



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PREGUNTAS Y RESPUESTAS
EN
PROSTODONCIA TOTAL

T E S I S

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

presenta

REBECA CRUZ GONZALEZ CARDENAS



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México D. F.

1988



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

CAPITULO I ANATOMIA Y FISILOGIA	pag. 7
CAPITULO II PATOLOGIA	pag. 18
CAPITULO III EXAMEN ,DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO	pag. 24
CAPITULO IV IMPRESIONES	pag. 34
CAPITULO V RELACIONES INTERMAXILARES	pag. 49
CAPITULO VI OCCLUSION Y ARTICULACION	pag. 61
CAPITULO VII SELECCION DE DIENTES, ESTETICA Y ENSAYO DE DENTADURAS	pag. 72
CAPITULO VIII PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO	pag. 79
CAPITULO IX ENTREGA	pag. 86
CAPITULO X QUEJAS	pag. 88
CAPITULO XI DENTADURAS INMEDIATAS	pag. 93
BIBLIOGRAFIA	pag. 98

CAPITULO UNO

ANATOMIA Y FISILOGIA

I. ANATOMIA Y FISIOLOGIA

- 1.- MENCIONE EL ORIGEN Y LAS INSERCCIONES DE LOS LIGAMENTOS QUE ESTAN ASOCIADOS A LA A.T.M.

<u>LIGAMENTOS PRINCIPALES,</u>	<u>ORIGEN,</u>	<u>INSERCCION,</u>
CAPSULAR	EN LA PARTE POSTERIOR DE LA SUPERFICIE DE LA CAPSULA ARTICULAR.	EN LA PARTE INFERIOR DEL PROCESO POSTGLENOIDEO.
TEMPORO MANDIBULAR	BASE DE LA APOFISIS CIGMATICA DEL TEMPORAL.	SUS FIBRAS SE DIRIGEN HACIA ABAJO Y HACIA AFUERA DE LA REGION DE LA ESPINA DE SPIX HASTA INSERTARSE EN EL BORDE DE LA MANDIBULA.

<u>LIGAMENTOS ACCESORIOS,</u>	<u>ORIGEN</u>	<u>INSERCCION</u>
ESFENOMANDIBULAR	ESPINA DEL HUESO ESFENOIDES.	REGION DE LA ESPINA DE SPIX EN LA CARA INTERNA DEL ANGULO MANDIBULAR.
ESTILOMANDIBULAR	PROCESO ESTILOIDES DEL HUESO TEMPORAL.	HASTA EL ANGULO DE LA MANDIBULA.

- 2.- MENCIONE LOS MUSCULOS QUE SE INSERTAN EN LA MANDIBULA.

- | | |
|------------------------|--------------------------------|
| A) TEMPORAL. | H) PLATYSMA |
| B) PTERIGOIDEO INTERNO | I) TRIANGULAR DE LOS LABIOS |
| C) PTERIGOIDEO EXTERNO | J) CUADRADO DE LA BARBA |
| D) MASETERO | K) DEPRESOR DEL LABIO INFERIOR |
| E) BUCCINADOR | L) MENTONIANO |
| F) GENIHIOIDEO | M) MILOHIOIDEO |
| G) GENIOGLOSO | N) CONSTRICTOR SUP. DEL FORNIX |
- O) DIGASTRICO (VIENTRE ANTERIOR)

3. - MENCIONE LAS GLANDULAS SALIVALES, SU LOCALIZACION Y CONDUCTOS DE SECRECION.

- A) PAROTIDA, FOSA RETROMANDIBULAR, CONDUCTO DE STENON.
- B) SUBMAXILAR, TRIANGULO SUBMANDIBULAR, CONDUCTO DE WHARTON.
- C) SUBLINGAL, EN LA PARTE MEDIA DE LA FOSA SUBLINGUAL DE LA MANDIBULA, CONDUCTO BARTHOLINI.
- D) LABIALES Y BUCALES, EN LA MUCOSA BUCAL Y LABIAL.
- E) PALATINAS, EN LA CAPA SUBMUCOSA DEL PALADAR DURO Y BLANDO.
- F) LINGUALES:
 - 1) EN LA PUNTA DE LA LENGUA EN SU SUPERFICIE VENTRAL.
 - 2) EN LA BASE DE LA LENGUA EN SU SUPERFICIE DORSAL.
- G) INCISALES: EN EL PISO DE LA CAVIDAD ORAL CERCA DE LA INSERCCION DEL FRENILLO LINGUAL ATRAS DE LOS INCISIVOS INFERIORES.

4. - ¿QUE ESTRUCTURAS ANATOMICAS PUEDEN SER TRAUMATIZADAS POR UNA DENTADURA INFERIOR SOBREXTENDIDA.

- A) MUCOSA DE LA PERIFERIE DE LA DENTADURA.
- B) FRENILLO LABIAL.
- C) MUSCULO MENTONIANO (FIBRAS SUPERIORES).
- D) MUSCULO DEPRESOR DEL LABIO INFERIOR.
- E) TRIANGULAR DE LOS LABIOS.
- F) BUCCINADOR.
- G) MASETERO.
- H) PORCION LINGUAL DEL CONSTRICTOR SUPERIOR DE LA FARINGE.
- I) PALATOGLOSO.
- J) MILOHIODEO.
- K) HILOGLOSO.
- L) ESTILOGLOSO (EN CASO DE ESTAR MUY SOBREXTENDIDA EN LA PARTE MEDIA).
- M) FRENILLO LINGUAL.
- N) CONDUCTO DE WHARTON.
- O) CONDUCTO DE BARTOLINI (EN ALGUNOS CASOS).

5. - ¿QUE MUSCULOS REALIZAN MOVIMIENTOS DE PROTRUSION Y RETRUSION DE LA MANDIBULA?

PROTRUSION:

- A) LOS MUSCULOS PTERIGOIDEOS EXTERNOS.

RETRUSION:

- A) FIBRAS PROFUNDAS DEL MASETERO.
- B) FIBRAS HORIZONTALES DEL TEMPORAL.
- C) GENIOHIODEO.
- D) VIENTRE ANTERIOR DEL DIGASTRICO.

6. - ¿QUE MUSCULOS INTERVIENEN EN LA APERTURA DE LA MANDIBULA?

- A) GENIOHIODEO.
- B) MILOHIODEO.

- C) VIENTRE ANTERIOR DEL DIGASTRICO.
D) PTERIGOIDEO EXTERNO (EN CASO DE QUE UN MOVIMIENTO DE TRANSLACION SE INCORPORA AL MOVIMIENTO.)

7.- ¿QUE MUSCULOS SE INSERTAN EN EL HUESO HIODES EN UN MOVIMIENTO DE APERTURA DE LA MANDIBULA?.

- A) ESTERNOTIROIDEO.
B) ESTERNOHIOIDEO.
C) TIROHIOIDEO.
D) OMOHIOIDEO.

8.- ¿QUE ESTRUCTURAS PASAN A TRAVES DE LA ESCOTADURA HAMULAR?.

- A) EL PUENTE LIGAMENTOSO DE LA ESCOTADURA HAMULAR.
B) TENDON DEL TENSOR PALATINO PASANDO SOBRE EL PUENTE LIGAMENTOSO DE LA ESCOTADURA HAMULAR.

9.- DIGA EL ORIGEN, INSERCIÓN Y LA ACCIÓN DE LOS SIGUIENTES MUSCULOS: GENIOGLOSO, MILOHIOIDEO, PALATOGLOSO, BUCCINADOR, TRIANGULAR DE LOS LABIOS, CIGOMATICO, CANINO, TEMPORAL, MASETERO, PTERIGOIDEO INTERNO, PTERIGOIDEO EXTERNO.

A) GENIOGLOSO:

ORIGEN. EN LAS APOFISIS GENI SUPERIORES EN LA CARA INTERNA DEL MENTON ORIGINANDOSE COMO PAR.

- 1) FIBRAS ANTERIORES. SE DIRIGEN HACIA ARRIBA EN DIRECCION A LA PUNTA DE LA LENGUA.
 - 2) FIBRAS POSTERIORES. SE INSERTAN EN BASE DE LA LENGUA Y TAMBIEN EN EL CUERPO DEL HUESO HIODES.
 - 3) EL RESTO DE LAS FIBRAS. SE ESPARCEN INTRODUCIENDOSE A LA LENGUA CERCA DE SU SUPERFICIE DORSAL LIBRE.
- ACCION. ES DEPRESOR DE LA LENGUA.

B) MILOHIOIDEO:

ORIGEN: EN LA LINEA MILOHIOIDEA DE LA CARA INTERNA DE LA MANDIBULA. SUS FIBRAS CORREN HACIA ATRAS PARA ENTRECruzARSE CON LAS FIBRAS DEL MUSCULO COLATERAL Y ASI FORMARA EL PISO DE LA BOCA. SU INSERCIÓN ES EN LA PARTE ANTERIOR DEL HUESO HIODES. ES ELEVADOR DEL PISO DE LA BOCA Y ELEVADOR DEL HUESO HIODES.

C) PALATOGLOSO:

ORIGEN. BORDE SUPERIOR ANTERIOR DE LA APONEUROSIS PALATINA.
INSERCIÓN. DESCENDE DESDE EL ARCO PALATOGLOSO HACIA LAS FIBRAS TRANSVERSALES DE LA LENGUA.
ACCION. ELEVADOR DEL PISO DE LA BOCA.

D) BUCCINADOR:

ORIGEN: EN EL LIGAMENTO PTERIGOMANDIBULAR, SU INSERCIÓN SUPERIOR ES A NIVEL DE LAS CRESTAS ALVEOLARES DE LOS MOLARES, Y LA INFERIOR EN LAS DOS TERCERAS PARTES POSTERIORES DE LA LINEA OBLICUA EXTERNA. SUS FIBRAS SE DIRIGEN HACIA ADELANTE HASTA ENCONTRAR LA COMISURA LABIAL DONDE SE DIVIDE EN DOS Y SE ENTRECROZAN DIRIGIENDOSE HACIA ADELANTE PARA UNIRSE CON LAS FIBRAS DEL MUSCULO DEL LADO CONTRARIO.

ACCION: INTERVIENE EN LA FORMACION DEL BOLO ALIMENTICIO COMPRIMIENDOLO HACIA LAS CARAS VESTIBULARES DE LOS DIENTES. INTERVIENE EN LAS FUNCIONES DEL SOPLO Y SILBIDO.

E) TRIANGULAR DE LOS LABIOS

SE ORIGINA EN EL TERCIO ANTERIOR DE LA LINEA OBLICUA EXTERNA SUS FIBRAS SE DIRIGEN HACIA ADELANTE Y AFUERA HASTA EL BORDE INFERIOR DEL TUBERCULO MENTONIANO.

ACCION: ES DEPRESOR DEL LABIO SUPERIOR Y LLEVA LA COMISURA LABIAL HACIA ATRAS Y AFUERA.

F) CIGOMATICO

SU ORIGEN ES EN EL HUESO MALAR, SUS FIBRAS SE DIRIGEN OBLICUAMENTE HACIA ABAJO Y ADELANTE PARA ENCONTRARSE CON LA COMISURA LABIAL. SE DIVIDE EN DOS LA CAPA SUPERFICIAL SE MEZCLA CON LAS FIBRAS DEL CANINO PARA TERMINAR EN LA PIEL DEL LABIO SUPERIOR PARALELAMENTE AL SURCO NASO LABIAL, LA CAPA PROFUNDA TERMINA EN LA MUCOSA DEL LABIO SUPERIOR DESPUES DE ATRAVERZAR AL MUSCULO ORBICULAR Y ALGUNAS VECES LLEGA A INSERTARSE EN EL LABIO INFERIOR.

ACCION: ATRAE LA COMISURA LABIAL HACIA ARRIBA Y HACIA AFUERA.

G) CANINO

ORIGEN: EN LA FOSA CANINA POR DEBAJO DEL AGUJERO INFRAORBITARIO, DESDE AQUI SE DIRIGE HACIA ADELANTE Y HACIA ABAJO PARA PENETRAR EN EL NODULO MUSCULAR Y DE AHI SE DIRIGEN A LA PORCION LATERAL DEL LABIO INFERIOR DONDE SE INSERTA EN LA PIEL Y EN LA MUCOSA.

ACCION: ES ELEVADOR DE LA COMISURA LABIAL.

H) TEMPORAL

ORIGEN: EN LA FOSA TEMPORAL, TIENE FORMA DE ABANICO SE EXTIENDE HACIA ADELANTE Y ABAJO PARA LLEGAR A UNIRSE EN EL BORDE SUPERIOR DE LA APOFISIS CORONOIDES Y A LO LARGO DEL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDIBULA. CONTIENE TRES TIPOS DE FIBRAS:

- a) ANTERIORES O VERTICALES.
- b) MEDIAS U OBLICUAS.
- c) POSTERIORES U HORIZONTALES.

ACCION: DA POSICION A LA MANDIBULA DURANTE EL CIERRE E INTERVIENE EN MOVIMIENTOS DE LATERALIDAD.

I) MASETERO

ORIGEN: EN LA SUPERFICIE EXTERNA DEL ARCO CIGOMATICO, SE DIVIDE EN DOS HACES UNO SUPERFICIAL Y UNO PROFUNDO. EL SUPERFICIAL SE INSERTA EN LA MITAD INFERIOR DE LA SUPERFICIE LATERAL DE LA RAMA MANDIBULAR, EL PROFUNDO SE INSERTA A NIVEL DEL SEGUNDO MOLAR EN EL BORDE EXTERNO DE LA MANDIBULA.

ACCION: ELEVADOR DE LA MANDIBULA.

J) PTERIGOIDEO EXTERNO

ORIGEN: EN LA SUPERFICIE EXTERNA DEL ALA EXTERNA DE LA APOFISIS PTERIGOIDES Y EN EL ALA MAYOR DEL ESFENOIDES LAS FIBRAS SE DIRIGEN HACIA ATRAS Y AFUERA PARA DAR ALGUNAS FIBRAS A LA CAPSULA ARTICULAR Y LLEGAR A INSERTARSE EN LA SUPERFICIE ANTERIOR DEL CUELLO DEL CONDILO.

ACCION: LLEVA EL CONDILO HACIA ADELANTE POR LO QUE DIRIGE A LA MANDIBULA EN MOVIMIENTOS DE PROTRUSION Y APERTURA MANDIBULAR.

K) PTERIGOIDEO INTERNO

ORIGEN: EN LA MITAD DE LA SUPERFICIE DE LA LAMINA PTERIGOIDEA LATERAL, EN LA FOSA PTERIGOIDEA Y EN LA CARA CIGOMATICA DEL MAXILAR. SUS FIBRAS SE DIRIGEN HACIA ABAJO Y ATRAS PARA INSERTARSE EN LA CARA INTERNA DEL ANGULO DE LA MANDIBULA.

ACCION: ELEVA LA MANDIBULA Y LA COLOCA EN POSICION LATERAL.

10.-MENCIONE LAS ZONAS ANATOMICAS DE UN PROCESO DESDENTADO SUPERIOR.

PACIENTE

DENTADURA

- 1) FRENILLO LABIAL
- 2) FONDO DE SACO LABIAL
- 3) FRENILLO BUCAL
- 4) FONDO DE SACO BUCAL
- 5) PAPILA INCISAL
- 6) RAFE MEDIO
- 7) FOBIOLAS PALATINAS
- 8) REBORDE RESIDUAL
- 9) ZONA HAMULAR
- 10) LINEA DE VIBRACION

- 1) ESCOTADURA LABIAL
- 2) BORDE LABIAL
- 3) ESCOTADURA BUCAL
- 4) BORDE BUCAL
- 5) FOSA INCISIVA
- 6) FOSA SUTURAL MEDIA
- 7) EMINENCIAS FOBIOLARES
- 8) FOSA ALVEOLAR
- 9) ESCOTADURA HAMULAR
- 10) SELLADO POSTERIOR O POST-DAM

11.-MENCIONE LAS ZONAS PROTESICAS DE UN PROCESO DESDENTADO SUPERIOR

PACIENTE

- 1) ZONA PRINCIPAL DE SOPORTE
- 2) ZONA SECUNDARIA DE SOPORTE
- 3) SELLADO PERIFERICO
- 4) ZONA DE ALIVIO
 - a) PAPILA INCISAL
 - b) AGUJEROS PALATINOS POSTERIORES
 - c) FOLIAS PALATINAS
 - d) FRENILLOS
 - e) LINEA DE VIBRACION O POST-DAM

12.-MENCIONE LAS ZONAS ANATOMICAS DE UN PROCESO DESDENTADO INFERIOR.

PACIENTE

DENTADURA

- | | |
|----------------------------------|------------------------------|
| 1) FRENILLO LABIAL | 1) ESCOTADURA LABIAL |
| 2) FONDO DE SACO LABIAL | 2) BORDE LABIAL |
| 3) FRENILLO BUCAL | 3) ESCOTADURA BUCAL |
| 4) FONDO DE SACO BUCAL | 4) BORDE BUCAL |
| 5) LINEA OBLICUA EXTERNA | 5) FOSA EXTERNA |
| 6) HAZ SUPERFICIAL DEL MASETERO | 6) BORDE MASETERINO |
| 7) FRENILLO LINGUAL | 7) ESCOTADURA LINGUAL |
| 8) SURCO SUBLINGUAL | 8) BORDE GLANDULAR |
| 9) SURCO LINGUAL | 9) BORDE MILOHIOIDEO |
| 10) PALATOGLOSO | 10) ALETA LINGUAL |
| 11) LIGAMENTO PTERIGO-MANDIBULAR | 11) BORDE PTERIGO-MANDIBULAR |
| 12) LINEA OBLICUA INTERNA | 12) FOSA MILOHIOIDEA |
| 13) REBORDE RESIDUAL | 13) FOSA ALVEOLAR |
| 14) PAPILA PIRIFORME | 14) FOSA RETROMOLAR |

13.-MENCIONE LAS ZONAS PROTESICAS DE UN PROCESO DESDENTADO INFERIOR.

- 1) ZONA PRINCIPAL DE SOPORTE
- 2) ZONA SECUNDARIA DE SOPORTE
- 3) SELLADO PERIFERICO
- 4) ZONAS DE ALIVIO
 - a) AGUJEROS MENTONIANOS
 - b) PAPILA PIRIFORME
 - c) FRENILLOS

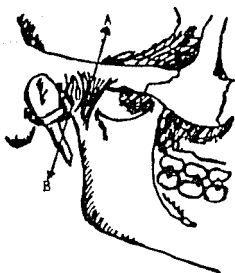


FIG. 1.1

VISTA INTERNA:

- C) LIGAMENTO ESFENOMANDIBULAR
D) LIGAMENTO ESTILOMANDIBULAR

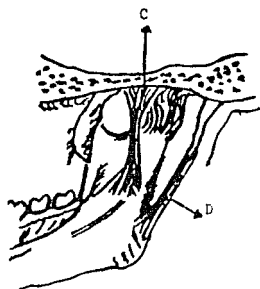


FIG. 1.2

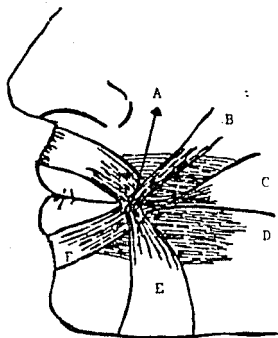
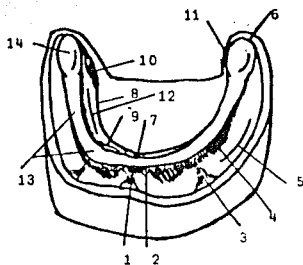


FIG. 1.3

- A) MODIOLUS
B) CIGOMATICO
C) RISORIO
D) BUCCINADOR
E) TRIANGULAR DE
LOS LABIOS
F) ORBICULAR DE
LOS LABIOS

ZONAS ANATOMICAS DE UN PROCESO DSENTADO INFERIOR

EN EL PACIENTE



- 1) FRENILLO LABIAL
- 2) VESTIBULO LABIAL
- 3) FRENILLO BUCAL
- 4) VESTIBULO BUCAL
- 5) LINEA OBLICUA EXTERNA
- 6) HAZ SUPERFICIAL DEL MASETERO
- 7) FRENILLO LINGUAL
- 8) SURCO SUBLINGUAL
- 9) SURCO LINGUAL
- 10) PALATOGLOSO
- 11) LIGAMENTO PTERIGO-MANDIBULAR
- 12) LINEA OBLICUA INTERNA
- 13) REBORDE RESIDUAL
- 14) PAPILA PIRIFORME

FIG. 1.7

SUPERFICIE INTERNA DE LA DENTADURA INFERIOR.

- 1) ESCOTADURA LABIAL
- 2) BORDE LABIAL
- 3) ESCOTADURA BUCAL
- 4) BORDE BUCAL
- 5) FOSA EXTERNA
- 6) BORDE MASETERINO
- 7) ESCOTADURA LINGUAL
- 8) BORDE GLANDULAR
- 9) BORDE MILOHIOIDEO
- 10) ALETA LINGUAL
- 11) BORDE PTERIGO-MANDIBULAR
- 12) FOSA MILOHIOIDEA
- 13) FOSA ALVEOLAR
- 14) FOSA RETROMOLAR

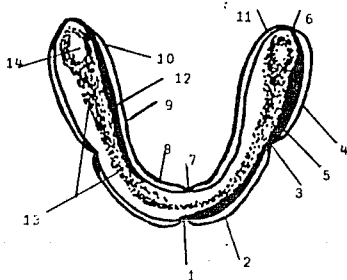
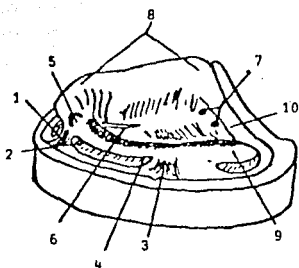


FIG. 1.8

ZONAS ANATOMICAS DE UN PROCESO DENTADO SUPERIOR

EN EL PACIENTE



- 1) FRENILLO LABIAL
- 2) VESTIBULO LABIAL
- 3) FRENILLO BUCAL
- 4) VESTIBULO BUCAL
- 5) PAPILA INCISAL
- 6) RAPE MEDIO
- 7) FIOBIOLAS PALATINAS
- 8) REBORDE RESIDUAL
- 9) ZONA HAMULAR
- 10) LINEA DE VIBRACION

FIG. 1.4

EN LA DENTADURA

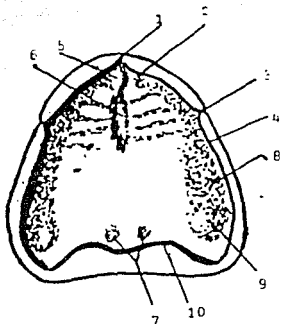


FIG. 1.5 CARA INTERNA DE LA DENTADURA

- 1) ESCOTADURA LABIAL
- 2) BORDE LABIAL
- 3) ESCOTADURA BUCAL
- 4) BORDE BUCAL
- 5) FOSA INCISIVA

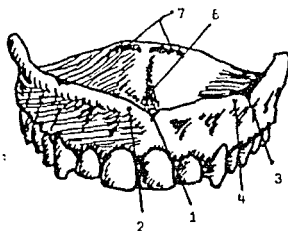
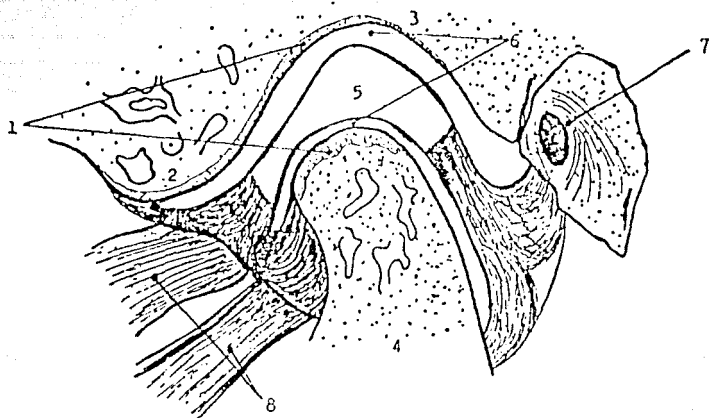


FIG. 1.6 VISTA ANTERO POSTERIOR

- 6) FOSA SUTURAL MEDIA
- 7) EMINENCIAS FIOBIOLARES
- 8) FOSA ALVEOLAR
- 9) ESCOTADURA HAMULAR
- 10) SELLADO POSTERIOR O POST-DAM

SECCION SAGITAL DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR



- 1) CARTILAGO ARTICULAR
- 2) EMINENCIA ARTICULAR
- 3) CAVIDAD GLENOIDEA
- 4) CONDILO

- 5) MENISCO ARTICULAR
- 6) CAPSULAS SINOVIALES
- 7) MEATO AUDITIVO EXTERNO
- 8) INSERCIÓN DEL MUSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO

FIG. 1.9

CAPITULO DOS
PATOLOGIA

II. PATOLOGIA

1.- ¿QUE ES LA QUEILITIS ANGULAR, CUALES SON SUS CAUSAS Y SU TRATAMIENTO.?

QUEILITIS: INFLAMACION DE UNO O AMBOS LABIOS.

ETIOLOGIA:

- a) QUEILITIS ACTINICA: OBSERVADA EN GRANJEROS, PESCADORES, MARINEROS Y EN INDIVIDUOS SENSIBLES A LOS RAYOS SOLARES, PRINCIPALMENTE EN VERANO Y DESPUES DE ESQUIAR, SE CREE QUE PREDISPONE AL INDIVIDUO A LEUCOPLASIAS O CANCER.

- b) QUEILITIS PRODUCIDA POR EL PAPEL DEL CIGARRILLO: PUEDE OCURRIR CUANDO EL EPITELIO DEL LABIO SE ADHIERE AL PAPEL DEL CIGARRILLO Y ES DESPRENDIDO CUANDO EL CIGARRILLO ES RETIRADO DEL LABIO O CUANDO EL PACIENTE TRATA DE SEPARARLO DEL LABIO. A MENUDO SOBREVIENE UNA INFECCION SECUNDARIA Y SE AGRAVA CON LA APLICACION DE SUBSTANCIAS CAUSTICAS COMO NITRATO DE PLATA, FENOL O ACIDO TRICLOROACETICO.

- c) PERDIDA DE LA DIMENSION VERTICAL: PUEDE CAUSAR FISURAS EN LAS COMISURAS LABIALES, SE OBSERVA FRECUENTEMENTE EN PACIENTES EDENTULOS Y EN PACIENTES QUE UTILIZAN DENTADURAS CON UNA DIMENSION VERTICAL INSUFICIENTE. AL SECARSE LA SALIVA DENTRO DE LAS FISURAS DA COMO CONSECUENCIA ULCERACIONES, DEDUCIENDOSE UNA DEFICIENCIA DE VITAMINA B. LA MONILIA ALBICANS ES A MENUDO UN ORGANISMO CAUSAL.

- d) QUEILOSIOS: DEFICIENCIA DEL COMPLEJO B (VITAMINA).

- e) SINDROME DE PLUMMER -VINSON: SE DEDUCE UNA AVITAMINOSIS DE TIPO B.

TRATAMIENTOS:

- a) MODIFICACION DE LAS CONDUCTAS AMBIENTALES, APLICACION DE LUBRICANTES.
 - b) DEJAR DE FUMAR O CAMBIAR EL TIPO DE CIGARRILLO COMO POR EJEMPLO A LOS CIGARRILLOS CON FILTRO, APLICACION DE ANTISEPTICOS SUAVES CON ANTIBIOTICO; MICOSTATIN.
 - c) RESTAURACION CORRECTA DE LA DIMENSION VERTICAL.
 - d) PRESCRIBIR UN COMPLEJO VITAMINICO: COMPLEJO B.
- 2.- ¿QUE ES LA ESTOMATITIS NICOTINICA, COMO SE OBSERVA CLINICAMENTE, ELABORARIA UNA DENTADURA SOBRE ESTA?
LA ESTOMATITIS DE ORIGEN NICOTINICO, ES EL RESULTADO DE LA IRRITACION DE MUCOSA PALATINA CAUSADA POR LOS PRODUCTOS DE LA DEGRADACION DEL TABACO.
LAS LESIONES INICIALES SE OBSERVAN COMO PEQUENAS MANCHAS ROJAS ALREDEDOR DE LOS CONDUCTOS PALATINOS. LOS CONDUCTOS PUEDEN LLEGAR A OBSTRUIRSE Y SE PUEDEN LLEGAR A

FORMAR QUISTES, LA MUCOSA PALATAL REMANENTE SE OBSERVA BLANQUECINA ADEMÁS DE ACOMPAÑARSE DE HIPERQUERATOSIS. ALGUNA OTRA CLASE DE PRODUCTOS QUÍMICOS O AGENTE PUEDEN SER RESPONSABLES.

TRATAMIENTO:

- a) USO DE ANTIMICOTICOS .
- b) USO DE ACONDICIONADOR DE TEJIDOS .
- c) MASAJE EN LA MUCOSA.
- d) AJUSTE O CAMBIO DE DENTADURA.
- e) DEJAR DE FUMAR.

3.- ¿QUE PROBLEMAS ESPECIALES PRESENTAN LA PARALISIS DE BELL Y LA ENFERMEDAD DE PARKINSON EN LA CONSTRUCCION DE UNA DENTADURA COMPLETA.?

EN LA PARALISIS DE BELL, EXISTE PARESTESIA (PARALISIS PARCIAL) DEBIDA A UNA INFECCION VIRAL. CLINICAMENTE HAY UNA HEMIASIMETRIA, HAY BABEO O SALIVACION CONSTANTE Y DIFICULTAD EN LA RETENCION DE LA DENTADURA. PUEDE HABER LAGRIMEO EXCESIVO.

TRATAMIENTO: LA FLACIDEZ MUSCULAR PUEDE NO DESALOJAR LA DENTADURA PERO SI DIFICULTARA LA RETENCION, UTILIZAR ACRILICO PARA AUMENTAR EL CONTORNO FACIAL, EDUCAR AL PACIENTE EN EL USO DE SU DENTADURA Y EN LA HIGIENE ORAL. LOS ADHESIVOS PARA DENTADURAS SE PUEDEN UTILIZAR.

ENFERMEDAD DE PARKINSON: PARALISIS AGITANS.

ETIOLOGIA: RARAMENTE EN UNA BASE HEREDITARIA Y POR LO TANTO SE SUGIERE QUE LA ENFERMEDAD PERTENECE A LA CATEGORIA DE LAS ENFERMEDADES RESULTANTES DE LA DEGENERACION PRESENIL DE LOS SISTEMAS FIBROSOS Y NUCLEO LOCALIZADOS.

LESIONES EN LA SUBSTANCIA NEGRA, GLOBO PALIDO Y LA FORMACION RETICULAR DE LA PARTE SUPERIOR DEL CEREBRO, RESULTANDO LA ENFERMEDAD DE PARKINSON (MORE "TEXTBOOK OF PATHOLOGY" SECOND EDITION, PAGE 945), LA DEFINICION DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON DESPUES DE EL FUE: SERIE DE MOVIMIENTOS TREMULOS INVOLUNTARIOS CON DISMINUCION DEL PODER MUSCULAR, EN PARTES O ZONAS DONDE NO SE ESTA LLEVANDO ACABO ACCION Y AUN CUANDO ESTE SOPORTADO; CON PROPENSION A DOBLAR EL TRONCO HACIA ADELANTE Y ANDAR CON PASO LENTO; LOS SENTIDOS Y EL INTELECTO SON DANADOS.

TRATAMIENTO PROSTODONTICO: EL MISMO DE LA PARALISIS DE BELL.

4.- ¿CUANDO SE UTILIZA TERAPIA DE RADIACION, QUE CONSIDERACIONES ESPECIALES SE LE DEBEN DAR AL PACIENTE CON DENTADURAS?.

- a) APLICAR LA TECNICA DE MINIMA PRESION PARA LA OBTENCION DE IMPRESIONES.
- b) PROCURAR UNA OCLUSION BALANCEADA.
- c) ELIMINAR TODAS LAS MANCHAS ENROJECIDAS O ULCERAS.
- d) SI SE PLANEA UNA TERAPIA EXTENSA SERA MEJOR NO CONSTRUIR LA DENTADURA Y CONSULTAR AL MEDICO.

5.- DIFERENCIACION ENTRE LEUCOPLASIA Y LIQUEN PLANO.
LEUCOPLASIA.

- a) ENFERMEDAD INFLAMATORIA DEL EPITELIO QUERATINIZADO.
- b) IRRITANTES COMO PRODUCTOS DERIVADOS DEL CARBON O HULLA SON LAS CAUSAS MAS IMPORTANTES.
- c) EXISTEN PLACAS BLANCAS O EPITELIO QUERATINIZADO, DE FORMA COROLACEA CON BORDES DEFINIDOS.
- d) PUEDE PERMANECER ESTATICO POR AÑOS O PUEDE PRESENTAR CAMBIOS MALIGNOS.

LIQUEN PLANO:

- a) ENFERMEDAD INFLAMATORIA DE LA PIEL Y MUCOSA ORAL.
- b) ETIOLOGIA DESCONOCIDA.
- c) SE OBSERVAN COMO PUNTOS BLANCOS DE PORCELANA, ALINEADOS EN UN PATRON IRREGULAR.
- d) NO ES DE TIPO PRECANCEROSO.

6.- ¿CUALES SON LOS SINTOMAS DEL DOLOR EN LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR?

- a) CHASQUIDO EN LA A.T.M. DURANTE LA MASTICACION.
- b) NEURALGIA.
 - 1) DOLOR DE CABEZA HACIA EL VERTEX Y EL OCCIPITAL.
 - 2) DOLOR AL LADO DEL OIDO O EN LA BOCA Y MANDIBULA.
 - 3) SENSACION DE ARDOR, QUEMADURA O DOLOR EN LA LENGUA.
- c) VERTIGO.
- d) TINNITUS (RUIDOS).
- e) SORDERA.

7.- ¿UNA SOBRECCLUSION PUEDE PRODUCIR ALGUN SINTOMA EN EL OIDO?. SI PUEDE OCURRIR PERO NO ES UN SINTOMA COMUN, PUEDE SER DEBIDO A LA PERDIDA DE LA DIMENSION VERTICAL, PERO ES MUY CONTROVERTIDO.

8.- ¿QUE ES EL EPULIS FISURADO.?

UN EPULIS FISURADO ES UNA REDUNDANCIA DE TEJIDO CONECTIVO FIBROSO EN EL PLIEGUE MUCO-BUCAL DEBIDO A LA IRRITACION QUE CAUSAN LOS BORDES DE LA DENTADURA. PUEDE SER UNILATERAL O BILATERAL Y PUEDE REQUERIR REMOCION QUIRURGICA.

9.- ¿QUE POSIBLE PATOLOGIA PUEDE OCURRIR SI EL REBORDE LINGUAL ANTERIOR DE UNA DENTADURA INFERIOR SI SE ENCUENTRA SOBREXTENDIDA?.

SE PUEDE LLEGAR A OCLUIR EL CONDUCTO SALIVAL LO QUE PUEDE PRODUCIR UNA RANULA.
UNA ULCERA DECUBITAL PUEDE RESULTAR DE CUALQUIER SOBREEXTENSION.

10.- ¿CUALES SON LAS CARACTERISTICAS CLINICAS MAS IMPORTANTES DE LA LEUCOPLASIA ORAL, COMO PUEDE LLEGAR A AFECTAR ESTA CONDICION LOS PROCEDIMIENTOS PROTESICOS.?

- a) UNA O VARIAS MANCHAS BLANCAS ELEVADAS CON BORDES DEFINIDOS.
- b) NO DESAPARECEN AL SER RASPADAS.
- c) EL AREA BLANCA PUEDE SER DIFUSA.
- d) EXISTE HIPERQUERATOSIS.

PLANEACION DE LA DENTADURA:

- a) SI LA LESION ESTA FISURADA Y CORVACEA DEBERA SER REMOVIDA.
- b) INFORMAR AL PACIENTE Y SUGERIR REVISIONES FRECUENTES.

11.- ¿QUE MEDICAMENTOS TOMADOS SISTEMATICAMENTE PUEDEN ALTERAR EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE?

- A) SIALOGOGOS:
 - 1) CLORHIDRATO DE PILOCARPINA.
 - 2) NITRATO DE PILOCARPINA.
- B) ANTISIALOGOGOS:
 - 1) SULFATO DE ATROPINA.
 - 2) BROMURO DE BANTINE.
 - 3) HIDROBROMURO DE ESCOPOLAMINA.
 - 4) TRANQUILIZANTES.

12.- ¿COMO MODIFICARIA UD. EL TRATAMIENTO PROTESICO PARA UN PACIENTE CON BAJA TOLERANCIA DE TEJIDO.? (ULCERAS CRONICAS)

- a) MAXIMA EXTENSION DE LA BASE DE LA DENTADURA.
- b) REDUCIR LIGERAMENTE LA DIMENSION VERTICAL.
- c) REDUCIR EL PLANO OCLUSAL.
- d) UTILICE PORCELANA ANTAGONIZANDO CON DIENTES DE ACRILICO.
- e) SI ES POSIBLE UTILIZAR UN ACONDICIONADOR DE TEJIDOS.
- f) REALIZAR UN REBASE FUNCIONAL EN LAS DENTADURAS PARA MAXIMA ADAPTACION.
- g) INSISTIR EN UNA HIGIENE ORAL ADECUADA.
- h) INSISTIR EN REMOVER LA DENTADURA DURANTE VARIAS HORAS AL DIA Y RETIRARSELA POR LAS NOCHES.
- i) VERIFICAR CON EL MEDICO FAMILIAR Y CORREGIR O MEJORAR, SI ES NECESARIO, CUALQUIER DEFICIENCIA SISTEMICA.
- j) ES IMPORTANTE CORREGIR LA DIETA (VITAMINAS Y MINERALES).

13.- DISCUTA EL MANEJO DE UN CASO DE BRUXISMO SEVERO EN UN PACIENTE EDENTULO.

- a) INFORMAR AL PACIENTE DE SU CONDICION EN CASO DE QUE TODAVIA NO LO SEPA.
- b) EXPLIQUE LOS POSIBLES FACTORES ETIOLOGICOS.
 - 1) STRESS EMOCIONAL.
 - 2) PACIENTES CON STRESS NORMAL QUE ENCUENTRAN ALIVIO FISICO AL RECHINAR LOS DIENTES.
 - 3) DESCONOCIDAS.

- c) EXPLIQUE LAS CONSECUENCIAS DEL BRUXISMO DESDE LA PERSPECTIVA DENTAL.
- 1) UTILIZACION DE DENTADURAS.
 - 2) DANO EXCESIVO AL HUESO DESPUES DE ALGUNOS ANOS.
- d) EXPLIQUE LAS MODIFICACIONES QUE HARIA PARA AYUDARLO.
- 1) UNA EXTENSION MAXIMA PARA OBTENER.
 - a) MAYOR SOPORTE.
 - b) MAYOR ESTABILIDAD.
 - 2) UTILIZACION DE DIENTES MONOPLANOS O ALGUNA OTRA FORMA ESPECIAL DE DIENTES, COMBINACIONES DE PLASTICO Y PORCELANA.
 - 3) EXPLICAR LA TECNICA DE IMPRESION.
 - 4) DISMINUIR LIGERAMENTE LA DIMENSION VERTICAL.
- e) EXPLIQUE COMO EL PACIENTE SE PUEDE AYUDAR EL MISMO.
- 1) HACER UN ESFUERZO CONSCIENTE DURANTE LAS HORAS DE VIGILIA PARA MANTENER LOS DIENTES SEPARADOS.
 - 2) MANTENER LAS DENTADURAS FUERA DE LA BOCA DURANTE LAS HORAS DE SUEÑO.



- A) PALADAR DURO
- B) TORUS
- C) PALADAR BLANDO

CAPITULO TRES
EXAMEN , DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO

III EXAMEN, DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO

- 1.- DEFINA QUE ES PROTESICO, PROSTODONTICO Y PROTESIS.
PROTESICO.- ES EL ARTE Y CIENCIA DE SUPLIR PARTES PERDIDAS DEL CUERPO HUMANO.
PROSTODONTICO.- ES LA RAMA DE LA ODONTOLOGIA QUE SE ENCARGA DE LA RESTAURACION Y MANTENIMIENTO DE LA FISIOLOGIA ORAL, REEMPLAZANDO LOS DIENTES Y ESTRUCTURAS PERDIDAS MEDIANTE APARATOS PROTESICOS.
PROTESIS.- LA RESTAURACION QUE REEMPLAZA UNA PARTE FALTANTE DEL CUERPO.

- 2.- ENLISTE LOS CUATRO METODOS DE EXPLORACION.
 - a) VISUAL.
 - b) MANUAL.
 - c) RADIOGRAFICO.
 - d) INSTRUMENTADO.

- 3.- ¿CUAL ES LA CLASIFICACION DE PERSONALIDAD DE LOS PACIENTES SEGUN EL DR. HOUSE? DESCRIBALAS BREVEMENTE.
ES UN INDICE DE CATEGORIZACION DE PERSONALIDAD, INDICANDO LA ADAPTABILIDAD PSICOLOGICA A LA UTILIZACION DE DENTADURAS.

CLASE I (FILOSOFICO)

- a) SON AQUELLOS QUE NUNCA HAN TENIDO DENTADURAS Y NO ESPERAN TENER DIFICULTADES AL UTILIZARLAS. MENTE EQUILIBRADA.
- b) SON AQUELLOS QUE HAN USADO DENTADURAS Y NO HAN TENIDO NINGUN PROBLEMA POR LO QUE REGRESAN A REVISION Y POR NUEVOS SERVICIOS.

CLASE II (EXACTO)

- a) SON PACIENTES NO SALUDABLES QUE ESTAN PREOCUPADOS POR SU APARIENCIA Y TIENEN MIEDO A LAS EXTRACCIONES DENTALES.
- b) SON AQUELLOS QUE NO ESTAN SATISFECHOS CON LA APARIENCIA PRESENTE DE SUS DENTADURAS Y EXIGEN GARANTIA ESCRITA SOBRE SU NUEVA DENTADURA O QUE EL DENTISTA HAGA OTRA VEZ SU DENTADURA EN CASO DE SER INSATISFACTORIAS.

CLASE III (HISTERICO)

- a) SON PACIENTES EN COMPLETO ABANDONO BUCAL CON MALA SALUD Y EXIGIENDO EXTRACCIONES MULTIPLES, SABIENDO QUE NO SE ADAPTARAN A LA DENTADURA.
- b) SON PACIENTES DE TIPO NERVIOSO Y EXIGENTE, ESPERAN LA DENTADURA MAS EFICIENTE Y NATURAL, SE QUEJAN SIN JUSTIFICACION ALGUNA.

CLASE IV (INDIFERENTE)

PACIENTES DESESPERADOS QUE NO INTENTARON HACER NADA POR ACOSTUMBRARSE A SUS DENTADURAS.

- 4.- ¿QUE IMPORTANCIA TIENE EL ESTUDIO DE LA DENTICION NATURAL DEL PACIENTE ANTES DE LAS EXTRACCIONES.?
- a) LA POSICION NATURAL DE LOS DIENTES PUEDE AYUDAR EN LA COLOCACION FUTURA DE LOS DIENTES ARTIFICIALES.
 - b) LA FORMA DEL PROCESO, EL TIPO DE OCLUSION Y ALINEACION PUEDEN SER MAS FACILMENTE DETERMINADAS.
 - c) AYUDA EN LA SELECCION APROPIADA DE LOS DIENTES EN CUANTO A COLOR, FORMA Y TAMAÑO.
 - d) REVISAR LA DIMENSION VERTICAL QUE TIENE EL PACIENTE ASI COMO LA POSICION FISIOLOGICA DE REPOSO.
- 5.- ¿QUE IMPORTANCIA TIENE EL EXAMEN DEL TIPO DE TEJIDO PRESENTE ANTES DE LA ELABORACION DE DENTADURAS COMPLETAS?
- A) ALGUNAS ENFERMEDADES SISTEMICAS PUEDEN SER AFECTADAS MEDIANTE EL EXAMEN DE LOS TEJIDOS ORALES.
 - B) LA NATURALEZA DE LOS TEJIDOS ORALES PUEDE AFECTAR EL PRONOSTICO DE LA DENTADURA.
- 6.- DE LA CLASIFICACION DE LA FORMA DEL VELO DEL PALADAR DEL DR. HOUSE, ¿QUE IMPORTANCIA TIENE.?

CLASE I

MAS DE 5 mm. DE TEJIDO LO COMPRESIBLE PARA EL SELLADO POSTERIOR-IDEAL PARA RETENCION.

CLASE II

DE 1 A 5 mm. DE TEJIDO COMPRESIBLE PARA SELLADO POSTERIOR MODERADO.

CLASE III

MENOS DE 1 mm. DE TEJIDO COMPRESIBLE PARA RECIBIR EL SELLADO POSTERIOR-POBRE.

NOTA: ES NECESARIA LA DIFERENCIACION ENTRE EL PALADAR MOVIL Y EL NO MOVIL YA QUE LA FORMACION DE UN ANGULO AGUDO PUEDE PRESENTARSE PERO UN ADECUADO TEJIDO COMPRESIBLE ES CAPAZ DE ACEPTAR EL SELLADO POSTERIOR.

- 7.- ENLISTE LAS FORMAS DEL PALADAR, ¿CUALES SON LAS MAS FAVORABLES Y PORQUE.?

PLANO:

NO-FAVORABLE YA QUE SE DESPLAZA LATERALMENTE, PERO TIENE BUEN SOPORTE.

REDONDEADO:

ES EL MAS FAVORABLE POR SU RETENCION Y SOPORTE.

EN FORMA DE "V" O ALTO:

NO ES FAVORABLE. PIERDE RETENCION CON EL MENOR MOVIMIENTO VERTICAL Y OFRECE POCO SOPORTE, DIFICIL EL PROCESADO DE LA RESINA YA QUE PIERDE FORMA Y CONSISTENCIA EN EL CONTORNO.

8.- ¿QUE PROBLEMAS PRESENTA EL TORUS PALATINO.?

- a) SI ES LARGO, PUEDE HABER DIFICULTAD EN EL SELLADO POSTERIOR.
- b) PUEDE HABER FRECUENTES ULCERACIONES DEBIDO AL ASENTAMIENTO DE LA DENTADURA.
- c) SIENDO UN AREA RESISTENTE A LA REABSORCION, EL PROCESO ALVEOLAR PUEDE REABSORBERSE RESULTANDO UNA BASE INESTABLE.
- d) UNA FRACTURA ES COMUN SOBRE UN TORUS.
- e) LA REMOCION QUIRURGICA ES DELICADA.
- f) RETENCION DISMINUIDA SI NO SE CUBRE.
- g) SI SE CUBRE NO EXISTE ESPACIO PARA LA LENGUA.

9.- ¿QUE PROBLEMAS PRESENTA EL TORUS MANDIBULAR.?

- a) IMPIDE LA OBTENCION DEL SELLADO PERIFERICO EN UN AREA MUY CRITICA.
- b) LA DENTADURA SOBRE EL TORUS PUEDE DAR LUGAR A FRECUENTES ULCERAS YA QUE EL AREA ES RESISTENTE A LA REABSORCION Y EL TEJIDO QUE LO CUBRE ES GENERALMENTE MUY DELGADO.

10.- ¿EN QUE SEXO ES MAS FRECUENTE EL TORUS.?

ES MAS COMUN EN MUJERES, SE COMIENZA A EXPANDIR EN LA PUBERTAD Y SE DETIENE APROXIMADAMENTE A LOS 25 ANOS.

11.- ¿QUE PROBLEMAS PUEDEN PRESENTAR LOS PROCESOS EN FORMA DE "V" (O FILO DE CUCHILLO) Y COMO SE PUEDEN SOLUCIONAR.?

PROBLEMAS:

- a) SE PRESENTAN ULCERACIONES EN LA MUCOSA SOBRE EL LADO DE LA MASTICACION O SOBRE TODO EL PROCESO, SE OBSERVAN DESPUES DE LOS ALIMENTOS.
- b) GENERALMENTE HAY MUCHO MENOR AREA DE SOPORTE, LOS REPLIEGUES BUCALES NO SE PRESENTAN, O SON MUY ANGOSTOS.

SOLUCIONES:

- a) ALVEOLECTOMIA (REGULARIZACION DE PROCESOS) PERO SOLO CUANDO EL PROCESO TIENE UNA BASE ANCHA Y UNA CRESTA AFILADA.
- b) CONTROLAR LA PRESION EN LA TECNICA DE IMPRESION.
- c) ALIVIA LA ZONA INTERNA DE LA DENTADURA A LO LARGO DE LA CRESTA DEL PROCESO.
- d) REBASAR LA DENTADURA CON UN MATERIAL RESILIENTE.
- e) MODIFICACION DE LA ZONA PRINCIPAL DE SOPORTE.
- f) REALIZAR UNA MAXIMA EXTENSION DE LA DENTADURA.
- g) POSIBLEMENTE REDUCIR LA DIMENSION VERTICAL.

- 12.- ¿QUE PROBLEMAS PUEDE PRESENTAR EL PALADAR EN FORMA DE "V"?
- MALA RETENCION DEBIDO AL ESPACIO QUE EXISTE ENTRE LA BASE DE LA DENTADURA Y LA BOVEDA PALATINA.
 - SE REDUCE LA RETENCION DE LA DENTADURA SUPERIOR CUANDO SE EXTIENDE LA BASE DE LA DENTADURA SOBRE EL PLANO INCLINADO DEL PALADAR BLANDO.
 - SE REDUCE LA RETENCION YA QUE LAS FUERZAS DE ADHESION Y COHESION NO ESTAN ACTUANDO EN LOS ANGULOS CORRECTOS DEL PALADAR.
- NOTA: SE INDICA TECNICA DE PRESION CONTROLADA PARA TOMA DE IMPRESION.

- 13.- ¿QUE PROBLEMAS PRESENTAN LOS PROCESOS PLANOS Y COMO PUEDEN SER MANEJADOS.?
- EN UN PROCESO PLANO, LA INSERCIÓN MUSCULAR SE VA A ENCONTRAR MUY PROXIMA A LA CRESTA DEL PROCESO, ESTO PUEDE TENDER A DESPLAZAR LA DENTADURA (HABRA MENOR ESTABILIDAD EN FUERZAS LATERALES.)
- EL FORAMEN MENTONIANO PUEDE QUEDAR LOCALIZADO EN LA CRESTA DEL PROCESO, ASI LOS NERVIOS Y VASO SANGUINEOS, PUEDEN FACILMENTE SER PRESIONADOS RESULTANDO DOLOR Y/O ESTREMECIMIENTO Y ENTUMECIMIENTO DEL LABIO INFERIOR Y DEL MENTON.

TRATAMIENTO

- ALIVIAR EL AREA DE LOCALIZACION DEL FORAMEN MENTONIANO.
 - USAR MAXIMA COBERTURA DEL ASIENTO BASAL.
 - TECNICA DE PROFUNDIZACION DE VESTIBULO.
 - PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PARA MEJORAR EL PROCESO.
- 14.- ¿CUALES SON LOS PROBLEMAS EN UNA RELACION RETROGNATA DE PROCESOS.?
- RETROGNATICA (CLASE II)
- PROBLEMAS EN LA A.T.M. YA QUE EL PACIENTE TIENDE A SOSTENER LA MANDIBULA HACIA ADELANTE EN COMPENSACION.
 - MAYOR NUMERO DE MOVIMIENTOS MANDIBULARES EN FUNCION.
 - REQUIERE DE UNA OCLUSION CUIDADOSA, GENERALMENTE SE NECESITAN DIENTES PLANOS.
 - REQUIERE DE UN MAYOR ESPACIO LIBRE, GENERALMENTE ES DIFICIL ESTABLECER LA CORRECTA DIMENSION VERTICAL.
 - LA RETENCION DE LA DENTADURA INFERIOR.
 - LA ESTETICA.
- 15.- ¿CUALES SON LOS PROBLEMAS EN UNA RELACION PROGNETICA DE PROCESOS (CLASE III)
- REQUIERE UNA MINIMA DISTANCIA INTEROCCLUSAL.
 - RETENCION DE LA DENTADURA SUPERIOR.
 - SE DEBEN DE COLOCAR LOS DIENTES EN MORDIDA CRUZADA.
 - ESTETICA.

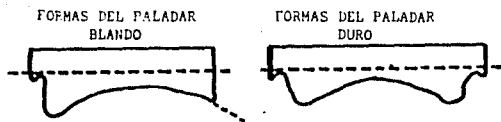
- 16.-¿QUE ES LO QUE DETERMINA LA COLOCACION DE LOS DIENTES POSTERIORES EN UNA RELACION DE MORDIDA CRUZADA? SE FORMA UN ANGULO MARCANDO PUNTOS EN LAS CRESTAS DE LOS ARCOS EDENTULOS DEL MAXILAR Y LA MANDIBULA EN UN MISMO PLANO FRONTAL, Y LUEGO SE UNEN, DESDE EL PUNTO DE LA CRESTA MANDIBULAR SE DIBUJA UNA LINEA MEDIA AL ANGULO DERECHO DEL PLANO SAGITAL. CUANDO EL ANGULO INTERNO MIDE MAS DE 80° LOS DIENTES POSTERIORES SE COLOCAN EN UNA RELACION CRUZADA Y A ESTE ANGULO SE LE LLAMA EL ANGULO DE LA CRESTA INTERALVEOLAR.
- 17.-CLASIFIQUE EL TAMAÑO DE LA LENGUA, ¿CUAL ES SU IMPORTANCIA?
- LENGUA CHICA.- FACILITA LA TOMA DE IMPRESIONES.
 - LENGUA MEDIANA.
 - LENGUA ANCHA.- EXISTIRA UN BUEN SELLADO EN LA DENTADURA INFERIOR PERO DIFICULTA LA TOMA DE IMPRESIONES; LA COLOCACION DE LOS DIENTES SERA MAS HACIA BUCAL. (VESTIBULARIZADOS).
- 18.-DESCRIBA LA CLASIFICACION DE FORMAS DE LENGUA DEL DR. WRIGHT Y QUE IMPORTANCIA TIENE.
- POSICION NORMAL.- LENGUA RELAJADA, LLENA POR COMPLETO LA ARCADEA INFERIOR, LA PUNTA DE LA LENGUA TOCA LAS CARAS LINGUALES DE LOS DIENTES INFERIORES.
 - LENGUA RETRAIDA (4 FORMAS).-
 - LA PUNTA DE LA LENGUA SE DOBLA HACIA ABAJO MIENTRAS QUE SU CARA DORSAL SE ELEVA.
 - LA PUNTA DE LA LENGUA SE DOBLA HACIA ARRIBA.
 - LA PUNTA DE LA LENGUA PARECE DESAPARECER DENTRO DEL CUERPO DANDO UNA APARIENCIA DE CUADRADO.
 - EL CUERPO DE LA LENGUA COLOCADO EN UN NIVEL MAS BAJO. IMPORTANTE: LOS PACIENTES CON LENGUA RETRAIDA TIENEN POCA ESTABILIDAD EN LA DENTADURA INFERIOR PORQUE EL FLANCO LINGUAL NO ESTA SELLADO POR LA LENGUA Y LA DENTADURA SIEMPRE "SE SIENTE FLOJA".
- 19.-¿QUE DIFICULTADES SE PRESENTAN CON UNA LENGUA GRANDE? (MACROGLOSIA).
- LA LENGUA INTERFIERE EN LAS TECNICAS DE IMPRESION.
 - LOS DIENTES SE DEBEN COLOCAR VESTIBULARIZADOS DE MANERA QUE SE PUEDA ACOMODAR LA LENGUA.
 - NECESIDAD DE PERIODOS LARGOS PARA ACOSTUMBRARSE A LA DENTADURA.
 - LA PRESION DE LA LENGUA OCASIONARA UNA MAS RAPIDA REABSORCION DE LOS PROCESOS Y POR CONSECUENCIA UN ASENTAMIENTO ANTERIOR DE LA DENTADURA MANDIBULAR.
- 20.-ENLISTE LAS INDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO CORRECTIVO PARA PROCESOS EDENTULOS.
- TORUS PALATINO.- EN CASO DE SER GRANDE Y LOBULADO.
 - TORUS MANDIBULAR.- EN CASO DE SER PROMINENTE.
 - RETENCIONES PROFUNDAS Y TUBEROSIDADES GRANDES.

- d) AREAS FIBROSAS Y FLEXIBLES ADHERIDAS A LA TUBEROSIDAD.
 - e) PROCESOS IRREGULARES Y FILOSOS CON HIPERTROFIAS.
 - f) AREAS SUAVES Y MOVILES.
 - g) PATOLOGIAS.
 - h) DIENTES INCLUIDOS.
 - i) LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR DEBE SER REDUCIDA EN CASO DE CONTACTO CON EL AREA DE SOPORTE INFERIOR, YA SEA EN OCLUSION CENTRICA O EN PROTRUSIVA; TAMBIEN SI INTERFIERE CON EL PROCESO CORONOIDES.
21. -¿ES NECESARIO REMOVER TODAS LAS RETENCIONES ANTES DE LA CONSTRUCCION DE LAS DENTADURAS?
SOLO EN CASO DE QUE INTERFIERAN CON LA INSERCCION DE LA DENTADURA.
22. -¿CUAL ES EL TRATAMIENTO A SEGUIR EN CASO DE QUE EXISTA UNA DISTANCIA INTERMAXILAR INSUFICIENTE ENTRE LA TUBEROSIDAD Y LA PAPILA PIRIFORME?, ¿COMO SE PUEDE CORREGIR?
POR MEDIO DE LA ALVEOLOPLASTIA, REDUCCION DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR, ETC.
23. -¿QUE IMPORTANCIA TIENE REALIZAR UN ESTUDO RADIOGRAFICO A UNA BOCA EDENTULA?
a) LAS PATOLOGIAS PUEDEN SER DESCUBIERTAS. (QUISTES, LESIONES PATOLOGICAS, ETC.)
b) RESTOS RADICULARES.
c) DIENTES INCLUIDOS O IMPACTADOS.
d) PROCESOS SUAVES O EN FORMA FILOSA.
e) LOCALIZACION DEL FORAMEN MENTONIANO, CANAL MANDIBULAR, Y EL SENO MAXILAR.
f) DENSIDAD OSEA.
24. -DIGA LA ETIOLOGIA DEL TEJIDO RESILIENTE O BLANDO QUE SE ENCUENTRA FRECUENTEMENTE EN LA REGION ANTERIOR DEL MAXILAR.
USUALMENTE ES EL RESULTADO DE UNA OCLUSION ANTERIOR SUPERIOR COMPLETA CONTRA DIENTES NATURALES EN LA REGION ANTERIOR, O CONTRA UNA DENTADURA PARCIAL DE EXTENSION DISTAL BILATERAL DONDE HA OCURRIDO RESORCCION DEBAJO DE LAS BASES.
25. -¿QUE TRATAMIENTO RECOMENDARIA EN CASO DE QUE EXISTA TEJIDO RESILIENTE EN EL PROCESO EDENTULO ANTERIOR?
a) EL TEJIDO EN CASO DE SER EXCESIVO, PUEDE SER REMOVIDO QUIRURGICAMENTE.
b) UTILIZAR ACONDICIONADOR DE TEJIDOS EN CASO DE QUE EL TEJIDO NO SEA MUY ABUNDANTE.
c) REHACER LA DENTADURA SIN OCLUSION CENTRICA ANTERIOR Y CON UN PEQUEÑO BALANCE PROTRUSIVO.

26. -¿EFECTUARIA UD. LA EXTRACCION DE RESTOR RADICULARES EN AREAS EDENTULAS SANAS ANTES DE LA CONSTRUCCION DE LA DENTADURA? SI, SI SOLAMENTE ESTUVIERAN CUBIERTOS POR MUCOSA, EN CASO DE ESTAR CUBIERTOS POR HUESO NO SE EXTRAERIAN, SI SE SUSPECHA DE PATOLOGIA EN EL RESTO RADICULAR SE EFECTUARA LA EXTRACCION SIN MIRAMIENTOS.
27. -¿CUAL ES EL MEJOR METODO DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL CIRUJANO, QUE INDIQUE EL AREA Y LA CANTIDAD DE HUESO QUE VA A SER REMOVIDA O EXTRAIDA ANTES DE LA ELABORACION O INSERCCION DE UNA DENTADURA?
- a) GUIA QUIRURGICA TRANSPARENTE, PREFABRICADA Y AJUSTADA PREVIAMENTE.
 - b) MODELO DE ESTUDIO MARCADO.
 - c) INSTRUCCIONES POR ESCRITO DEL PROTESISTA AL CIRUJANO.
28. -¿CUAL ES EL CONTORNO DEL PROCESO MAS DESEABLE PARA LA COLOCACION DE LA BASE DE UNA DENTADURA?
- a) IRREGULAR (PERO NO CON AREAS AGUDAS).
 - b) ANCHO.
 - c) ALTO.
29. -¿ESTA INDICADA LA CIRUGIA EN PROCESOS MUY AFILADOS? SOLAMENTE SI EL PROCESO TERMINA EN FILO DE CUCHILLO Y QUE ESTE SOPORTADO POR UNA BASE ANCHA.
30. -EN LA PREPARACION PARA DENTADURAS COMPLETAS, ¿HARIA UD. LAS EXTRACCIONES DE TODOS LOS DIENTE IMPACTADOS?, ¿ES LA EDAD UN FACTOR?
- EN UN PACIENTE JOVEN UN DIENTE IMPACTADO AUN TIENE UN POTENCIAL ERUPTIVO, UNA REMOCION TEMPRANA REQUIERE DE MUCHA PERDIDA DE HUESO, SE INFORMARA AL PACIENTE DEL DIENTE REMANENTE Y LA RAZON DE LA DECISION, EN PACIENTES MAYORES, EL DIENTE SE EXTRAERA O SE DEJARA, TODO DEPENDIENDO DE LA POSICION, COBERTURA DE HUESO, SINTOMAS, RIESGO QUIRURGICO, ETC.
31. -¿QUE EFECTOS TIENEN EL PTIALISMO O LA XEROSTOMIA EN LA CONSTRUCCION DE LAS DENTADURAS COMPLETAS? LA XEROSTOMIA NO ES MUY IMPORTANTE SI LA SALIVA TIENE UNA CONSISTENCIA FLUIDA.
- LA SALIVA ESPESA O MUCOSA TIENE DESVENTAJAS YA QUE ACTUA DESALOJANDO LA DENTADURA MAS QUE COMO UN ADHESIVO INTERMEDIO ENTRE LA DENTADURA Y EL TEJIDO.
- LA XEROSTOMIA EN LA BOCA TRAE COMO CONSECUENCIA LA PROPENSION A LA IRRITACION.

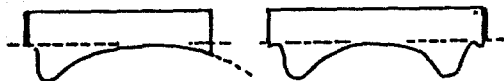
32. -¿PRESENTA ALGUN PROBLEMA LA SALIVA TIPO MUCOSA?, ¿CUALES?
- a) DIFICULTAD EN LA OBTENCION DE LA IMPRESION.
 - b) DESALOJA LA DENTADURA DESPUES DE HABERLA UTILIZADO ALGUNAS HORAS.
33. -ENLISTE 3 AGENTES QUE SE PUEDAN UTILIZAR EN LA REMOCION DE LA SALIVA TIPO MUCOSA ANTES DE LA TOMA DE IMPRESION.
- a) ENJUAGUES BUCALES ASTRINGENTES.
 - b) BICARBONATO DE SODIO DILUIDO.

CLASIFICACION DE LAS FORMAS DEL PALADAR DURO
Y DEL PALADAR BLANDO



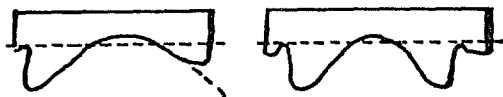
CLASE I

PALADAR PLANO



CLASE II

PALADAR ARQUEADO O
REDONDEADO



CLASE III

PALADAR ALTO

FIG. 3.1

CAPITULO CUATRO

IMPRESIONES

IV IMPRESIONES

- 1.- ¿CUALES SON LOS OBJETIVOS BASICOS EN LA TOMA DE UNA IMPRESION?
 - a) PRESERVAR LOS PROCESOS ALVEOLARES.
 - b) SOPORTE.
 - c) RETENCION.
 - d) ESTABILIDAD.
 - e) ESTETICA.

- 2.- ¿QUE REQUISITOS SON NECESARIOS PARA OBTENER ESTOS OBJETIVOS?
 - a) CUBRIR LO MAS POSIBLE LA BASE RESIDUAL (SOPORTE).
 - b) NO DISTORCIONAR LOS TEJIDOS SUAVES (PRESERVACION).
 - c) CORRECTA ADAPTACION A LA BASE (RETENCION).
 - d) SELLADO PERIFERICO ADECUADO SIN INTERFERIR CON LA FISIOLOGIA MUSCULAR (ESTABILIDAD).
 - e) LAS ZONAS DE ALIVIO Y EL SELLADO POSTERIOR (ESTABILIDAD).

- 3.- ¿CUALES SON LAS ZONAS PRIMARIAS, SECUNDARIAS, Y DE MINIMO SOPORTE?, IDENTIFICARLAS.

PRIMARIAS:

ES LA ZONA DONDE SE RECIBE LA MAYOR FUERZA DE OCLUSION SIN PRODUCIR DOLOR. SE PUEDE CONSIDERAR LA PARTE MAS SUPERIOR DEL PROCESO ALVEOLAR, DEBIDO A QUE EL BORDE RESIDUAL FORMADO POR TEJIDO OSEO COMPACTO ESTA CUBIERTO POR TEJIDO FIBROSO CONECTIVO QUE ES LO MAS ADECUADO PARA EL SOPORTE DE LA DENTADURA DEBIDO A SU FIRMEZA Y POSICION.

SECUNDARIAS:

ES LA ZONA QUE SE ENCUENTRA DESPUES DE LA PRIMARIA DE SOPORTE, FORMADA POR TEJIDO CONECTIVO SUAVE RESILIENTE. CASI NO SOPORTA FUERZAS OCLUSALES, PERO AYUDA A LA RETENCION Y ESTABILIDAD DE LA DENTADURA.

MINIMO SOPORTE:

AREAS DE TEJIDO RESILIENTE O ZONAS POR DONDE PASAN VASOS Y NERVIOS.

- 4.- ¿COMO SE PUEDE MEJORAR EL SOPORTE DE UNA DENTADURA?
 - a) REMOCION DE TEJIDOS BLANDOS Y DUROS.
 - b) TRANSFORMANDO LAS AREAS DELGADAS O FILOSAS.
 - c) UTILIZACION DE ACONDICIONADOR DE TEJIDOS.
 - d) AUMENTANDO DE MANERA QUIRURGICA LAS AREAS DE SOPORTE, TECNICA DE PROFUNDIZACION DE VESTIBULO, INJERTOS DE PIEL, IMPLANTES DE HUESO.

- 5.- ¿CUALES SON LOS METODOS DE IMPRESION SEGUN LA PRESION QUE SE APLIQUE?
- TECNICA DE MAXIMA PRESION (BOCA CERRADA)
 - TECNICA DE MINIMA PRESION (TAMBIEN LLAMADA MUCOSTATICA)
 - TECNICA DE PRESION CONTROLADA (SELECTIVA)
- 6.- ¿CUAL ES LA DIFERENCIA ENTRE RETENCION Y ESTABILIDAD?
 RETENCION: RESISTENCIA A SER DESPLAZADO O DESALOJADO EN DIRECCION VERTICAL.
 ESTABILIDAD: RESILIENCIA AL DESPLAZAMIENTO LATERAL U HORIZONTAL.
- 7.- ENLISTE LOS FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA RETENCION Y ESTABILIDAD DE UNA DENTADURA. EXPLIQUE CADA UNO.

A) LEYES FISICAS:

- PRESION ATMOSFERICA; OPERA COMO UNA FUERZA RETENTIVA CUANDO EL SELLADO PERIFERICO ES EL ADECUADO, DE MANERA QUE ESTA FUERZA SEA NEGATIVA. LA PRESION ATMOSFERICA ES DIRECTAMENTE PROPORCIONAL AL AREA CUBIERTA POR LA DENTADURA.
- ADHESION: ES LA ATRACCION MOLECULAR DE LA CAPA DE SALIVA A LA BASE DE LA DENTADURA Y A LOS TEJIDOS. EN REALIDAD LA ADHESION Y COHESION JUEGAN UN MISMO PAPEL.

B) FACTORES BIOLÓGICOS:

- EL CONTACTO INTIMO CON LA BASE DE LA DENTADURA SIN ALTERAR LA SALUD Y FUNCION DE LOS TEJIDOS.
- EL SELLADO PERIFERICO DE LA DENTADURA DEBE ESTAR EN ARMONIA CON LA FISIOLÓGIA Y ANATOMIA DE LAS ESTRUCTURAS ORALES SOBRETODU EN EL SELLADO POSTERIOR DE LA DENTADURA SUPERIOR Y EN EL BORDE LINGUAL DE LA DENTADURA INFERIOR.

C) FACTORES MECANICOS:

- POSICION DEL PLANO DE OCLUSION (LA DISTANCIA EN SENTIDO VERTICAL DE LOS DIENTES AL PROCESO).
- POSICION DE LOS DIENTES CON RESPECTO AL PROCESO.
- INCLINACION DE LOS DIENTES EN SENTIDO LABIO-LINGUAL.
- CONTORNO GENERAL DE LA BASE DE LA DENTADURA.

D) NOTAS TOMADAS DE WILFRED FISH:

- ADHESION: ATRACCION MOLECULAR EJERCIDA ENTRE LAS SUPERFICIES DE LOS CUERPOS EN CONTACTO. ESTA FUERZA BAJO CIERTAS CIRCUNSTANCIAS PUEDE SER SUFICIENTE PARA RESISTIR LA SEPARACION COMPLETA. ENTRE DOS LOZETAS DE CRISTAL DE IGUAL TAMAÑO, MOJADAS Y UNIDAS NO PUEDEN SER SEPARADAS EN SENTIDO VERTICAL, SOLO ROMPIENDOLAS, PERO SI DESLIZANDOLAS CON MOVIMIENTO HORIZONTAL.

EL PULIDO MAS PERFECTO DEJA UNA SEPARACION DE 0.1 MICRON Y COMO ESTO ES MAS GRANDE QUE LA ESFERA DE LA ACCION MOLECULAR, ES PROBABLE QUE LA ADHESION DE LAS LOZETAS DE CRISTAL ESTE AFECTADO POR COMPARTIMIENTOS DE AIRE CONDENSADO SOBRE SU SUPERFICIE. LA SALIVA EN BOCA ES EL MEDIO DE UNION. COMO EL DESLIZAMIENTO ES EL MEDIO MAS FACIL DE SEPARACION DE LAS LOZETAS, UNA LUBRICACION MAS DENSA PUEDE PERMITIR UN MEJOR DESLIZAMIENTO. SIN EMBARGO LA PRESENCIA DE SALIVA DENSA EN LOS PROCESOS PLANOS ES INDESEABLE.

OBTENER UNA IMPRESION EXACTAMENTE IGUAL SOBRE TODA LA SUPERFICIE DE TEJIDO DEBAJO DE LA DENTADURA ES LO MAS DESEABLE YA QUE LA ADHESION SE INCREMENTA EN TANTO MAYOR SEA LA PROXIMIDAD DE LAS SUPERFICIES.

- 2) PRESION ATMOSFERICA: ESTA SOPORTADA POR EL PESO DE LA ATMOSFERA QUE ES DE 14.7 Lb/puig.2 ESTO QUIERE DECIR QUE ES DIRECTAMENTE PROPORCIONAL A LA MUCOSA CUBIERTA POR LA BASE DE LA DENTADURA. ES UNA FUERZA RETENTIVA DE EMERGENCIA, PORQUE SI LAS OTRAS FUERZAS FUERAN REDUCIDAS, LA PRESION ATMOSFERICA MANTENDRIA LA DENTADURA EN SU LUGAR. SI SE APLICA LA SUCCION COMO UNICA FUERZA A LOS TEJIDOS SUAVES EN LA CAVIDAD ORAL OCASIONARIA UNA PRESION NEGATIVA QUE CAUSARIA SERIOS DANOS.

7.- ¿CUALES SON LAS VENTAJAS DE LA TECNICA DE IMPRESION DE NO PRESION O MINIMA PRESION.?

VENTAJAS:

- a) ES FACIL Y SIMPLE DE USAR.
- b) NO HAY DESPLAZAMIENTO DEL TEJIDO.

INDICACIONES:

- a) AREAS QUE SOSTIENEN GRANDES DENTADURAS.
- b) PROCESOS CUADRADOS.
- c) RESILENCIA UNIFORME DE LAS ESTRUCTURAS DE SOPORTE DONDE SE PUEDE UTILIZAR UN SELLADO POSTERIOR NORMAL.
- d) UN ARCO MANDIBULAR CON BASTANTE TEJIDO RESILIENTE SUAVE.
- e) UN FLANCO BUCAL GRANDE CON PERDIDA DE TEJIDOS DE LOS BORDES.
- f) CLARAMENTE DEFINIDOS Y BIEN DESARROLLADOS LOS SURCOS LINGUALES.

9.- ¿CUALES SON LAS VENTAJAS DE UNA TECNICA DE PRESION CONTROLADA.? ENLISTE SUS INDICACIONES.

ALGUNOS AUTORES MENCIONAN QUE LA PRESION SELECTIVA SE UTILIZA EN LA ZONA PRIMARIA DE SOPORTE PORQUE RECIBE LA CARGA MAS PESADA AL ESTAR FORMADA POR HUESO COMPACTO Y GRUESO RECUBIERTO POR UNA MUCOSA ADECUADA.

VENTAJAS:

- a) INICIALMENTE LA DENTADURA TIENE MAS RETENCION Y ESTABILIDAD.
- b) MAYOR DISTRIBUCION DE LAS FUERZAS O CARGAS EN FUNCION, SIN INTERFERIR CON LA SALUD DE LOS TEJIDOS.

INDICACIONES:

- a) EN BOCAS PEQUENAS CON UN AREA MINIMA DE SOPORTE (AYUDA A QUE SE DISTRIBUYAN EQUITATIVAMENTE LAS FUERZAS.)
- b) PROCESOS EN FORMA DE "V" Y PALADARES EN FORMA DE "V" (MEJOR DISTRIBUCION DE FUERZAS OCLUSALES.)
- c) EN UNA RESILIENCIA DESIGUAL DE TEJIDOS; GRANDES TORUS, AREAS DE TEJIDO SUAVE, ETC.
- d) EN PALADARES BLANDOS EN ANGULO AGUDO DONDE EL SELLADO POSTERIOR ES CRITICO.
- e) ARCOS MANDIBULARES CON :
 - 1) REBORDES CORTOS.
 - 2) EN SURCOS LINGUALES POCO PROFUNDOS.
 - 3) EN CASOS DE GLANDULAS SUBLINGUALES DEMASIADO ELEVADAS.
 - 4) EN CASO DE INSERCIÓN MILOHIOIDEA ELEVADA O ALTA.

- 9.- ENLISTE LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS EN LA UTILIZACION DE LOS SIGUIENTES MATERIALES DE IMPRESION : PASTA ZINQUENOLICA, CERA PARA IMPRESIONES, ALGINATO, MODELINA, HULES.

A) PASTA ZINQUENOLICA

VENTAJAS:

- 1) DETALLE SUPERFICIAL EXCELENTE.
- 2) DIMENSIONALMENTE EXACTO SI SE UTILIZA UNA CAPA DELGADA.
- 3) HIGIENICO YA QUE UNA SOLA PORCION SE REQUIERE POR CADA IMPRESION.
- 4) NO SE PIERDE EL DETALLE DE LA SUPERFICIE EN BOCAS MOJADAS.
- 5) EN CASO DE SALIR DEFECTUOSA SE PUEDE AGREGAR Y READAPTAR EL MATERIAL.
- 6) REDUCE AL MINIMO LA SENSACION DE NAUSEA.
- 7) SE ADHIERE BIEN A UNA SUPERFICIE SECA ASI ES QUE CUANDO SE UTILIZA UNA CANTIDAD MINIMA DE MATERIAL EXISTE UN PEQUEÑO GRADO DE DISTORCION CUANDO SE SACA DE LA BOCA.
- 8) SE PUEDE UTILIZAR PARA IMPRESIONAR TEJIDOS BLANDOS.
- 9) REQUIERE DE UN PORTAIMPRESIONES ADECUADO.

DESVENTAJAS:

- 1) NO SE PUEDE UTILIZAR CUANDO EXISTEN PEQUENAS RETENCIONES.
- 2) NO SE PRODUCE UNA IMPRESION SATISFATORIA DE LA PERIFERIA A MENOS QUE SEA SOPORTADO POR ALGUN MATERIAL EN EL PORTA-IMPRESIONES O UNA CUCHARILLA BIEN ADAPTADA.
- 3) ALGUNOS PACIENTES SON ALERGICOS AL EUGENOL Y EN ESTOS CASOS PUEDE CAUSAR UNA REACCION SEVERA EN LA MUCOSA.

B) CERA PARA IMPRESIONES (CERA PARA CORREGIR)

VENTAJAS

- 1) ES UN MATERIAL QUE SE UTILIZA EN LA TECNICA DE PRESION CONTROLADA.
- 2) A LA IMPRESION SE LE PUEDE ANADIR MATERIAL HASTA QUE SEA SATISFACTORIA.

DESVENTAJAS

- 1) TIEMPO DE MANIPULACION.
- 2) SE PUEDE DISTORCIONAR EN EL MOMENTO DE REMOVERLA.
- 3) EL POSITIVO SE DEBE OBTENER DE INMEDIATO.

C) ALGINATO

VENTAJAS

- 1) REPRODUCE UN DETALLE EXCELENTE DE LA SUPERFICIE.
- 2) ES ESTABLE DIMENSIONALMENTE SI SE RETIRA Y SE OBTIENE EL POSITIVO INMEDIATAMENTE.
- 3) ES ELASTICA Y PUEDEN CUBRIR AREAS RETENTIVAS REGRESANDO A SU POSICION CORRECTA CUANDO SE RETIRA DE LA BOCA. ESTO SE UTILIZA EN CASO DE QUE LAS RETENCIONES NO SEAN DEMASIADO PROFUNDAS.
- 4) ES HIGIENICO YA QUE EL MATERIAL UTILIZADO DEBE SER NUEVO PARA CADA IMPRESION.
- 5) EN BOCAS MUY HUMEDAS NO PIERDE EL DETALLE DE LA SUPERFICIE.

DESVENTAJAS

- 1) NO SE PUEDE UTILIZAR EN LA COMPRESION DE TEJIDOS.
- 2) NO SE PUEDE AGREGAR MATERIAL EN CASO DE ERROR EN LA IMPRESION.
- 3) ALGUNA DISTORCION PUEDE OCURRIR SIN QUE SEA NOTORIA. DEBE DE MANTENERSE INMOVIL EN RELACION A LOS TEJIDOS CIRCUNDANTES DURANTE EL PERIODO DE COLOCACION.
- 4) SE DEBE OBTENER EL POSITIVO INMEDIATAMENTE.

D) MODELINA (TIPO I Y TIPO II)

VENTAJAS

- 1) SE PUEDE UTILIZAR EN LA COMPRESION DE TEJIDOS SUAVES.
- 2) SE PUEDE AGREGAR MATERIAL Y READAPTARLO.
- 3) SE PUEDE UTILIZAR EN LA TECNICA QUE SE REQUIERA Y OBTENER UN SELLADO PERIFERICO ADECUADO Y NITIDEZ EN LA IMPRESION.
- 4) SE PUEDE UTILIZAR EN COMBINACION CON OTROS MATERIALES.
- 5) SE PUEDE REUTILIZAR EN LA MISMA BOCA.

DESVENTAJAS

- 1) SE DISTORCIONA FACILMENTE Y NO SE DEBE UTILIZAR DONDE EXISTAN RETENCIONES. TAMBIEN SE PUEDE DISTORCIONAR SI SE LE APLICA CUALQUIER FUERZA O PRESION FUERA DE BOCA ANTES DE QUE HAYA SIDO ENFRIADO.
- 2) NO REPRODUCE DETALLES FINOS.
- 3) PUEDE DIRIGIR AL OPERADOR HACIA UN HIGIENE POBRE YA QUE EL MATERIAL PUEDE SER VUELTO A SUAVIZAR Y A REUTILIZAR PERO NO SIN PERDER ALGUNAS PROPIEDADES MUY DESEADAS.
- 4) SOLAMENTE PUEDE DAR UNA IMPRESION EXACTA CON UNA TECNICA LARGA Y DIFICIL.

E) HULES(POLISULFURO Y SILICON)

VENTAJAS

- 1) REPRODUCE EL DETALLE SUPERFICIAL EXACTAMENTE.
- 2) FACIL MANIPULACION.
- 3) DE SABOR AGRADABLE (SOLO EL SILICON)
- 4) DIMENSIONALMENTE ESTABLE AUN CUANDO SE MANTENGA SIN VACIAR POR PERIODOS RELATIVAMENTE LARGOS.

DESVENTAJAS

- 1) COSTO.
- 2) UN TIEMPO PROLONGADO DE IMPRESION (ES NECESARIO UN CORTO PERIODO DE COLOCACION).
- 3) PRESENTA DIFICULTAD AL ADICIONAR MATERIAL O A CORREGIR.
- 4) DE CORTA VIDA DE ENCAJONAMIENTO. (ESPECIALMENTE EL SILICON.)

11.- ¿CUALES SON LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS EN UTILIZAR ALGINATO Y MODELINA PARA LAS IMPRESIONES PRIMARIAS.?

A) ALGINATO:

VENTAJAS

- 1) FACIL DE MEZCLAR Y USAR.
- 2) SABOR AGRADABLE Y CONFORTABLE PARA EL PACIENTE.
- 3) EL TIEMPO QUE SE NECESITA PARA MEZCLAR Y COMPLETAR LA IMPRESION ES RELATIVAMENTE CORTO.
- 4) REGISTRA BUEN DETALLE DEL TEJIDO CON UN MINIMO DE DISTORCION EN LOS TEJIDOS BLANDOS.
- 5) ELASTICO Y ES CAPAZ DE CUBRIR ZONAS RETENTIVAS.
- 6) ES HIGIENICO YA QUE SE TIENE QUE USAR MATERIAL NUEVO PARA CADA IMPRESION.

DESVENTAJAS:

- 1) ES NECESARIO UN BUEN PORTAIMPRESIONES BIEN AJUSTADO ASI COMO UN SURTIDO DE PORTAIMPRESIONES.

- 2) LA CUCHARILLA DEBE SER MODIFICADA CON CERA EN LA PERIFERIA.
- 3) SI EL MAXILAR TIENE UN PALADAR MUY ALTO, LA CUCHARILLA DEBE DE READAPTARSE CON CERA PARA PREVENIR LA DEPRECIACION O HUNDIMIENTO DEL ALGINATO ESTANDO EN ESTADO DE GEL.
- 4) EL ALGINATO ES MUY ELASTICO Y SE PUEDE DESPLAZAR FACILMENTE DESPLEGANDO LOS TEJIDOS LINGUALES O BUCALES.
- 5) DEBE SER VACIADA ANTES DE DOCE MINUTOS.
- 6) PUEDE OCURRIR DISTORCION NO EVIDENTE. (EN EL MOMENTO DE LA COLOCACION DEBE SER MANTENIDO INMOVIL.)
- 7) DIFICULTAD (COMPARADO CON MODELINA) PARA CORREGIR LOS ERRORES.

B) MODELINA:

VENTAJAS:

- A) DESPLAZA TEJIDOS BUCALES EN LA REGION BUCAL Y LINGUAL.
- B) SE PUEDE REUTILIZAR SI EL PRIMER INTENTO NO TUVO EXITO.
- C) SE PUEDE AGREGAR MATERIAL Y CORREGIR FACILMENTE.
- D) SUFICIENTE TIEMPO DE TRABAJO.

DESVENTAJAS:

- 1) DIFICULTAD EN EL MANEJO Y UN MAYOR TIEMPO DE TRABAJO.
- 2) EL CALOR PUEDE SER INCOMODO PARA EL PACIENTE.
- 3) SE DISTORCIONARA SI EXISTEN SEVERAS RETENCIONES TAMBIEN SE DISTORCIONARA ANTES DE QUE EL MATERIAL SE HAYA ENFRIADO POR COMPLETO.
- 4) NO REPRODUCE BIEN EL DETALLE SUPERFICIAL A MENOS DE QUE SE USE MUY CALIENTE.
- 5) TIENDE A SOBREEXTENDER LOS MARGENES.
- 6) DESPLAZA Y DISTORCIONA LOS TEJIDOS BLANDOS.

12.- ¿PORQUE ES IMPORTANTE EL MOLDEADO DE LOS BORDES.?

PARA GANAR UN AREA DE MAXIMO APOYO PARA LA DENTADURA, PARA CORREGIR EL ESPACIO LIBRE PARA EL FRENILLO Y LA FUNCION FISIOLÓGICA DEL MUSCULO E INSERCCIONES PARA DESARROLLAR UN SELLADO PERIFERICO Y OBTENER UNA MAXIMA ESTABILIDAD Y RETENCION.

13.- ¿PORQUE ES LA MODELINA EL MEJOR MATERIAL PARA OBTENER LA IMPRESION DE LOS BORDES.? MENCIONE POR LO MENOS OTROS 3 MATERIALES PARA OBTENER EL REGISTRO DE LOS MARGENES.

LA MODELINA PUEDE SER DISTRIBUIDA EN PEQUENAS O GRANDES PORCIONES DEPENDIENDO DE LA HABILIDAD DEL OPERADOR. ES FACIL DE MANEJAR, NO IRRITA LOS TEJIDOS, NO SE DISTORCIONA SI SE MANTIENE FRIO Y PUEDE SER REUTILIZADO EN CASO DE QUE EL PRIMER INTENTO FUERA INADECUADO.

14.- ¿PORQUE ES NECESARIO EL SELLADO PALATINO POSTERIOR?

- 1) LA PRESION POSITIVA SE NECESITA AQUI PARA COMPLETAR EL

SELLADO DE LOS BORDES YA QUE EL SELLADO FACIAL DE LAS ESTRUCTURAS ADYACENTES NO ESTA PRESENTE.

- 2) EL MOVIMIENTO DEL PALADAR BLANDO TIENDE A INTRODUCIR AIRE, COMIDA Y SALIVA ABAJO DE LA DENTADURA.
- 3) PARA COMPENSAR EL DESPLAZAMIENTO DE LA BASE DE LA DENTADURA DEBIDO A LA CONTRACCION Y DESAJUSTE DE LA MISMA.

15.- MENCIONE DOS METODOS PARA OBTENER EL SELLADO POSTERIOR. DE LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE CADA UNO.

A) CERA FUNCIONAL

VENTAJAS:

- a) SE PUEDE HACER DURANTE LA CITA EN LA QUE SE TOMARA LA IMPRESION.
- b) PUEDE SER PROBADA Y EVALUADA PARA SU EFECTIVIDAD.

DESVENTAJAS:

- a) ES DIFICIL CONTROLAR EL FLUJO DE CERA Y UN DESCUIDO PUEDE OCASIONAR QUE SE PRESIONEN AREAS NO RESILIENTES.
- b) PUEDE DEJAR DE IMPRESIONAR EL SELLADO POSTERIOR SI LA CERA ESTA DEMASIADO FRIA Y SOBRE PASARSE SI LA CERA ESTA DEMASIADO CALIENTE.

B) TALLADO EN EL MODELO FISIOLOGICO

(NOTA: DEBE UTILIZARSE CON MATERIALES DE IMPRESION ELASTICOS.)

VENTAJAS:

- a) SE PUEDE UTILIZAR CUANDO LAS RETENCIONES HAGAN DOLOROSO LA INSERCIÓN O REMOCION DEL MATERIAL DE IMPRESION.
- b) SE PUEDE CONTROLAR LA LOCALIZACION PERFECTAMENTE.

DESVENTAJAS:

- a) DIFICIL DE CORREGIR SI NO SE HA LLEGADO A IMPRESIONAR EL SELLADO POSTERIOR; EXISTIRAN ALGUNOS PROBLEMAS SI SE SOBREPASO EL SELLADO POSTERIOR.
- b) SE NECESITA EXPERIENCIA PARA TALLAR ADECUADAMENTE LA PROFUNDIDAD Y EL AREA EN EL MODELO.

16.- DE DOS RAZONES IMPORTANTES POR LAS QUE DEBE CUBRIRSE LA PAPILA PIRIFORME CUANDO SE CONSTRUYE UNA DENTADURA INFERIOR.

- 1) EL AREA DE LA PAPILA ES RESISTENTE A LA REABSORCION DEBIDO A LA INCERSION DEL FASCICULO O HAZ INTERMEDIO DEL MUSCULO TEMPORAL, CONSTRICTOR FARINGEO SUPERIOR, BUCCINADOR Y FIBRAS DEL LIGAMENTO PTERIGO-MANDIBULAR.

2) LA COMPRESION DE LA PAPILA AUMENTA EL SELLADO OBTENIDO EN ESTA AREA, POR LO QUE HAY MAYOR SOPORTE Y RETENCION.

17.- ¿CUAL ES LA DIFERENCIA ENTRE LA ZONA RETROMOLAR Y LA PAPILA PIRIFORME.?

ZONA RETROMOLAR:

ES SUAVE, ES UNA ELEVACION SEMI-CIRCULAR DE MUCOSA QUE SE LOCALIZA ATRAS DE LA PAPILA PIRIFORME. CONTIENE TEJIDO CONECTIVO RESILIENTE CON GLANDULAS MUCOSAS Y ESTA CUBIERTO CON UN EPITELIO MAS SUAVE Y MENOS QUERATINIZADO QUE EL QUE SE OBSERVA EN LA ENCIA. SE CONTINUA HACIA ATRAS CON EL PLIEGUE PTERIGO MANDIBULAR.

PAPILA PIRIFORME:

PAPILA EN FORMA DE PERA (BULBO GINGIVAL RESIDUAL POSTERIOR, SICHER) DESPUES DE LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR LA ZONA RETROMOLAR PERMANECE VISIBLE PERO ANTERIOR A ESTA Y AL LADO DE ELLA LA PAPILA EN FORMA DE PERA LA CUAL A VECES PUEDE NO SER MUY EVIDENTE.

CONSTA DE TEJIDO FIBROSO COMO EL DE LA ENCIA, ESTA PAPILA EN FORMA DE PERA ESTA ALINEADA CON EL PROCESO RESIDUAL Y FORMA SU TERMINACION DISTAL. SU FORMA ES APROXIMADAMENTE LA DE UNA PERA CON SU APICE O CONSTRICCION HACIA ADELANTE, PROBABLEMENTE DEBIENDO SU FORMA AL PATRON DE LA CICATRIZ. LA DENTADURA INFERIOR TERMINA EN ESTA ESTRUCTURA. OCUPA LA POSICION QUE TENIA EL TERCER MOLAR.

18.- ENLISTE LAS CAUSAS QUE PUEDEN PROVOCAR NAUSEA

A) PSICOGENICAS:

- 1) MIEDO, ANSIEDAD, APRENSION.
- 2) PSICONEUROSIS.

B) DE ORIGEN SOMATICO.

1) LOCALES

- a) DENTADURA LARGA O GRUESA.
- b) DENTADURA CORTA Y MAL SELLADA.
- c) EL SELLADO POSTERIOR ESTA MAL COLOCADO.
- d) OCLUSION DESBALANCEADA.
- e) POSICION DEMASIADO POSTERIOR DE LOS DIENTES CAUSANDO QUE LA LENGUA NO TENGA ESPACIO.
- f) DIMENSION VERTICAL EXCESIVA.
- g) PLIEGUE RETROMILOHIOIDEO SOBREXTENDIDO O DEMASIADO GRUESO.

2) SISTEMICAS:

- a) ALGUNAS DROGAS.
- b) CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL.
- c) SALIVACION EXCESIVA.

19.- ¿COMO SE PUEDE CONTROLAR LA NAUSEA DURANTE UN PROCEDIMIENTO DE TOMA DE IMPRESION?.

- 1) SENTAR AL PACIENTE EN UNA POSICION VERTICAL, ES MEJOR SI LA CABEZA SE INCLINA UN POCO HACIA ADELANTE.

- 2) CUANDO LA BOVEDA PALATINA ES ALTA AUMENTE CON CERA LA SUPERFICIE PALATINA DE LA CUCHARILLA, PARA QUE SOPORTE EL HIDROCOLOIDE VISCOSO.
- 3) REGULA LA TEMPERATURA DEL AGUA QUE SE UTILIZA EN LA MEZCLA, ASI COMO EL TIEMPO DE MANIPULACION, EL ALGINATO DEBE ALCANZAR SU ESTADO DE GELACION TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE. DESPUES DE COLOCAR LA CUCHARILLA (EVITE QUE EL ALGINATO FLUYA EN EXCESO.)
- 4) REMUEVA INMEDIATAMENTE EL EXCESO DE ALGINATO PARA DISMINUIR EL GROSOR DEL PALADAR BLANDO.
- 5) NUNCA PERMITA QUE NINGUNA PARTICULA SE PIERDA O RESBALE HACIA LA GARGANTA.
- 6) NUNCA UTILICE LA PALABRA "ASCO", EVITE UN REFLEJO POR SUGESTION.
- 7) DISTRACCION; COLOCAR UNA CANTIDAD DE SAL SOBRE LA LENGUA, ETC. PARA AQUELLOS PACIENTES QUE NO PUEDAN CONTROLAR SUS REFLEJOS.
- 8) PORTAIMPRESIONES ADECUADO A LA BOCA DEL PACIENTE.

PARA QUELLOS PACIENTES QUE SON INCAPACES DE CONTROLAR SUS REFLEJOS.

- 1) APLIQUE ANESTESIA TOPICA EN EL AREA DEL PALADAR BLANDO.
 - 2) ADMINISTRAR UN SEDANTE UNA NOCHE ANTES Y MEDIA HORA ANTES DE LA CITA ADEMÁS DE LA ANESTESIA TOPICA.
 - 3) UN BLOQUEO NERVIOSO CON PREMEDICACION PUEDE SER LA ULTIMA ALTERNATIVA.
- 20.- ¿PORQUE ES IMPORTANTE EL MARGEN LINGUAL ANTERIOR EN LA RETENCION DE LA DENTADURA INFERIOR?
SE SABE QUE EN LA MAYORIA DE LOS CASOS EL OPERADOR FALLA EN LA OBTENCION DE UNA ADAPTACION EXACTA DE LA PERIFERIA. ESTO SE COMPLICA POR LA GRAN MOVILIDAD DEL PISO DE LA BOCA.
- 21.- ¿POR QUE LA EXTENSION MAXIMA DEL FLANCO VESTIBULAR DEBE SER INVESTIGADA AL IGUAL QUE LA INSERCIÓN MULTIPLE DE MUSCULOS Y FRENILLOS?
TOMANDOLOS EN CUENTA OBTENDREMOS LA FORMA DEL ARCO MANDIBULAR Y LAS RETENCIONES QUE SE OBTIENEN DE LA MISMA.
- 1) USUALMENTE ES EL AREA DE MEJOR SOPORTE, EN REALIDAD EL UNICO SOPORTE SI EL PROCESO ES POBRE.
 - 2) EL AREA ES RESISTENTE A LA REABSORCION YA QUE LAS FIBRAS DEL MUSCULO BUCCINADOR SE ENCUENTRAN INSERTADAS A SU ALREDEDOR.
 - 3) UNA EXTENSION CONVENIENTE PUEDE PERMITIR UN REBORDE MAS LARGO QUE BIEN CONTROLADO PUEDE CONTRIBUIR A LA RETENCION DE LA DENTADURA EN VIRTUD DE QUE EL MUSCULO BUCCINADOR SE RECARGA EN CONTRA DE LA SUPERFICIE EXTERNA DE LA DENTADURA QUE EFECTIVAMENTE SON PLANOS INCLINADOS.

22.- ¿PORQUE EL AREA DEL BORDE BUCAL DE LA DENTADURA INFERIOR SE DEBE MANTENER DELGADA?
ESTO ESTA INFLUENCIADO POR LA ACTIVIDAD DEL MUSCULO ORBICULAR DE LOS LABIOS.SI SE REALIZA DEMASIADO GRUESA LA DENTADURA EN ESTA AREA SE ACELERA EL DESPLAZAMIENTO DE LA DENTADURA DURANTE LOS MOVIMIENTOS DE ESTE MUSCULO.

23.-MENCIONE LAS ESTRUCTURAS QUE CONFORMAN EL SELLADO PERIFERICO DE UNA DENTADURA SUPERIOR Y DE UNA INFERIOR.

SUPERIOR

- LIGAMENTO PTERIGOMANDIBULAR
- BUCCINADOR
- FRENILLO BUCAL
- MUSCULO CANINO
- COMPRESOR Y ORBICULAR DE LOS LABIOS
- FRENILLO LABIAL

INFERIOR

- LIGAMENTO PTERIGOMANDIBULAR
- HAZ PROFUNDO DEL MASETERO
- BUCCINADOR
- TRIANGULAR DE LOS LABIOS
- CUADRADO DE LA BARBA
- FRENILLO BUCAL
- ORBICULAR Y COMPRESOR DE LOS LABIOS
- FRENILLO LABIAL

ZONA LINGUAL

- PALATOGLOSO
- MILOHIOIDEO
- GENIOGLOSO
- GENIOHIOIDEO
- FRENILLO LINGUAL

24.-¿CUALES SON LAS AREAS CRITICAS DE RETENCION EN UNA DENTADURA SUPERIOR Y PORQUE?.

- A) EL SELLADO POSTERIOR,EL PALADAR BLANDO SE MUEVE DURANTE SU FUNCION, Y LA PRESION POSITIVA SE NECESITA AQUI PARA MANTENER EL SELLADO.
- B) MEDIDA DEL BORDE POSTERIOR. EN UN MARGEN CORTO NO SE PUEDE REALIZAR EL SELLADO POSTERIOR ADECUADAMENTE. UN MARGEN LARGO SERIA INTOLERABLE YA QUE ESTE INTERFERIRIA CON LA FUNCION DEL PALADAR BLANDO.
- C) AREA DE FONDO DE SACO. ESTA DEBE DE SER COMPLETAMENTE SELLADA TANTO EN SU ANCHO COMO EN SU ALTO, DE OTRA MANERA OCURRIRA UN ESCAPE DE AIRE EN EL SELLADO DE SUS MARGENES AL HABLAR Y EN ALGUNOS OTROS MOVIMIENTOS FUNCIONALES.

25.- ¿CUALES SON LAS AREAS CRITICAS DE RETENCION Y SOPORTE EN UNA DENTADURA INFERIOR Y PORQUE.?

- 1) AREA RETROMILOHIOIDEA, RESISTE LAS ENVESTIDAS LATERALES PARA MEJORAR LA ESTABILIDAD Y EL SELLADO.
- 2) BORDE LINGUAL.- PROVEE EL SELLADO DE LA LENGUA EN CONTACTO CON EL BORDE.
- 3) REPISA BUCAL.- PROVEE SOPORTE.
- 4) LAS PAPILAS DEBEN DE SER CUBIERTAS POR UN CORRECTO SOPORTE Y SELLADO DE MARGENES.

26.- ¿COMO SE PUEDE ESTABLECER EL MARGEN DE LA DENTADURA INFERIOR EL CUAL ESTA INFLUENCIADO POR EL MUSCULO MASETERO.?

- 1) ADAPTAR LA MODELINA EN EL AREA DE LA PERIFERIA DEL AREA DEL MASETERO.
- 2) COLOCARSE EN LA BOCA, E INSTRUIR AL PACIENTE A EJERCITAR UNA FUERZA DE MORDIDA, DE MANERA QUE SE ACTIVE EL MASETERO Y QUE PERMITA UN ACORTAMIENTO DEL MUSCULO.

27.- CUANDO SE CONSTRUYE UNA DENTADURA EN EL MAXILAR SE DEBE SELLAR EL ESPACIO BUCAL, PORQUE O PORQUE NO.?

EL ESPACIO BUCAL SIEMPRE SE DEBE SER LLENADO FUNCIONALMENTE. LA CANTIDAD DE LLENADO FUNCIONAL DEPENDE DEL GRADO DE MOVIMIENTO QUE PERMITA EL PROCESO CORONOIDES DURANTE MOVIMIENTOS FUNCIONALES. DEJAR DE RELLENAR EL ESPACIO BUCAL PUEDE RESULTAR EN LA INDESEABLE ACUMULACION DE COMIDA EN EL MISMO Y ROMPERSE EL SELLADO PERIFERICO DURANTE LOS MOVIMIENTOS FUNCIONALES.

28.- ¿CUALES SON LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LAS BASES METALICAS DE LAS DENTADURAS? DENTADURAS VACIADAS EN METAL.?

VENTAJAS:

- 1) SE PUEDEN FABRICAR CON MAYOR EXACTITUD.
- 2) DIMENSIONALMENTE MAS ESTABLES BAJO ESTRES MASTICATORIO.
- 3) MENOS SUJETO A DESGASTE.
- 4) MENOS SUJETO A LA ABRACION DURANTE EL USO.
- 5) FUERZA ADECUADA SI LA BASE ES DELGADA EN CASO DE QUE EXISTA FALTA DE ESPACIO PARA LA LENGUA.
- 6) CAPACIDAD DE CONDUCIR EL CALOR Y EL FRIO.
- 7) MEJOR TOLERANCIA DE LOS TEJIDOS.
- 8) UTIL EN CASO DE PACIENTES ALERGICOS A LA RESINA.

DESVENTAJAS:

- 1) MENOS ESTETICO.
- 2) MAYOR COSTO.

- 3) NO PUEDE SER REAJUSTADA FACILMENTE; SE DIFICULTA EL SELLADO POSTERIOR.
- 4) EN EL ARCO MAXILAR LA GRAVEDAD TIENDE A DESALOJARLA CON EXCEPCION DE LAS BASES DE ORO.
- 5) PUEDE OCURRIR DISTORSION EN PROCEDIMIENTOS DE REPARACION, MAS QUE EN LAS RESINAS.
- 6) POSIBLE SABOR METALICO.

29. - ¿QUE TAN ANCHOS HARIA UD. LOS MARGENES DE UNA DENTADURA.?

LOS MARGENES DIFICILMENTE SE DEBEN HACER EN FORMA DE FILO DE CUCHILLO YA QUE ESTO USUALMENTE CAUSA IRRITACION QUE A MENUDO REQUIERE DE AJUSTES INECESARIOS QUE VAN A ACORTAR EL BORDE. EN ALGUNOS CASOS LOS PROCESOS GRANDES REQUIEREN DE MARGENES MUY DELGADOS, ESPECIALMENTE EN EL AREA LABIAL. EN ESTOS CASOS, HAGA LOS MARGENES DE APROXIMADAMENTE 1 mm. DE EXPESOR, CON UNA TERMINACION REDONDEADA. GENERALMENTE LOS MARGENES DEBEN DE SER APROX. DE 2 mm. PARA LA GENERALIDAD DE LOS CASOS.

CON FRECUENCIA LOS MARGENES EN EL AREA DE LA TUBEROSIDAD DEBEN DE SER MAS ANCHOS PARA UN BUEN SELLADO. SI EL PROCESO MANDIBULAR ES PLANO A MENUDO SE OBTIENE UN MEJOR SELLADO SI EL MARGEN ES MAS ANCHO 3 mm. O MAS. GENERALMENTE SI LOS PROCESOS SON DELGADOS Y/O PLANOS LOS MARGENES ANCHOS LES DAN UN MEJOR SOPORTE FACIAL Y UN MEJOR SELLADO PERIFERICO.

30. - ¿COMO SE PUEDE OBTENER UNA IMPRESION DE UN PROCESO CUBIERTO CON TEJIDO RESILENTE.?

- 1) ALIVIAR EL MODELO DE LA IMPRESION PRELIMINAR CON CERA PARA INCREMENTAR EL ESPACIO DISPONIBLE SOBRE LAS AREAS DE RESILENCIA.
- 2) USAR TECNICAS DE MINIMA PRESION PARA EVITAR CUALQUIER COMPRESION Y DESPLAZAMIENTO DE TEJIDOS BLANDOS. TAMBIEN UTILICE UN MATERIAL PARA IMPRESION BASTANTE FLUIDO.

31. - ¿QUE TECNICA DE IMPRESION UTILIZARIA EN UN PACIENTE CON DIABETES.?

TECNICA DE PRESION MINIMA.

32. - ¿QUE PRINCIPIOS INCORPORARIA USTED A LOS DE LAS DENTADURAS COMPLETAS PARA UN PACIENTE QUE PADEZCA ALGUNA ENFERMEDAD DEBILITANTE.?

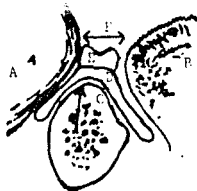
- 1) MAXIMA EXTENSION (SE PUEDE REDUCIR DESPUES SI ES NECESARIO.)
- 2) TECNICA DE MINIMA PRESION.
- 3) DISMINUIR LIGERAMENTE LA DIMENSION VERTICAL.
- 4) UTILIZAR DIENTES MONOPLANOS.
- 5) ANTAGONIZAR PORCELANA CON DIENTES DE ACRILICO.
- 6) RETIRAR LA DENTADURA DURANTE LA NOCHE.
- 7) SERAN NECESARIOS ATENCION Y FRECUENTES AJUSTES.

33. - CUALES SON LAS FUNCIONES DEL PORTAIMPRESIONES?

- 1) PARA SOPORTAR EL MATERIAL DE IMPRESION Y PONERLO EN CONTACTO CON LOS TEJIDOS ORALES.
- 2) PERMITE LA IMPRESION DE ALGUNA REGION DEL BORDE RESIDUAL CON MAYOR FUERZA IMPRESA, ADEMAS DE IMPRESIONR OTRAS ZONAS MUY DIFICILES DE ALCANZAR.
- 3) RETECCION DEL MATERIAL DE IMPRESION MIENTRAS ES REMOVIDO DE LA BOCA.

34. - QUE CARACTERISTICAS DEBE TENER UN PORTAIMPRESIONES?

- 1) TAMAÑO ADECUADO A LA CAVIDAD ORAL, PARA NO DESPLAZAR NI COLAPSAR LOS TEJIDOS ADYACENTES.
- 2) DEBEN GUARDAR ESPACIO ENTRE LA DENTADURA Y EL PORTAIMPRESIONES PARA DAR LUGAR A LA OBTENCION DE LOS DETALLES ANATOMICOS.
- 3) LOS BORDES DEL PORTAIMPRESIONES DEBEN SER AJUSTADOS PARA EL CONTROL DEL DESPLAZAMIENTO DE LOS TEJIDOS.
- 4) EL PORTAIMPRESIONES DEBE SER EL ADECUADO PARA EL TIPO DE MATERIAL DE IMPRESION UTILIZADO.



- A) CAPRILO
- B) LENGUA
- C) PROCESO EDENTULO
- D) BASE DE LA DENTADURA
- E) DIENTE ARTIFICIAL
- F) ZONA NEUTRA

CAPITULO CINCO
RELACIONES INTERMAXILARES

V. RELACIONES INTERMAXILARES

1.- ¿COMO DETERMINA UD. EL PLANO OCUSAL?

- a) TAMAÑOS RELATIVOS DE LAS AREAS DE APOYO DE LOS PROCESOS ANTAGONISTAS.
- b) DIVISION DEL ESPACIO INTERMAXILAR EQUITATIVAMENTE O LO MAS APROXIMADO POSIBLE.
- c) MEDIDA DEL LABIO.
- d) LINEA FACIAL ARBITRARIA: PLANO DE CAMPER.
- e) RELACION CON LA PAPILA PIRIFORME.

2.- ¿QUE DIFICULTADES SE PUEDEN ENCONTRAR, SI EL PLANO DE OCLUSION SE COLOCA DE UNA MANERA INCORRECTA.?

- a) DESVIACION DESFAVORABLE DE LA DENTADURA SUPERIOR HACIA ADELANTE, SI EL PLANO ESTA MUY BAJO ANTERIORMENTE.
- b) DESVIACION DESFAVORABLE DE LA DENTADURA MANDIBULAR HACIA ADELANTE, SI EL PLANO ESTA MUY ALTO ANTERIORMENTE.
- c) DISMINUCION DE LA ESTABILIDAD DEBIDO A LA PALANCA DESFAVORABLE, PUEDE SER EVITADO ACERCANDO EL PLANO AL PROCESO MENOS FAVORABLE.
- d) FALTA DE HABILIDAD PARA MASTICAR APROPIADAMENTE.
- e) ESPACIO INSUFICIENTE PARA LA LENGUA SI EL PLANO ESTA DEMASIADO ALTO.

3.- ¿CUALES SON LOS SINTOMAS DE UNA SOBRECCLUSION.? (MORDIDA CERRADA)

- a) QUEILITIS ANGULAR.
- b) SE REDUCE LA FUERZA DE LA MORDIDA.
- c) EL MENTON SE APROXIMA A LA NARIZ, SOPORTE INADECUADO DEL LABIO, Y APARIENCIA GERIATRICA.
- d) SE MUERDEN LOS CARRILLOS.
- e) PROBLEMAS DEL TRACTO DIGESTIVO.
- f) DESPLAZAMIENTO POSTERO-SUPERIOR DE LOS CONDILOS RESULTANDO EN UNA ALTERACION DE A.T.M.

4.- ¿CUALES SON LOS SINTOMAS DE UNA DIMENSION VERTICAL AUMENTADA? (MORDIDA ABIERTA)

- a) PROBLEMAS EN LA A.T.M.
- b) TRISMUS MUSCULAR QUE PUEDE PRODUCIR PROBLEMAS EN LA A.T.M. CON UN VAGO DOLOR MUSCULAR.
- c) SE PRODUCE UN CHASQUIDO CON LOS DIENTES AL HABLAR, COMER O AMBOS.
- d) PUEDE DESARROLLAR SENSACION DE NAUSEA O HASTA EMESIS.
- e) ULCERAS CRONICAS EN TEJIDO CON LA SUBSECUENTE REABSORCION DEL PROCESO.
- f) DIFICULTAD EN LA FONETICA ADEMAS DEL CHASQUIDO DENTAL.

- g) ESPACIO INSUFICIENTE PARA LA LENGUA SI EL PLANO ES MUY ALTO.
- h) FATIGA DE LOS MUSCULOS FACIALES.

5.- ¿QUE SUCEDE CON LA FUERZA DE MORDIDA EN UN AUMENTO O DISMINUCION DE LA D.V.?

LA FUERZA DE MORDIDA DISMINUYE EN AMBOS CASOS.

6.- ENLISTE POR LO MENOS 5 MANERAS DE DETERMINAR UNA CORRECTA D.V.

a) PRE-EXTRACCION:

- 1) DIMENSIONES DE DESLIZAMIENTO (WILLIS, SORENSEN, BODINE)
- 2) MODELOS DE ESTUDIO.
- 3) CEFALOMETRIA.
- 4) TECNICA DE PERFIL.
- 5) FOTOGRAFICO COMO LA DISTANCIA DE WRIGHT INTERPUPILAR, COMO LA PROPORCIONADA POR LA DELIMITACION TISULAR.
- 6) OTENCION DEL PLANO DE OCLUSION Y DIMENSION VERTICAL DE TRABAJO.

b) POST-EXTRACCIONES:

- 1) POSICION FISIOLÓGICA DE DESCANSO: CAMBIA DURANTE LA JUVENTUD PERO ES RELATIVAMENTE ESTABLE EN LA EDAD ADULTA.
- 2) FONÉTICO-DICCION.
- 3) PROPIOCEPCION DEL PACIENTE. (PERCEPCION NEUROLOGICA).
- 4) OBTENCION DE PLANOS.
- 5) MEDIDAS FACIALES EQUIDISTANTES.

7.- ¿QUE ES LA DISTANCIA INTEROCLUSAL.? (ESPACIO LIBRE)
¿ES ESTA CONSTANTE?

DEFINICION: ES EL ESPACIO QUE EXISTE ENTRE LOS DIENTES SUPERIORES E INFERIORES, CUANDO LA MANDIBULA ESTA EN REPOSO. ESTE ESPACIO VARIA LIGERAMENTE DURANTE LA MAMANA Y SE INCREMENTA AL FINAL DEL DIA. NO EXISTE DURANTE EL SUEÑO EN EL DESCANSO FISIOLÓGICO DEBIDO A LA FALTA DE TONO MUSCULAR.

8.- ¿QUE DETERMINA LA POSICION DE DESCANSO DE LA MANDIBULA?
¿ES ESTA CONSTANTE ?

POSICION DE DESCANSO:

- a) DEPENDE DEL TONO DE LA MUSCULATURA.
- b) NO EXISTE DURANTE LAS HORAS DE SUEÑO.
- c) VARIA LIGERAMENTE A LO LARGO DEL DIA SIENDO LA MAYOR DISTANCIA AL FINAL DEL DIA.
- d) TAMBIEN VARIA DURANTE UNA ENFERMEDAD CRONICA.

- e) NO PUEDE SER MEDIDA DURANTE UNA ANESTESIA PROFUNDA O DURANTE LA INCONCIENCIA, YA QUE EL TONO DE LOS MUSCULOS MASTICADORES SE REDUCE A CERO.
- f) VARIA CON LAS DIFERENTES POSICIONES DE LA CABEZA CON RESPECTO AL RESTO DEL CUERPO.
- g) APARENTEMENTE ES CONSTANTE EN UN ADULTO SALUDABLE.

9.- ¿PORQUE LA POSICION DE REPOSO ES LA MEDIDA MAS IMPORTANTE PARA ESTABLECER UNA CORRECTA DIMENSION VERTICAL.?

- a) PORQUE ES LA MAS CONSTANTE, ES UNA POSICION MANDIBULAR QUE CASI NO VARIA, SE USA COMO PUNTO DE PARTIDA EN LA DETERMINACION DEL ESPACIO LIBRE.
- b) INCREMENTANDO LA DIMENSION VERTICAL DE OCLUSION MAS ALLA DE LA DIMENSION VERTICAL DE REPOSO DARA COMO RESULTADO LA MAYORIA DE LOS CASOS UN FRACASO DE LA DENTADURA (TAL VEZ LA CAUSA MAS COMUN DE FRACASO EN DENTADURAS.)
- c) PORQUE LOS MUSCULOS DE LA MASTICACION SE ENCUENTRAN EN RELAJACION POR LO QUE SE ENCUENTRAN EN EQUILIBRIO CON LA FUERZA DE GRAVEDAD.

10.- MENCIONE POR LO MENOS TRES INVESTIGADORES QUE SE HAYAN DEDICADO AL ESTUDIO DE LA DIMENSION VERTICAL DE REPOSO Y EN QUE HAN CONTRIBUIDO CADA UNO.?

M. E. NEISWONGER:

ESTUDIO LA POSICION DE DESCANSO EN PACIENTES DESDENTADOS, ENCONTRO QUE ERA CONSTANTE Y REPRODUCIBLE, DESCRIBIENDO UN METODO PARA LA CONSTRUCCION DE DENTADURAS.

J. THOMPSON:

ESTUDIO LA POSICION FISIOLOGICA DE DESCANSO POR MEDIO DE LA CEFALOMETRIA (RAYOS X), CREIA QUE ERA CONSTANTE A LO LARGO DE LA VIDA. ESTUDIO CASOS DE DENTADURAS DONDE LA POSICION DE DESCANSO ERA EXCESIVA Y EL RESULTADO ERA REABSORCION DE LOS PROCESOS HASTA QUE LA DIMENSION VERTICAL CORRECTA ERA ALCANZADA.

F. S. OLSEN:

EN SUS INVESTIGACIONES SUGIERE QUE LA POSICION DE REPOSO NO ERA ESTRICTAMENTE ESTABLE. LAS MEDIDAS QUE TOMO DE LA POSICION DE DESCANSO EN PACIENTES, CON DENTADURA Y LUEGO SIN DENTADURA MOSTRABAN DIFERENTES MEDIDAS EN LA MAYORIA DE LOS CASOS (83%) (MENOS EN LA POSICION ANTERIOR).

D. ATWOOD:

REALIZO ESTUDIOS EXTENSOS EN PACIENTES ANTES Y DESPUES DE

LAS EXTRACCIONES, ENCONTRANDO VARIACIONES (RAYOS X), CON LAS BASES, ENTRE LAS BASES Y EN LOS REGISTROS, CON O SIN LAS DENTADURAS.

SE MOSTRO CLARAMENTE UNA DISMINUCION DE LA DIMENSION VERTICAL DESPUES DE ELIMINAR LOS CONTACTOS OCLUSALES.

A. TALLEREN:

SUS ESTUDIOS TAMBIEN CONFIRMAN LOS DESCUBRIMIENTOS DE OLSEN Y ATWOOD. MENCIONO CAMBIOS QUE OBSERVO DURANTE EL PRIMER AÑO DESPUES DE LA EXTRACCION DE DIENTES, EN LA INSERCIÓN DE DENTADURAS Y ALGUNOS CAMBIOS GRADUALES TIEMPO DESPUES. (DIMENSION VERTICAL DISMINUIDA).

11.- ¿COMO SE PUEDE DETERMINAR EL AUMENTO DE LA DIMENSION VERTICAL DE OCLUSION CUANDO SE ESTA TRATANDO DE UN CASO DE SOBREMORDIDA?

a) RETIRAR LA DENTADURA Y DETERMINAR UNA ADECUADA POSICION FISIOLOGICA DE DESCANSO.

b) MEDIR LA DIMENSION VERTICAL DE OCLUSION CON LAS ANTIGUAS DENTADURAS EN LA BOCA Y ANOTAR LA CANTIDAD.

c) UNA ADECUADA DIMENSION VERTICAL DE OCLUSION DEBE SER DOS A CUATRO MILIMETROS MENOS QUE LA DIMENSION VERTICAL DE REPOSO.

d) POR REGLA GENERAL: NO SE DEBE AUMENTAR MAS DE 4 mm LA D.V. YA QUE UN GRAN INCREMENTO PUEDE DAR COMO RESULTADO PROBLEMAS MUSCULARES.

12.- DEFINA QUE ES RELACION CENTRICA. MENCIONE POR LO MENOS TRES METODOS PARA SU OBTENCION. ¿QUE METODO ES MAS EXACTO.?

DEFINICION: ES LA POSICION MAS RETRUIDA DE LA MANDIBULA CON RESPECTO AL MAXILAR, CUANDO LOS CONDILOS ESTAN EN LA POSICION MAS SUPERIOR, POSTERIOR Y MEDIA EN LA CAVIDAD GLENOIDEA, DESDE DONDE LOS MOVIMIENTOS LATERALES SE PUEDEN LLEVAR ACABO EN CUALQUIER GRADO DE SEPARACION DE LA MANDIBULA.

METODOS:

1.- REGISTROS INTRAORALES.

2.- REGISTROS EXTRAORALES.

3.- REGISTRO INTEROCCLUSAL EN CERA O MODELINA.

4.- REGISTRO DE OCLUSION DE PATERSON O HOUSE (RARAMENTE SE UTILIZA).

5.- FISIOLOGICO.-POR MEDIO DE LA LENGUA, AYUDADO POR EL OPERADOR.

TODOS SON IGUALMENTE EXACTOS, DEPENDE DE LA HABILIDAD DEL OPERADOR Y DE LA COOPERACION DEL PACIENTE. SIN EMBARGO LA TECNICA DE TRAYECTORIA ES CONSIDERADA LA MEJOR YA QUE ESTA ES GRAFICA, FACIL DE REPETIR Y NO REQUIERE DE MUCHA EXPERIENCIA O JUICIO COMO EL METODO DE REGISTRO DE LA CERA O MODELINA.

13.- ¿CUALES SON LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE UNA TRAYECTORIA INTRAORAL COMPARADA CON UNA TRAYECTORIA EXTRAORAL.?

A) VENTAJAS DEL TRAZADO.(REGISTRO):

- 1.- INDICA LA DIRECCION Y POSICION CENTRICA DE LA MANDIBULA.
- 2.- SE PUEDE VERIFICAR LA CENTRICA TENTATIVA PARA VER SI ES CORRECTA.
- 3.- VISUALMENTE, FACIL DE VERIFICAR Y COMPROBAR LA DEMOSTRACION.
- 4.- SE PUEDEN ESTABLECER ANGULOS SAGITALES DE LOS PATRONES CONDILARES.
- 5.- FACILITA EL AJUSTE DEL ARTICULADOR PARA LAS TRAYECTORIAS HORIZONTALES, LATERALES Y MOVIMIENTOS DE BENNET (SOLAMENTE EN UN ARTICULADOR COMPLETAMENTE AJUSTABLE.)

B) DESVENTAJAS DEL TRAZADO (REGISTRO):

- 1.- DIFICIL DE USAR EN PACIENTES QUE TIENEN UNA LENGUA GRANDE, REABSORCION EXCESIVA DE PROCESO, O EN UN TEJIDO DEMASIADO SUAVE O RESILIENTE.
- 2.- EL PUNTO DE APOYO CENTRAL DEBE ESTAR EXACTAMENTE EN EL CENTRO DE LOS ARCOS MAXILAR Y MANDIBULAR, PARA IGUALAR CONTACTOS; SITUACION RARA EN LA MAYORIA DE LOS PACIENTES.
- 3.- EL PACIENTE DEBE USAR UNA PRESION EXCESIVA CON UN SUBSECUENTE ABRIR Y CERRAR DE BOCA.

C) TRAYECTORIA INTRAORAL VS EXTRAORAL:

- 1.- LAS TRAYECTORIAS INTRAORALES SON A MENUDO PEQUENAS YA QUE ES DIFICIL DE ESTABLECER UNA FORMA DEFINITIVA DE TRAYECTORIA PARA EL ARCO GOTICO, TAMPOCO SE PUEDE VER LA POSICION DE LA AGUJA CUANDO SE ESTA GRABANDO LA POSICION CON LA MODELINA.
- 2.- LAS TRAYECTORIAS EXTRAORALES SIN PUNTO DE APOYO CENTRAL NO SON SATISFACTORIAS YA QUE ELLAS NO PUEDEN REGISTRAR UNA CORRECTA RELACION MAXILO-MANDIBULAR; TAMBIEN SON VOLUMINOSAS Y DIFICILES DE MONTAR Y USAR.

14.- ¿CUALES SON LAS CONTRAINDICACIONES PARA USAR UNA TRAYECTORIA.?

- 1.- UNA LENGUA GRANDE.
- 2.- UNA EXCESIVA REAPSORCION DE LOS PROCESOS.
- 3.- PERDIDA DE TEJIDO ARRIBA DEL PROCESO.
- 4.- UN EXCESIVO PROGNATISMO O RETROGNATISMO RESULTA EN ABRIR Y CERRAR LA BOCA.
- 5.- PROCESOS GRANDES CON PEQUEÑAS DISTANCIAS INTERMAXILARES (NO EXISTE ESPACIO PARA PROTESIS).

15.- ¿CUALES SON LAS VENTAJAS DE UN METODO DE REGISTRO INTEROCCLUSAL CON CERA SOBRE EL METODO DE PUNTO DE APOYO CENTRAL PARA UN REGISTRO DE RELACION CENTRICA.?

- a) UNA DISTRIBUCION EQUITATIVA DE FUERZAS ANTES QUE EQUILIBRAR LA CANTIDAD DE PRESION EN LOS TEJIDOS DE APOYO DE LA DENTADURA.
- b) PALANCAS DESFAVORABLES PRODUCIDAS POR INSTRUMENTOS EXTERNOS.
- c) LAS BASES DE LA DENTADURA NO AJUSTAN EN SU LUGAR COMO DEBIERAN.
- d) ES MUCHO MAS RAPIDO.

16.- ¿CUALES SON LAS DESVENTAJAS DE UN REGISTRO EN CERA.?

- 1.- REQUIERE DE MAYOR EXPERIENCIA Y GRAN CUIDADO.
- 2.- EL CALOR ES NECESARIO (EL BANO DE AGUA ES LO MEJOR)
- 3.- LA CERA SE DISTORSIONA FACILMENTE SI TIENE UN MANEJO INADECUADO.

17.- ¿CUANTA FUERZA DE MORDIDA SE DEBE APLICAR CUANDO SE REGISTRAN LAS RELACIONES CON EL METODO DE TRAZADO.?
PORQUE SE CONTROLA LA PRESION DE MORDIDA.
SE REQUIERE PRESION SUAVE CUANDO SE REGISTRA EL TRAZADO, EXCESIVA PRESION CAUSARA INTERFERENCIAS Y UN REGISTRO INCORRECTO.

18.- ¿PORQUE ESTA CONTRAINDICADA LA TECNICA DE RELACION CENTRICA EN CASOS DE PROGNATISMO Y RETROGNATISMO.?

PARA MANTENER LAS BASES AJUSTADAS EN UNA RELACION CORRECTA A LOS TEJIDOS QUE SOPORTAN LA DENTADURA, ES NECESARIO QUE ESTAS BASES NO SE DESPLACEN, UNA SITUACION SIMILAR EXISTE CUANDO EL PUNTO DE APOYO CENTRAL SE LOCALIZA EN EL CENTRO DE LA PLATAFORMA DE REGISTRO.
PARA LLEVAR ACABO ESTO EL PUNTO DE APOYO DEBE CAER EN EL CENTRO DE LA PLATINA OPUESTA DE TRAZO, ESTO NO ES POSIBLE CON LA RELACION DE MANDIBULA DE TIPO PROGNATICO O RETROGNATICO. LA PRESION DESIGUAL QUE RESULTA DE DICHA RELACION, DARA UNA COMPRESION TAMBIEN DESIGUAL EN LOS TEJIDOS CON EL SUBSECUENTE ERROR EN EL REGISTRO DE LA RELACION CENTRICA.

19.- ¿COMO VERIFICARIA UD. UN REGISTRO CENTRICO INTEROCLUSAL EN CERA.?

OBSERVE LA HUELLA (CANTO, BORDE) DE LA MORDIDA MANDIBULAR PARA VER SI LOS SURCOS QUE SE IMPRIMEN SON DEFINIDOS. CORTE EL EXCESO DE CERA Y ARTICULE AMBAS HUELLAS SOBRE SU MANO PARA ASEGURARSE QUE NO HAY CONTACTO POSTERIOR DE LAS PLACAS BASE O MODELOS. REINSERTE AMBAS HUELLAS. INSTRUYA Y GUIE AL PACIENTE A CHOCAR SUAVEMENTE EN EL AREA POSTERIOR. CUANDO EL HAGA ESTO, OBSERVE LA HUELLA MAXILAR, SE PUEDE MOVER UN POCO HACIA ARRIBA DEBIDO A LA RESILIENCIA DE LOS TEJIDOS. PERO SI LA HUELLA MAXILAR SE GIRA (HACIA ADELANTE, ATRAS O A LOS LADOS) AHI PUEDE EXISTIR UN ERROR. EN ESTE CASO LA CERA DEBERA SER REBLANDECIDA Y REPETIDO EL REGISTRO.

20.- ¿PUEDE UN PACIENTE USUALMENTE RETRUIR LA MANDIBULA MAS ALLA DE LA PUNTA DEL ARCO GOTICO?

NO.

21.- ¿COMO SE PUEDE UD. DAR CUENTA DE QUE EL REGISTRO EN LA BOCA DEL PACIENTE PUEDE CAER EN POSICION RETRUIDA A PESAR DE QUE SE HAYA OBTENIDO UN ARCO GOTICO PERFECTO.?

- 1.- LAS HUELLAS DE OCLUSION NO FUERON SELLADAS POR COMPLETO O FUERON DISTORCIONADAS.
- 2.- MONTADO INCORRECTO.
- 3.- EL PIN DE APOYO CENTRAL NO CONTACTO LA PLATINA CUANDO EL REGISTRO FUE TOMADO.

22.- DEFINA OCLUSION CENTRICA. DEFINA LA POSICION TERMINAL DE BISAGRA.

A) OCLUSION CENTRICA:

- 1.-ES LA RELACION DE SUPERFICIES OCLUSALES OPUESTAS QUE PROPORCIONAN UN PLANO DE OCLUSION MAXIMO Y/O INTERCUSPIDACION.
- 2.-ES LA OCLUSION DE LOS DIENTES CUANDO LA MANDIBULA ESTA EN RELACION CENTRICA CON EL MAXILAR.

B) POSICION TERMINAL DEL EJE DE BISAGRA:

LA POSICION MANDIBULAR DEL EJE (CONDILOS EN LA POSICION MAS RETRUIDA) DESDE DONDE UN MOVIMIENTO DE APERTURA DE LA MANDIBULA PRODUCIRA MOVIMIENTO DE TRASLACION MAS QUE DE ROTACION.

23.- ¿CUAL ES EL FACTOR QUE GUIA EL CIERRE DE LOS MAXILARES DE UN PACIENTE DENTADO.?
¿Y EN EL PACIENTE DESDENTADO.?

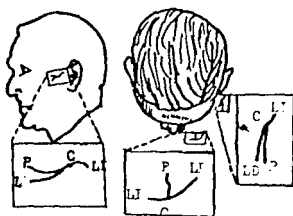
EN EL DENTADO LOS PROPIOCEPTORES (PERIODONTAL) SON LA GUIA PARA EL CIERRE FISIOLÓGICO, AYUDADO POR LA SENSACION QUINÉTICA PERCIBIDA POR EL PACIENTE A TRAVES DE LOS PROPIOCEPTORES EN LOS MUSCULOS.

EN UN PACIENTE EDENTULO LAS GUIAS DE CIERRE SON DOS:

a) LOS PROPIOCEPTORES DEL LIGAMENTO CAPSULAR DE LA A.T.M.

b) LOS RECEPTORES LIBRES DEL SISTEMA PROPIOCEPTIVO DENTRO DEL MUSCULO.

TRAZOS QUE SE OBTIENEN UTILIZANDO LOS PA.TOCRAFOS
DE STUART Y GRANGER



- C) RELACION CENTRICA
- P) PROTRUSIVA
- LI) LATERALIDAD IZQUIERDA
- LD) LATERALIDAD DERECHA

FIG.5.1

PLANOS DE ORIENTACION

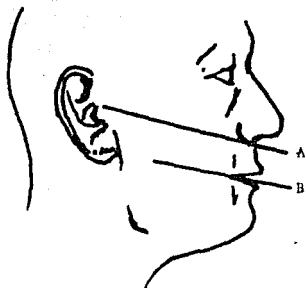


FIG. 5.2

- A) PLANO DE CAMPER
- B) PLANO DE OCLUSION

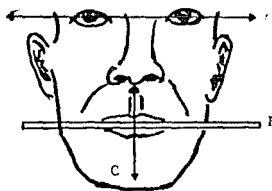


FIG. 5.3

- A) LINEA BIPUPILAR
- B) PLANO DE OCLUSION
- C) DIMENSION VERTICAL

CAPITULO SEIS
OCLUSION Y ARTICULACION

VI OCLUSION Y ARTICULACION

- 1.- ¿QUE ES UN ARTICULADOR?
ES UN INSTRUMENTO CAPAZ DE REPRODUCIR LOS MOVIMIENTOS DE LOS MAXILARES Y MANTENER SUS POSICIONES EN UN LUGAR FIJO EN EL ESPACIO.

- 2.- MENCIONE LA CLASIFICACION DE LOS ARTICULADORES DENTALES.
 - a) ARTICULADOR DE BISAGRA O SIMPLE.- ESTOS ARTICULADORES SOLO PUEDEN REALIZAR MOVIMIENTOS DE APERTURA Y CIERRE. PUEDEN SER DEL TIPO NEW SIMPLEX Y SIMPLE-DORIOT.
 - b) ARTICULADORES DE VALOR PROMEDIO.-

 - c) ARTICULADORES SEMI-AJUSTABLES O COMPUESTOS.- ESTOS ARTICULADORES RELIZAN TODOS LOS MOVIMIENTOS DEL CONDILO EN LA CAVIDAD GLENOIDEA EN EL PRINCIPIO Y FIN DEL MOVIMIENTO PERO NO SU TRAYECTORIA. DEL TIPO WHIP-MIX, HANAU H2, ETC.
 - d) ARTICULADORES COMPLEJOS O TOTALMENTE AJUSTABLES.- SON CAPACES DE REPRODUCIR TODOS LOS MOVIMIENTOS DEL CONDILO DENTRO DE LA CAVIDAD GLENOIDEA, DESCRIBIENDO SUS TRAYECTORIAS. EJEMPLOS: STUART, DENAR, GRANGER, ETC.

- 3.- ¿QUE ES UN ARCO FACIAL?
ES UN INSTRUMENTO UTILIZADO PARA TRANSPORTAR AL ARTICULADOR LA RELACION QUE GUARDA EL MAXILAR Y LA MANDIBULA, TOMANDO EN CUENTA EL EJE CONDILAR Y EL PLANO DE OCLUSION DEL PACIENTE. ESTA REALIZADO EN METAL MUY LIGERO EN FORMA DE "U" EN CADA EXTREMO SE ENCUENTRA UNA BARRA DESLIZANTE Y CALIBRADA LA CUAL SE COLOCA EN EL CENTRO DEL CONDILO DE CADA LADO. CONSTA DE UNA HORQUILLA DEL MISMO METAL QUE SE AJUSTA AL ARCO FACIAL POR MEDIO DE UNA BARFA Y UN TORNILLO DE SEGURIDAD. EN ALGUNOS ARTICULADORES, PODREMOS ENCONTRAR EL INDICADOR INFRAORBITARIO O EL INDICADOR NASION.

- 4.- ¿QUE ERRORES SE PUEDEN PRESENTAR AL UTILIZAR EL ARCO FACIAL?
 - a) UNA LIGERA APERTURA Y/O CIERRE DEL CASO MONTADO SIN CAUSAR ERRORES EN LA OCLUSION.

 - b) ERRORES EN LA UTILIZACION DEL ARCO FACIAL, DA COMO RESULTADO INTERFERENCIAS CUSPIDEAS CUANDO LA DENTADURA SE COLOCA EN LA BOCA. SIN EMBARGO EN EL ARTICULADOR EL CASO FUNCIONA BIEN EN EXCURSIONES LATERALES.

- 5.- ¿TODOS LOS ARTICULADORES AJUSTABLES UTILIZAN ARCO FACIAL?, ¿PORQUE?
LOS ARTICULADORES QUE SON CAPACES DE RECIBIR REGISTROS INTEROCUSALES EN TODAS LAS POSICIONES REQUIEREN LA UTILIZACION DE LA TRANSFERENCIA POR MEDIO DEL ARCO FACIAL.

SIN EMBARGO SE DEBE TENER CUIDADO PARA NO ALTERAR LA DIMENSION VERTICAL DEL PACIENTE.

- 6.- SI NO SE VA A UTILIZAR UNA TRANSFERENCIA CON ARCO FACIAL, QUE PRECAUCIONES SE DEBEN DE TOMAR EN LA CONSTRUCCION DE DENTADURAS COMPLETAS.?
- a) LA DIMENSION VERTICAL QUE SE TOMA DE LA BOCA NO DEBE SER ALTERADA EN EL ARTICULADOR.
 - b) UNA TRANSFERENCIA ADECUADA EN EL PROCEDIMIENTO NO PUEDE PRESENTARSE YA QUE DURANTE EL CIERRE, EL EJE DE ROTACION NO SE ADAPTA AL EJE CONDILAR DEL PACIENTE.
 - c) NO SE DEBE ALTERAR EL PLANO DE OCLISION DEL PACIENTE EN EL ARTICULADOR YA QUE ALTERARIA TODA LA ESTRUCTURA DE LA DENTADURA.

7.- ¿SEGUN HEARTWELL CUALES SON LOS REQUISITOS DE UN ARTICULADOR.?

- a) DEBE SOSTENER LOS MODELOS EN UNA CORRECTA RELACION VERTICAL Y HORIZONTAL.
- b) REQUIERE DE UN TOPE ANTERIOR, POSITIVO Y VERTICAL (PIN INCISAL).
- c) LAS PARTES MOVILES DEBEN DE FUNCIONAR LIBREMENTE Y ESTAR BIEN AJUSTADAS.
- d) LAS PARTES SIN MOVIMIENTO DEBEN SER RIGIDAMENTE CONSTRUIDAS.
- e) DEBE SER CONSTRUIDO EN METAL.

8.- ¿SEGUN GYSI CUALES SON LOS REQUISITOS DE UN ARTICULADOR.?

- a) LA INCLINACION DE LA GUIA CONDILAR SE DEBE AJUSTAR INDIVIDUALMENTE.
- b) LA TRAYECTORIA DE LA GUIA CONDILAR SE DEBE AJUSTAR INDIVIDUALMENTE.
- c) UNA GUIA INCISAL QUE SEA ALTERABLE.
- d) DOS PUNTOS GIRATORIOS INDIVIDUALES QUE SEAN CAPACES DE SER MODIFICABLES (DISTANCIA INTERCONDILAR).
- e) LA GUIA INCISAL NO DEBE DE CAMBIAR LA INCLINACION DE LA GUIA CONDILAR; LA INCLINACION DE LA GUIA CONDILAR DEBE SER INDEPENDIENTE DEL MOVIMIENTO DE APERTURA.

NOTA: UNA FAMOSA CITA DE GYSI, "EL PROBLEMA DE LA ARTICULACION SE RESOLVERA CUANDO PODAMOS DUPLICAR LOS MOVIMIENTOS MANDIBULARES MECANICAMENTE."

9.- ¿CUAL ES LA DIFERENCIA ENTRE UN ARTICULADOR DE TIPO ARCON Y OTRO DE TIPO NO-ARCON.?

BECK DEMOSTRO QUE NO HAY DIFERENCIA ENTRE UN ARTICULADOR TIPO ARCON Y UNO NO-ARCON.

EN UN INSTRUMENTO ARCON, LA GUIA CONDILAR ESTA EN EL MIEMBRO SUPERIOR Y EN EL NO-ARCON LA GUIA CONDILAR ESTA EN EL MIEMBRO INFERIOR.

LAS GUIAS MECANICAS SON LAS MISMAS PARA AMBOS TIPOS.

10.- ¿ES CIERTO QUE EL HANAU H2 ES CAPAZ DE DAR VERDADEROS MOVIMIENTOS DIRECCIONALES.?

NO, PORQUE:

- a) LA DISTANCIA INTERCONDILAR DEL PACIENTE NO PUEDE SER TRANSFERIDA AL ARTICULADOR H2 Y POR LO TANTO EL MOVIMIENTO EN EL ARTICULADOR TENDRA DIFERENTES CENTROS DE ROTACION QUE LOS DE EL PACIENTE.
- b) LOS MOVIMIENTOS DEL ARTICULADOR SON EN LINEA RECTA Y LOS DEL PACIENTE SON CURVOS.

11.- ¿QUE ES LO QUE HACE EXACTAMENTE UN ARTICULADOR HANAU H2 EN UN REGISTRO PROTRUSIVO.?

EL REGISTRO PROTRUSIVO PERMITE CAPTURAR LA POSICION PROTRUSIVA DEL CONDILO MANDIBULAR EN UNA POSICION DETERMINADA A LO LARGO DE LA INCLINACION POSTERIOR DE LA EMINENCIA ARTICULAR.

CON ESTE REGISTRO LA TRAYECTORIA CONDILAR DEL ARTICULADOR PUEDE SER AJUSTADA A UN NUMERO QUE ES APROXIMADO A LA POSICION DEL PLANO OCLUSAL. ESTE NUMERO QUE APARECE EN LA TRAYECTORIA CONDILAR DEL ARTICULADOR NO ES NECESARIAMENTE IGUAL A LA INCLINACION CONDILAR CON RESPECTO AL PLANO HORIZONTAL DE FRANKFORT.

12.- ¿CUAL ES EL MEJOR ARTICULADOR PARA DENTADURAS COMPLETAS.?

ESTO DEPENDE DE LA SELECCION DE DIENTES EN LA OCLUSION, SI SE PREFIEREN DIENTES MONOPLANOS (L. KURTH) O DIENTES CUSPIDEOS (B. JANKELSON) POSICIONADOS EN OCLUSION CENTRICA SOLAMENTE, ENTONCES UNA BISAGRA SIMPLE ES ADECUADA.

SI SE UTILIZARAN DIENTES CUSPIDEOS CON LOS QUE SE LLEVARA A CABO EL BALANCE EN TODAS LAS EXCURSIONES, ENTONCES UN INSTRUMENTO MAS AJUSTABLE ES DESEABLE, LA MAYORIA DE LOS PROSTODONCISTAS OBTIENEN BUENOS RESULTADOS CON UN ARTICULADOR SEMIAJUSTABLE COMO EL HANAU H2, DENTATUS, HOUSE, HANAU UNIVERSITY SERIES, DENAR D4H. MUY POCOS PROSTODONCISTAS UTILIZAN UN INSTRUMENTO TAN PRECISO COMO EL D4A, STEWART, NEY, ETC. PARA DENTADURAS COMPLETAS.

13.- ¿QUE ES LA QUINTA DE HANAU.?

LA LEY DE HANAU ES LA REPRESENTACION GRAFICA CIRCULAR DE LOS FACTORES DE LAS LEYES DE ARTICULACION, MOSTRANDO EL EFECTO QUE PRODUCE EL CAMBIO DE UN FACTOR, EN LOS OTROS CUATRO.

14.- ENLISTE LOS CINCO FACTORES PRINCIPALES EN LAS LEYES DE MOVIMIENTO PROTRUSIVO.

- a) LA INCLINACION DE LA GUIA CONDILAR.
- b) LA PROMINENCIA DE LA CURVA DE COMPENSACION.
- c) LA ORIENTACION DEL PLANO.
- d) LA INCLINACION DE LAS CUSPIDES.
- e) LA INCLINACION DE LA GUIA INCISAL.

15. - ENLISTE LOS CINCO FACTORES PRINCIPALES EN LAS LEYES DE MOVIMIENTOS LATERALES.
- LA INCLINACION DEL CONDILO DEL LADO DE BALANCE.
 - LA INCLINACION DE LAS PENDIENTES DEL LADO DE BALANCE.
 - LA INCLINACION DE LOS DIENTES DEL LADO DE BALANCE.
 - LA INCLINACION DEL PLANO DE OCLUSION EN EL LADO DE BALANCE.
 - LA INCLINACION DE LA PENDIENTE DEL LADO DE TRABAJO (INCLUYENDO EL MOVIMIENTO DE BENNET).
16. - DEFINA O EXPLIQUE EL MOVIMIENTO DE BENNET. (SICHER, ORAL ANATOMY) "EN EL MOVIMIENTO LATERAL DERECHO DE LA MANDIBULA EL CONDILO DERECHO, NO ROTA EN SU LUGAR COMO SE CREA, PERO SE MUEVE TAMBIEN HACIA ADELANTE Y HACIA AFUERA, ESTE MOVIMIENTO SE CONOCE COMO EL MOVIMIENTO DE BENNET. LA MANERA MAS SIMPLE PARA DEFINIRLO ES LA DE REFERIRSE A LA POSICION DE LOS EJES VERTICALES DE LOS MOVIMIENTOS LATERALES QUE SE REALIZAN Y NO EN LA POSICION DE DESCANSO.
- LAS BASES FISIOLÓGICAS DEL MOVIMIENTO DE BENNET ES EL HECHO DE QUE UN CAMBIO LATERAL DE LA MANDIBULA SOLO ES POSIBLE SI EL CONDILO DE DESCANSO ESTA SOSTENIDO EN SU LUGAR POR FIBRAS MUSCULARES RETRUSIVAS, SIN EMBARGO, ESTA FIJACION NO PUEDE SER RIGIDA. POR EL CONTRARIO, AL CONDILO DE DESCANSO (Y A TODA LA MANDIBULA) LE ES PERMITIDO DESLIZARSE ANTERIOR Y LATERALMENTE LO SUFICIENTE PARA EVITAR CUALQUIER TENSION RESULTANTE AL LADO DEL CONDILO, SI EL CONDILO ROTARA SOBRE SI MISMO.
17. - DEFINA EL ANGULO DE BENNET (LATERAL) (CAMBIO PROGRESIVO DE LADO).
- ES EL ANGULO FORMADO POR EL PLANO SAGITAL Y LA TRAYECTORIA DEL PLANO CONDILAR DURANTE LOS MOVIMIENTOS MANDIBULARES LATERALES COMO SE OBSERVO EN EL PLANO HORIZONTAL.
18. - ¿ES LO MISMO EXCURSIONES LATERALES QUE MOVIMIENTOS DE BENNET?, SI NO LO ES, ¿CUAL ES LA DIFERENCIA.?
- UNA EXCURSION LATERAL ES UN MOVIMIENTO DE LA MANDIBULA HACIA UN LADO, PUEDE OCURRIR SIN LA INCORPORACION DEL MOVIMIENTO DE BENNET, EN LA MAYORIA DE LOS INDIVIDUOS, SIN EMBARGO, UNA EXCURSION LATERAL NO PUEDE SER REALIZADA A MENOS QUE EL CUERPO SE HAGA HACIA ADELANTE, Y SE MUEVA HACIA ABAJO PARA QUE LA MANDIBULA SEA INCORPORADA A LOS MOVIMIENTOS.
19. - ¿TIENE ALGUNA VENTAJA UTILIZAR UN ARTICULADOR QUE TIENE UNA GUIA ORBITAL PARA ACEPTAR EL INDICADOR INFRAORBITARIO DEL ARCO FACIAL? EXPIQUE.
- SI, SI LA TIENE AL AGREGAR UN INDICADOR INFRAORBITARIO AL ARCO FACIAL SE ESTABLECE UN TERCER PUNTO DE ORIENTACION ENTRE EL PACIENTE Y EL ARTICULADOR.

LO ANTERIOR SIGNIFICA QUE CON UN TRANSPORTE EXITOSO DEL PACIENTE AL ARTICULADOR EN LOS DEMAS TRANSPORTES QUE SE REALICEN, EL PLANO DE REFERENCIA PERMANECERA IGUAL. LOS REGISTROS QUE SE OBTUBIERON EN LAS TRAYECTORIAS APOYAN UNA RELATIVA SIGNIFICANCIA EN LOS MONTAJES SUBSECUENTES Y EN FUTUROS DATOS NO SE REQUERIRA DE REGISTROS PROTRUSIVOS SI LAS FIGURAS ORIGINALES FUERON REGISTRADAS.

- 20.- ¿OFRECE ALGUNA VENTAJA UNA GUIA INCISAL AJUSTABLE?
SI LA TIENE CUAL ES?
SI, SI LA TIENE. LA GUIA INCISAL AJUSTABLE PERMITE AL OPERADOR AJUSTAR LA GUIA PARA DAR EL APOYO DE LOS DIENTES CON FINES FUNCIONALES Y ESTETICOS.
- 21.- ¿QUE FACTORES EN LAS LEYES DE LA ARTICULACION SON CONTROLADOS POR EL OPERADOR?
TODAS EXCEPTO LA INCLINACION DEL PLANO CONDILAR.
- 22.- ¿QUE ES LA CURVA DE COMPENSACION Y CUANDO SE UTILIZA?
LA CURVA DE COMPENSACION ES UNA CURVA EN DIRECCION ANTERO-POSTERIOR INCORPORADA A LA COLOCACION DE LA DENTADURA COMPLETA PERMITIENDO EL MAXIMO NUMERO DE CONTACTOS OCLUSALES DURANTE MOVIMIENTOS PROTRUSIVOS DE LA MANDIBULA. LA CURVA SE EMPLEA CUANDO HAY CARENCIA DE UNA OCLUSION PROTRUSIVA BALANCEADA PERO SE DESEA TENERLA. UNA CURVA DE COMPENSACION LATERAL SE UTILIZA TAMBIEN PARA UN BALANCE LATERAL.
- 23.- ¿QUE ES PLANO DE ORIENTACION?
EL PLANO DE ORIENTACION ES UN FACTOR PURAMENTE GEOMETRICO. ESTE PLANO ESTA DETERMINADO POR TRES PUNTOS LLAMADOS
a) PUNTO DE CONTACTO ENTRE LOS INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES.
b) CUSPIDE MESIO BUCAL DEL SEGUNDO MOLAR SUPERIOR IZQUIERDO
c) CUSPIDE MESIO BUCAL DEL SEGUNDO MOLAR SUPERIOR DERECHO.
EN PACIENTES DENTADOS, EN PACIENTES DESDENTADOS EL PLANO QUE SE OBTIENE POR MEDIO DE LA PLATINA DE FOX PARALELIZADA AL PLANO DE CAMPER, Y NOS SIRVE COMO GUIA PARA EL ESTABLECIMIENTO DE LA OCLUSION EN DIENTES ARTIFICIALES.
- 24.- ¿COMO SE MIDE LA INCLINACION DEL PLANO DE ORIENTACION?
LA INCLINACION DEL PLANO DE ORIENTACION ESTA DADO POR EL ANGULO QUE FORMA CON EL PLANO DE REFERENCIA ESTABLECIDO EN EL ARTICULADOR.
- 25.- ¿QUE ES EL PLANO DE REFERENCIA?
ES EL PLANO QUE SE ESTABLECE EN LAS CARAS OCLUSALES. SE ESTABLECE POR EL OPERADOR COMO LO VA DANDO EL CASO. EL PLANO GENERALMENTE DIVIDE AL ESPACIO INTERMAXILAR Y ES PARALELO A LA LINEA ALA-TRAGUS.

- 26.- ¿CUAL ES LA DIFERENCIA ENTRE EL PLANO DE OCLUSION Y EL PLANO DE REFERENCIA.?
EL PLANO DE OCLUSION PASA A LO LARGO DE LOS PUNTOS DE MAXIMO CONTACTO DE LOS DIENTES SUPERIORES E INFERIORES. ESTE PLANO PUEDE SER IDENTICO A EL PLANO DE REFERENCIA SI NO SE USA CURVA DE COMPENSACION.
- 27.- ¿SI EXISTE UN INCREMENTO DEL PLANO DE ORIENTACION LA CURVA DE COMPENSACION SE REDUCIRA O SE INCREMENTARA.?
SE REDUCIRA.
- 28.- ¿CUAL ES LA LINEA DE LA SONRISA?
LOS DIENTES ARTIFICIALES PUEDEN SER COLOCADOS EN LA QUE ES LLAMADA TEORIA DEL PLACER, AQUI LOS PRIMEROS Y SEGUNDOS PREMOLARES Y PRIMEROS MOLARES SON COLOCADOS BAJO LOS REQUISITOS DE AVERY O LA CURVA ANTI-MONSON, PERO LOS SEGUNDOS MOLARES SON COLOCADOS EN UNA RELACION DE TRABAJO Y BALANCE COMO LOS REQUISITOS DE MONSON.
- 29.- ¿QUE ES LA CURVA DE MONSON.?
LA TEORIA ESTABLECE QUE LOS DIENTES DEBEN SER COLOCADOS EN UNA CURVA QUE ES PARTE DE UN CIRCULO QUE TIENE UN DIAMETRO DE OCHO PULGADAS, EL CENTRO DE ROTACION SE ENCUENTRA ARRIBA DEL ARTICULADOR.
- 30.- ¿QUE ES UN DIENTE CON CUSPIDE DE 30°?
ES UN DIENTE ARTIFICIAL POSTERIOR, ES AQUEL QUE TIENE SU INCLINACION CUSPIDEA ELEVADA 30° CON RESPECTO A LA BASE DE LA CUSPIDE.
- 31.- ¿QUE ES UN DIENTE DE 20°.
UN DIENTE DE 20° ES AQUEL QUE TIENE SU INCLINACION ELEVADA A CASI 20° CON RESPECTO A LA BASE DE LA CUSPIDE.
- 32.- CON UNA GUIA CONDILAR DE 30° Y UNA GUIA INCISIVA DE 10° ¿PUEDE UD. BALANCEAR UN DIENTE DE 20°?
SI.
- 33.- CON UNA GUIA CONDILAR PUESTA A 30°, UNA GUIA INCISIVA A 0°, ¿PUEDE UD. TODAVIA EFECTUAR EL BALANCE?, ¿PORQUE O PORQUE NO?
SI ALGUN AJUSTE OCLUSAL EN AREA DE PREMOLAR PUEDEN SER NECESARIAS PORQUE LA ALTURA DE LAS CUSPIDES NO ARMONIZA CON LA GUIA INCISIVA INFERIOR.

34.- SI SU GUIA INCISIVA ES MAS INCLINADA QUE LA GUIA CONDILAR ¿QUE PASA CON LA CURVA DE COMPENSACION?
LA CURVA DE COMPENSACION SERA AL CONTRARIO DE LO USUAL DEBIDO AL HECHO DE QUE EL CENTRO DE ROTACION ESTA LOCALIZADO AHORA A UN LADO O ABAJO DEL ARTICULADOR.

35.- ¿CUALES SON LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LOS DIENTES CUSPIDEOS.? ¿Y DE LOS DIENTES MONOPLANOS.?

VENTAJAS DE LOS DIENTES CUSPIDEOS:

- a) SON MAS ESTETICOS; APARENTAN LA FORMA DE LOS DIENTES NATURALES.
- b) PROVEEN DE INCLINACIONES CUSPIDEAS Y LA PROFUNDIDAD DEL DIENTE QUE ES NECESARIA PARA PRODUCIR UNA OCLUSION BALANCEADA BILATERAL.
- c) GENERALMENTE SE CONSIDERAN MAS EFICIENTES, CORTAN LA COMIDA.
- d) PROMUEVEN UN CICLO VERTICAL DE MASTICACION.
- e) TIENE UN CANAL ADECUADO PARA EL FLUJO DE COMIDA.
- f) TIENE PLANOS INCLINADOS QUE PREVIENEN LA ROTACION DE LAS DENTADURAS CUANDO ESTAN CORRECTAMENTE RELACIONADAS Y BALANCEADAS.

DESVENTAJAS DE DIENTES CUSPIDEOS:

- a) LA MANDIBULA CERRARA EN UNA POSICION MAS HACIA ADELANTE CON PERDIDAS DE LA DIMENSION VERTICAL CAUSANDO PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO.
- b) REQUIERE DE MAYOR CUIDADO EN LA ARTICULACION PARA PREVENIR PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO.
- c) REQUIERE MAS TIEMPO EN SU ARTICULACION.
- d) HAY LA POSIBILIDAD DE MAYOR TENSION LATERAL DE LOS PLANOS INCLINADOS.

VENTAJAS DE LOS DIENTES MONOPLANOS:

- a) FACILES DE COLOCAR ESPECIALMENTE EN MORDIDAS CRUZADAS O EN POSICIONES POCO COMUNES.
- b) TIENEN RANURAS CORTANTES Y CANALES PARA COMPENSAR LA REDUCCION DE LA EFICIENCIA MASTICATORIA.
- c) MENOR STRESS O TENSION LATERAL.
- d) MENOR CARGA EN LA DIMENSION VERTICAL DEBIDO AL ASIENTO DE LA DENTADURA, MENOS EFECTOS TRAUMATICOS.

DESVENTAJAS DE LOS DIENTES MONOPLANOS:

- a) MENOS ESTETICOS.
- b) SEPARACION POSTERIOR EN MOVIMIENTOS EXCURSIVOS-CAUSA PRESION EXCESIVA EN LOS PROCESOS ANTERIORES Y TIENDE A LADEAR LA DENTADURA. FENOMENO DE CHRISTENSEN.
- c) EXISTEN EMPAQUETAMIENTO DE ALIMENTOS, EFICIENCIA MASTICATORIA DISMINUIDA ASI QUE HAY MAYOR STRESS O TENSION VERTICAL.
- d) MASTICACION APLANADA INCREMENTARA EL STRESS LATERAL.
- e) NO SE PUEDE UTILIZAR GUIA INCISIVA (TRASLAPE VERTICAL)
- f) PROBLEMAS EN ESTETICA Y FONACION.

36.- ¿CUALES SON LAS INDICACIONES PARA DIENTES CUSPIDEOS Y DIENTES MONOPLANOS.?

DIENTES CUSPIDEOS:

- a) EN PACIENTES JOVENES Y SALUDABLES CON PROCESOS APROPIADOS Y MASTICADORES VERTICALES.
- b) EN PROCESOS EN RELACION PROGNATICA DESDE UN MOVIMIENTO PROTRUSIVO PEQUEÑO Y QUE USUALMENTE MASTIQUE CON UNA MORDIDA VERTICAL.

DIENTES MONOPLANOS:

- a) EN PACIENTES MAYORES CON PROCESOS POBRES, ESPECIALMENTE AQUELLOS CON PROBLEMAS DE SALUD Y DEFICIENTE CONTROL NEUROMUSCULAR.
- b) EN DISTANCIAS INTERARCO BASTANTE GRANDES.
- c) EN RELACION ORTOGNATICA DE PROCESOS YA QUE TIENEN UNA MAYOR LIBERTAD DE MOVIMIENTOS MANDIBULARES.
- d) MASTICADORES HORIZONTALES.

37.- ¿COMO SE HACE EL BALANCE DE LOS DIENTES MONOPLANOS.?

- a) CON UNA CURVA DE COMPENSACION.
- b) PLANO DE ORIENTACION (INCLINACION DE BALANCE).

38.- ¿SE UTILIZA EL PLANO DE ORIENTACION PARA OBTENER UN BALANCE EN DENTADURAS COMPLETAS.?

NO, PORQUE ESTE PUEDE REQUERIR UN CAMBIO EN EL PLANO OCLUSAL EL CUAL DEBE SER COLOCADO POR ESTETICA, ESTABILIDAD Y FUNCION.

39.- ¿ES NECESARIO EL BALANCE EN RELACION CENTRICA PARA DENTADURAS COMPLETAS.?

SI.

40.- ¿ES NECESARIO EL BALANCE BILATERAL EN DENTADURAS COMPLETAS.?

PROBABLEMENTE NO ES NECESARIO PARA TODOS LOS PACIENTES: MUCHOS PACIENTES SOLO CONTACTAN EN RELACION CENTRICA CUANDO DEGLUTEN Y EN EL GOLPE TERMINAL DE LA MASTICACION Y CASI NO HACEN CONTACTOS EXCENTRICOS. SINEMBARGO, CUANDO UN PACIENTE ES BRUXISTA UNA DENTADURA CON BALANCE BILATERAL SERA MAS ESTABLE. TAMBIEN ALGUNOS PACIENTES MASTICAN MAS DE MANERA HORIZONTAL Y TIENEN MAS CONTACTOS DENTARIOS, POR CONSEGUENTE LA OCLUSION BALANCEADA ES MAS SEGURA Y DESEABLE ESPECIALMENTE PARA PACIENTES DIFICILES. LA ESTETICA NUNCA DEBE SER COMPROMETIDA POR EL BALANCE PROTRUSIVO (R. FISHER)

41.- ¿QUE ES LA OCLUSION MODIFICADA (CUSPIDES QUE NO SE INTERCUSPIDAN.)?

UNA FORMA DE OCLUSION DE DENTADURAS INTRODUCIDA POR H.PAYNE (DENTAL DIGES,1941). LOS DIENTES CUSPIDEOS SE UTILIZAN (USUALMENTE 30°) Y LAS CUSPIDES LINGUALES SUPERIORES SE ARTICULAN EN LAS FOSAS OPUESTAS INFERIORES EN CENTRICA Y EN TODAS LAS EXCURSIONES. LAS MODIFICACIONES SE HACEN UNICAMENTE EN LOS DIENTES INFERIORES PARA PRESERVAR LA EFICIENCIA DE CORTE DE LAS CUSPIDES LINGUALES. NINGUN CONTACTO DE LAS CUSPIDES LINGUALES ES PERMITIDO, TAMPOCO EN CENTRICA NI EN POSICIONES EXCENTRICAS,ASI QUE LAS FUERZAS OCLUSALES SE LOCALIZAN CERCA O HASTA DE MANERA LINGUAL A EL AREA PRINCIPAL DE FORMACION DE HUESO. ESTA MANERA DE OCLUSION HA SIDO ADOPTADA POR MUCHOS PROSTODONCISTAS COMO UNA SOLUCION PRACTICA AL DIFICIL PROBLEMA DE LA ARTICULACION DE LOS DIENTES CUSPIDEOS Y A MINIMIZAR LAS INTERFERENCIAS. TIEMPO DESPUES, C.N.SKINNER INTRODUJO LA IDEA DE USAR UNA CAPA MUY DELGADA DE CERA EN LOS DIENTES EN UNA ARCADE HACIENDO QUE EL PACIENTE MASTIQUE ALGUNA FRUTA SUAVE (PLATANO, DURAZNO, UVA). LOS CONTACTOS EN LAS CUSPIDES BUCALES, EN LAS INCISIVOS ANTERIORES Y EN LAS PENDIENTES DE LA FOSA MANDIBULAR SON IDENTIFICADAS Y ELIMINADAS. DE ESTA MANERA SE ELIMINAN LOS CONTACTOS DESESTABILIZADORES O PREMATUROS DURANTE LOS MOVIMIENTOS MASTICATORIOS.

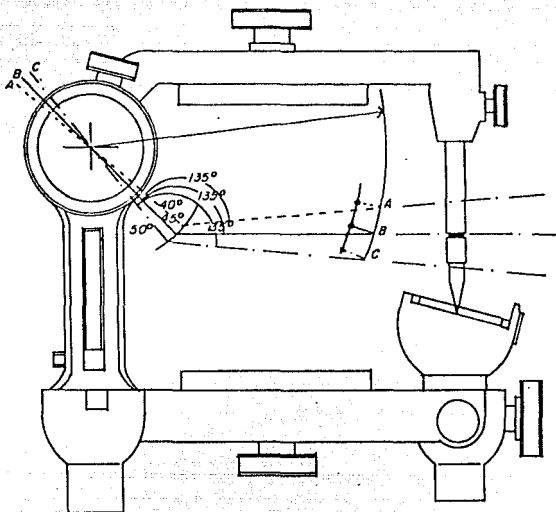
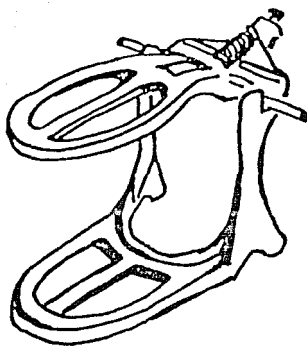


FIG. 6.1 ARTICULADOR SEMI-AJUSTABLE . HANAU H-2

FIG. 6.2
 ARTICULADOR DE BISAGRA.
 (GARIOT)



CAPITULO SIETE

SELECCION DE DIENTES , ESTETICA Y ENSAYO DE DENTADURAS

VII SELECCION DE DIENTES. ESTETICA Y
ENSAYO DE DENTADURAS.

- 1.- ENLISTE ALGUNOS METODOS QUE AYUDAN EN LA SELECCION DE DIENTES ANTERIORES CUANDO NO EXISTE UN REGISTRO PREVIO.
 - 1) MEDIDAS FACIALES PARA EL ANCHO Y EL LARGO DE LOS DIENTES (1 A 16 VECES).
 - 2) LINEA DE LA SONRISA POSITIVA PARA LA ALTURA DE LOS DIENTES ANTERIORES.
 - 3) PERFIL.-PARA OBTENER LA CURVATURA LABIAL CENTRAL.
 - 4) SEXO, EDAD, PERSONALIDAD.-PARA LA FORMA DE LOS DIENTES ANTERIORES.
 - 5) FORMAS FACIALES.-PARA LA FORMA DE LOS DIENTES ANTERIORES.
 - 6) COLOR DE LOS OJOS ,CABELLO Y COLOR DE LA PIEL.
 - 7) FOTOGRAFIAS.
 - 8) SENTIDO ESTETICO.
 - 9) FONETICO.-RODILLO ANTERIOR, LINEA DE LOS CANINOS.

- 2.- ¿QUE FACTORES INTERVIENEN EN EL TAMANO DE LOS DIENTES ANTERIORES?.
 - 1) MEDIDAS FACIALES PARA EL ANCHO Y EL LARGO DE LOS CENTRALES (1 A 16 VECES).
 - 2) DIENTES PREVIAMENTE DETERMINADOS POR FOTOGRAFIAS Y/O DENTADURAS INMEDIATAS ANTIGUAS O CONVENCIONALES.
 - 3) REQUERIMIENTOS ESTETICOS DEL PACIENTE.- SI EL PACIENTE LOS QUIERE MAS LARGOS O PEQUENOS, O DE FORMA DIFERENTE.
 - 4) CAPACIDAD ARTISTICA O ESTETICA DEL OPERADOR.

- 3.- ¿QUE SIGNIFICA DENTOGENICA?, ¿CUALES SON LOS TRES FACTORES EN QUE SE BASA?.

DENTOGENICA SE REFIERE A LA FASE ESTETICA EN LA CONSTRUCCION DE UNA DENTADURA, EL CONCEPTO DENTOGENICO DE LA ESTETICA DE UNA DENTADURA SE BASA EN LA CONSIDERACION INDIVIDUAL DE: EDAD, SEXO Y PERSONALIDAD.

VEASE TRABAJO DE FISHER Y FRUSH, 'SEX, PERSONALITY, AGE APPROACH TO TOOTH SELECTION AND ARRANGEMENT' J.P.D. 5: 586, 1955; 6: 160, 1956; 7: 5, 1957; 8: 558, 1958.

- 4.- ¿COMO SE PUEDEN OBTENER LOS TRES EFECTOS DIMENSIONALES DE LOS DIENTES ARTIFICIALES?.

SELECCIONAR AL DIENTE CON UNA CURVA LABIAL - LA MAYORIA DE LOS DIENTES ARTIFICIALES SON DEMASIADO PLANOS. SE PUEDEN CREAR DIASTEMAS, SOBREPOSICIONES, ROTACIONES, ETC., DE LOS MISMOS.

- 5.- ¿DE QUE NOS PODEMOS AUXILIAR EN LA SELECCION DEL COLOR DE LOS DIENTES?.

- A) LAS GUIAS PARA EL COLOR SE CLASIFICAN EN:
 - 1) EDAD.-LA MAS COMUN.
 - 2) PIGMENTACION FACIAL.
 - a) COLOR DEL CABELLO.
 - b) COLOR DE OJOS.
 - c) COLOR DE LA PIEL.
- B) EL COLOR DE LOS DIENTES REMANENTES (DENTADURAS INMEDIATAS)
- C) DESEOS DEL PACIENTE-PROBABLEMENTE LA MAS IMPORTANTE, SIN EMBARGO NO SE TOMAN MUY EN CUENTA YA QUE POR LO GENERAL EXIGEN COLORES MAS CLAROS.

- 6.- ENLISTE LAS INDICACIONES PARA DIENTES DE ACRILICO.
- 1) FALTA DE ESPACIO INTERMAXILAR.
 - 2) UNA SOLA DENTADURA QUE ANTAGONIZA CON DIENTES NATURALES O CONTRA ORO.
 - 3) MUCOSA O PROCESOS MUY DELGADOS O POBRES.
 - 4) PACIENTES QUE SE PRESENTAN CON DIENTES DE ACRILICO QUE ESTAN FUNCIONANDO ADECUADAMENTE.

- 7.- ENLISTE LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LOS DIENTES DE ACRILICO.

VENTAJAS:

- 1) MENOS REABSORCION DE LOS PROCESOS .
- 2) NO CASTANEAN.
- 3) NO TIENDEN A FRACTURARSE.
- 4) NO DESGASTAN TRABAJOS EN ORO O DIENTES NATURALES (NO TANTO COMO LA PORCELANA).
- 5) PUEDEN SER MODIFICADOS PARA AJUSTARLOS EN PEQUENAS DISTANCIAS DE INTERARCO.

DESVENTAJAS:

- 1) SE DESGASTAN MAS RAPIDAMENTE RESULTANDO UNA PERDIDA DE LA DIMENSION VERTICAL Y ERROR EN LA OCLUSION.
- 2) TIENDEN A MANCHARSE MAS RAPIDAMENTE.
- 3) LOS BORDES CORTANTES TIENDEN A ACHATARSE Y CONVERTIRSE EN PLANOS.
- 4) EFICIENCIA MASTICATORIA DISMINUIDA.
- 5) RESISTENCIA DE FRICCION EN MOVIMIENTOS EXCURSIVOS.

- 8.- VENTAJAS EN LA UTILIZACION DE DIENTES ANTERIORES DE ACRILICO EN LA MANDIBULA.

ACRILICO.

- 1) RESULTA UNA DENTADURA MAS RESISTENTE; NO SE FRACTURA TAN FACILMENTE DEBIDO A LA AUSENCIA DE PINS:
- 2) COMO EN LA UTILIZACION DE DIENTES POSTERIORES, EL USO DE DIENTES ANTERIORES DE ACRILICO EN LA MANDIBULA APARENTEMENTE TIENDE A FRACTURARSE MENOS Y A CAUSAR MENOR TRAUMA.
- 3) LOS DIENTES SE PUEDEN MODIFICAR PARA AJUSTAR EN PEQUENOS ESPACIOS INTERARCO SIN PREOCUPARSE POR LA RETENCION, POR EJEMPLO, NO HAY PINS DE QUE PREOCUPARSE.

9.- ENLISTE LAS VENTAJAS DE ANTAGONIZAR DIENTES DE ACRILICO CON DIENTES DE PORCELANA:

- A) UN MAYOR TIEMPO DE USO QUE EL ANTAGONIZAR ACRILICO CONTRA ACRILICO PROPORCIONANDO UNA SUPERFICIE GLACEADA RETENIDA EN LA PORCELANA.
- B) MENOR IMPACTO QUE PORCELANA ANTAGONIZANDO CONTRA PORCELANA.
- C) MENOR RESISTENCIA FRICCIONAL EN MOVIMIENTOS EXTRUSIVOS SI SE COMPARA CON ACRILICO ANTAGONIZANDO CONTRA ACRILICO.

10.- ¿QUE FACTORES SE CONSIDERAN CUANDO SE SELECCIONAN DIENTES POSTERIORES, CUAL ES EL MAS IMPORTANTE.?

- 1) SALUD DEL PACIENTE Y EDAD.
 - 2) HABITOS DE MASTICACION (VERTICAL Y HORIZONTAL.)
 - 3) HABILIDAD NEUROMUSCULAR.
 - 4) REQUERIMIENTOS ESTETICOS Y FUNCIONALES.
 - 5) TIPO DE PROCESO.
 - 6) DISTANCIA ENTRE LOS PROCESOS.
 - 7) RELACION DE LOS PROCESOS.
 - 8) TIPO DE DIENTES EN DENTADURAS PREVIAS.
- SE PIENSA QUE EL FACTOR MAS IMPORTANTE ES COMO EL PACIENTE SE ADAPTA A LOS DIENTES EN CASO DE EXISTIR DENTADURAS PREVIAS. ESPECIALMENTE SI EL PACIENTE ES EXPERIMENTADO EN LA UTILIZACION DE SUS DENTADURAS.

11.- DE ACUERDO A SU TAMAÑO, ¿COMO SE SELECCIONAN LOS DIENTES POSTERIORES.?

- 1) SE SUMA LA MEDIDA DE LOS CUATRO DIENTES POSTERIORES DE LA CARA MESIAL DEL 1er. PREMOLAR A UN PUNTO LO MAS ANTERIOR POSIBLE DEL VERTICE DE LA PAPILA PIRIFORME.
- 2) SI EL ESPACIO ES MENOR QUE EL REQUERIDO PARA EL DIENTE MAS PEQUEÑO DISPONIBLE, SE DEBE DE ANTICIPAR LA SUPRESION DEL 1er. PREMOLAR.
- 3) TOMAR EN CONSIDERACION LA MEDIDA OCLUSO-GINGIVAL; CORTA, MEDIANA O LARGA.
SELECCIONAR EL DIENTE QUE ARMONIZARA CON LA CUSPIDE MANDIBULAR PERO NO EXCEDERA EL ESPACIO DISPONIBLE. POR ESTETICA SE DEBE ESCOGER EL DIENTE MAS LARGO QUE VAYA DE ACUERDO A LA MONTURA DE LOS ANTERIORES.

12.- ¿QUE PUNTOS DEBEN SER REVISADOS CUIDADOSAMENTE EN LA CITA DE PRUEBA DE LA DENTADURA.?

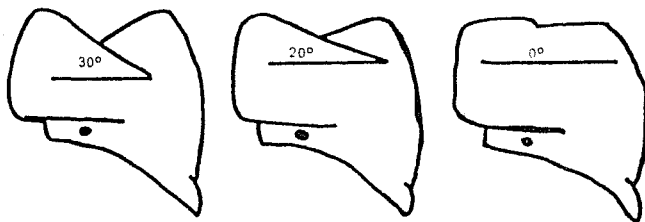
- 1) DIMENSION VERTICAL.
- 2) RELACION CENTRICA.
- 3) ORIENTACION DEL PLANO.
 - 1) INCLINACION ANTERO-POSTERIOR.
 - 2) INCLINACION LATERAL.
- 4) CONTORNO FACIAL.
- 5) LINEA ALTA O BAJA DE LOS LABIOS.
- 6) TAMAÑO, FORMA Y COLOR DE LOS DIENTES.

- 7) POSICION DE LOS DIENTES.
 - a) FORMA DEL ARCO.
 - b) RELACION CON LA CRESTA DEL PROCESO.
- 8) ESPACIO PARA LA LENGUA.
- 9) ARTICULACION BALANCEADA.
- 10) SELLADO PALATINO POSTERIOR.
- 11) FONETICA (COMO UNA GUIA DE LA DIMENSION VERTICAL Y ESTETICA.)

13.- EN CASO DE QUE LA RELACION CENTRICA EN LA PRUEBA DE DENTADURAS SEA INCORRECTA, ¿COMO SE PODRA CORREGIR.?
REMOVIENDO LOS DIENTES POSTERIORES INFERIORES Y TOMANDO UN NUEVO REGISTRO EN CERA ALUWAX USANDO LA POSICION DE LOS DIENTES ANTERIORES, O LAS MARCAS REFERENCIAS FACIALES EXTERNAS PARA CONTROLAR LA DIMENSION VERTICAL.

14.- ¿COMO PODRIA UD. CAMBIAR LA DIMENSION VERTICAL.?

- 1) SI SE NECESITA UN CAMBIO DE DOS O MAS mm., SE TIENE QUE TOMAR UN NUEVO REGISTRO DE RELACION CENTRICA EN LA NUEVA DIMENSION VERTICAL.
- 2) EL CAMBIO DE 1mm. PUEDE REALIZARSE EN EL ARTICULADOR MOVIENDO EL PIN INCISAL 2 mm.



DIENTES ANATOMICOS

DIENTES MODIFICADOS

DIENTES PLANOS o DE 0°

FIG.7.1 TIPOS DE DIENTES POSTERIORES.

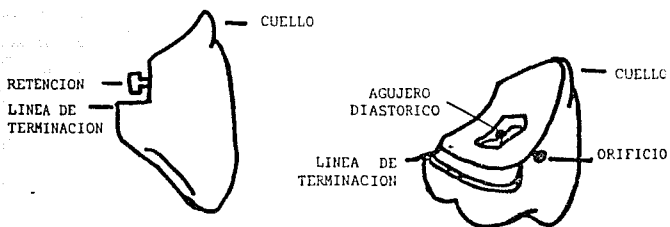


FIG. 7.2

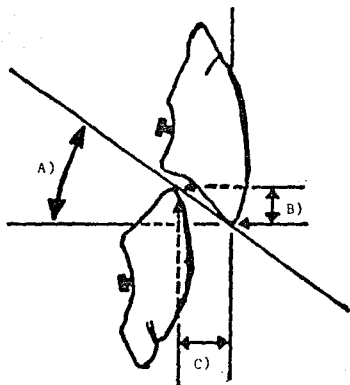


FIG. 7.3

- A) ANGULO DE LA GUIA INCISAL
- B) TRASLAPE VERTICAL
- C) TRASLAPE HORIZONTAL

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

**CAPITULO OCHO
PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO**

VIII PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO

1. - ¿PORQUE SE CAMBIA LA PORCION PALATINA DE LA BASE DE LA DENTADURA Y ES REEMPLAZADA CON CERA ANTES DEL ENFRASCADO?
PARA ELIMINAR LAS ALTERACIONES EN EL GROSOR DE LA BASE DE LA DENTADURA FINAL COMO RESULTADO DE LA POBRE Y DESIGUAL ADAPTACION DE LAS PLACAS BASES.
¿CUANDO SE UTILIZA UNA BASE CON RUGAS PALATINAS Y CUANDO NO?
SE UTILIZAN CUANDO EL PACIENTE NUNCA ANTES A UTILIZADO DENTADURAS Y SE DESEA QUE SIMULEN LAS RUGAS ANATOMICAS EN LA BOCA O CUANDO HARIA RUGAS EN LAS DENTADURAS ANTERIORES Y NO SE UTILIZAN CUANDO UN PACIENTE NO HA TENIDO RUGAS EN SUS DENTADURAS ANTERIORES Y NO TIENE PROBLEMAS FONETICOS.
2. - ¿CUAL ES LA VENTAJA DE LA RESINA TIPO ACRILICA REFORZADA SOBRE EL METIL METACRILATO COMUN?
OFRECE MAYOR RESISTENCIA AL SER PRENSADA.
3. - ¿QUE TEMPERATURA Y TIEMPO SON LOS ACEPTABLES EN LA TECNICA DE CURADO DE ACRILICO EN DENTADURAS?
a) 160° F POR 9 HORAS = 53° C POR 9 HORAS.
b) SEGUIR LAS INSTRUCCIONES DEL FABRICANTE.
4. - ¿QUE TEMPERATURA Y TIEMPO SON LOS ACEPTABLES EN LA TECNICA DE CURADO DE LAS DENTADURAS?
a) EL CALOR ES REQUERIDO PARA LA RAPIDA POLIMERIZACION.
b) SEGUIR LAS INSTRUCCIONES DEL FABRICANTE.
5. - ¿CUAL ES LA RAZON PARA USAR UN YESO DE REVESTIMIENTO EN EL ENFRASCADO?
ACTUA COMO UN REFUERZO DE LAS SUPERFICIES OCLUSALES E INCISALES DE LOS DIENTES DE LA DENTADURA PARA AYUDAR EN LA PREVENCION DE CUALQUIER POSIBLE DESPLAZAMIENTO DE LOS DIENTES DURANTE LAS ALTAS PRESIONES DE EMPAQUETAMIENTO.
6. - EXPLIQUE LA TECNICA DE DESENCERADO.
a) COLOCAR LAS MUFLAS EN AGUA HIRVIENDO POR 5 MINUTOS.
b) ABRIR Y REMOVER LA CERA Y LA PLACA BASE DE LA DENTADURA DE UNA SOLA PIEZA SI ES POSIBLE.
c) LIMPIAR LAS MUFLAS MEDIANTE UN CHORRO DE AGUA HIRVIENDO CON DETERGENTE.
d) SI EXISTEN FRAGMENTOS REMANENTES, SE ELIMINAN CON UN SOLVENTE PARA CERA HECHO CON 50-50% ETHER-KEROSENO UTILIZADO SOBRE LAS MUFLAS. (UTILIZANDO UN CEPILLO DE CERDAS) O USAR CUALQUIER SOLVENTE COMERCIAL PARA CERAS.
e) RELAVAR MEDIANTE CHORRO DE AGUA HIRVIENDO EN CASO DE HABER USADO EL SOLVENTE PARA CERAS.

- 7.- ¿POR QUE LOS BORDES CERVICALES DE LOS DIENTES DE ACRILICO DEBEN SER PULIDOS ANTES DE COLOCAR LA RESINA?
PARA PERMITIR UNA MEJOR UNION ENTRE EL DIENTE DE ACRILICO Y LA BASE DE LA DENTADURA.
- 8.- ENLISTE DOS SOLVENTES QUE PUEDEN SER USADOS PARA REMOVER TODOS LOS RESIDUOS DE CERA CUANDO SE COLOCARAN DIENTES DE ACRILICO, ¿QUE PRECAUCIONES SE DEBEN TENER AL USAR CADA UNO DE ESTOS SOLVENTES.?
- 50-50 ETER Y KEROSENO. (EVITAR LA INHALACION Y EL ESTAR CERCA DE UNA FLAMA) (NO TRABAJAR EN HABITACIONES CERRADAS CON EL PRODUCTO).
 - MUCHAS PREPARACIONES COMERCIALES ESTAN A LA DISPOSICION.
- 9.- ¿CUALES SON LAS CAUSAS DE LA POROSIDAD EN UNA DENTADURA?
- EMPACAR CON UNA MEZCLA DEMASIADO HUMEDA.
 - SOBRE-EMPACAR.
 - UN CURADO DEL ACRILICO DEMASIADO RAPIDO.
 - DEMASIADO GROSOR DE LA CERA AL FESTONEAR.
- 10.- ENLISTE TRES DIFERENTES TIPOS DE RESINAS QUE SE EMPLEAN COMUNMENTE EN LA CONSTRUCCION DE DENTADURAS, ENLISTE LOS BENEFICIOS DE CADA UNA.
- METIL-METACRILATO.
 - TECNICA DE LABORATORIO RELATIVAMENTE SIMPLE.
 - BUENA ESTABILIDAD EN COLOR.
 - UN CO-POLIMERO (LUXENE) MAYOR RESISTENCIA.
 - ESTIRENO (JECTRON.)
RESISTENCIA A LA ALTA FATIGA.
- 11.- ¿PORQUE LA POROSIDAD SOLO ES ENCONTRADA EN LAS SECCIONES MAS GRUESAS DE LA DENTADURA.?
EL CURADO DEMASIADO RAPIDO DEL ACRILICO O EL CALOR GENERADO DURANTE EL PROCESO DE POLIMERIZACION NO PUDO SER DISIPADO LO SUFICIENTEMENTE RAPIDO ESTO ES EL RESULTADO DE EL ATRAPAMIENTO DEL MONOMERO EN PEQUEÑOS VACIOS.
- 12.- ¿POR QUE SE DEBEN DE CONTORNEAR LAS SUPERFICIES EXTERNAS DE UNA DENTADURA.?
EL CONTORNEADO DEBE SER DE TAL MANERA QUE LOS MOVIMIENTOS MUSCULARES DE LOS TEJIDOS ADYACENTES TIENDAN A ASENTAR MAS QUE A DESPLAZAR LA DENTADURA.
SE REQUIEREN PEQUEÑAS MODIFICACIONES DE LA FORMA DE LA DENTADURA SUPERIOR, COMO TAMBIEN EN LINGUAL SE HACEN GENERALMENTE HACIA DENTRO Y HACIA ABAJO, MIENTRAS QUE EN BUCAL ES GENERALMENTE HACIA AFUERA Y ABAJO, LA DENTADURA INFERIOR REQUIERE DE MAYOR CONSIDERACION QUE LA SUPERIOR, LA SUPERFICIE BUCAL EN EL AREA DE LOS PREMOLARES SE DEBE DE MANTENER DELGADA PARA EVITAR LA ACCION DEL MUSCULO TRIANGULAR.

EL FLANCO BUCAL DE LA DENTADURA QUE GENERALMENTE ESTA MAS ANCHA TIENE QUE ESTAR HACIA AFUERA Y HACIA ARRIBA, LINGUALMENTE EL FLANCO LINGUAL ANTERIOR DEBE MANTENERSE DELGADO EN EL AREA DEL CANINO Y PREMOLAR. EL FLANCO DEBE ENGROSARSE HACIA LA PERIFERIA ASI SE REALZA LA FORMACION DE UNA INCLINACION DESEABLE HACIA ARRIBA Y MEDIALMENTE. EL REBORDE MILOHIOIDEO EN EL AREA DEL PRIMER MOLAR ESTA GENERALMENTE ORIENTADO EN UN PLANO VERTICAL, EL REBORDE DEL AREA RETROMILOHIOIDEA SE DEBE DE MANTENER DELGADA PARA ALOJARSE DEBAJO DE LA LENGUA LO MAS POSIBLE DE MANERA DE INCREMENTAR LA POSIBILIDAD UNA DEPRESION SUPERFICIAL EN CADA LADO DE LA CONVEXIDAD DEL TERCIO POSTERIOR DE LA LENGUA PARA QUE DESCANSE SOBRE ESTAS.

13.- ¿COMO SE PUEDEN PROTEGER LOS DIENTES DE ACRILICO CUANDO SE PULEN LAS DENTADURAS.?

- a) LO MAS IMPORTANTE ES EL ENCERADO DE LA DENTADURA ASI PUES CUANDO SE REALICE EL TERMINADO DE LA DENTADURA ESTA REQUERIRA UN MINIMO DE AJUSTES Y PULIDOS.
- b) LA PROTECCION DE LOS DIENTES DE ACRILICO SE PUEDE OBTENER CUBRIENDO LOS DIENTES CON CINTA ADHESIVA.

14.- ¿CUANDO SE DEBEN AJUSTAR Y TERMINAR LAS DENTADURAS COMPLETAS. MENCIONA DOS METODOS EN EL PACIENTE.

EN EL MOMENTO QUE SE INSERTA LA DENTADURA PARA ELIMINAR ERRORES CAUSADOS POR REGISTROS INTEROCCLUSALES EN BASES POBRES (AL REALIZARLAS CON RESINA ACRILICA AUTO POLIMERIZABLE O BASES DE GRAFF) O EN EL PROCEDIMIENTO DE MONTAJE.

SI EL PROCEDIMIENTO SE EFECTUA DESPUES DE QUE EL CASO SE HA COLOCADO LA MUCOSA SE HA DISTORCIONADO PARA CONFORMAR ESTOS ERRORES Y UN NUEVO REGISTRO SERA INUTIL A MENOS QUE LAS DENTADURAS SE HAYAN DEJADO AFUERA DE LA BOCA POR LO MENOS 24 HORAS O MAS (LEER EL TRABAJO DE LYTLE, JPA.)

HAY DOS METODOS:

- 1) REGISTROS NUEVOS Y REMONTAR EN EL ARTICULADOR.
- 2) UN ADITAMENTO DE APOYO EN LAS DENTADURAS Y COMPLETARLO EN EL SILLON DENTAL.

15.- ¿CUALES SON LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL AJUSTE OCLUSAL EN LA BOCA CON UN ADITAMENTO DE APOYO PARA LA OBTENCION DE EL ARCO GOTICO DE GYSI?

VENTAJAS:

- 1) NO SE REQUIERE DE TOMAR UNA NUEVA RELACION CENTRICA Y UN REGISTRO DE ARCO FACIAL PARA EL REMONTAJE EN EL ARTICULADOR.
- 2) PUEDE SER UN PROCEDIMIENTO MAS RAPIDO.

DESVENTAJAS:

- 1) DIFÍCIL DE CONTROLAR LA ESTABILIDAD SI LOS PROCESOS SON MUY PLANOS O PÓBRES.
- 2) EL PROCEDIMIENTO PUEDE SER DESAGRADABLE Y MOLESTO PARA ALGUNOS PACIENTES.
- 3) DIFÍCIL Y SE REQUIERE DE MUCHO TIEMPO EN CASO DE QUE EXISTAN GRANDES ERRORES.

16.- ENLISTE LAS REGLAS DEL AJUSTE OCLUSAL .

- 1) USE PAPEL CARBÓN DELGADO DE COLOR AZUL Y ROJO, AZUL PARA RELACION CENTRICA, ROJO PARA RELACIONES EXCENTRICAS, EN EL LABORATORIO Y NO EN EL SILLÓN.
- 2) AJUSTAR PRIMERO LA OCLUSIÓN CENTRICA.
 - a) LAS CÚSPIDES LINGUALES SUPERIORES Y BUCALES INF. SON LAS CÚSPIDES DE APOYO CENTRAL.
 - b) GENERALMENTE SE REDUCE LA FOSA EN LUGAR DE LA CÚSPIDE.
 - c) SI LA CÚSPIDE TIENE UNA INTERFERENCIA PREMATURA EN TRABAJO, BALANCE Y PROTRUSIVA, ENTÓNDES SE REDUCE LA CÚSPIDE EN LUGAR DE LA FOSA.
- 3) AJUSTAR LA RELACION DE TRABAJO (REGLA DE BULL) SI LA INTERFERENCIA EXISTE EN EL LADO DE TRABAJO, REDUCIR YA SEA LA CÚSPIDE BUCAL EN SUPERIOR O LA LINGUAL EN INFERIOR.
- 4) AJUSTAR LA RELACION DE BALANCE.
 - a) SI EXISTE UNA INTERFERENCIA EN EL LADO DE BALANCE, REDUCIR LA PENDIENTE LINGUAL DE LA CÚSPIDE BUCAL INFERIOR.
 - b) LA CÚSPIDE BUCAL INFERIOR ES DE APOYO EXCENTRICO ASI QUE SE DESGASTA CON CUIDADO Y NO SE REDUCE SU ALTURA.
- 5) AJUSTAR EN RELACION DE PROTRUSIÓN, SI EXISTE INTERFERENCIA EN PROTRUSIVA, REDUZCA LA INCLINACIÓN DISTAL DE LA CÚSPIDE BUCAL SUPERIOR, Y LA INCLINACIÓN MESIAL DE LA CÚSPIDE LINGUAL INFERIOR.
- 6) REALICE TODOS LOS MOVIMIENTOS EXCURSIVOS CON PASTA DE CARBÓN O REVELADORA USANDO SUAVES PINCELADAS.

17.- ¿CUALES SON LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE UN REBASE SUAVE?

VENTAJAS:

- 1) ÚTIL PARA LA OBTENCIÓN DE LA IMPRESIÓN FISIOLÓGICA PARA UN REBASE O UNA NUEVA DENTADURA.
- 2) CÓMODA PARA EL PACIENTE.
- 3) ESPECIALMENTE ÚTIL EN PACIENTES MAYORES CON MUCOSA SENSIBLE, O CON MUCOSA DELGADA Y ATROFICA.
- 4) ÚTIL SOBRE TORUS, PROCESOS AFILADOS O ALTERACIONES QUE NO PUEDEN SER REMOVIDAS QUIRÚRGICAMENTE.
- 5) EN PACIENTES QUE HAN TENIDO CÁNCER ORAL O TERAPIA RADIOACTIVA.
- 6) EN PROTESIS MÁXILO FACIALES.

DESVENTAJAS:

- 1) DESPUES DE HABERSE ACOSTUMBRADO A UN REBASE SUAVE, EL PACIENTE ENCUENTRA DIFICIL ACOSTUMBRARSE A LA DUREZA DEL ACRILICO.
 - 2) DIFICULTAD DE AJUSTE Y PULIDO.
 - 3) GRAN ABSORCION DE MANCHAS DE COMIDA Y OLORES.
 - 4) GRADUALMENTE EL REBASE SE ENDURECE Y SE PONE ASPERO YA QUE LOS PLASTIFICADORES SE DESGASTAN.
 - 5) SOLO PUEDE SER USADO CUANDO AUN QUEDA VOLUMEN SUFICIENTE DE LA DENTADURA.
18. - ¿CUALES SON LAS DESVENTAJAS DEL SILASTIC COMO ACONDICIONADOR DE TEJIDOS.?
- 1) ESTA INCREMENTADA EL CRECIMIENTO DE LA CANDIDA ALBICANS.
 - 2) ES DIFICIL DE AJUSTAR O PULIR.
 - 3) ES NECESARIO UN CUIDADO EXTREMO EN EL PROCEDIMIENTO DE REBASE PARA PRODUCIR UNA BUENA UNION CON EL ACRILICO.
 - 4) SOLO PUEDE SER USADO CUANDO HAYA SUFICIENTE VOLUMEN REMANENTE DE LA RESINA ACRILICA DE LA DENTADURA.
 - 5) EN PACIENTES CON XEROSTOMIA, EL ACONDICIONADOR SILASTIC PRODUCE PRESION EN EL TEJIDO CAUSANDO IRRITACION.
19. - ENLISTE 4 CAUSAS POR LAS QUE SE FRACTURAN LOS DIENTES EN UNA DENTADURA.
- a) POR UN CIERRE DEMASIADO RAPIDO DE LAS MUFLAS DURANTE EL ENFRASCADO.
 - b) UN COCIMIENTO RAPIDO.
 - c) DAMO DURANTE EL DESENFASCADO.
 - d) TALLADO EXCESIVO DEL DIENTE PARA FACILITAR SU ASIEN TO EN LA CERA, LAS 4 ANTERIORES OCURREN DURANTE PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO.
 - e) INTERFERENCIAS CUSPIDEAS.
 - f) BALANCE CENTRICO INADECUADO.
 - g) ACCIDENTES.
20. - ¿CUALES SON LAS VENTAJAS DE UTILIZAR RESINA AUTO-POLIMERIZABLE SOBRE RESINA TERMO CURABLE EN LA REPARACION DE DENTADURAS.?
- 1) ES MAS RAPIDO.
 - 2) EVITA EL PELIGRO DE LIBERAR TENSION EN LA RESINA ANTIGUA DURANTE EL PROCESADO, RESULTANDO ALTERACIONES OCLUSALES Y CAMBIOS EN EL SOPORTE Y APOYO.
 - 3) ELIMINA LA NECESIDAD DE UN REMONTAJE Y UN AJUSTE OCLUSAL.
 - 4) UN MENOR LAPSO DE TIEMPO POR LO TANTO MENOR CAMBIO DE TEJIDO.

21.- ¿CUALES SON LAS INDICACIONES Y CONTRA INDICACIONES DE UN REBASE.?

INDICACIONES:

- 1) DIMENSION VERTICAL ADECUADA O MUY PROXIMA A LO CORRECTO.
- 2) OCLUSION CENTRICA EN ARMONIA CON RELACION CENTRICA.
- 3) ESTETICA ACEPTABLE.
- 4) DIENTES SIN DESGASTE O FRACTURADOS.
- 5) DIENTES INCORRECTAMENTE COLOCADOS EN LOS PROCESOS.
- 6) UN CORRECTO PLANO OCLUSAL.

CONTRAINDICACIONES:

- 1) DIMENSION VERTICAL ABIERTA O CERRADA.
- 2) FALTA DE ARMONIA ENTRE LA OCLUSION CENTRICA Y LA RELACION CENTRICA.
- 3) ESTETICA NO ACEPTABLE.
- 4) DIENTES MAL USADOS Y ROTOS.
- 5) LOS DIENTES MAL RELACIONADOS CON EL PROCESO.
- 6) PLANO DE OCLUSION INCORRECTO.
- 7) MUCOSA INFLAMADA O PATOLOGICA.
- 8) SINTOMAS DE LA A.T.M.

22.- ¿CUANDO ES PREFERIBLE UN REBASE A UN CAMBIO DE BASE?
SE PREFIERE A MENUDO EL CAMBIO DE BASE AL REBASE PORQUE REEMPLAZA POR COMPLETO EL ACRILICO DE LA DENTADURA ANTIGUA. ESTO ES PREFERIBLE SI LA DENTADURA ANTIGUA TIENE UN MAL COLOR O POROSIDAD. CON UN REBASE SE ALTERA EL BORDE CUANDO SE UNE LA RESINA NUEVA CON LA RESINA ANTIGUA. ESTO SE PUEDE MINIMIZAR CON CUIDADOSOS PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO O UTILIZANDO ACRILICO AUTO POLIMORIZABLE.

CAPITULO NUEVE

ENTREGA

IX ENTREGA

1.- ¿QUE INSTRUCCIONES SE LE DEBEN DE DAR AL PACIENTE DURANTE LA ENTREGA DE LAS DENTADURAS COMPLETAS.?

- a) CONVENCER AL PACIENTE QUE ASI COMO UN HOMBRE ES CAPAZ DE ACOSTUMBRARSE A UNA PIERNA ARTIFICIAL, ASI EL CON LA MISMA CANTIDAD DE ESFUERZO DE SU PARTE, DEBE SER CAPAZ DE ACOSTUMBRARSE A SUS DENTADURAS.
- b) EXPLICAR LA SENSACION TEMPORAL DE TENER LA BOCA LLENA Y EL INCREMENTO DE SALIVACION.
- c) ASEGURAR AL PACIENTE QUE CUANDO APRENDA A MANIPULAR SUS DENTADURAS NO SE VERA MUY AFECTADO AL COMER, HABLAR O CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD.
- d) INFORMAR AL PACIENTE DE OTROS PACIENTES QUE HAYAN TENIDO GRANDES PROBLEMAS DENTALES Y QUE AHORA SE HAN ACOSTUMBRANDO BASTANTE BIEN, CON PEQUEÑAS DIFICULTADES.
- e) PREVENIR AL PACIENTE QUE SE ESPERA QUE TENGA ULCERAS PEQUEÑAS, CASI TODOS LAS PRESENTAN Y SE REQUIERE DE ALGUNOS AJUSTES.
- f) SUGIERA AL PACIENTE DEJAR SUS DENTADURAS AFUERA DE LA BOCA DURANTE LA NOCHE, MANTENIENDOLAS EN AGUA O EN UNA SOLUCION LIMPIADORA.
- g) INSTRUYA AL PACIENTE EN LOS CUIDADOS CASEROS QUE DEBE TENER CON SUS DENTADURAS.
- h) INFORME AL PACIENTE QUE DURANTE EL PASO DEL TIEMPO LA DENTADURA NO TENDRA LA MISMA CALIDAD DE RETENCION, DEBIDO A LOS CAMBIOS CONSTANTES QUE SE LLEVAN ACABO EN LA BOCA.
- i) ACUDIR A REVISION CON SU DENTISTA CADA AÑO.
- j) LAS DENTADURAS NO SON ETERNAS, SE DEBEN REEMPLAZAR CADA 5 AÑOS.

2.-DE UNA FORMULA DE UNA SOLUCION LIMPIADORA DE DENTADURAS.
AGUA = UNA TAZA.
SUAVITEL = UNA CUCHARADA.

NOTA: NO PERMITA QUE UNA DENTADURA PARCIAL HECHA CON ALEACION DE CROMO SEA REMOJADA EN UN BLANQUEADOR DEMASIADO PODEROSO (CLORO O PUREX) YA QUE PUEDEN OCURRIR SEVEROS DANOS Y CORROSION.

3.-¿CUALES SON LOS CUIDADOS CASEROS QUE DEBE TENER UN PACIENTE?

- 1) NO COMER COSAS MUY DURAS AL PRINCIPIO, Y DEBE HACERLO EN AMBOS LADOS DE LA BOCA.
- 2) LAVARLAS TRES VECES AL DIA CON UN CEPILLO ADECUADO Y CON UN BUEN JABON.
- 3) DEBEN LAVARSE SOBRE UN RECIPIENTE O LAVABO CON AGUA PARA EVITAR FRACTURAS EN CASO DE QUE SE CAIGAN.
- 4) DAR MASAJE Y LAVAR LA MUCOSA 3 VECES AL DIA.

CAPITULO DIEZ

QUEJAS

X QUEJAS

- 1.- ¿QUE SE PUEDE HACER SI UN PACIENTE SE QUEJA DE QUE LA COMIDA SE INTRODUCE ABAJO DE SU DENTADURA?
 - A) VERIFICAR EL SELLADO PERIFERICO, PUEDE ESTAR POSIBLEMENTE CORTO. SE DEBE HACER UN REBASE O RELLENO CON EL CORRECTO SELLADO DE MARGENES.
TAMBIEN UNA OCLUSION INCORRECTA PUEDE CAUSAR CAMBIO O PERDIDA DE ADAPTACION. LA MAYORIA DE LAS DENTADURAS INFERIORES TIENEN ESTE PROBLEMA, AUNQUE LA DENTADURA ESTE CORRECTA. ASI QUE ES IMPORTANTE LA EDUCACION DEL PACIENTE. HAY QUE ANIMAR AL PACIENTE Y DECIRLE QUE EL MEJOR TRATAMIENTO ES LA PERSEVERANCIA Y CONFIANZA PARA EL CONTROL DE LA DENTADURA.

- 2.- ¿CUALES SON LAS CAUSAS POR LAS QUE EL PACIENTE CHASQUEE LOS DIENTES AL HABLAR O COMER?
 - A) POR MALA RETENCION O FALTA DE CONTROL POR PARTE DEL PACIENTE.
 - B) ES COMUN ENCONTRAR UNA DIMENSION VERTICAL AUMENTADA.

- 3.- ENLISTE CINCO CAUSAS PORQUE LAS DENTADURAS COMPLETAS PUEDEN PRODUCIR ASCO.
 - A) SOBRE EXTENSION
 - B) MARGENES POSTERIORES DEMASIADO GRUESOS.
 - C) CUANDO EXISTE CONTACTO EXCESIVO DE LA PARTE POSTERIOR DE LA DENTADURA SUPERIOR CON EL DORSO DE LA LENGUA.
 - D) CONTACTO INTERMITENTE CON EL PALADAR DEBIDO A UN SELLADO INADECUADO.
 - E) SOBREXTENSION DEL BORDE RETROMILIHIOIDEO.
 - F) INVASION DEL ESPACIO DE LA LENGUA.
 - G) DIMENSION VERTICAL DE TRABAJO AUMENTADA. LA MAS IMPORTANTE DE ACUERDO A KROL Y DEBE SER VERIFICADA DESDE EL PRINCIPIO.

- 4.- ENLISTE LAS CAUSAS POR LAS QUE SE PRODUCE MORDIDA DE CARRILLOS.
 - A) TRASLAPE HORIZONTAL INADECUADO.
 - B) DIMENSION VERTICAL DISMINUIDA.
 - C) FALTA DE HABILIDAD NEUROMUSCULAR.

- 5.- ENLISTE LAS CAUSAS DE INEFICIENCIA AL COMER ALIMENTOS FIBROSOS.
 - A) BASES DE DENTADURA INESTABLES.
 - B) FALTA DE FORMA EN LAS CARAS OCLUSALES.
 - C) DIMENSION VERTICAL DISMINUIDA.
 - D) INTERFERENCIAS CUSPIDEAS.
 - E) PLANO OCLUSAL EN POSICION INCORRECTA.

- 6.- ¿COMO SE PUEDE DETERMINAR QUE LA APARICION DE ULCERAS ES PROVOCADA POR LA SOBREXTENSION DE UNA DENTADURA O A UN ERROR EN LA OCLUSION?
 LAS AREAS DE ABRASION INDICAN ERROR EN LA OCLUSION.Y AREAS QUE MUESTRAN MUCOSA LACERADA EN EL AREA DE LOS MARGENES INDICAN SOBREXTENSION.
- 7.- ¿CUAL ES LA ETIOLOGIA DE LAS ULCERAS QUE APARECEN POR DEBAJO DE UNA DENTADURA MANDIBULAR?
- A) ULCERAS EN EL AREA PERIFERICA:
- 1) SOBREXTENSION, AJUSTE DE LA DENTADURA.
 - 2) FALTA DE PULIDO O EXTREMOS CORTANTES, PULIR EL MARGEN DE LA DENTADURA.
 - 3) ULCERA PROFUNDA, MEDICACION, LA DENTADURA DEBE PERMANECER FUERA DE LA BOCA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO POSIBLE.
- B) ULCERAS EN LA CRESTA DEL PROCESO.
- 1) ESPICULAS OSEAS, -CREAR UN ALIVIO ABAJO DE LA DENTADURA.
 - 2) CRESTA DEL PROCESO EN FORMA AFILADA, REALIZAR UN ALIVIO EN LA DENTADURA. SI EL AREA AFECTADA ES EXTENSA SE PUEDE UTILIZAR UN ACONDICIONADOR DE TEJIDOS.
 - 3) ZONAS IZQUEMICAS EN EL MOMENTO DE HACER PRESION, AJUSTARLAS CON PASTA REVELADORA.
 - 4) ERROR EN LA OCLUSION, PROBABLEMENTE LA CAUSA MAS IMPORTANTE, CORREGIR DEFECTOS OCLUSALES Y REVISAR DIMENSION VERTICAL.
- C) INCOMODIDAD GENERALIZADA CON O SIN ULCERAS. EL PACIENTE NO PUEDE COMER DE MANERA COMODA , LOS DIENTES NO SON LOS ADECUADOS.
- 1) DIMENSION VERTICAL AUMENTADA, REMOVER LOS DIENTES DE LA BASE DE LA DENTADURA Y COLOCARLOS NUEVAMENTE EN UNA CORRECTA DIMENSION VERTICAL.
 - 2) GRAN FUERZA DE MORDIDA, REDUCIR EL ANCHO BUCO-LINGUAL DE LOS DIENTES, DISMINUIR LA DIMENSION VERTICAL PARA REDUCIR LA FUERZA DE MORDIDA. UN ACONDICIONADOR DE TEJIDOS ES LA ULTIMA ALTERNATIVA PARA EL TRATAMIENTO.
 - 3) OCLUSION INMOVIL, INCREMENTAR EL AREA DE CENTRICA.
- D) ULCERAS A LOS LADOS DEL PROCESO EN EL AREA ANTERIOR.
- 1) ERROR EN LA OCLUSION, NO SON ARMÓNICAS LA OCLUSION CENTRICA Y LA RELACION CENTRICA.
 - 2) SOBREXTENSION DE LA DENTADURA SOBRETODU EN AREA LINGUAL LA MANCHA ULCEROSA PUEDE ENCONTRARSE AL LADO DEL PROCESO.
- E) ULCERAS AL LADO DEL PROCESO EN EL AREA DE PREMOLARES.
- 1) POR UN TORUS LINGUAL , DAR ALIVIO A LA ZONA
 - 2) ZONAS DE IZQUEMIA EN EL MOMENTO DE LA IMPRESION, AJUSTE DE LA DENTADURA.
 - 3) CAMBIO DEL CONTORNO DURANTE EL PROCESADO, EL RELLENO O REBASE DE LA DENTADURA.
 - 4) OCLUSION, CORREGIR LOS ERRORES EN LA OCLUSION.
 - 5) FORAMEN MENTONIANO, EL PROCESO PUEDE SER REABSORBIDO EN EL AREA DEL FORAMEN MENTONIANO, ALIVIAR EL AREA.

- F) ULCERAS A LOS LADOS DEL PROCESO EN EL AREA POSTERIOR.
- 1) SOBREEXTENSION LATERAL EN EL AREA DE LA GARGANTA, ACORTAR LA PARTE POSTERIOR DE REBORDE LINGUAL.
 - 2) ERROR EN LA OCLUSION, CORREGIRLO, A MENUDO LAS ULCERAS SE PRESENTAN EN EL AREA LINGUAL DE UN LADO Y EN BUCAL DEL OTRO.
 - 3) PROYECCION ESPINOSA DEL PROCESO MILOHIOIDEO, SERA NECESARIA LA CORRECCION QUIRURGICA SI UN ALIVIO NO RESUELVE EL PROBLEMA.
 - 4) SOBREEXTENSION EN LA REGION ANTERIOR, AJUSTE PERIFERICO. UN LEVANTAMIENTO CONSTANTE EN LA REGION ANTERIOR CAUSA ROTACION DE LOS BORDES DISTALES.

8.- ¿CUALES SON LAS CAUSAS DE AFLOJAMIENTO DE LA DENTADURA MANDIBULAR?.

- A) FALTA DE EXTENSION POSTERIOR O LINGUAL.
- B) SELLADO PERIFERICO INADECUADO.
- C) ALTERACION EN LA IMPRESION O DENTADURA EVITANDO EL CONTACTO INTIMO CON EL TEJIDO.
- D) ERROR EN LA OCLUSION O FALTA DE UNA ARTICULACION BALANCEADA.
- E) FALTA DE HABILIDAD POR PARTE DEL PACIENTE PARA CONTROLAR SU DENTADURA.
- F) NOTA: ORDEN DE IMPORTANCIA DE AREAS PERIFERICAS CRITICAS.
 - 1) LINGUAL ANTERIOR.
 - 2) PAPILA PIRIFORME.
 - 3) AREA DEL MASETERO.

9.- ¿CUALES SON LAS CAUSAS DE AFLOJAMIENTO DE LA DENTADURA SUPERIOR.?

- A) AFLOJAMIENTO OCASIONAL.
 - 1) FALTA DE EXTENSION EN ALGUNA AREA.- AGREGAR UN POCO DE MODELINA EN EL AREA QUE SE SOSPECHA LA FALTA DE EXTENSION Y SE INCREMENTARA LA RETENCION, CUANDO EL AREA ES LOCALIZADA SE PUEDE CORREGIR CON ACRILICO AUTOPOLIMERIZABLE.
 - 2) ERROR EN LA OCLUSION.- REVISAR LA OCLUSION Y CORREGIRLA.
 - 3) NOTA: ORDEN DE IMPORTANCIA.
 - a) MARGEN POSTERIOR Y/O SELLADO POSTERIOR.
 - b) MARGEN DISTOBUCAL.
 - c) NUDO BUCAL.
- B) AFLOJAMIENTO AL COMER EN UNO U OTRO LADO.
 - 1) AREA DE NO TRABAJO EN EL PALADAR DURO.- PROVEER ALIVIO EN LA ZONA DE NO TRABAJO PARA PERMITIR UN MEJOR ASENTAMIENTO DE LA DENTADURA.
 - 2) POSICION INCORRECTA DE LOS DIENTES.- LOS DIENTES PUENDEN ESTAR COLOCADOS DEMASIADO HACIA BUCAL EN EL PROCESO. RECOLOCAR LOS DIENTES.
 - 3) ALIMENTOS RESISTENTES A LA MASTICACION.- INSTRUIR AL PACIENTE EN SEGUIR UNA DIETA BLANDA HASTA QUE LA BOCA SE ACOSTUMBRE A USAR LAS DENTADURAS.

- C) AFLOJAMIENTO CADA DOS HORAS APROXIMADAMENTE.
 - 1) SALIVA TIPO MUCOSO MUY DENSA.- PRESCRIBIR ENJUAGUES ASTRINGENTES Y CEPILLADO DE LA DENTADURA DE MANERA REGULAR.
- D) AFLOJAMIENTO AL BOSTEZAR O AL ABRIR AMPLIAMENTE.
 - 1) BASE DE LA DENTADURA DEMASIADO GRUESA EN EL AREA BUCAL POSTERIOR.- REDUCIR EL GROSOR. EL PROCESO CORONOIDES EJERCE FUERZA HACIA ADELANTE Y HACIA ABAJO CONTRA LA DENTADURA AL ABRIR LA BOCA.
 - 2) SOBREXTENSION EN LA ESCOTADURA HAMULAR.- ACORTAR LA DENTADURA HASTA QUE EL LIGAMENTO PTERIGOMANDIBULAR NO EJERZA TENSION EN EL MARGEN POSTERIOR CUANDO LA BOCA SE ABRE DEMASIADO.
- E) AFLOJAMIENTO AL HABLAR. -
 - 1) UN INADECUADO SELLADO POSTERIOR.- SE DIAGNOSTICA AL COLOCAR MODELINA EN EL BORDE POSTERIOR, SE CORRIGE CON ACRILICO AUTOCURABLE.
 - 2) SOBREXTENSION EN LA REGION POSTERIOR.- ACORTAR LA ZONA POSTERIOR HASTA QUE EL PALADAR BLANDO NO SE LEVANTE HACIA ARRIBA Y ROMPA EL CONTACTO CON LA BASE DE LA DENTADURA.
 - 3) INTERFERENCIA EN LA OCLUSION.- EN LA ZONA INFERIOR ANTERIOR DE LOS DIENTES.ALTERACION DE LA SUPERFICIE LINGUAL DE LOS DIENTES ANTERIORES SUPERIORES AL HABLAR.
- F) SOLO UNA SENSACION DE AFLOJAMIENTO PERO ESTA NO SE DESPLAZA.
 - 1) UNA GRAN AREA DE NO TRABAJO DE TEJIDO EN EL PALADAR, ALIVIAR LA ZONA PARA PERMITIR QUE LA DENTADURA SE ASIENDE ADECUADAMENTE.
 - 2) PARESTESIA O HIPOESTESIA.
- G) ULCERAS EN EL AREA PERIFERICA.
 - 1) SOBREXTENSION, AJUSTAR LOS MARGENES DE LA DENTADURA.

10.- ¿QUE CAUSA LA SENSACION DE PIROSIS EN LA LENGUA O EN EL PROCESO EDENTULO .?

- A) LA PRESION DEL FORAMEN DE ALGUN NERVIO, EJEM. NERVIO MENTONIANO.
- B) PROCESADO INCORRECTO DE LA BASE DE LA DENTADURA (CANTIDAD EXCESIVA DE MONOMERO RESIDUAL).
- C) OCLUSION INADECUADA.
- D) ULCERAS ESPECIALMENTE LOCALIZADAS EN EL PALADAR.
- E) ALERGIAS A LA RESINA DE LA DENTADURA (RARO).
- F) DEFICIENCIA DE VITAMINA B.
- G) IDIOPATIA.

11.- ¿COMO SE PUEDE PROBAR QUE EXISTE ALERGIA A LA RESINA DE LA DENTADURA?

- A) SE MEZCLA LIMADURA DE LA BASE DE LA DENTADURA CON SALIVA DEL PACIENTE Y SE ADHIERE AL BRAZO DEL PACIENTE MEDIANTE UNA CINTA ADHESIVA .
- B) COLOCAN UNAS CUANTAS GOTAS DE MONOMERO EN OTRA CINTA ADHESIVA Y SE ADHIERE AL BRAZO DEL PACIENTE.

- C) UNA TERCERA CINTA ADHESIVA SOLA SE COLOCA EN EL BRAZO DEL PACIENTE A MANERA DE CONTROL.
- D) OSERVACIONES SE HACEN DESPUES DE 24 Y 48 HORAS.
- E) PUEDE APARECER REACCION POSITIVA EN FORMA DE VESICULAS QUE PUEDEN DURAR VARIAS SEMANAS.

12.- ESCRIBA TODAS LAS POSIBLES CAUSAS POR LAS QUE SE PRODUCEN ULCERAS ABAJO DE LAS DENTADURAS:

- 1) INTERFERENCIAS OCLUSALES.
- 2) RUGOSIDAD O FALTA DE PULIDO EN EL INTERIOR DE LA DENTADURA.
- 3) OCLUSION DESBALANCEADA .
- 4) INTERFERENCIA INCISAL.
- 5) ASENTAMIENTO DE LA DENTADURA CON PERDIDA DE LA RELACION GENTRICA DANDO COMO RESULTADO INCLINACIONES TRAUMATICAS.
- 6) ERROR EN EL ALIVIO DE UN TORUS O EN PROYECCIONES OSEAS AFILADAS .
- 7) DENTADURAS SOBREXTENDIDAS.
- 8) FALTA DE EXTENSION DE DENTADURAS CON MOVIMIENTO EXCESIVO AL HABLAR Y DURANTE LA MASTICACION.
- 9) INFECCIONES POR HONGOS, BACTERIAS O VIRUS.
- 10) DEFICIENCIAS EN LA DIETA: VITAMINAS O MINERALES.
- 11) FALTA DE BALANCE HORMONAL .
- 12) ALERGIA A LA BASE DE LA DENTADURA.
- 13) BRUXISMO Y EXCESIVA FUNCION.
- 14) DIMENSION VERTICAL AUMENTADA.
- 15) INGESTION EXCESIVA DE CIERTAS VITAMINAS Y DROGAS.

CAPITULO ONCE
DENTADURAS INMEDIATAS

XI DENTADURAS INMEDIATAS

1.- ENLISTE LAS INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE UNA DENTADURA INMEDIATA.

INDICACIONES:

- 1) EVITA EL PERIODO EDENTULO DEL PACIENTE ESTIMULANDOLO MORALMENTE.
- 2) MAS RAPIDA ADAPTACION A LA DENTADURA (AL HABLAR Y DURANTE LA MASTICACION.)
- 3) MEJOR CONTROL DEL SANGRADO Y DE LA CICATRIZACION (LA DENTADURA ACTUA COMO UNA FERULA QUIRURGICA.)
- 4) LA FORIA DEL PROCESO RESULTA MEJOR (ESPECIALMENTE EN CASOS CON ENFERMEDAD PERIODONTAL.)
- 5) FACILITA LA DUPLICACION DE LA ESTETICA Y LA DIMENSION VERTICAL.

CONTRAINDICACIONES:

- 1) PACIENTES DEFICIENTE SALUD.
- 2) PACIENTES CON RIESGO QUIRURGICO.(DONDE LA CIRUGIA DEBE SER LO MENOS TRAUMATICA POSIBLE.)
- 3) CUANDO EL PACIENTE NO PUEDE AFRONTAR EL GASTO EXTRA DE UN REBASE Y TRATAMIENTO DURANTE EL PERIODO DE CICATRIZACION.
- 4) CUANDO LOS DIENTES PERMANENTES ESTAN TAN INFECTADOS QUE PRESENTAN UN VERDADERO PROBLEMA DE SALUD.
- 5) CUANDO LOS DIENTES REMANENTES SE ENCUENTRAN EN MAL POSICION, ANTIESTETICOS O NO ESTAN EN OCLUSION, ASI ES QUE NO SE OBTENDRIA NINGUNA VENTAJA.

2.- ENLISTE LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE UN FLANCO LABIAL INCOMPLETO EN DENTADURAS INMEDIATAS COMPARANDOLO CON EL TIPO DE FLANCO COMPLETO.

FLANCO LABIAL INCOMPLETO

VENTAJAS

- a) SE REQUIERE DE MINIMA CIRUGIA.
- b) INICIALMENTE MAS ESTETICO.

DESVENTAJAS

- a) LA RETENCION NO DURARA MUCHO.
- b) REQUERIRA UN REBASE O RELLENO EN RELATIVAMENTE POCO TIEMPO, PARA MANTENER LA ESTETICA.

FLANCO LABIAL COMPLETO

VENTAJAS

- a) ACTUA COMO FERULA EN AREAS QUIRURGICAS.
- b) LA RETENCION DURA MAS QUE EN EL TIPO DE REBORDE INCOMPLETO DE DENTADURAS COMPLETAS.
- c) REEMPLAZA ESTRUCTURAS PERDIDAS.

DESVENTAJAS:

- a) A MENUDO REQUIERE DE MAS CIRUGIA QUE EN EL CASO DE REBORDE INCOMPLETO .
 - b) PUEDE PRODUCIR UN LEVE ABULTAMIENTO EN EL LABIO SUPERIOR.
- 3.- ENLISTE LAS INDICACIONES PARA DENTADURAS INMEDIATAS DE TIPO DE REBORDE COMPLETO.
- a) CONDICIONES PERIODONTALES DONDE GRAN PARTE DEL SOPORTE OSEO SE HA PERDIDO.
 - b) EN CONDICIONES DONDE LA RETENCION DE LA DENTADURA COMPLETA SEA ADVERSA.
 - c) CUANDO ALGUNOS DIENTES ANTERIORES SE HAN PERDIDO CON UNA CONSIDERABLE REABSORCION OSEA.
- 4.- ¿COMO SE PUEDEN PREVENIR LAS INDENTACIONES DE UN PUENTE FIJO EN DIENTES ANTERIORES AL UTILIZAR UNA INMEDIATA SIN FLANCO LABIAL?
- CON UNA REMOCION ADECUADA DE LAS CONVEXIDADES DEL ACRILICO EN CITAS SUBSECUENTES RESULTARA UNA BUENA CICATRIZACION DEL PROCESO. ESTA PARTE DE ACRILICO DEBERA SER REMOVIDA EL SEGUNDO DIA DESPUES DE LA COLOCACION DE LA DENTADURA O POCO TIEMPO DESPUES.
- 5.- CUANDO CONSTRUIMOS UNA DENTADURA INMEDIATA EN EL MAXILAR, DONDE ESTAN PRESENTES ALGUNOS DIENTES POSTERIORES Y EN BUENA OCLUSION, ¿DEBEMOS REGISTRAR ESTA POSICION OCLUSAL MEDIA O LA POSICION TERMINAL DE BISAGRA (RELACION CENTRICA)? UNA PERDIDA IRREGULAR DE DIENTES, DESGASTADOS, AFLOJAMIENTO O EXTRUCCION CAUSA UNA DESVIACION DE LA RELACION CENTRICA NORMAL EN LA MANDIBULA. PARA TENER UNA REPOSICION SATISFACTORIA POR MEDIO DE LA DENTADURA, ES NECESARIO COLOCAR LA MANDIBULA EN LA POSICION MAS RETRUSIVA POSIBLE. SIEMPRE SE DEBEN CONSTRUIR LAS DENTADURAS EN RELACION CENTRICA Y DEBEN TENER LIBERTAD PARA REALIZAR MOVIMIENTOS EXCENTRICOS.
- 6.- ¿CUAL DEBE SER LA ULTIMA PRUEBA EN POSTERIOR PARA COLOCAR DENTADURAS INMEDIATAS?
- 1) RELACION CENTRICA .
 - 2) REGISTRO PROTRUSIVO .
 - 3) SELLADO PALATINO POSTERIOR.
 - 4) ORIENTACION VERTICAL Y HORIZONTAL DEL PLANO.
 - 5) COLOR Y FORMA DE LOS DIENTES.
 - 6) DIMENSION VERTICAL.
- 7.- ENLISTE LA SERIE DE PROCEDIMIENTOS QUE AYUDAN AL CIRUJANO DENTISTA PARA DETERMINAR LA CANTIDAD DE HUESO QUE SE DEBE REMOVER ANTES DE LA INSERCCION DE LA DENTADURA INMEDIATA.

- 1) PLANTILLAS TRANSPARENTES PARA VER EL AREA DE REDUCCION-EL MEJOR METODO.
- 2) ESTUDIO PANORAMICO PARA VER LAS CARACTERISTICAS DEL HUESO.
- 3) ESTUDIAR LOS MODELOS CON AREAS REGULARIZADAS MARCADAS CON UN LAPIZ.
- 4) PLANEE EL CASO CON EL CIRUJANO BUCAL Y REALICE LAS EXTRACCIONES Y REMODELACION DE HUESO AL MISMO TIEMPO.

8.- ¿QUE TECNICAS QUIRURGICAS SON UTILIZADAS.?

EXPLIQUE CADA UNA.

- 1) ALVEOLECTOMIA:
NO ES RECOMENDABLE A MENOS QUE EL DIENTE Y EL PROCESO ALVEOLAR SEA PROMINENTE Y LA REDUCCION SEA NECESARIA POR ESTETICA.
- 2) NO SE REMUEVE HUESO:
CONSIDERADA LA MEJOR YA QUE CONSERVA EL PROCESO Y HACE MINIMA LA FUTURA REABSORCION. SIEMPRE SE UTILIZA CUANDO EL TEJIDO ES POBRE DEBIDO A ENFERMEDAD PERIODONTAL. SINEMBARGO, ALGUNAS VECES LA PRESENCIA DE RETENCIONES, LA NECESIDAD DE UN FLANCO COMPLETO Y DE UNA BUENA RETENCION, HACE NECESARIA LA REMOCION DE HUESO.
- 3) INTEROSEO:
UN COMPROMISO PRACTICO CUANDO SE PRESENTAN RETENCIONES O UN PROCESO VOLUMINOSO Y SE REQUIERE BUENA RETENCION, COMO LA LAMINA CORTICAL NO SE REMUEVE Y LA MOLESTIA POSTOPERATORIA E INCONFORMIDAD ES MUCHO MENOR COMPARADA CON LA ALVEOLECTOMIA.

9.- ¿QUE TANTO TIEMPO DESPUES DE COLOCAR LA DENTADURA INMEDIATA DEBE DE REBASARSE O REHACERSE.?

LA CANTIDAD DE REABSORCION DEL PROCESO VARIA GRANDEMENTE. UNA DENTADURA INMEDIATA DEBE SER AJUSTADA Y REBASADA PARA MANTENER LA ESTABILIDAD E INCLUSIVE DEBE HACERSE EL MISMO DIA DE LA INSERCCION SI ES NECESARIO: USUALMENTE EL MAYERIAL DE REBASE SE CAMBIA EN CUATRO A SEIS SEMANAS. ES NECESARIO REPETIRLO EN TRES O CUATRO MESES.

ALGUNOS CASOS SOLO REQUERIRAN UN SOLO REBASE Y OTROS NECESITARAN MAS DEPENDIENDO DE LA CANTIDAD DEL CAMBIO DEL PROCESO Y DE LOS REQUERIMIENTOS DEL PACIENTE.

EL REBASE EN EL LABORATORIO SE REALIZA DESPUES DE UN AÑO O MAS. ES NECESARIO REHACERLA SI EXISTE UN ERROR EVIDENTE EN UNA O MAS DE LAS CARACTERISTICAS SIGUIENTES: ESTETICA, FONETICA PLANO OCLUSAL, SELECCION DE DIENTES POSTERIORES U OCLUSION. ALGUNAS VECES ESTOS CAMBIOS SE PUEDEN HACER MODIFICANDO LAS TECNICAS DE REBASE.

10.- ENLISTE LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE CONSTRUIR UNA DENTADURA INMEDIATA TEMPORAL.

VENTAJAS

- 1) BAJO COSTO- SE UTILIZA ACRILICO DE AUTOPOLIMERIZACION Y DIENTES DE ACRILICO.
- 2) OPORTUNIDAD DE EVALUAR LA ESTETICA ANTES DE ELABORAR LA PROXIMA DENTADURA.
- 3) EL PACIENTE TERMINA CON UNA DENTADURA EXTRA.

DESVENTAJAS

- 1) GASTO EXTRA (MAYOR TIEMPO Y COSTOS DE LABORATORIO.)
- 2) EL CURADO EN FRIO DE LOS DIENTES SE MANCHA FACILMENTE.

11.- ¿QUE SE PUEDE ESPERAR SI SE CONSTRUYE UNA DENTADURA A UN PACIENTE DIABETICO.?

- 1) MAYOR TIEMPO DE CICATRIZACION.
- 2) POSIBILIDAD DE INFECCION.
- 3) PROBABILIDAD DE UNA MAYOR Y MAS RAPIDA REABSORCION DE HUESO.
- 4) LESIONES FRECUENTES QUE TIENDEN A ULCERARSE RAPIDAMENTE.
- 5) PACIENTES QUE SON DIABETICOS CONTROLADOS USUALMENTE NO DAN GRANDES PROBLEMAS.

PACIENTE FEMENINO EN POST-MENOPAUSIA:

- 1) MAYOR CANTIDAD DE ULCERAS SI NO EXISTE EQUILIBRIO ENDOCRINO (REMITIRLA A UN ENDOCRINOLOGO.)
- 2) SEVERAS REACCIONES PSICOLOGICAS (DEPRESION, MELANCOLIA) (REMITIRLA AL MEDICO FAMILIAR.- PSIQUIATRA.)

BIBLIOGRAFIA

BOUCHER, HICKEY, J., ZARE, G., BOLENDER, CH.
PROSTODONTIC TREATMENT FOR EDENTULOUS PATIENTS
EDITORIAL C.V.MOSBY COMPANY
NOVENA EDICION
U.S.A. 1985

DENTAL: LABORATORY TECHNOLOGY
PROSTHODONTIC TECHNIQUES
U.S.A. 1968

ELLINGER, CH., RAYSON, J., TERRY, J., RAHN, A.
SYNOPSIS OF COMPLETE DENTURES
EDITORIAL LEA & FEBIGER
U.S.A. 1975

MORROW, R., RUDD, K., EISSMAN, H.
DENTAL LABORATORY PROCEDURES, COMPLETE DENTURES
EDITORIAL THE C.V. MOSBY COMPANY
U.S.A. 1980

RAMFJORD, S., ASH, M.
OCCLUSION
EDITORIAL INTERAMERICANA
SEGUNDA EDICION EN ESPANOL
MEXICO 1962

QUIROZ GUTIERREZ FERNANDO
TRATADO DE ANATOMIA HUMANA
EDITORIAL PORRUA S.A.
TERCERA EDICION
MEXICO 1969

SHARRY, J.
PROSTODONCIA DENTAL COMPLETA
EDICIONES TORAY S.A.
ESPANA 1977

TECNICA PRACTICA TRUBITE PARA DENTADURAS COMPLETAS
PUBLICADO POR: THE DENTISTS SUPPLY COMPANY OF NEW YORK
PENNSYLVANIA

WINKLER, S.
NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA
MEXICO 1982