO DEBEN SOBRESALIR DEL PUN-
TO DE UNION DE LOS TEJIDOS ACTIVOS Y PASIVOS. EL "POSTDAM" DEBE
ESTAR SOBRE TEJIDO BLANDO.

CAPITULO V. -

REGISTRO DE RELACIONES INTERMAXILARES

5.1 RELACION CENTRICA

ES LA UNICA POSICION REPETIBLE DE LA MANDIBULA, VAMOS A TENER DOS - DEFINICIONES UNA ES CUANDO AMBOS CONDILOS SE ENCUENTRAN ALOJADOS EN LA PARTE MAS POSTERIOR, SUPERIOR Y MEDIA DE LA CAVIDAD GLENOIDEA -- SIN CAUSAR DOLOR, ESTA DEFINICION LA DA EL DR. GLICKMAN.

LA DEFINICION DEL GLOSARIO DE TERMINOS PROSTODONTICOS ES QUE ES LA POSICION MAS RETRUIDA DE LA MANDIBULA CON RESPECTO AL MAXILAR.

METODOS DE OBTENCION:

1) REGISTROS GRAFICOS:

EL TRAZO DEL ARCO GOTICO ES LA BASE DE LOS REGISTROS GRAFICOS PARA LA OBTENCION DE RELACION CENTRICA. ESTOS PUEDEN SER INTRA O EXTRA-ORALES.

EN EL EXTRAORAL EXISTE UNA PUNTA TRAZADORA EN UNA PLACA BASE Y EN LA BASE OPUESTA SE COLOCA UN MEDIO PARA OBTENER EL TRAZO QUE PUEDE SER PAPEL O CERA EN UN PLANO HORIZONTAL.. EL MAXILAR Y LA MANDIBULA SE SEPARAN POR MEDIO DE UN PIN DE SOPORTE CENTRAL. ESTE PIN DE SOPORTE CENTRAL SIRVE COMO PUNTA TRAZADORA EN LA TECNICA INTRAORAL. EN AMBOS METODOS HARA MOVIMIENTOS EXCENTRICOS CON LA MANDIBULA EL - PACIENTE, PARTIENDO DE LA POSICION MAS RETRUIDA.

EL APICE DEL TRAZO ES LA RELACION CENTRICA, LOS DOS LADOS DEL TRAZO SON MOVIMIENTOS LATERALES LIMITE.

CON YESO SE UNEN LAS PLACAS BASES ESTO ES PARA TRANSFERIR EL REGISTRO AL ARTICULADOR.

2) REGISTROS FUNCIONALES:

EL MAS USADO ES LA DEGLUCION, SE BASA EN LA FILOSOFIA DE QUE EL ACTO DE LA DEGLUCION SE REALIZA EN RELACION CENTRICA.

METODOS INTEROCCLUSALES:

EN ESTOS METODOS SE REGISTRA LA RELACION CENTRICA COLOCANDO UN MEDIO DE REGISTRO ENTRE LAS PLACAS BASE CUANDO LA MANDIBULA ESTA EN RELACION CENTRICA.

5.2 OCLUSION CENTRICA:

ES LA MAXIMA INTERCUSPIDEACION DE LOS DIENTES SUPERIORES CON LOS DIENTES INFERIORES.

ESTO ES A NIVEL DENTAL Y SOLO OCURRE EN EL 4% DE LOS PACIENTES.

PARA QUE SE EFECTUE ESTA OCLUSION SE LE DICE AL PACIENTE QUE HAGA UN MOVIMIENTO PROTUSIVO Y SE LLEGUE A ESTA OCLUSION, EL CONDILO SALE DE LA CAVIDAD GLENOIDEA Y LOS DIENTES INFERIORES TAMBIEN SE ENCUENTRAN FUERA DE RELACION CON LOS DIENTES SUPERIORES.

5.2.1 ORIENTACION DE RODILLOS Y OBTENCION DEL PLANO DE OCLUSION

PRIMERAMENTE, SE ESTABLECE UN PLANO OCLUSAL ARBITRARIO, EN EL RODILLO SUPERIOR DE OCLUSION. SE CALIENTA LA SUPERFICIE OCLUSAL -- DEL RODILLO DE OCLUSION SUPERIOR CON UNA FLAMA Y OPRIMALA CONTRA UNA PLACA O LOZETA HUMEDA. PARA CREAR UNA INCLINACION ANTERO-POSTERIOR QUE MIDA 22 mm, DESDE EL PLIEGUE MUCO-LABIAL JUNTO AL FRE-NILLO LABIAL, HASTA LA SUPERFICIE OCLUSAL Y, DE 2 A 3 mm; POR EN-CIMA DE LAS TUBEROSIDADES POSTERIORES.

EN EL RODILLO INFERIOR, LA ALTURA ANTERIOR DEBE SER DE UNOS 20 mm MEDIDOS DESDE EL PLIEGUE MUCO-LABIAL, MIENTRAS QUE EL BORDE POSTE-RIOR DE LA SUPERFICIE OCLUSAL DEL RODETE DEBE ESTAR ALINEADO A -- PROXIMADAMENTE CON EL MARGEN DISTAL DE LA PAPILA PIRIFORME.

CON UNA REGLA FLEXIBLE Y UN LAPIZ COSMETICO, MARCAR LA LINEA AURI-COLONASAL EN AMBOS LADOS DE LA CARA DEL PACIENTE. ESTA LINEA SE TRAZA DESDE LA ORILLA SUPERIOR DEL MEATO EXTERIOR HASTA LA BASE - DE LAS ALAS DE LA NARIZ EN CADA LADO.

CON LA AYUDA DE UNA PLATINA DE FOX, DESARROLLAR UNA PARALELA EN - TRE LAS LINEAS TRAZADAS EN LA CARA Y EL RODILLO SUPERIOR, RECOR - TANDO EL RODILLO O AGREGANDOLE MATERIAL, SEGUN SEA NECESARIO.

CUALQUIER CORRECCION NECESARIA EN EL RODILLO HECHO DE COMPOSICION SE EFECTUA EN LA REGION ANTERIOR. POSTERIORMENTE, SE DEBE PRES - TAR ATENCION ADICIONAL A LA LONGITUD DEL RODILLO ANTERIOR. LOS AJUSTES HECHOS PARA CREAR EL NECESARIO PARALELISMO DE LA PLATINA DE FOX, SE LOGRAN CON MAXIMA FACILIDAD CALENTANDO LA SUPERFICIE

OCCLUSAL DEL RODETE Y OPRIMIENDOLA CONTRA UNA PLACA DE CRISTAL III MEDECIDA. EL PARALELISMO ANTERIOR, SE PUEDE LOGRAR TOMANDO COMO REFERENCIA LA LINEA INTERPUPILAR.

5.3 DIMENSION VERTICAL:

ES UNA MEDIDA FACIAL ENTRE DOS PUNTOS SELECCIONADOS ARBITRARIAMENTE UNO ARRIBA Y OTRO ABAJO DE LA BOCA A NIVEL DE LA LINEA MEDIA.

METODO DE OBTENCION:

1. METODO DE WILLIS:

SE ESTABLECE QUE LA MEDIDA QUE HAY DEL CENTRO DE LA PUPILA A LA COMISURA DE LOS LABIOS VA A SER IGUAL A LA DISTANCIA DE LA BASE DE LA NARIZ AL MENTON.

2. POSICION FISIOLOGICA DE REPOSO:

ES LA MEDIDA VERTICAL ENTRE LOS DOS MAXILARES QUE EXISTE CUANDO LA MANDIBULA ESTA EN POSICION FISIOLOGICA DE REPOSO, PARA LOGRAR ESTO, EL PACIENTE DEBE ESTAR SENTADO DERECHO Y QUE LOS MUSCULOS DE LA MASTICACION ESTEN EN REPOSO.

POR MEDIO DE LA FATIGA MUSCULAR SE VA A OBTENER MEDIDAS DE LA POSICION FISIOLOGICA DE REPOSO APROXIMADAMENTE 6,8,5 VARIA Y SE SA-

CA UN PROMEDIO DE LAS MEDIDAS, AL RESULTADO OBTENIDO SE LE RESTAN 2 mm, OBTENIENDO ASI LA RELACION VERTICAL DE LA OCLUSION.

3. DEGLUSION:

DURANTE EL ACTO DE DEGLUTIR LOS DIENTES ENTRAN EN CONTACTO EN UNA DIMENSION VERTICAL DE OCLUSION NORMAL ESTO VARIA CON LA EDAD YA - QUE LOS REFLEJOS SE HACEN MAS LENTOS.

4. PROPIOSEPCION:

EL PACIENTE NOS VA A INDICAR SI LA DIMENSION VERTICAL DE LOS RODILLOS ES LA CORRECTA O SI ESTA AUMENTA O DISMINUIDA.

5. BIMETER:

SE BASA EN EL HECHO DE QUE LOS MUSCULOS SON CAPACES DE EJERCER UNA FUERZA MAXIMA EN LA POSICION DE LA MANDIBULA CUANDO LOS DIENTES - CONTACTAN EN OCLUSION CENTRICA.

6. METODO DE PROCESOS PARALELOS:

SE VA A TRATAR DE QUE LOS PROCESOS QUEDEN PARALELOS AL OBTENER LA DIMENSION VERTICAL.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

7. METODO DE LA FONETICA O DE SILVERMAN:

ESTA TEORIA SE BASA EN EL TERMINO DE EL ESPACIO MAS CERRADO DEL -
LABIO, SE VA A COLOCAR LOS RODILLOS A UNA ALTURA QUE PERMITA AL
PACIENTE HABLAR SIN DIFICULTAD, ADEMAS PRONUNCIAR VOCABLOS QUE --
CONTENGAN LA LETRA "S", LOS RODILLOS DEBEN DE ROSAR ENTRE SI PERO
NO CONTACTAR.

AL PRONUNCIAR LA "M" DEBE HABER UN ESPACIO MINIMO ENTRE LOS RODI-
LLOS.

LOS METODOS MAS USADOS SON:

- FATIGA MUSCULAR
- FONETICA O DE SILVERMAN.

CAPITULO VI. CLASIFICACION DE ARTICULADORES.

6.1 TRANSPORTE DE LAS RELACIONES INTERMAXILARES AL ARTICULADOR.

PARA PODER APROVECHAR AL MAXIMO LOS REGISTROS ORALES QUE SE TOMARON, LOS MODELOS SE DEBEN DE COLOCAR EN EL ARTICULADOR EN LA MISMA RELACION CON SUS EJES QUE LA QUE TIENEN LOS REBORDES CON LOS CONDILOS, CUYOS MOVIMIENTOS Y POSICION RELATIVA SON SIMULADOS POR LOS EJES DEL ARTICULADOR.

ESTE PROCEDIMIENTO SE LOGRA CON TODO EXITO MEDIANTE, EL EMPLEO DEL ARCO FACIAL.

LOCALIZACION DE LAS CABEZAS DE LOS CONDILOS:

CON UN LAPIZ PARA CEJAS, LOCALICE LAS CABEZAS DE LOS CONDILOS, - TRAZANDO UNA LINEA CORTA EN AMBOS LADOS DE LA CARA, DESDE EL BORDE SUPERIOR DEL MEATO EXTERIOR, EN DIRECCION AL ANGULO EXTERNO DE LOS OJOS (BORDE DE INFRAORBITAL).

MARQUE UN PUNTO A 13 MM DEL PRINCIPIO DE ESTA LINEA, CON UNA RAYA PEQUEÑA QUE LA CRUCE.

CENTRADO DEL ARCO FACIAL:

SE CORRE EL PERNO SOSTEN DEL ARCO FACIAL SOBRE LOS PERNOS DE SUJECION DE LA PLATINA INCISAL E INTRODUZCA AMBAS PLACAS BASE EN LA BOCA.

HAGA QUE EL PACIENTE CIERRE EN POSICION CENTRICA. CORRA LA CONTRA TUERCA SOBRE EL PERNO SOSTEN Y CENTRE EL ARCO FACIAL EN LA CARA, SOBRE LAS CABEZAS DE LOS CONDILOS, COLOCANDO LAS VARILLAS HORIZONTALES DEL ARCO FACIAL EN CONTACTO CON LA INTERSECCION DE LAS DOS LINEAS EN AMBOS LADOS DE LA CARA. CUANDO LAS VARILLAS HORIZONTALES TANTO EN EL LADO DERECHO COMO EN EL IZQUIERDO, ESTEN AJUSTADAS - UNIFORMEMENTE ENTRE LOS CONDILOS SOBRE LOS CUALES ESTAN APOYADAS Y EL BASTIDOR DEL ARCO FACIAL DE LA PLACA TRAZADORA.

SAQUE LOS RODETES, SEQUELOS Y FIJELOS EN POSICION CENTRICA CON LOS CIERRES DE YESO QUE PREVIAMENTE SE PREPARARON. SUJETE LOS RODETES A LOS MODELOS DE PIEDRA CON CERA ADHERENTE.

MONTAJE DEL CASO EN EL ARTICULADOR NEW SIMPLEX.

QUITEL PASADOR DE SUJECION DE LA COPA DE MONTAJE DEL BRAZO INFERIOR DEL ARTICULADOR Y COLOQUE EL ARTICULADOR EN SU POSICION NORMAL, CON EL BRAZO SUPERIOR ABIERTO.

PONGA UNA PELOTILLA DE ARCILLA DE MODELAR EN LA COPA DEL BRAZO INFERIOR, PARA QUE SIRVA COMO APOYO PARA LA BASE DEL MODELO INFERIOR AJUSTE EL MODELO DE TAL MANERA, QUE LAS VARILLAS HORIZONTALES SEÑALEN LA MISMA GRADUACION ENTRE LAS OREJAS DE LOS EJES LATERALES DEL ARTICULADOR Y EL BASTIDOR DEL ARCO FACIAL, AL MISMO TIEMPO - QUE EL PLANO OCLUSAL DEL CASO ESTA PARALELO AL BRAZO INFERIOR.

APRIETEL OS TORNILLOS DE FIJACION EN LOS PERNOS HORIZONTALES, APLIQUE VASELINA A LAS SUPERFICIES DEL BRAZO SUPERIOR EN LAS CUALES HARA CONTACTO EL YESO PIEDRA, INCLUYENDO EL PASADOR DE SUJECION Y MONTE EL MODELO SUPERIOR CON YESO PIEDRA DE UNA CONSISTENCIA RAZONABLEMENTE BLANDA, CERCIORANDESE DE QUE EL VASTAJE INCISAL DEL -

ARTICULADOR HACE CONTACTO EFICAZ CON LA MESA INCISAL. RECORTE EL SOBRENTE DE PIEDRA, INVIERTE EL ARTICULADOR Y MONTE EL MODELO INFERIOR DE MANERA SIMILAR, CERCORANDOSE NUEVAMENTE DE QUE EL VASTAJA INCISAL HACE CONTACTO CON LA MESA INCISAL, PARA EVITAR UN AUMENTO SIN INTENSION DE LA DIMENSION VERTICAL.

FUNCIONES DEL ARCO FACIAL:

EL ARCO FACIAL DE TRANSFERENCIA ES UTILIZADO PARA POSICIONAR EL MODELO SUPERIOR EN LA MISMA RELACION CON EL EJE DE ROTACION DEL ARTICULADOR COMO LO ESTA EL MAXILAR CON LA ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR.

EXISTE UNA CONTROVERSIA SOBRE LA NECESIDAD DEL ARCO FACIAL DE TRANSFERENCIA. AQUELLOS DENTISTAS QUE UTILIZAN ARTICULADORES QUE NO ESTAN DISEÑADOS PARA CEPTAR UN ARCO FACIAL O AQUELLOS QUE NO CREEN EN LA OCLUSION BALANCEADA NO TOMAN REGISTRO CON EL ARCO FACIAL. TAMBIEN ALGUNOS CREEN QUE CON EL USO DE DIENTES MONOPLANICOS Y OBTENIENDO UN REGISTRO DE RELACION CENTRICA EXACTA DE CUERDO A UNA DIMENSION VERTICAL CORRECTA, UN ARCO FACIAL DE TRANSFERENCIA NO ES NECESARIO.

MUCHOS DENTISTAS CREEN, SIN EMBARGO, QUE LA POSICION EXACTA DE LOS MODELOS ES NECESARIO PARA PODER ARTICULAR LOS DIENTES EN OCLUSION Y POR LO TANTO PARA ELLOS UN ARCO FACIAL DE TRANSFERENCIA ES UNA NECESIDAD.

LOS ARCOS FACIALES DE TRANSFERENCIA SE DIVIDEN EN DOS GRUPOS:

1.- ARCO FACIAL DE TRANSFERENCIA ARBITRARIO.

2.- ARCO FACIAL DE TRANSFERENCIA CINEMATICA.

CON EL ARCO FACIAL ARBITRARIO EL EJE DE ROTACION ES APROXIMADO.
EL ARCO FACIAL CINEMATICO REQUIERE DE LA LOCALIZACION DEL VERDADERO EJE DE BISAGRA POR MEDIO DE MOVIMIENTOS DE CIERRE DE LA MANDIBULA CUANDO ESTA SE ENCUENTRA EN LA POSICION TERMINAL DE BISAGRA.

LOS METODOS PARA HACER EL REGISTRO CON ARCO FACIAL DE TRANSFERENCIA DIFIEREN DE ACUERDO AL TIPO DE ARTICULADORES, PERO LA FILOSOFIA PARA SU USO ES LA MISMA.

ENTRE LOS FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA ESTETICA, UNO DE LOS MAS IMPORTANTES ES LA SELECCION DE DIENTES ADECUADOS. LA RELACION ENTRE LA FORMA DEL DIENTE Y LA FORMA DE LA CARA, FUE POPULARIZADA POR EL Dr. J. León Williams QUIEN, ANTES DE 1914 EFECTUO VASTOS ESTUDIOS EN ESTA ACTIVIDAD Y OBSERVO QUE, EN LAS DENTADURAS NATURALES MAS ATRACTIVAS, LA FORMA INADVERTIDA DEL DIENTE INCISIVO MAXILAR CORRESPONDE A LA DEL CONTORNO DE LA CARA.

ADEMAS OBSERVO QUE LAS FORMAS DE LA CARA SE PODIAN CLASIFICAR EN TRES TIPOS BASICOS:

CUADRADO, TRIANGULAR Y OVOIDE Y EN COMBINACION DE LOS TRES. EL Dr. MILUS M. HOUSE OBSERVO UNA GRAN FRECUENCIA DE UN TIPO COMBINADO DE CUADRADO Y TRIANGULAR, QUE SE CLASIFICO COMO LA FORMA CUADRADA-TRIANGULAR BASICA.

EN TAL VIRTUD, HOY RECONOCEMOS QUE EXISTEN CUATRO FORMAS BASICAS:

CUADRADO

CUADRADO-TRIANGULAR

TRIANGULAR

OVOIDE

Y EN POCAS PALABRAS, LOS DIENTES SE SELECCIONAN EN EL ORDEN SIGUIENTE:

- 1.- DETERMINAR LA FORMA TIPICA, YA SEA CUADRADA, TRIANGULAR, CUADRADA-TRIANGULAR Y OVOIDE.
- 2.- OBSERVAR SI ESTA PRESENTE LA INFLUENCIA OVOIDE PARA MODIFICAR O SUAVIZAR LA FORMA TIPICA.
- 3.- DETERMINAR LA ANCHURA Y LONGITUD CORRECTA DEL DIENTE CENTRAL SUPERIOR Y LA ANCHURA DE LOS SEIS DIENTES SUPERIORES ANTERIORES.

SELECCION DE LOS SEIS DIENTES SUPERIORES ANTERIORES:

SE COLOCA UNA REGLA DELGADA A LO LARGO DE UN LADO DEL PUENTE DE LA NARIZ Y TRACE UNA LINEA EN EL RODETE DE CERA. ESTA LINEA REPRESENTA EL CENTRO DE LOS CANINOS SUPERIORES. EXTRAER LA PLACA BASE SUPERIOR DE LA BOCA Y, CON LA AYUDA DE UNA REGLA MILIMETRICA, MEDIR EL ESPACIO ENTRE LAS LINEAS DE LOS CANINOS MARCADOS EN EL RODETE.

COMO DICHAS LINEAS REPRESENTAN LOS CENTROS DE LOS CANINOS SE DEBEN AUMENTAR CINCO MILIMETROS A LA DIMENSION LOGRADA, PARA OBTENER LA ANCHURA DESDE LA SUPERFICIE DISTAL DE UN CANINO A LA DEL OTRO.

CONSIDERACIONES EN LA SELECCION DE COLORES:

LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS COLORES, ABARCAN CONSIDERA-

CIONES TAN DIVERSAS COMO LA RAZA, EL CLIMA, LOS HABITOS DIETETICOS, EL GRADO DE EROSION, LA EDAD Y EL ESTADO DE SALUD DEL INDIVIDUO.

EL COLOR SE PUEDE MEDIR CON EXACTITUD EN TRES DIMENSIONES:

MATIZ

BRILLANTEZ Y

SATURACION

MATIZ.- INDICA QUE UN COLOR ES ROJO, VERDE, AZUL, ETC.

BRILLANTEZ.- ESPECIFICA EL GRADO DE BLANCO O DE NEGRO QUE POSEE CADA MATIZ.

SATURACION.- DEFINE LA FUERZA O INTENSIDAD QUE POSEE CADA MATIZ.

LOS PACIENTES DE EDAD AVANZADA, LOS DIENTES NATURALES SE VUELVEN MENOS BRILLANTES Y MAS OSCUROS.

CON LOS AÑOS, LA FORMACION DE LA DENTINA SECUNDARIA, LA RESECCION DE LA PULPA DENTAL Y LAS MANCHAS, OCACIONAN QUE LOS DIENTES NATURALES PIERDAN LA BRILLANTES QUE TENIAN ANTERIORMENTE.

HABLANDO EN TERMINOS GENERALES LA TRASLUCIDEZ TAMBIEN DISMINUYE CON LA EDAD, YA QUE EL ESMALTE INCISAL CON EL QUE ESTA ASOCIADA, SUFRE EROSION.

DENTRO DE CADA TIPO, LA PIEL Y EL PELO EN TONOS MAS OSCUROS, NORMALMENTE REQUERIRAN COLORES DE MAYOR SATURACION, MIENTRAS QUE UNA EDAD PROGRESIVA, INDICA LA NECES-

SIDAD DE COLORES DE MENOS BRILLANTEZ Y TRASLUCIDEZ, DANDO MAYOR ENFASIS AL COMPONENTE GRIS.

PARA LAS MUJERES, SE EFECTUA UNA SELECCION TENTATIVA SIN QUE TENGA COSMETICOS.

POSTERIORMENTE, INDIQUE AL PACIENTE QUE SE APLIQUE LA CANTIDAD DE MAQUILLAJE QUE USE NORMALMENTE Y VUELVA A OBSERVAR SU SELECCION;

HABRA OCACIONES EN QUE SE PUEDA PENSAR EN USAR OTRO COLOR.

LOS CAMBIOS EN EL CUTIS OCACIONADOS POR LA EXPOSICION AL SOL, REQUIEREN ATENCION ESPECIAL. LA LUZ QUE SE TENGA EN EL CONSULTORIO, AFECTA TREMENDAMENTE LOS COLORES. ES PREFERIBLE RECIBIR LA LUZ DEL NORTE Y LA MEJOR HORA PARA SELECCIONAR COLORES ES DESDE MEDIA MAÑANA HASTA MEDIA TARDE.

6.3 INDICACIONES FINALES AL PACIENTE:

1. - NO QUITARSE LA DENTADURA EN 24 HRS.
2. - REGRESAR A LAS 24 o 48 HRS.
3. - DEBE RETIRAR TODAS LAS NOCHES Y DEJARLAS EN UN RECIPIENTE CON AGUA.
4. - LAVARLAS TRES VECES AL DIA CON JABON Y SOBRE UN TRAPO O UN RECIPIENTE CON AGUA.
5. - USAR CEPILLO ESPECIAL PARA DENTADURAS.

6.- NO AUTOMEDICARSE Y VENIR A CONSULTA, ESTO EN CASO DE ULCERA O ESCORIACIONES.

7.- NO DEBE HACER AJUSTES ALGUNO A LA DENTADURA.

C O N C L U S I O N .

AL TERMINO DE ESTE TRABAJO SE PUDO CONCLUIR QUE EL VALOR DE UNA TECNICA RADICA EN LA CAPACIDAD PARA PODER OFRECERLE AL PACIENTE, NO UN SIMPLE APARATO DENTAL, SINO UN SERVICIO PROFESIONAL COMPLETO.

LA PEQUERISIMA INVERSION ADICIONAL EN TIEMPO Y CUIDADOS QUE SE REQUIEREN PARA CONSTITUIR LA DIFERENCIA ENTRE AMBOS CONCEPTOS REDUNDARA EN OPTIMOS RESULTADOS UNA Y OTRA VEZ TENIENDO COMO RESULTADOS UNA AMPLIA SATISFACCION EN NUESTROS PACIENTES Y ESTO ES LA BASE DE DEL EXITO EN TODA PROFESION.

ASI COMO LA TECNICA ES DE LO MAS IMPORTANTE, DEBEMOS DE TENER SINGULAR CUIDADO EN TODOS AQUELLOS ASPECTOS QUE NOS PROPORCIONEN LA MAYOR INFORMACION ACERCA DEL ESTADO GENERAL DE NUESTRO PACIENTE COMO PUEDEN SER HISTORIA CLINICA, ASPECTOS ANATOMICOS Y NEUROMUSCULARES, FISIOLÓGICOS MENTALES, EMOCIONALES ETC.

FINALMENTE EL CIRUJANO DENTISTA DEBE DETERMINAR LAS HABILIDADES APRENDIDAS POR EL PACIENTE Y COMO VAN A INFLUIR ESTAS EN EL EXITO DEL TRATAMIENTO.

BIBLIOGRAFIA.

JOSE Y. OZAWA DEGUCHI
PROSTODONCIA TOTAL
1979.

PROSTODONCIA TOTAL
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
NUCLEO I
1979.

ZAIZAR P.
PROSTODONCIA TOTAL
ED. MUNDI
BUENOS AIRES
1972.

SHELDON WINKLER
PROSTODONCIA TOTAL
ED. INTERAMERICANA
MEXICO D.F. 1ª EDICION EN ESPAÑOL
1982.

SHARAY J.S.
PROSTODONCIA DENTAL COMPLETA
ED. TORAY
BARCELONA ESPAÑA.

SKINER
LA CIENCIA DE LOS MATERIALES DENTALES
ED. INTERAMERICANA
MEXICO D.F. 5ª IMPRESION
1981

TYLMAN
TEORIA Y PRACTICA DE LA PROSTODONCIA FIJA
7ª EDICION INTER-MEDICA
BUENOS AIRES ARGENTINA
1981

TECNICA PRACTICA TRUBYTE
PARA DENTADURAS COMPLETAS
THE DENTIST SUPPLY COMPANY OF NEW YORK
N. Y. PENSILVANIA.