

27
67



*Universidad Nacional Autónoma
de México*

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

GENERALIDADES DE PROSTODONCIA

T E S I S

Que para obtener el Título de
GIRUJANO DENTISTA
presenta

GABRIELA CAMPOS LEYVA

FALLA DE ORIGEN



México, D. F.

1989



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

GENERALIDADES DE PROSTODONCIA

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

Para remplazar la total pérdida de las piezas y de las funciones filológicas de la boca empleamos la prostodoncia .

Por medio de esta rama de la odontología podemos devolver al paciente sus funciones estéticas y fisiológicas .

Cuando el paciente ha perdido sus piezas ,causa una serie de alteraciones generales tanto físicas como mentales ,el paciente al verse desdentado le crea cierto complejo ante las personas.

Por falta de sus piezas va perdiendo el tono muscular ,lo cual trae como consecuencia, vejes prematura de los rasgos faciales,que puede ocasionar cierto complejo .

Otro problema que puede ocasionar que el paciente permanezca desdentado ,es que el paciente le da poca importancia a los tejidos de soporte ,así como la limpieza ,ya que cree que por no tener piezas no debe tener higiene bucal, esto es un error porque de esta forma propicia un medio donde se pueden desarrollar fácilmente patologías.

La ausencia de las piezas nos trae como consecuencia una serie de alteraciones en el aparato digestivo y masticatorio provocando malestares constantes. También limita la clase de alimentos que puede ingerir . Se dificulta la pronunciación de varias palabras y causamos atrofia a los músculos de la masticación así como a la articulación temporomandibular .

Son muchas las causas que podemos enumerar por la falta de piezas dentarias. Por esos motivos los pacientes deben de someterse a tratamientos prostodonticos para devolverle las funciones perdidas

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

Para remplazar la total perdida de las piezas y de las funciones filológicas de la boca empleamos la prostodoncia .

Por medio de esta rama de la odontología podemos devolver al paciente sus funciones estéticas y fisiológicas .

Cuando el paciente ha perdido sus piezas ,causa una serie de alteraciones generales tanto físicas como mentales ,el paciente al verse desdentado le crea cierto complejo ante las personas.

Por falta de sus piezas va perdiendo el tono muscular ,lo cual trae como consecuencia, vejes prematura de los rasgos faciales,que puede ocasionar cierto complejo .

Otro problema que puede ocasionar que el paciente permanezca desdentado ,es que el paciente le da poca importancia a los tejidos de soporte ,así como la limpieza ,ya que cree que por no tener piezas no debe tener higiene bucal, esto es un error porque de esta forma propicia un medio donde se pueden desarrollar fácilmente patologías.

La ausencia de las piezas nos trae como consecuencia una serie de alteraciones en el aparato digestivo y masticatorio provocando malestares constantes. También limita la clase de alimentos que puede ingerir . Se dificulta la pronunciación de varias palabras y causamos atrofia a los músculos de la masticación así como a la articulación temporomandibular .

Son muchas las causas que podemos enumerar por la falta de piezas dentarias. Por esos motivos los pacientes deben de someterse a tratamientos prostodonticos para devolverle las funciones perdidas

lo cual lo vamos a lograr siguiendo una serie de pasos que deben de realizarse con mucho cuidado si no, nos va a redituuar en un fracaso.

En este trabajo expondre el procedeimiento para elaborar las protésis totales.

PRINCIPIOS BASICOS DE PROSTODONCIA

TEMARIO

INTRODUCCION

CAPITULO I.

ANATOMIA DEL MAXILAR Y ESTRUCTURAS ADYACENTES

DESCRIPCION DE LOS HUESOS.

- a) Maxilar inferior
- b) Maxilar superior
- c) Temporal
- d) A T M

MUSCULOS MASTICADORES

- a) Temporal
- b) Masetero
- c) Pterigoideo Interno
- d) Pterigoideo Externo

MUSCULOS DEL PALADAR.

MUSCULOS DE LA LENGUA

GLANDULAS SALIVALES

CAPITULO II

HISTORIA CLINICA

- a) General
- b) Prótesis

CAPITULO III.	MATERIALES DENTALES EN PROSTODONCIA
CAPITULO IV.	ZONAS ANATOMIACAS
CAPITULO V	IMPRESION ANATOMICA
	a) Toma de impresión para Modelos Anatómicos
	b) Elaboración de la cucharilla.
CAPITULO VI	MODELOS DE TRABAJO
	a) Impresión Fisiológica
	b) Modelos de trabajo
CAPITULO VII	RELACIONES INTERMAXILARES
	a) Base de registro
	b) Rodillos
	c) Líneas y planos de referencia
	d) Obtención del plano de Oclusión
	e) Dimensión Vertical
	f) Relación centrica
CAPITULO VIII.	PROCEDIMIENTO PARA EL MONTAJE DE MODELOS Y SELECCION DE DIENTES ARTIFICIALES .
CAPITULO IX	PROCESO DE LABORATORIO
	a) Enmufado
	b) Pulido y terminado
CAPITULO X	INDICACIONES FINALES AL PACIENTE.
	CONCLUSIONES
	BIBLIOGRAFIA

CAPITULO I ANATOMIA DEL MAXILAR Y ESTRUCTURAS ADYACENTES

MAXILAR INFERIOR

El maxilar inferior es un hueso impar que forma la mandíbula, el cual está dividido en 2 partes, el cuerpo y las ramas.

CUERPO: Tiene forma de herradura y en él se distinguen 2 caras y 2 bordes.

CARA INTERIOR: En la línea media presenta una cresta vertical, que es el resultado de la soldadura de las 2 mitades de hueso y se llama sínfisis mentoniana, su parte inferior se llama sínfisis mentoniana. Hacia afuera y hacia atrás se la cresta se encuentra el agujero mentoniano. Más hacia atrás y hacia adelante se encuentra una saliente que parte del borde anterior de la rama y se dirige a el borde inferior -- del hueso y se llama línea oblicua externa, la cual da inserción a varios músculos.

CARA POSTERIOR: Presenta cerca de la línea media 4 tubérculos llamados apófisis geni donde se insertan los músculos genioglosos en las apófisis superiores los geniohiodeos.

Más hacia atrás se encuentra una saliente llamada línea oblicua interna o milohioideo.

Inmediatamente por fuera de la apófisis geni y por encima de la línea oblicua se observa una foseta llamada sublingual. Más afuera aún por debajo de dicha línea y en la proximidad del borde hay una foseta más grande que es la submaxilar.

BORDE INFERIOR: Es redondeado y lleva dos depresiones o fosetas digástricas, situadas una a cada lado de la línea media, donde se inserta el músculo digástrico.

BORDE SUPERIOR: Presenta una serie de cavidades donde se insertan las piezas dentarias, estas cavidades se llaman alveólos.

RAMAS: Son aplanadas transversalmente y de forma cuadrangular, su eje mayor está - dirigido hacia arriba y hacia atrás, tiene dos caras y cuatro bordes, su cara externa en la parte inferior es más rugosa ya que en ella se inserta el músculo masetero.

CARA INTERNA: En la parte media de esta cara, en línea diagonal que va del cóndilo al borde alveolar se encuentra un agujero amplio llamado conducto dentario, por un lado del conducto está una saliente en forma de triángulo llamada espina de spix donde se inserta el ligamento esfenomaxilar.

El borde posterior se continúa hacia abajo y hacia adelante hasta el cuerpo del hueso formando el canal milohioideo.

BORDE ANTERIOR: Está dirigido hacia abajo y hacia adelante y se halla excavado en forma de canal cuyos bordes se separan a nivel del borde alveolar continuándose con las líneas oblicuas interna y externa.

BORDE POSTERIOR: Es liso y obtuso.

BORDE SUPERIOR: Posee una amplia escotadura denominada sigmoidea situada entre dos gruesas salientes, la apófisis coronoides por delante y cóndilo del maxilar por atrás el cóndilo es de forma elipsoidal, aplanado de adelante hacia atrás, su eje está dirigido hacia adelante y hacia afuera.

BORDE INFERIOR: El borde inferior de la rama ascendente se continúa insensiblemente con el borde inferior del cuerpo.

MAXILAR SUPERIOR

Es un hueso que se aproxima a la forma cuadrangular que es aplanado de adentro hacia afuera, presenta dos caras, cuatro bordes, cuatro ángulos y un sena maxilar.

CARA INTERNA.- En su parte inferior destaca una saliente horizontal de forma cuadrangular denominada apófisis palatina, es más o menos plana y presenta en su cara superior una superficie lisa que forma parte del piso de las fosas nasales y la inferior es rugosa y presenta muchos orificios que forman parte de la bóveda palatina, el borde externo de la apófisis está unido al resto del maxilar en tanto que su bor

de interno es muy rugoso, se adelgaza hacia atrás y se articula con el mismo borde - del lado opuesto, este borde en su parte anterior presenta una semiespina que al -- unirse con la del lado opuesto forma la espina nasal anterior (E.N.A.); su borde pos- terior se articula con la parte horizontal del palatino por detrás de la E.N.A. -- Existe un surco que con la del lado opuesto forma el conducto palatino anterior.

La apófisis palatina divide la cara interna del maxilar en dos porciones, la inferior forma parte de la bóveda palatina y en esta fresco se encuentra cubierto por la fi-- bromucosa palatina, más adelante se encuentra un gran orificio que es el seno maxi- lar el cual en el cráneo articulado queda muy disminuido en virtud de la interposi-- ción de las masas laterales del etmoides, por delante de este orificio existe un ca- nal nasal cuyo borde anterior se halla limitado por la apófisis ascendente del maxi- lar superior la cual sale del ángulo anterosuperior del hueso. Esta apófisis en su- cara interna y en su parte inferior tiene la cresta turbinal inferior, que se dirige de adelante hacia atrás y con el cornete inferior por encima de ésta encontramos la- cresta turbinal superior que se articula con el cornete medio.

CARA EXTERNA: En su parte anterior se observa por encima del lugar de implantación- la fosita mirtiforme y está limitada posteriormente por la giba canina, por arriba - de esta eminencia destaca una saliente transversa de forma piramidal, esta apófisis- presenta una base por la cual se une al resto del hueso y su vértice es truncado y - rugoso, que se articula con el malar. Esta apófisis presenta tres caras y tres bor- des en su cara superior es de forma aplanada y forma el piso de la órbita la cual - lleva un canal anteroposterior que presenta en la pared con el nombre de conducto - suborbitario, en la cara anterior se abre este conducto. Entre dicho orificio y la- giba canina hay una depresión llamada fosa canina, la cara posterior de esta apófi-- sis presenta varios orificios que son los agujeros dentarios posteriores.

BORDES: En el maxilar superior existen cuatro bordes, el borde anterior presenta - por su parte anterior de la apófisis palatina y la E.N.A. más arriba se muestra una- escotadura que con la del lado opuesto forman las fosas nasales, más arriba se loca-

liza la apófisis ascendente.

El borde posterior es grueso y redondeado y constituye la llamada tuberosidad del maxilar, su parte superior es lisa y constituye la pared anterior de la fosa pterigomaxilar y en su porción más alta presenta rugosidades para recibir la apófisis orbitaria .

El borde superior forma el límite interno de la pared inferior de la órbita.

El borde inferior se llama borde alveolar que es donde las piezas dentarias se insertan.

Los ángulos son cuatro, el anterosuperior se localiza la apófisis ascendente del maxilar, el borde anteroinferior es donde se encuentran los alveolos, el posterosuperior es ligeramente dentado donde se articula con el malar y el posteroinferior es romo y grueso.

T E M P O R A L

Están situados en la parte media de la base del cráneo, por delante con el esfenooides, por detrás con el occipital y por arriba con los parietales; este hueso es el resultado de la soldadura de tres piezas independientes que son la escama, el hueso timpánico y la roca.

ESCAMA DEL TEMPORAL. es de forma semicircular y muestra una cara interna y una externa, la parte superior de la cara externa es lisa y casi plana y presenta algunos surcos producidos por las arterias temporales profundas, la parte inferior queda separada de la superior por la apófisis cigomática. De la apófisis cigomática por su cara inferior existe una prolongación transversal que forma el borde anterior de la cavidad glenoidea. En la unión de la raíz longitudinal y en la parte inferior de la porción basal de la apófisis cigomática se localiza una concavidad que es la cavidad glenoidea.

El borde inferior de la escama presenta dos suturas, una la endocraneana que es la cisura petroescamosa superior y la otra sólo se observa desde la base del cráneo y es la cisura de Glaser. La parte libre de la escama representa dos terceras partes de una circunferencia, la cual se articula con el parietal.

PORCION MASTOIDEA. Se localiza en la parte posteroinferior del temporal por detrás del conducto auditivo externo, se distinguen en ella una cara externa, una interna y un borde circunferencial. La cara externa presenta una cisura que es vestigio de la sutura petroescamosa posterior.

La cara externa está constituida por una superficie convexa y rugosa que da inserción a varios músculos entre ellos el esternocleidomastoideo, por encima y atrás del orificio del conducto auditivo externo, se localiza una saliente llamada espina de Henley.

La cara externa se prolonga hacia abajo en una eminencia aplanada que es la apófisis mastoides. En su cara interna lleva en la parte superior un surco o canal digástrico la parte interna de este canal muestra una eminencia roma llamada yuxtamastoidea.

La cara endocraneana de la porción mastoidea se confunde con la base de la roca. El borde la región mastoidea es grueso y rugoso articulándose por arriba con el parietal y por detrás con el occipital.

PORCION PETROSA. Tiene forma piramidal presenta cuatro caras, cuatro bordes, una base y un vértice.

La cara anterosuperior hacia su tercio externo presenta una eminencia lisa llamada arcuata, la cual corresponde interiormente con el canal semicircular y se continúa exteriormente con una superficie plana que forma el tercio de la caja del tímpano, por delante de la eminencia existe un agujero llamado hiato de falopio, más adentro en el tercio de la cara se observa una depresión conocida como la fosita de gasser.

CARA POSTERIOR. Cerca del borde superior en el tercio externo se localiza la fosa subarcuata, por abajo y afuera de ésta se encuentra otra endidura oblicua llamada orificio posterior del acueducto del vestíbulo. Más adentro se localiza un amplio orificio por donde se abre el conducto auditivo interno.

CARA ANTEROINFERIOR. Es cóncava y lisa situada por atrás de la cisura de glasser, forma parte no articular de la cisura de la cavidad glenoidea que constituye la pared anterior del conducto auditivo externo, más hacia abajo hay una saliente que rodea la apófisis estiloides y forma la apófisis vaginal, más hacia adelante se prolonga la apófisis tubaria que forma la porción ósea de la trompa de eustaquio.

Cerca se observan dos canales de los cuales el superior aloja el músculo del martillo mientras el inferior es el canal óseo de la trompa.

CARA POSTERIOINFERIOR. Destaca de la parte externa una apófisis muy larga en forma de espina llamada apófisis estiloides, donde se inserta el ramillete de riolano que es el conjunto de los siguientes ligamentos, estilomaxilar estiloideo así como los músculos estilogloso y el estilofaríngeo. Por fuera de la apófisis existe un pequeño orificio o agujero estilo mastoideo por donde pasa el nervio facial, en la pared de este conducto se observa otro más pequeño por donde pasa la cuerda del tímpano, por dentro de la apófisis estiloides, hay una excavación lisa llamada fosa yugular hacia el lado interno de esta fosa pasa el conducto carotideo.

BORDE SUPERIOR. Sus dos terceras partes externas corresponden al canal del seno petroso el cual está escotado por la cisura de glasser que facilita el paso del nervio trigémino.

BORDE ANTERIOR. Su parte externa limita la cisura de glasser y este borde se articula con el ala mayor del esfenoides.

BORDE POSTERIOR. Se articula con el occipital y presenta por dentro de la fosa yugular una amplia escotadura que al articularse con el occipital presenta por dentro de

la fosa yugular una amplia escotadura que al articularse con el occipital forma el agujero rasgado posterior.

BORDE INFERIOR. Lleva la apófisis vaginal afuera y la tubaria adentro, siendo el resto bastante afilado.

Base. Está constituida por el orificio del conducto auditivo externo, el cual se extiende por la región mastoidea y por encima de la escama del temporal.

VERTICE. Es truncado y rugoso se halla ocupado por el orificio donde termina el conducto carotideo y se introduce en el ángulo formado por el cuerpo y el ala mayor del esfenoides con los cuales forma el agujero rasgado anterior.

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

La A.T.M. pertenece al género de las bicondíleas sus superficies articulares, son los cóndilos del maxilar que son dos eminencias ovoideas de eje mayor dirigido hacia atrás y hacia adentro y unidos al resto del hueso por una porción estrecha llamada cuello, que es redondeado por su parte posterior y algunas rugosidades en la parte anterointerna, donde se inserta el pterigoideo externo. Los cóndilos presentan una vertiente vuelta hacia adelante y hacia atrás y hacia arriba, ambas están separadas por un borde romo y cubiertas por tejido fibroso. Por otro lado está la cavidad glenoidea, es una superficie articular que se halla constituida por la raíz transversa de la apófisis cigomática y es convexa, la cavidad glenoidea está situada detrás del cóndilo y está dividida en dos partes por la cisura de glasser las cuales sólo la anterior es articular y se halla recubierta por tejido fibroso y la extraarticular carece de revestimiento y forma la pared anterior del conducto auditivo externo.

La superficie del temporal es convexa, se adapta al cóndilo por medio de un menisco interarticular, este menisco posee dos caras dos bordes y dos extremidades, la ante

rosuperior es cóncava por delante y está en relación con el temporal y el posterior es convexo y corresponde a la cavidad glenoidea, la posterior es cóncava.

MEDIOS DE UNION. Estos comprenden la cápsula articular y los ligamentos. La cápsula articular tiene forma de manguito su extremidad superior se inserta por delante de la raíz transversa de la apófisis cigomática y por detrás de la cisura de glasser y por fuera del tubérculo cigomático, en la raíz longitudinal de la apófisis cigomática y por dentro de la espina del estenoides, donde su extremidad inferior se inserta en el cuello del cóndilo. Su superficie interna se encuentra tapizada por la sinovial, quedando dividida por la cavidad articular y suprameniscal así como la inframeniscal.

LIGAMENTO LATERAL EXTERNO. Se inserta en el tubérculo cigomático y en la porción contigua a la raíz longitudinal, de ahí desciende para insertarse en la cara posteroexterna del cuello del cóndilo.

LIGAMENTO LATERAL INTERNO. Se inserta por fuera de la base de la espina del estenoides para insertarse en la parte posterointerna del cuello del cóndilo.

LIGAMENTOS AUXILIARES.

ESFENOMAXILAR. Su inserción superior es en la porción externa de la espina del estenoides y la parte interna de la cisura de glasser, desciende y cubre al ligamento lateral para insertarse en el borde posterior de la espina de spix.

LIGAMENTO ESTILOMAXILAR. Se inserta por arriba cerca del borde de la apófisis estiloides y por abajo en el tercio inferior del borde posterior de la rama ascendente del maxilar inferior.

LIGAMENTO PTERIGOMAXILAR. Va de la ala interna de la apófisis pterigoides hasta la parte posterior del reborde alveolar del maxilar inferior.

SINOVIAL. Existe una inframeniscal y una suprameniscal ambas tapizan la cápsula correspondiente por su cara interna termina por un lado y en el lugar de la inserción y el otro en la superficie articular correspondiente.

RELACIONES. Por su cara externa se halla recubierta por el tejido celular que está atravesado por la arteria transversal y por el nervio temporo facial y ese tejido está cubierto por la piel, su cara interna se relaciona con el dentario inferior y cuerda timpánica, así como la arteria maxilar interna por delante está relacionado con haces del músculo masetero y con la escotadura sigmoidea, por atrás con el conducto auditivo externo por intermedio de la prolongación de la parótida, las articulaciones temporomaxilares funcionan simultáneamente y presentan movimientos de abatimiento y elevación. En el movimiento de abatimiento el mentón se dirige hacia abajo y hacia atrás y forma un conjunto que se desliza de atrás hacia adelante sobre el cóndilo del temporal girando ligeramente el menisco hasta tomar una posición horizontal. Cuando el menisco queda fijo, sólo el cóndilo continúa su deslizamiento por debajo del menisco realizando en el maxilar inferior un movimiento de rotación sobre su eje transversal, que pasa por la espina de Spix permitiendo que el cóndilo del maxilar se coloque bajo el cóndilo del temporal.

LOS MUSCULOS ABATIDORES. Son los que realizan el movimiento de elevación en sentido contrario al abatimiento y son el digástrico milohioideo genihioideo.

Los movimientos de propulsión y retropropulsión se realizan en la articulación del menisco temporal pues tanto el menisco y el cóndilo sufren un deslizamiento de atrás hacia adelante colocando el cóndilo del maxilar bajo el cóndilo del temporal y en este movimiento la contracción simultánea de los pterigoides externos.

El movimiento de diducción o lateralidad es cuando se mueven las dos articulaciones alternativamente mientras uno de los cóndilos sufre con un menisco en movimiento de

traslación, el otro pivotea alrededor de un eje vertical que pasa por su cuello, - resultando que cada movimiento del cóndilo se desaloja y el otro sirve de punto de apoyo intervienen los pterigoideos externos contrayéndose alternativamente consiguiendo así la trituración de los alimentos.

MUSCULOS MASTICADORES

TEMPORAL. Ocupa la fosa temporal y se extiende en forma de abanico su vértice se dirige a la apófisis coronoides del maxilar inferior.

INSERCIONES. Se fija por arriba de la línea curva temporal inferior en la fosa temporal, desde aquí sus fibras convergen sobre una lámina la cual se va estrechando para acabar en un vértice en la cara interna del apófisis coronoides.

RELACIONES. Su cara superficial se relaciona con la aponeurosis del temporal y los vasos y nervios temporales superficiales, por dentro se relaciona con los pterigoideos y el buccinador.

Su inervación está dada por los temporales profundos que son ramas del maxilar inferior.

Su acción consiste en elevar y dirigir hacia atrás el maxilar inferior.

MASETERO. Se extiende desde la apófisis cigomática hasta la cara externa del ángulo del maxilar inferior, se halla constituido por una superficial más voluminoso que se dirige hacia abajo y hacia atrás y un haz profundo que se dirige hacia abajo y hacia adelante, ambos se hallan separados por una bolsa serosa.

INSERCIONES. El haz superficial se inserta sobre los tercios anteriores del arco cigomático, e inferiormente en el ángulo del maxilar inferior, el haz profundo se inserta por arriba en el borde inferior y también en la cara interna de la apófisis cigomática y sus fibras se dirigen hacia la cara externa del maxilar inferior.

RELACIONES. La cara externa se halla recubierta por la aponeurosis maseterina, la cara profunda del masetero está en relación con el hueso donde se inserta y con -- la escotadura sigmoidea y el nervio y la arteria maseterina, así como la glándula parótida.

La inervación está dada por el nervio maseterino el cual pertenece a la rama del maxilar inferior, su acción es elevar el maxilar inferior.

PTERIGOIDEO INTERNO. Este músculo comienza en la apófisis pterigoides y termina en la porción interna del ángulo del maxilar inferior. Este se inserta sobre la cara interna del ala externa de la apófisis pterigoides en el fondo de la fosa pterigoidea, desde aquí sus fibras se dirigen hacia abajo y hacia atrás para terminar en láminas tendinosas que se fijan en la porción interna del ángulo del maxilar sobre la cara interna de su rama ascendente.

RELACIONES. Por su cara externa se halla en relación con el pterigoideo interno con la cara interna de la rama ascendente, y su inervación está dada por el nervio pterigoideo interno, el cual procede del maxilar inferior.

Su acción es elevar el maxilar inferior pero debido a su posición también proporciona pequeños movimientos laterales.

PTERIGOIDEO EXTERNO. Este músculo se divide en dos haces, uno superior o esfenoidal y otro inferior o pterigoideo. El superior se inserta en la superficie cuadrilátera del ala mayor del esfenoides, y el haz inferior se fija sobre la cara externa de la apófisis pterigoides, las fibras de ambos convergen en la parte interna del cuello del cóndilo.

RELACIONES. Por arriba se halla en relación con la fosa cigomática y con el nervio temporal profundo medio. Su cara anteroexterna está en relación con la escotadura sigmoidea, su cara posteroexterna se relaciona con el pterigoideo interno con

el cual se entrecruza por la cara anterior de éste.

INERVACION. Está dada por los ramos del bucal.

ACCION. Es la contracción simultánea de ambos pterigoideos externos, produce movimientos de proyección hacia adelante. Si se contraen aisladamente produce movimientos laterales y si se contraen simultáneamente producen movimientos de diducción.

MUSCULOS DEL PALADAR

El paladar blando es una formación fibromuscular movable que se continúa con el borde posterior del paladar duro, los músculos del paladar son los siguientes.

PALATOGLOSO. Ocupa el pilar palatogloso y se origina en la cara inferior de la aponeurosis palatina y se inserta en el borde inferior de la lengua.

FARINGOESTAFILINO O PALATOFARINGEO. Se sitúa en el borde posterior del paladar óseo de la aponeurosis palatina en el paladar blando y se inserta en dos fascículos uno interno y otro externo, que están separados por el velo del paladar, estos fascículos se unen, este músculo se inserta en el borde posterior del cartilago tiroideos.

MUSCULO DE LA UVULA. Se origina en la espina nasal posterior y la aponeurosis palatina y se va a insertar directamente sobre la mucosa de la úvula.

ELEVADOR DEL VELO DEL PALADAR. Se origina en la cara inferior de la porción petrosa del temporal, por delante del conducto carotideo en la vaina carotidea y se inserta en la cara superior de la cara palatina.

TENSOR DEL VELO DEL PALADAR. Se origina en la fosita escafoidea en la raíz de la lámina pterigoidea interna desde la espina del esfenoides.

el cual se entrecruza por la cara anterior de éste.

INERVACION. Está dada por los ramos del bucal.

ACCION. Es la contracción simultánea de ambos pterigoideos externos, produce movimientos de proyección hacia adelante. Si se contraen aisladamente produce movimientos laterales y si se contraen simultáneamente producen movimientos de diducción.

MUSCULOS DEL PALADAR

El paladar blando es una formación fibromuscular movable que se continúa con el borde posterior del paladar duro, los músculos del paladar son los siguientes.

PALATOGLOSO. Ocupa el pilar palatogloso y se origina en la cara inferior de la aponeurosis palatina y se inserta en el borde inferior de la lengua.

FARINGOESTAFILINO O PALATOFARINGEO. Se sitúa en el borde posterior del paladar óseo de la aponeurosis palatina en el paladar blando y se inserta en dos fascículos uno interno y otro externo, que están separados por el velo del paladar, estos fascículos se unen, este músculo se inserta en el borde posterior del cartilago tiroides.

MUSCULO DE LA UVULA. Se origina en la espina nasal posterior y la aponeurosis palatina y se va a insertar directamente sobre la mucosa de la úvula.

ELEVADOR DEL VELO DEL PALADAR. Se origina en la cara inferior de la porción petrosa del temporal, por delante del conducto carotideo en la vaina carotidea y se inserta en la cara superior de la cara palatina.

ENSOR DEL VELO DEL PALADAR. Se origina en la fosita escafoidea en la raíz de la lámina pterigoidea interna desde la espina del esfenoides.

INERVACION. La inervación de los músculos del paladar con excepción del tensor, es tan inervados por el plexo faríngeo, por medio de fibras de la porción craneal del nervio espinal.

ACCION. La acción de estos músculos es aproximar los pilares correspondientes por lo que separan de la cavidad bucal la faríngea, este músculo es el palatogloso.

FARINGOESTAFILINO. Aproximan los pilares posteriores y por lo tanto separan la orofaringe de la nasofaringe.

La musculatura de la úvula se encarga de los movimientos de elevación y lateralidad de ésta.

El elevador del velo del paladar dirige este mismo músculo hacia atrás durante la fonación y succión de líquidos, el tensor del velo está activo durante la fonación pero no en la deglución.

MUSCULOS DE LA LENGUA

Los músculos de la lengua comprenden formaciones propias o músculos intrínsecos y fibras originales en zonas próximas (músculos extrínsecos)

MUSCULOS INTRINSECOS. Se disponen en varios planos y se clasifican generalmente en longitudinal superior e inferior, así como transverso y vertical.

MUSCULOS EXTRINSECOS. El geniogloso es en forma de abanico dispuesto sagitalmente en contacto por dentro del otro lado y constituye el abultamiento de la parte posterior de la lengua, se origina en la apófisis genisuperior detrás de la sínfisis del maxilar y se inserta en la cara inferior de la lengua y en parte central del cuerpo del hioides.

HIOGLOSO. Es un músculo plano cuadrilátero cubierto en gran parte por el milohioides, se origina en el asta mayor del cuerpo del hioides.

Este se dirige hacia arriba y hacia adelante para insertarse en el lado y cara inferior de la lengua.

CONDRÓGLOSO. Es un fascículo variable que se extiende desde el cuerno menor y cuerpo del hioides al dorso de la lengua.

ESTILOGLOSO. Se origina en la parte anterior del apófisis estiloides y en el ligamento estilomaxilar y se inserta en el borde inferior de la lengua.

INERVACION. Todos los músculos son inervados por el nervio hipogloso excepto el palatogloso, que se encuentra inervado por el nervio del plexofaríngeo.

ACCION. El geniogloso es el principal depresor de la lengua, su parte posterior lleva hacia adelante a la lengua, el hiogloso y el estilogloso retraen la lengua.

GLANDULAS SALIVALES

En la región submaxilar va del hueso hioides a la mandíbula contiene las glándulas submaxilar y sublingual.

SUBMAXILAR. Es una glándula salival es de tipo seroso la glándula, comprende una porción superficial mayor y una menor profunda. Las dos partes se continúan entre sí rodeando al músculo milohioideo, éste se localiza en el maxilar inferior, por su cara interior en la fosa que lleva el mismo nombre de la glándula. El conducto submaxilar mide más o menos unos 5 mm. y emerge de la prolongación de la glándula, el conducto de uno de los orificios se abre en la cavidad lingual, en la papila sublingual que se localiza al lado del frenillo de la lengua. La glándula submaxilar es inervada por fibras parasimpáticas derivadas del ganglio submaxilar.

GLANDULA SUBLINGUAL. Es la más pequeña de las tres principales glándulas salivales es de tipo mucoso y se relaciona por arriba con la mucosa del suelo de la boca, pos

teriormente con la prolongación profunda de la glándula submaxilar. Existen de 10- a 30 conductos sublinguales casi siempre independientes, en la cavidad bucal en el pliegue sublingual.

INERVACION. La glándula sublingual se halla inervada por fibras parasimpáticas - secreomotoras derivadas en su mayor parte del ganglio submaxilar.

Debido a la anastomosis entre los nervios glossofaríngeo y facial es posible que la glándula se halla inervada por fibras de estos nervios.

CAPÍTULO II HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica dental es muy importante, es una fuente de información que nos va a servir para conocer el estado actual del paciente, conocer sus padecimientos, es un documento en el cual podemos seguir la evolución de su estado, para un tratamiento, y un punto que no debemos excluir de la historia clínica, es que se puede utilizar con fines legales.

Al realizar la historia clínica al paciente es muy importante establecer una relación de confianza y respeto mutuo entre el paciente y el doctor, de forma que el médico aborde a su paciente, no solo determina en gran grado la cantidad de datos que el paciente proporcione, si no que incluso puede modificar la precisión de dichos datos.

En cuanto a la historia clínica dental debemos de tener en cuenta que el paciente desdentado, con anterioridad se ha tratado y que muchas veces sus experiencias, su actitud por lo tanto hacia el dentista puede ser renuente y debemos procurar ser más comprensivos y accesibles, pero desde el principio se les debe de hablar claro, ya que la prostodoncia es un tratamiento donde el paciente tiene que asistir con regularidad al consultorio.

INTERROGATORIO Los principales fundamentos de un interrogatorio adecuado son preguntar, observar e integrar. Para efectuar la historia clínica general así como la dental, debemos de realizar los siguientes métodos de exploración.

PALPACION Es un método de exploración clínica que se efectúa por medio del tacto de este método vamos a obtener el estado de la superficie, movimientos cambios de volumen temperatura, zonas o puntos dolorosos, para realizar esta exploración las manos deben de estar limpias y suaves.

PERCUSION Es el método que se efectúa por medio de golpes suaves directamente con la mano ó a través de algún instrumento donde obtenemos sonidos, movimientos ó

dolor, este método se utiliza para una inspección general .

AUSCULTACION Se efectúa por medio del oído , es un procedimiento de medición, ayuda a apreciar las distintas tonalidades de órganos y piezas dentarias

PUNCIÓN Consiste en introducir un objeto punzante para drenar y así analizar el contenido líquido.

FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE COMPLETO

EDAD Es muy importante ,ya que en una persona joven existen más probabilidades de éxito al construir una dentadura total.

OCUPACION De este dato podemos obtener valores muy importantes como son ,estabilidad económica , así como alguna enfermedad ocupacional.

ESCOLARIDAD Aquí podemos basarnos en la comunicación que podemos entablar con el.

ESTADO CIVIL Este dato nos es útil para ver de cuanto tiempo dispone el paciente.

TELFONO Es muy importante dejar algun telefono donde se pueda localizarlos.

EXAMEN GENERAL

Antecedentes personales no patológicos.

TOXICOMANIAS el tipo y en la cantidad que lo consume

HABITOS ALCOHOLICOS La frecuencia con la que lo hace.

HABITACION Si cuenta con los servicios intradomiciliarios y los servicios extradomiciliarios.

ALIMENTACION HABITUAL es muy importante esta pregunta ya que así podremos ver en las condiciones que se encuentra el paciente antes de realizar el tratamiento ,ya que de este modo podremos modificar o radicalmente debemos ca-

mbiar alguno habitos si es necesario ya que involucra al sistema masticatorio
 Inmunizaciones muy importante ya que aquí nos podemos basar en las enfermedades
 que puede llegar a tener .

Antecedentes patologicos personales

Enfermedades de la niñez como son sarampión ,escarlatina, poliomeilitis ,varicela,
 rubeola etc.

Enfermedades alergicas , este dato es muy importante siempre tenerlo en cuenta ya
 que los pacientes pueden ser alergicos a algun medicamento o algun material den
 tal , alimentos ó al medio ambiente.

Antecedentes quirurgicos aquí vamos a anotar todas las intervenciones quirurgicas
 como extracciones dentales , cesáreas , cirugias reconstructivas ó intevenciones
 quirurgicas de alguna otra índole .

Traumaticas reporte de accidentes que haya sufrido .

Transfusiones.

Antecedentes hereditarios. aquí se incluye cualquier enfermedad que haya sido here
da o con tendencias a desarrollar más adelante , como pueden ser cardiopátias
 obesidad, enfermedades reumáticas convulciones , alergicas etc..

APARATOS Y SISTEMAS

Aparato gastrointestinal este aparato es relativamente inaccesible a la exploración
 pero podemos interrogar acerca de enfermedades de algun organo del abdomen , sinto
masdel aparato gastrointestinal, como disfagia pirósis , indigestión , ideosincra
sias , molestias en el abdomen , diarrea estreñimiento , indigestión flatulencia

Aparato respiratorio La revisión de este sistema incluye , disnea ortopnéa, edema
 por la acumulación del líquido , tos es un medio de defensa por algun sintoma
 de inflamación hemoptisis, dolor pleurítico y valorar la constitución del esputo.

Aparato genitourinario polaquiuria , nicturia , oliguria que puede refeljarse en una glomerulonefritis , disuria , hematuria , piuria

Aparato cardiovascular Dolor precordial , aumento en el volumen de los parpados tinitus , cefaleás , lesiones coronarias , disnea del esfuerzo , hemorragias espontaneas, disnea en reposo.

Sistema nervioso , si el paciente es aprensivo , ansiedad convulsiones , vertigo ,mareos alteraciones en la sensibilidad, incluso dolor y parestesias.

Sistema musculoesqueletico. Preguntar si el paciente sufre de mialgias, hinchazón, deformidad, incapacidad de utilizar cualquier articulación , rubor ,hiper-sensibilidad , debilidad en alguna extremidad , manchas cambios troficos (atrofia)

Sistema endocrino si el paciente presenta obesidad,disfagia ,poliuria amenorrea dismenorrea, cefaleás , sudoración etc ..

HISTORIA DENTAL

En la historia dental deberá incluir todo el tratamiento realizado al paciente

HISTORIA DE DENTADURAS

a) motivo principal de la consulta , en el caso que el paciente use dentaduras completas ,tratar de determinar por que el paciente busca el nuevo tratamiento prostodontico ,así sabremos que motivo al paciente a buscar un nuevo tratamiento.

b) Tiempo de haber permanecido desdentado , ver las areas que no han curado sugieren que existe una cicatrización insuficiente, así como existe una eliminación incompleta del tejido patológico , el paciente no está en estado de salud normal que favorezca la regeneración ósea .

c)Tiempo que el paciente ha usado dentaduras completas .

Se enumeran los meses y años , que ha llevado las dentaduras si el paciente ha sido desdentado durante mucho tiempo , ya que sin llevar la protésis pueden preverse los resultados desfavorables frecuentemente .

d) Dentaduras anteriores

1. clase , tipos de dentaduras como vulcanita, resina sintetica, de base metálica (oro , metal no precioso), siendo estas completas o parciales.

2. Número de dentaduras que ha usado , las personas que han usado varias generalmente , son personas difíciles

3. Experiencias de dentaduras , se comprueba si es favorable o desfavorable , así podemos saber que tan difícil puede ser el paciente acoplarse a su nueva dentadura .

4. Dentaduras actuales , se llena con excelente satisfactorio, nosatisfactorio es muy importante preguntar al paciente al paciente cuales son los factores más importantes para el.

5. Recomendaciones del paciente y dentista , para mejorar las dentaduras , se le deberá preguntar , lo que le gustó de las pasadas y lo que no, y sobre esto se hará una lista de recomendaciones.

CARACTERISTICAS FISICAS DEL PACIENTE

1. Habilidad neuromuscular

Lenguaje. los paciente que hablan normal con sus dentaduras o dientes generalmente no presentan problema para poder hablar , y se acostumbran facilmente a una nueva dentadura , y las personas que si presentan este problema , se debe de hacer una serie de modificaciones.

2. Aspecto general.

Índice cosmético este se refiere a la presencia en general del paciente, donde vamos a observar su indumentaria, la cantidad de cosmético que lleva el paciente , de acuerdo a estos índices el paciente será más exigente o menos.

3. Aspecto , si la persona es agradable , se corre menos riesgo de que no le guste la prótesis.

4. Cara

Debemos de observar la forma de su cara ,su perfil si es normal ,prognata o retrognata, su cabello, el color de sus ojos ,su tez la textura de la piel ,tomar en cuenta si tiene arrugas , debemos de tomar en cuenta que si la persona es ané mica sufrira cambios más adelante en cuanto a textura de la piel,y existiran periódos de ajuste prolongado.

EVALUACION CLINICA

Se deberá de realizar un exámen digital de la Articulación Temporomandibular , observandose movimientos anormales o sonidos crepitantes . Antecedentes de dolor en el área puede indicar un aumento o disminución exesiva de la dimensión vertical .

Movimiento mandibular Si existe algun movimiento mandibular anormal o limitado ,puede referir alteración o cambio en algun enfoque protésico .

Algunos pacientes solo pueden hacer movimientos de apertura y cierre y otros pueden realizar todos los movimientos exentricos.

Factores biológicos . nos ayuda a detrminar los padecimientos adecuados para realizar la fase mecánica .

Clase I son normales ,no se ha presentado algun cambio degenerativo en los músculos de la expresión o de la masticación , los pacientes desdentados , no tienen tono muscular ya que la mayoría experimentan cambios degenerativos diversos .

Clase II Los pacientes conservan la función normal, el tono y el sentido del tacto , cuando se han perdido los dientes naturales , nunca podra utilizarse función muscular máxima.

Clase III Casos de función subnormal , es el resultado de la perdida de dientes o por llevar dentaduras totalmente ineficaces, frecuntemente existe un exeso

de cierre que da por resultado arrugas y la boca caída , está clase requiere en los que se pueden volver a desarrollarse tono y poder muscular en los músculos .

Desarrollo de los músculos de la expresión , existen tres clasificaciones .

Clase 1 fuerte

Clase 2 media

Clase 3 débil

Tamaño físico de los maxilares .

Clase I grandes ofrecen una mayor ventaja para la retención y la estabilidad.

Clase II Medianos ofrecen menor ventaja para la retención.

Clase III Pequeños presentan mucha dificultad para alcanzar la estabilidad deseada.

Una musculatura fuerte asociada con una pequeña area de soporte es favorable.

Forma física del reborde alveolar , la forma del arco y de la bóveda palatina.

Clase 1 reborde maxilar forma de la bóveda ,cuadrado ,suavemente curvo, y ovalado

Clase 2 triangular o en forma de "V"

Clase 3 Plana.

Forma del reborde mandibular.

Clase 1 forma de U invertida ,paredes paralelas y cresta ancha

Clase 2 forma de U invertida plana

Clase 3 formada "U" , "V" invertida con paredes paralelas con rebordes delgados, rebordes acabados.

Aunque la clasificación de las arcadas es triangular, cuadrada u ovalada debe de tenerse en cuenta que presentan combinaciones, como son la ovalada-triangular, ovalada-cuadrada, cuadrada triangular ó triangular invertida.

La forma de la arcada sufre muchos cambios después de la extracción y no es raro encontrar de una forma de la arcada superior a la inferior.

RELACION DE LOS REBORDES (Cresta alveolar)

Clase 1 Normal la cresta del reborde superior está directamente sobre el reborde inferior.

Clase 2 Prognático (Clase 3. de Angle) toda la cresta inferior esta fuera de la cresta del reborde maxilar

- Mordida cruzada anterior, la cresta del reborde mandibular es más larga el reborde del maxilar, de manera que se proyecte fuera del maxilar.

- Mordida cruzada posterior, la parte posterior del reborde mandibular es más ancha que el reborde del maxilar. la relación del reborde anterior es normal.

- Mordida cruzada unilateral, un lado de la boca tiene relación normal y el otro el reborde mandibular es más ancho que el reborde maxilar.

Clase 3 Centrognática el reborde mandibular es más estrecho y más corto que el reborde del maxilar.

-retrognatismo anterior, el reborde mandibular es más corto que el maxilar pero aproximadamente, tiene el mismo ancho que el posterior.

Paralelismo de los bordes.

Clase 1 ambos se encuentran paralelos al plano oclusal.

Clase 2 el reborde mandibular es divergente anteriormente.

Clase 3 Ambos reborse divergiendo anteriormente.

DISTANCIAS ENTRE LOS ARCOS

Clase 1 Suficiente espacio para acomodar los dientes entre las piezas.

Clase 2 Exesiva distancia entre los arcos

Clase 3 Distancia insufiente entre los arcos.

TORUS

Clase 1 Cuando estan ausentes, no presentan ninguna dificultad para la construcción de dentaduras .

Clase 2 Cuando son leves los torus , realmente presentan poca dificultad para la adaptación ,

Clase 3 Rebordes que presentan torus prominentes complican la construcción de las dentaduras , requien intervención quirúrgica .

MUCOPERIOSTIO

Clase 1 presenta un espesor normal sobre el area de soporte de 1mm es firme pero no tenso .

Clase 2 Es muy delgado y altamente susceptible a irritación y a baja presión.

Clase 3 Es exesivamente espeso y laxo los tejidos pueden ser muy delgados en donde las piezas han sido extraídas recientemente , y puede ser muy espeso donde han permanecido mucho tiempo sin piezas . Cuando el tejido es alternadamente espeso y delgado , pueden existir problemas en cuanto a la equilibración y

uniformidad de la presión para evitar llagas.

INSERCIONES TISULARES DE LOS BORDES

Clase 1 a la altura de la inserción en relación a la cresta del reborde superior que está a 1.25mm

Clase 2 a la altura de la inserción en relación a la cresta del reborde se encuentra entre 10mm y 1.25 cm

Clase 3 La altura de la inserción en relación a la cresta del reborde se encuentra entre .75cm

INSERCIONES DE LOS MUSCULOS Y FRENILLOS

Se clasifican de igual manera que las inserciones tisular y del reborde , en el maxilar superior 1. alto 2. mediano 3. bajo y en la mandíbula 1. bajo 2. mediano 3. alto

ESPACIO POSTMILOHIOIDEO

Esta clasificación al igual que las otras de las inserciones musculares, es decir según su proximidad a la cresta del reborde cuando la lengua se encuentra extendida.

Clase 1. Bajo Clase 2. Sensible Clase 3 Hipersensible

TAMAÑO DE LA LENGUA.

Cuando los dientes están ausentes durante mucho tiempo, es suficiente para provocar un cambio en la forma y tamaño de la lengua.

FORMA Y POSICION DE LA LENGUA .

Clase 1. Normal, cuando la lengua ha estado restringida por los dientes inferiores y por el fracaso de llevar dentaduras , se encuentra relajada con su ápice en posición normal.

Clase 3 Anormal , la lengua esta retraida.

Una retracci3n en el 3pice donde la lengua se dirige hacia abajo ,mientras que la raiz de la lengua se encuentra elevada.

El 3pice de la lengua se dirige hacia arriba y dorsalmente,

El 3pice parece que se desaparece en el cuerpo de la lengua y le da un aspecto cuadrado.

El cuerpo de la lengua se encuentra deprimido en el piso de la boca moviendo toda la masa hacia dorsal.

SALIVA

Clase 1. Normal en cantidad y calidad, las cualidades cohesivas y adhesivas son ideales para la retenci3n

Clase 2 Abundancia en saliva semiviscosa.

Clase 3 Cantidad exesiva y contiene mucha mucosidad.

ACTITUD MENTAL

Paciente filisofico. es un tipo amable no es hipercritico, y esta bien centrado mentalmente , nunca dejara de decir algo ya sea en favor o en contra.

Paciente exfigente. Son unas personas que son muy inteligentes y que exigen perfecci3n son el tipo de personas que esperan garantia por escrito ,o esperan que el dentista haga repetidos intentos para agradarlos .

Pacientes histericos Los pacientes de este tipo se quejan mucho pero,sin razones validas , muchos de ellos reaccionan en esta forma por tener problemas de otro tipo o sufren de alguna psicosis.

Ellos exigen perfecci3n tanto que querran dientes lo m3s natural posible.

Paciente indiferente Estos pacientes son realmente indiferntes , con su aparencia y si el paciente no desea llevar dentaduras prostodonticas. sus resultados generalmente terminara en fracaso.

EXAMEN RADIOLOGICO

Es un exámen muy valioso el cual nos va ayudar a examinar la estructura ósea que va asostener la restauración . Las placas deberán de ser standar y realizar una buena interpretación radigrafica y nos podemos basar en la clasificación de Wilson las cuales son denso, reticular y no cortical .

en el hueso denso las trabeculas son compactas , la corteza es solida y bien definida , este hueso es optimo para dentaduras.

Reticulado. Existen mayores espacios entre el trabeculado, la corteza esta definida, pero es mucho más delgada. al construir la dentadura la carga , esta dentro de los límites fisiológicos .

Hueso no cortical. Es un hueso que los margenes son muy delgados , donde el trabeculado es realmente amplio existiendo mucho espacio en el hueso, y ofrece muy poco soporte, para las dentaduras.

PATOLOGIA RETENIDA

Son quistes , dientes no erupcionados , raices , todas estas deberan ser eliminadas antes de construir la dentadura.

PRONOSTICO

Lo vamos a obtener tomando en cuenta todos los factores biológicos , así como demás puntos tomados en cuenta en la historia clínica . Si el caso es un fracaso esto ayudara al odontologo a ver porque fracaso y debemos tomar en cuenta que el diagnostico puede cambiar el tratamiento.

MATERIALES DENTALES Y DE LABORATORIO EN PROSTODONCIA

En este capítulo trataremos los materiales dentales más usados en prostodoncia desde los que utilizamos en el consultorio hasta los de laboratorio, ya que es muy importante saber su composición y su manejo, para poder aprovechar todas las ventajas que nos ofrecen estos materiales.

MODELINA DENTAL

Existen dos tipos de modelina, la modelina para impresionar, que es una pieza grande y tiene forma de portaimpresión, la modelina para rectificar que la encontramos en barra o en flecha. La composición de la modelina es;

Cera dura

resinas

Acido estearico

Repleno

Pigmentos

El ácido estearico, la resina y la cera, en la modelina proporciona la cualidad de ser termoplástico. Lo cual significa que el material al calentarlo se ablanda y al enfriarlo se endurece.

La fluidez en la modelina es una de las propiedades que son muy importantes, ya que solo requieren 8° C más de la temperatura de la boca para registrar en detalle la impresión, los tejidos bucales con esta temperatura, no se quemaran.

Para la modelina de pan o de portaimpresión, solo se utiliza, como una impresión preliminar debiendo utilizar otro material para rectificar y tener detalle.

En la modelina de barras hay que tener mucho cuidado con sus características ya que al calentarlo la parte exterior se suaviza muy rápido, mientras que la parte interna permanece dura, y sucede lo contrario con el enfriamiento, se endu

rece , muy rápido el exterior mientras que el interior permanece caliente .
El almacenamiento por periodos prolongados de modelina en un medio calido provoca cambios dimensionales.

MANIPULACION La modelina de pan se suaviza en baño termostaticamente , una vez ya suavizada se va adaptando la modelina a la boca o areas al modelo de yeso para despues rectificar con un material que reproduca el detalle.

La modelina de barra se calienta con una flama en la punta . hasta que este suave, y se lleva al portaimpresión , para rectificar la parte de la boca , que deseamos y se deja ahí hasta que esta se enfria.

Cuando la modelina ha estado en contacto con la parte de boca que deseamos rec tificar , pierde su brillo , para tornarse opaco , cuando esto no sucede quiere decir que la modelina no ha estado en contacto con la mucosa bucal.

Es muy importante no quemar la modelina poque pierde algunas de sus propiedades la cual nos dan como resultado una defectuosa rectificación , así como una mayor fragilidad.

YESO PARA IMPRESION

Este material en la práctica se utiliza rara vez para tomar impresiones , entre entre otras cosas poque es un material rígido y se fractura con facilidad.

Se usa cuando se produce una salivación excesiva . De esta manera el yeso absor be la saliva produciendo una impresión sin defectos , además se puede utilizar cuando hay socavados . El yeso está compuesto por;

Sulfato de calcio semihidratado

Sales orgánicas (Nitrato ó sulfato de potasio)

Agentes saborizantes

Este yeso cuando esta endurecido es muy frágil y se puede fracturar al retirarlo de zonas socavadas. Al almacenarlo se debe de consrvar en un recipiente hermético.

Manipulación ; el tiempo de mezclado es de 30 seg. aproximadamente y se coloca una capa delgada sobre el portaimpresión y una vez endurecido se retira de la boca, y se enjuaga y posteriormente se pincela con un separador , los cuales facilitan la separación del vaciado.

AGAR HIDROCOLOIDE

Este fue el primer material para impresión elástico del cual por su flexibilidad permita que pueda retirarse de las áreas socavadas , pero realmente esté ha sido sustituido por alginato.

Esté material se presenta como gel en un tubo flexible , donde se emplea con un portaimpresión que es enfriado por agua el agar hidrocólido contiene

Agar

Borax

Sulfato de potasio

benzonatos

Aditivos

Saborizantes

El borax mejora la resistencia , el sulfato de potasio asegura el fraguado correcto en el modelo de yeso , el benzonato como conservador y para controlar la fluidez se utilizan los aditivos.

Estas impresiones son muy exactas , se contraen cuando se mantiene a la intemperie y se expanden cuando se almacenan en agua por , esto se deben de vaciar en el yeso inmediatamente.

El porcentaje de deformación permanente depende directamente del tiempo que se emplee para retirarlo.

Manipulación . El material se coloca en baño maria para hidrocólido a 100°C durante 15 minutos , en un acondicionador especial el cual tiene 3 compartimie

ntos , despues se mete al segundo baño maria a 60°C a esta temperatura de sol de agar , permanece en forma fluida , en el tercer baño se enfria hasta 46°C y se lleva ala boca en un portaimpresión que enfrie por medio de agua , o tambien se puede rociar agua fria sobre el mismo , cuando el agar ha gelificado , se retira la impresión de un solo movimiento y se enjuaga.

La impresión no se debe de almacenar porque sufre alteraciones , no se deberá de almacenar por más de 1 hora.

ALGINATO

Es un material excelente de impresión por la facilidad de su manipulación , porque requiere un mínimo equipo utilizado.

Por su flexibilidad y exactitud y su bajo costo , los alginatos se utilizan para preparar modelos de estudio.

Este lo podemos encontrar bolsas individuales , las cuales traen la cantidad necesaria para una impresión total o en bote. esta compuesto por:

- Fosfato de sodio en polvo , el cual controla el tiempo de fraguado y también se llama retardador
- Sal de alginato que se disuelve en agua
- Tierra de diatomeas que sirve para controlar la consistencia de la mezcla y flexibilidad de la impresión
- Sulfato de potasio , para eliminar el efecto inhibidor del alginato sobre el fraguado del material de yeso.

El alginato es un gel irreversible porque una vez que la pasta se convierte en gel el proceso no sufre eversión, como el agar por calor.

El alginato no irrita la mucosa tiene un tiempo de mezclado razonable , tiene resistencia ala compresión y reproduce el detalle es compatible con el yeso.

Manipulación el alginato se mezcla manualmente con agua , debe de tener una con

sistencia cremosa y lisa sin granulosidades en un tiempo no menor de 1 minuto donde el alginato normal debe de endurecer en no menos de 2 minutos . Un cambio en la temperatura del agua de mezclado acelera o retarda el tiempo de gelificación , los valores reales de la deformación son de 1.5% .

La impresión de desgarre tiene menos probabilidades cuando se retira de la boca en forma rápida , y este aumenta si se retrasa el retiro.

El problema con las impresiones de alginato y con las de agar es el período de exactitud , ya que el alginato fraguado , contiene grandes cantidades de agua, la cual se evapora si se almacena . Si se guarda en agua absorbe está ,causando una expansión en la impresión no se debe guardar por más de una hora .

Manipulación es sencilla pero se debe de hacer bien y se incorpora poco a poco con agua para mojar el polvo . Cuando ya se ha mojado se hace la mezcla con movimientos alrededor de la taza , presionandolo contra las paredes de está.

Para que el material tenga una consistencia cremosa y lisa y antes de hacer la mezcla ya se ha seleccionado el correcto portaimpresión .

La impresión se debe de retirar con un solo movimiento firme.

MATERIALES DE CAUCHO DE POLISULFURO

Este material tuvo una importante introducción en la odontología, por ser sumamente flexible , tambien carece de los principales cambios dimensionales ,durante su almacenamiento y es compatible con varios materiales al momento de hacer el colado es mucho más resistente al desgarre .

El primero que se introdujo es el thiokol, el cual fue llamado más tarde mercaptano (Mismo nombre de la base sin reaccionar). Que durante el fraguado forma un caucho del grupo de los polisulfuros , por eso se denomina polisulfuro.

Estos productos se pueden clasificar como de cuerpo ligero regular o pesado el material base se conforma de;

80 % Polímero organico de bajo peso molecular de gpos mercaptanos.

20% Agentes reformadores (dioxido de titanio o sulfato de Zinc).

El tubo de acelerador contiene un compuesto del gpo de los mercaptanos que reaccionan para formar el caucho de polisulfuro.

Esté gpo. contiene las siguiente propiedades ;

No es toxico , se diferencia el color de la base al catalizador , tiene tiempo de mezclado suficiente y razonable tiempo de trabajo , tiene una mínima deformación permanente , tiene una buena estabilidad dimensional , tiene flexibilidad excelente y reproducción de detalle y mucha compatibilidad por el dado y modelo.

Es fácil saber cuando las dos pastas se han mezclado bien ya que ambas vienen en colores contrastantes y una buena mezcla sin vetas se puede lograr en 45seg

El tiempo de trabajo disminuye cuando la consistencia se vuelve más firme el promedio de fraguado final es 8 a 12 minutos desde el mezclado.

Las pastas se presentan en dos tubos donde para su manipulación se debe de poner cantidades iguales de base y catalizador , en un block de papel que viene con el producto o en una lozeta ,para la mezcla se debe de hacer con una espátula larga ,de hoja rígida y fina para poder hacer una mezcla homogénea hasta que desaparezcan las rayas ,y se uniforma el color despues se lleva al portaimpresión elegido para toma de impresión .

Cuando el material haya endurecido se retira la impresión con una fuerza constante , la resistencia al desgarro es más alta , despues de retirada la impresión se revisa el acabado de detalle y luego se limpia con agua y ya está lista para preparar nuestro modelo.

SILICON

El silicon surgió por la oposición del olor al hule de polisulfuro y por las manchas pigmentadas que causa en la ropa .

Este material se presenta una base y un catalizador . La pasta de silicon se proporciona en consistencia de cuerpo ligero , regular , pesado , la consisten-

cia, se controla por el peso molecular del dimetilsiloxano.

El silicón se presenta como un sistema de dos pastas, una contiene silicón de bajo peso molecular con grupos terminales vinil, la segunda pasta también es silicón de bajo peso molecular, que contiene hidrogenos de silano y relleno reforzador, ambos se mezclan en cantidades iguales las reacciones entre el vinil terminal y el hidrógeno.

El tiempo de trabajo para los silicones es más corto que para los polisulfuros su viscosidad aumenta, los silicones son más fluidos y más fáciles de mezclar que los polisulfuros, la deformación permanente es más baja, los materiales no son tóxicos, sin embargo se debe evitar el contacto directo entre la piel y el acelerador para no causar una reacción alérgica.

Una propiedad muy importante es que el silicón presenta muy poca absorción de agua, es hidrófobo no afecta la dureza del yeso piedra, el color y el olor: son agradables y sobre todo reproducen rápidamente los detalles finos de la superficie.

Manipulación. Es sencilla la manipulación en algunos casos son dos pastas ó una pasta y un líquido dependiendo de la casa comercial, se toma la cantidad que se va a necesitar de silicón y se le agrega el acelerador, y se mezcla aproximadamente durante 45 seg, se recomienda que las manos estén húmedas para que no se pegue la masilla.

Y una vez que la masa está uniforme se lleva a la cucharilla de tipo comercial perforada, para tener la retención adecuada del material, se toma la impresión una vez que la masilla ha endurecido se retira de la boca y se enjuaga, se retira el agua excedente, y la impresión queda lista para recibir el material rectificador, la cual nos va a dar más detalle.

El material rectificador y la base de silicón vienen en diferentes colores de esta manera podemos identificar fácilmente.

Los silicones reproducen rápidamente los detalles finos de la superficie.

MATERIAL PARA LABORATORIO

CERAS

Cera para placa base . El nombre de está cera deriva de su uso ,sobre la placa base de la impresión para establecer la dimensión vertical, el plano de oclusión y la forma inicial del arco para la restauración completa de la prótesis .

El color es normalmente rosa y proporciona ala protesís cierta cualidad estétíca en la etapa inicial del procesado , la cera nos sirve para producir el contorno deseado de la prótesis depues de que los dientes se fijarón en su posición

La cera rosa contiene normalmente:

80 %	Ceresina
12 %	Cera de abeja .
2.5 %	Carnauba
3 %	Resinas naturales
2.5 %	Ceras microcristalina

Se proporciona en láminas de 7.5 cm por 15 cm de largo. Existen tres tipos de durezas en la cera rosa el tipo I es suave para la fabricación y capas exteriores , el tipo II Es para patrones de cera en la boca , en climas templados el tipo III se utiliza para patrones en la boca , pero se utiliza donde el clima es tropical.

El permitir que el patrón terminado para prótesis permanezca largo tiempo ,puede causar la distorsión de la cera y el movimiento de los dientes , la dentadura encerada se debe de colocar en la mufla tan pronto como se complete .

Cera de encajonamiento . Es la cera que se utiliza para formar alrededor de la impresión edentúla , es un sopрте para recibir al yeso y también sirve para mantener un márgén entre el fondo de saco y la impresión y de esta manera le da una protección al modelo . Esta cera es muy suave ya que se puede amasr con los dedos.

Pero esta cer; no se adhiere a los materiales de impresi3n , por lo cual necesita de un medio de uni3n , como podria ser la cera pegajosa .

La cera pegajosa . La cera pegajosa es adecuada a la odontologfa prot6tica esta se forma de una mezcla de cera y resina , dicho material es pegajoso al derretirse se une estrechamente ala superficies en las cuales se aplica ,sin embargo a la temperatura ambiente es firme y no pegajoso, es fr3gil.

RESINAS ACRILICAS AUTOPOLIMERIZABLES

Est3 resina es un polimero y se hace reaccionar y se hace reaccionar por medio de un mon3mero donde se lleva a cabo una reacci3n quimica esos agentes hacen que se efectue la reacci3n , entre ellas se encuentran ciertas aminas terciarias arom3tica o alif3ticas asi como ciertos derivados sulfonados .

Est3 resina se denomina autopolimerizable de curado en frio ,e igual que en los termopolimerizables la reacci3n es ex3termica .

La resina autopolimerizable tiene una aplicaci3n que es la reparaci3n de dentadura parcial o totales en el rebase directo o indirecto de las mismas .

Propiedades El color se asemeja a los tejidos de la mucosa . existe compatibilidad de estas resinas con el tejido , si la polimerizaci3n no ha sido completada y el material se pone en contacto con la mucosa ,puede causar irritaciones y fenomenos de sensibilidad local.

Su dureza en la escala de KNOOP corresponde a 16.

La resinas polimerizada cuando son sumergidas en agua la absorben , el aumento de peso no debe de ser superior a .7mg por 2cm de superficie despues de 24hrs de inmersi3n .

Las resinas acrilicas son practicamente insolubles . La porosidad de las mismas se debe a que en la polimerizaci3n la resina alcanza los 100°C y se produce una evaporaci3n del mon3mero que tiene un punto de ebullici3n que es 103°C, esa evaporaci3n deja huecos .

Otra causa es la incorporación de agua a la mezcla cuando esta en la fase de masa plástica, porque el agua hace desender la temperatura, al evaporar el monómero produce una porosidad.

RESINAS TERMOPLIMERIZABLES

Son las que pasan del estado de monómero al estado de polímero por medio de calor así que se les denomina termoplásticos ya que en la polimerización no se produce algún cambio químico, el líquido y el polvo son compuestos de metacrilato de metilo, pero el polvo ya polimerizado se presenta en pequeñas esferas o granulos recibiendo el nombre de polimetacrilato de metilo.

Su composición es; del monómero metacrilato de metilo y estabilizador como la hidroquinina. El polímero contiene polimetacrilato de metilo, peróxido benzoico colorantes, agentes plastificantes.

Para su utilización se mezclan en proporciones óptimas, el monómero y el polímero una parte de monómero por tres de polímero.

Esta masa pasa entonces por una serie de períodos que se denominan respectivamente.

1. Período granuloso
2. Período filamentoso
3. Período plástico
4. Período elástico
5. Período rígido

El primero corresponde al de incorporación de polvo y líquido y presenta un aspecto arenoso.

El segundo ya el monómero inicia su proceso sobre los granulos de polímero, si se trata de retirar un poco al material del recipiente este se adhiere a las paredes por medio de una serie filamentosa.

En el tercer período la masa pierde sus filamentos y no se adhiere a las pare-

desde el recipiente. En el siguiente periodo se caracteriza por la pérdida de plástico y se hace elástico .

El último periodo corresponde a la rigidez donde se presenta la resina ya polimerizada . Cuando se suministra calor en la mufla y en consecuencia la resina debe de ser para provocar la descomposición del peróxido benzoico.

El monomero tiene un punto de ebullición muy próximo al agua 100°C si la reacción exotérmica alcanza 140°C sucede que el monomero se evapora antes de polimerizarse y dando como resultado una serie de porosidades , las cuales pueden evitarse manteniendo a 60°C durante una hora y media antes de elevarla a 100°C.

SEPARADORES DE ACRILICO

Los separadores de acrílico es el impedir que se opere algún cambio o alguna combinación química entre el acrílico y las superficies del yeso.

Sus finalidades son producir una mayor contextura superficial en el acrílico curado y prevenir opacidades o manchas blancas .

Uno de los separadores son hojas de estaño de un espesor de 0.025 a 0.015 mm de grueso con la cual se recubre toda la superficie .

Pero tiene un inconveniente si no se sabe utilizar produce fallas en la placa final . Pero son más usados otros tipos de separador como el líquido que contiene jabón y otros productos más.

CAPITULO. IV ZONAS ANATOMICAS

Es fundamental el conocimiento de las zonas anatómicas en prostodoncia ,para que podamos comprender todos los factores existentes para la construcción de las dentaduras completas .

ZONAS PROTESICAS DEL MAXILAR SUPERIOR

Es muy importante que se identifiquen las inserciones de los músculos y ligamentos y otras areas anatómicas que se toman como referencia ,así como los tejidos óseos .

- a) Contorno o sellado periferico
- b) Zona principal de soporte
- c) Zona secundaria de soporte
- d) Zona de alivio
- e) Sellado posterior o postdam.

Contorno periférico del maxilar superior , sigue el pliegue mucobucal, llamado fondo de saco que se extiende desde la región hamular a la otra pasando por la inserción del frenillo labial superior y dividida en tres áreas por la inserción semitendinosa del buccinador , que es el frenillo bucal , así como dos postrolaterales, derecha e izquierda, que van desde la ecotadura hamular , hasta la inserción distal del frenillo bucal este repliegue mucoso , desde el interior de la cresta alveolar se llama zona de repliegue o bóveda del vestíbulo bucal. Se puede palpar una pequeña prominencia dura en la región del primero y segundo molar que corresponde al ápofisis cigomática.

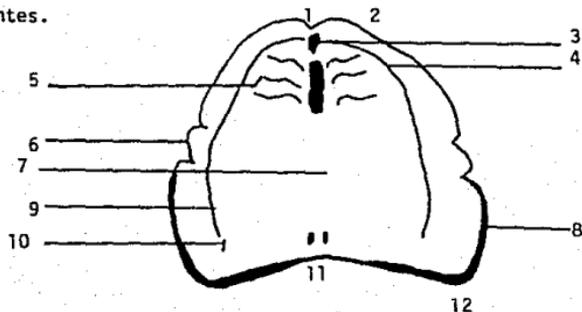
Zona principal de soporte es la que está constituida por la cresta alveolar o la cresta residual y se representa la superficie de mayor soporte y apoyo para la base protésica .

Zona secundaria de soporte es una región comprendida entre la zona principal de soporte y el sellado periférico suele ser muy amplio.

Zonas de alivio son todas esas partes anatómicas donde no se debe ejercer presión, como son la papila incisal, el rafé sutural medio, y ocasionalmente las rugas palatinas, el agujero palatino también lo incluimos dentro de las estructuras de alivio porque ahí desemboca la arteria esfenopalatina, la cual es terminal del nervio esfenopalatino, la cual es terminal del nervio esfenopalatino.

Sellado posterior Está representado por la unión del paladar blando y el paladar duro, a la cual se le denomina línea vibrátil y se extiende desde una escotadura a otra, pasando por los huecos foveolares.

Las foveolas palatinas son dos pequeñas depresiones superficiales que se localizan a los lados de la línea media del paladar, son conductos que se abren individualmente y corresponden al grupo de las glándulas mucosa palatinas circundantes.



ZONAS PROTÉSICAS DEL MAXILAR SUPERIOR

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1) Frenillo labial | 7) Rafé palatino medio |
| 2) Aleta labial | 8) Aleta bucal |
| 3) Papila incisal | 9) Reborde alveolar residual posterior |
| 4) Reborde alveolar residual anterior | 10) Tuberosidad del maxilar |
| 5) Arrugas | 11) Sello palatino posterior |
| 6) Frenillo bucal | 12) Escotadura pterigoidea |

ZONAS ANATOMICAS DE LA MANDIBULA

Contorno periférico . Se extiende desde el límite de la zona retromolar de un lado al otro , que se localiza en el límite posterior , del reborde alveolar inferior del reborde alveolar inferior donde se une al rama asendente.

ZONA RETROMOLAR Es el conjunto de estructuras blandas en el extremo posterior del reborde residual y en su superficie sobresale, una mucosa en forma oval que está compuesta por tejido graso y glandular , se llama papila piriforme , la cual nos va ayudar a dar un mejor sellado posterior , está papila presenta movilidad .

Cuando se efectuan movimientos de lateralidad y no se considera zona de alivio Vestibulo bucal inferior . Rstá zona va desde la rama asendente de la mandibula hasta la inserción del frenillo bucal , la cual es la zona de repieque o fondo de saco de vestibulo bucal , en esta zona se localiza una eminencia de hueso bucal a la altura de los molares.

Vestibulo labial inferior. Es un repliegue de tejido que une ala mucosa alveolar y labial en la línea media.

Frenilo bucal inferior . Es el límite del vestibulo bucal inferior ,representa el repliegue de tejido de inserción simultánea del buccinador.

Vestibulo sublingual Esta zona se inicia desde el músculo constrictor superior de la faringe , las fibras del músculo glosostáfilino y el músculo estilogloso .

La posición de la lengua en estado de contracción , está determinada por la extensión distal y la curvatura del reborde distolingual ,junto con la musculatura hioidea.

La glandula Sublingual se extinde desde la región del primer premolar hasta el frenillo lingual , en esta zona se encuentra el musculo milohioideo.

Frenillo lingual .Es un repliegue en la línea media de la mucosa , desde la superficie antero inferior de la lengua al piso de la boca.

y de la mucosa alveolar y está queda encima del músculo geniogloso.

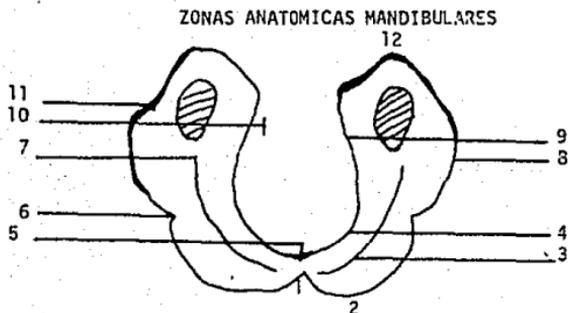
En la región de los premolares, sobre la vertiente lingual de la mandíbul se encuentran unas eminencia óseas y equidistantes entre la cresta y el reborde que son conocidos como torus mandibulares.

Surco alveolo lingual . El espacio que existe entre la lengua y el reborde alveolar , su límite es la mucosa que cubre el músculo milohioideo y la región molar anteriormente.

Zonas basales inferiores.

Zona principal de soporte ,que está constituido por toda la cresta alveolar y representa la superficie de mayor soporte y da más apoyo ala base protesica.

Zona secundaria de soporte ,esta se encuentra entre la zona principal de soporte que es la superficie adyacente al contorno periférico.



- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1) frenillo labial | 7) reborde alveolar residual posterior |
| 2) Aleta labial | 8) Aleta bucal |
| 3)Reborde alveolar residual anterior | 9)Aleta lingual |
| 4) Media luna sublingual | 10) Surco alveolo lingual |
| 5) Frenillo lingual | 11) Aleta distolingual |
| 6) Frenillo bucal | 12) Zona retromolar |

CAPITULO V IMPRESION ANATOMICA

La impresión anatómica o preliminar es aquella con la cual se inicia la etapa clínica de registro de impresiones , con los tejidos bucales en posición estática . Estas deben de registrar la mayor superficie disponible sin limitar ni restringir el movimiento del músculo, de la cual debemos de obtener nitidez, amplitud y fidelidad para lograr adaptación periférica.

Existen difentes técnicas para lograr una impresión , solo mencionaremos la más comun y sencilla en las impresiones podemos utilizar alginato o modelina para obtener una reproducción fiel de los procesos desdentados .

Impresión anatómica superior

El porta impresión debe de ser metálico de aletas cortas para desdentados . El portaimpresión debe de ser lo suficientemente largo para abrcar y alojar la zona de la tuberosidad que se encuentra mas alla de la escotadura ptêrigoidea y lo bastante ancha para permitir 2 o 3mm de espacio enter la pared lateral del portaimpresión y la superficie de las mucoas bucales que sera sometidas a la impresión . La altura de las aletas del portaimpresión deben de ser suficientes para llevar y colocar el material de la impresión más alla de la profundidad vestibular , bucal y labial determinada en el momento del exâmen .

En esta impresión utilizaremos el alginato

1. se mezcla el alginato con agua en proporciones equivalentes , debemos obtener una consistencia homogéna
2. Se lleva ala boca del paciente indicando respirar por la nariz , aplicamos una presión controlada hacia arriba y atrâs sobre el portaimpresión .
3. indicamos al paciente que pronuncie varias veces la letra "A" de esta manera provoca la accion del paladar blando y nos tranfiere la posición de la línea de vibración sobre el material .
4. Una vez fraguado el material se retiera de la boca del paciente.

la cual debe registrar todas las zonas y estructuras anatómicas del nivel muscular, como son: el reborde residual, debe cubrir todo el paladar blando que incluye la línea vibrátil, debe registrar la profundidad del surco hamular, debe alcanzar la profundidad del fondo de saco, incluyendo la tuberosidad del maxilar, debe registrar los frenillos bucales y el frenillo labial superior.

Impresión anatómica inferior.

Esta impresión se realiza con el material de elección ya sea modelina o alginato y esta al igual que el portaimpresión superior deberá adaptarse correctamente a las estructuras y a los bordes del proceso inferior, debe abarcar desde el vestíbulo labial inferior hasta la zona retromolar, en el fondo de saco deben quedar libres las inserciones musculares.

En este caso el material de elección será modelina.

1. Se calienta la modelina a una temperatura de 60°C amasándola y colocándola a todo lo largo del portaimpresión, provocando un surco a todo lo largo del portaimpresión que correspondería a todo el proceso residual.
2. Se flamea la superficie de la modelina rápidamente con un mechero, se pasa nuevamente por el agua caliente para templar su superficie y se lleva a la boca.
3. Se le indica al paciente que cierre ligeramente la boca y eleve la lengua el portaimpresión debe asentarse firmemente con un solo movimiento hacia abajo.
4. Indicamos al paciente que saque y proyecte la lengua hacia afuera.
5. Retiramos cuidadosamente el portaimpresión para evitar lastimar al paciente. La impresión debe registrar las regiones retromolares incluyendo la papila piriforme, debe tener profundidad en el piso de la boca así como las líneas milohioideas y los frenillos, las líneas oblicuas externas. Profundidad en el fondo de saco.

MODELOS ANATOMICOS

Las impresiones anatómicas registradas correctamente con alginato o modelina deben vaciarse lo más pronto posible después de su retiro de la boca, con una mezcla gruesa de esa mezcla de yeso y piedra.

Modelo superior de estudio.

Para su preparación se mezcla el yeso con la siguiente proporción: 1 parte de agua por tres de yeso (en volumen), la cual facilita posteriormente hacer los posibles retoques y recorte del modelo.

Cuando ya tenemos preparado el material, la taza de hule y la espátula para yeso se pone agua en la taza y se añade y se añade el polvo de yeso poco a poco espolvoreándolo, hasta que aflora por toda la superficie sin exceso de yeso seco.

Se revuelve toda la mezcla para que se haga pareja y sin grumos, golpeando la taza y vibrándola sobre la mesa de trabajo, de esta manera aflorarán burbujas.

Se inicia el vaciado colocando una pequeña porción de mezcla en el centro del paladar, enpuñando el portaimpresión con la mano que no tiene la espátula, se golpea la mano contra la mesa y se aplica el portaimpresión sobre el vibrador, de esta forma el yeso escurre a las partes de menor declive.

Se agrega yeso sobre el anterior, repitiendo el vibrado, inclinando el portaimpresión, el yeso deberá correr hacia las partes aún libres de él, ayudándolo con la espátula, hasta que se cubra totalmente la impresión con yeso bien unido. Para realizar el zócalo, con el yeso sobrante se deposita en una lámina de cristal o azulejo. En tanto el yeso no adquiera la consistencia adecuada, no se le puede levantar sobre la impresión ni invertirlo.

Se orienta el portaimpresión de manera que su base paralela a la mesa y el zócalo de modelo de 1.5 a 2 cm de alto.

El yeso deberá de fraguar durante una hora con esto se logrará la recuperación del modelo sin dificultad.

El recorte del modelo, puede hacerse con el cuchillo para yeso , pero es preferible utilizar una recortadora mecánica ,para hacerlo con suavidad y exactitud .

el corte de los modelos preeliminares se hace habitualmente redondeado por delante y por los lados ,siguiendo la parte más profunda de la impresión vestibular la parte de atrás y la base del zócalo es plana,dándole al zócalo 2 cm de altura.

Modelo inferior de estudio.

Los procedimientos de laboratorio son semejantes a los del modelo superior , en este caso se mencionaran las diferencias a considerarse para la obtención del modelo inferior de estudio , utilizando la modelina .

En su preparación se delimita el espacio lingual de la impresión inferior mediante un trozo de cera negra para encajonar o cera rosa.

El fraguado del yeso se recupera ,el modelo sumergiendolo en agua caliente a 65° durante 5 minutos sobrepasando esta temperatura , la modelina puede fundirse y adherirse al modelo

TECNICA DE ELABORACION DE CUCHARILLAS

En el modelo de estudio que obtuvimos con yeso , procedemos a construir correctamente el portaimpresión individual , que permita aprovechar el máximo de las ventajas del material elegido para las impresiones fisiológicas .

Para la obtención de cucharillas existen diversas técnicas , pero aquí mencionaremos las técnicas más comunes, son las siguientes;

Técnica de goteo o espolvoreado

Técnica de laminado o tortilla

Técnica de enmufiado.

Primero sobre los modelos de yeso vamos a delimitar marcando con un lápiz la extensión y el contorno de la misma sobre los modelos.

En el modelo superior marcaremos las escotaduras para los frenillos el frenillo

labial superior y los frenillos vestibulares , marcar los surcos hamulares y los post -tuberales y unir las marcas anteriores mediante líneas algunos milímetros más altas que la de las inserciones .

En el modelo inferior marcar la escotadura para los frenillos , hacer trazos ante posteriores sobre las líneas oblicuas externas , hacer trazos de las indicaciones anteriores de las papilas piriformes , hacer trazos sobre las líneas postmilohioideas y paralelas a éstas y unir los trazos anteriores entre si.

L a técnica de goteo. espolvoreado.

En esta técnica la resina acrílica fluye y se adapta íntimamente al modelo de tra bajo y esto se convierte en una desventaja ya que las cucharillas que se obtienen son muy retentivas y provocan que el modelo se dañe al tratar de retirarlo del mismo , pero de cualquier forma es necesario eliminar cualquier retención colo cando cera en estado líquido dentro de las depresiones .

Después que las retenciones han sido liberadas se aplica separador de yeso-acríli co sobre el modelo de yeso , a continuación se va a colocar sobre el modelo , el monómero y el polímero alternativamente hasta obtener una capa uniforme con gro sor adecuado aprox 2mm, la cucharilla individual deberá mantenerse en el modelo de trabajo por lo menos durante 20 minutos ,pero es recomendable no retirar la cu charilla hasta varias horas después de la elaboración .

Una vez que ya ha sido retirada la cucharilla del modelo de trabajo, deberá de eliminarse el exeso de acrílico y pulirse.

Técnica de laminado o tortilla.

Se prepara acrílico poniendo en un recipiente de vidrio unos 5cm cubicos de polvo de acrílico añadiendo poco a poco el líquido ,hasta hacer una mezcla uniforme. Cuando llega al estado de masa se saca del recipiente ,para amarlo con las manos húmedas y limpias para darle forma de pelotilla llevando los bordes hacia el centro.

La pelotilla de acrílico se prensa entre cristales o dos lozetas hasta obtener un espesor de dos milímetros que asegura la regularidad y la resistencia del portaimpresión. para adaptar esta lámina en el modelo de yeso, debemos primero delimitar las áreas donde va a llegar la cucharilla.

Se procede a la adaptación primero sobre la superficie palatina y de inmediato por vestibular, presionando suavemente con los dedos para no adelgazar la lámina de acrílico, ya adaptada y recortada la base de la cucharilla conviene fijar un mango, perfectamente del mismo acrílico que se pega humedeciendo el monómero. se debe dejar endurecer entre 10 y 30 minutos o acelerar el proceso de polimerización.

Finalmente, se retira la base acrílica del modelo de trabajo y se procede a recortarlas con piedra para acrílico siguiendo el diseño del modelo.

Técnica de enmuflado

Está técnica es similar a la de la placa base graff con la diferencia de que la resina es adaptada al modelo por una combinación de calor y presión, se requiere también una máquina especial (mufla), la desventaja de este método es que la cucharilla no se adapta tan bien como la usada en otros métodos y pierde retención. También tienen la tendencia a flexionarse.

CAPITULO VI MODELOS DE TRABAJO

Rectificación de bordes

Para la rectificación de los bordes utilizamos la modelina de baja fusión en barras que nos sirve para rectificar las áreas perifericas ,empezando por el maxilar superior por la zona del vestibulo bucal, frenillos bucales ,vestibulo labial y frenillo labial y por ultimo la linea vibrátil.

En la mandibula también empezamos por la zona del vestibulo bucal ,vestibulo labial al frenillos , piso de la boca, frenillo lingual.

Procedemos a ablandar la modelina a la flama de alguna lampara de alcohol y se coloca en el borde del portaimpresión individual en una cantidad suficiente aproximadamente unos 3 mm de altura para que pueda haber algun exedente e impresione bien las zonas .

Para obtener el fondo de saco del vestibulo bucal se le pide al paciente que se chupe el dedo indice o el de el operador con lo cual la modelina sube por acción de los musculos del carrillo .

DEspues que el paciente abra grande la boca para que con esto se logre la rectificación ,la altura del vestibulo bucal ,despues con la boca menos abierta y efectuando movimientos de lateralizada para definir el ancho del borde.

Para obtener la inserción del frenillo bucal se ordena al paciente que pronuncie varias veces la letra "E" llevando la comisura de los labios hacia atrás y hacia adelante .

El vestibulo labial y la inserción del frenillo labial se obtiene proyectando varias veces sus labios lateralmente , hacia adelante en forma circular , al mismo tiempo marcamos la inserción del frenillo .

Para rectificar la línea vibrátil o sellado postreior , vamos a colocar en el borde posterior de la impresión la cantidad necesaria de modelina de 2 a 5 mm de ancho .

Se le indica al paciente que abra varias veces la boca y repita al sonido ah! de esta forma vamos a provocar la vibración del velo palatino , y lo marcamos con un lápiz tinta hasta unir las líneas , se vuelve a colocar el portaimpresión con el material debidamente aplicado , presionando con firmeza , de esta forma obtendremos la transferencia de la línea vibrátil a la modelina .

Ya hecha la transferencia de la línea vibrátil , se recortan los exedentes de la modelina por detrás de esta línea de movimiento . Con la rectificación de bordes posteriores obtenemos soporte y retención .

RECTIFICACION DE BORDES EN LA MANDIBULA

Para rectificar el vestibulo bucal inferior , se lleva el portaimpresión preparado con la modelina , a la boca del paciente ejerciendo presión uniforme a la altura de los premolares .

Se le indica al paciente que toque con la punta de la lengua la escotadura masete rina del lado opuesto para obtener el contorno curvo que forma el repliegue del buccinador .

Se le indica al paciente que abra varias veces la boca para determinar el contorno y profundidad de de la reflexión mucobucal .

Para rectificar los frenillos inferiores se le indica al paciente que mueva el labio inferior hacia arriba y hacia adentro y mueva la mandibula de un lado a otro , si la inserción del frenillo inferior es prominente se rectifica tracci onando el labio manualmente hacia arriba y lateralmente .

Para rectificar la zona posterior del piso bucal que es la que corresponde al borde distolingual hasta el área del premolar , se le indica al paciente que pro yecte su lengua hacia afuera y se toque la punta de la comisura del lado opuesto

al que se está rectificando .

Para rectificar el piso bucal y el frenillo labial el paciente debe de tocar con la punta de la lengua una comisura y la otra pasando por el labio inferior y que con la lengua se toque el paladar anterior.

IMPRESION FISIOLOGICA

La impresión fisiologica es aquella que se utiliza para la elaboración del modelo de trabajo en la cual se va a fabricar la base de la dentadura, la impresión la podemos realizar con silicona , mercaptanos, pasta zinquenólica .

Para realizar la impresión fisiologica del maxilar superior vamos a perforar el portaimpresión, estas perforaciones se hacen en la zona de alivio las cuales cumplen una doble función la primera , para dar salida al aire y para permitir la salida del material de impresión .

envaselinamos previamente los labios del paciente para evitar adhesión del material de impresión . El material previamente preparado y dosificado para la impresión adecuada , se mezcla con movimientos de rotación durante un minuto hasta que tener la mezcla homogénea , se aplica el material de impresión en el portaimpresión

Se lleva el portaimpresión individual preparado a la boca del paciente , ubicandolo primero en la zona anterior ,mientras que la mano opuesta separa el labio para permitir la entrada del material a todo el surco vestibular anterior .

Se presiona en forma suave en el centro del portaimpresión la impresión la vamos mantener en posición firmemente durante el tiempo que se necesite para que endurezca el material , mientras endurece este se le pide al paciente que repita todos los movimientos que realizo durante la rectificación de bordes ,

Para el sellado posterior , el material que se excede en el borde posterior se recorta y se ajusta hasta el borde de la modelina .

Para retirar la impresión separamos el labio para facilitar la entrada de aire traccionar firmemente para romper la adhesión que hay sobre los tejidos

al que se está rectificando .

Para rectificar el piso bucal y el frenillo labial el paciente debe de tocar con la punta de la lengua una comisura y la otra pasando por el labio inferior y que con la lengua se toque el paladar anterior.

IMPRESION FISIOLÓGICA

La impresión fisiológica es aquella que se utiliza para la elaboración del modelo de trabajo en la cual se va a fabricar la base de la dentadura, la impresión la podemos realizar con silicona , mercaptanos, pasta zinquenólica .

Para realizar la impresión fisiológica del maxilar superior vamos a perforar el portaimpresión, estas perforaciones se hacen en la zona de alivio las cuales cumplen una doble función la primera , para dar salida al aire y para permitir la salida del material de impresión .

envaselinamos previamente los labios del paciente para evitar adhesión del material de impresión . El material previamente preparado y dosificado para la impresión adecuada , se mezcla con movimientos de rotación durante un minuto hasta obtener la mezcla homogénea , se aplica el material de impresión en el portaimpresión . Se lleva el portaimpresión individual preparado a la boca del paciente , ubicándolo primero en la zona anterior , mientras que la mano opuesta separa el labio para permitir la entrada del material a todo el surco vestibular anterior . Se presiona en forma suave en el centro del portaimpresión la impresión la vamos mantener en posición firmemente durante el tiempo que se necesite para que endurezca el material , mientras endurece este se le pide al paciente que repita todos los movimientos que realizó durante la rectificación de bordes .

Para el sellado posterior , el material que se excede en el borde posterior se recorta y se ajusta hasta el borde de la modelina .

Para retirar la impresión separamos el labio para facilitar la entrada de aire traccionar firmemente para romper la adhesión que hay sobre los tejidos .

Para realizar la impresión fisiológica de la mandíbula, se hacen pequeñas perforaciones en el portaimpresión en el área de los premolares para que permitan la salida del material de impresión.

Envaselinamos los labios, para evitar la adhesión del material de impresión.

Se prepara el material de impresión siempre procurando que este lo más homogéneamente mezclado en el menor tiempo, el material se lleva a la boca del paciente colocándolo primero en la parte anterior y con la mano opuesta separamos el labio para que el material fluya libremente por el fondo de saco.

Para tomar la impresión fisiológica y que quede perfectamente rectificado le pedimos al paciente que repita los mismos movimientos que se hicieron para la rectificación de bordes.

Todos los fluctuantes de material se recortan, con una navaja filosa antes de proceder al vaciado.

MODELOS FISIOLÓGICOS O DE TRABAJO

Los modelos definitos de trabajo se obtienen de las impresiones fisiológicas. Estos modelos son una copia exacta de los arcos con todas sus características topográficas.

Los requisitos que debe reunir un modelo de trabajo son fidelidad, resistencia a diferencia de los modelos de estudio los de trabajo requieren ser encajonados o encofrados.

Técnica de encofrado.

Se examina perfectamente la impresión fisiológica para descubrir cualquier defecto que nos pueda afectar al modelo.

Con una tira de cera negra vamos a contornear toda la impresión, la tira debe de estar 2 mm por abajo del borde y por fuera. La cera negra la vamos a unir por medio de una espátula caliente, si la cera no se adhiere al material de impresión

necesitaremos un medio de unión que en este caso sería la cera pegajosa que se va colocar por debajo donde va ir la cera negra .

Para el modelo inferior, en la impresión fisiológica vamos a tener una protección lingual , que la vamos a realizar con cera negra adaptandola al espacio lingual que la vamos a adherir con una espátula caliente .

Ya que contorneamos ambas impresiones fisiológicas procedemos al encajonado vertical , para construir las paredes verticales se utiliza una lámina de cera rosa la cual se divide por la mitad al largo , está se va adaptando a la impresión y se sella con una espátula caliente , de tal forma que no altere los bordes de impresión . La altura de las paredes verticales se extendera en unas 3 cm por sobre la impresión , es bien importante que la impresión quede bien orientada para que el modelo de trabajo adquiera la forma requerida .

Proseguimos a preparar la cantidad suficiente de yeso puro que será en una proporción de 3 partes de yeso por una de agua, se mezclan hasta que tenga una consistencia homogénea .

Se empiezan a vertir sobre la impresión pequeñas cantidades de yeso en las partes más altas de la impresión , vivrandolo y agragando más yeso hasta que este completamente lleno Se deja fraguar por lo menos uno 30 minutos .

Para recuperar el modelo de trabajo ,desprendemos la cera rosas del encajonado vertical ,y retiramos la cera negra para encajonar . Eliminamos cualquier exceso de yeso piedra que se encuentre en el porta impresión.

Luego ponemos el modelo en agua caliente, solo un momento, porque de lo contrario la modelina se adherirá al modelo.

Después recortamos el modelo, para perfeccionar los bordes .

En el modelo inferior se deberá librar el surco lingual con una navaja que con la misma emparejaremos el borde periférico de protección , cuidando de no cuidar el contorno del modelo .

CAPITULO VII

RELACIONES INTERMAXILARES

Los registros intermaxilares tienen objetivos funcionales y estéticos obtenidos del paciente se trasladan aun articuladaor que está destinado para retenerlos y reproducilos .

El estudio de relaciones intermaxilares tiene por objeto ;

Determinar una altura morfologica en relación centrica.

Establecer funcinal y estéticamente dicha distancia a lo requerido del caso.

Fijar dicha posición mediante unas placas de registro para tranferirla a los modelos y el articulador.

Lograr buenas indicaciones para la posición de los dientes artificiales ,en lo que se refiere a función estética y fonética .

Registrar los movimientos mandibulares o posiciones mandibulares.

BASES DE REGISTRO

Las bases de registro son definidas como la base temporal de la dentadura la cual es usada para la obtención de los registros de las relaciones maxilomandibulares y para el alineamiento de los dientes .

Las bases de registro deben de cumplir los siguientes requisitos;

Ajustar en el modelo igual que en la boca para que el traslado del articuladaor sea êxacto .

Tener la misma extensión y grosor en toda su superficie.

Resistentes para no sufrir deformación permanentes en el trabajo.

No penetrar en los socavados retentivos del modelo para poder separarse de esté

Ser fáciles de modificar en el consultorio para adaptarlas a las necesidades de cada paciente.

Ser capaces de servir como base de prueba de dientes.

No tener mal gusto ni olor, no ser lesivas.

Ser ecónomicas y fáciles de construir.

Las bases de registro se pueden construir de diferentes materiales como,son;
 Placa base Graff este material es fácil de manejar , es de bajo costo ,pero es muy delgado y las placas base de este material son muy rígidas se rompen facilmente y son difíciles de recortar y al calor presentan muchos cambios dimensionales.

La cera tiene una ventaja ,el color es muy parecido a la encía es de bajo costo pero se deforma fácilmente ,no presenta la rigidez requerida.

El metal no es el más indicado para la realización de este trabajo ya que disminuye la retención de la dentadura superior y el costo es elevado.

Por todo lo anterior el material que reúne todas las características es la resina acrílica .Para la elaboración de las placas base se hará por la técnica de goteo o de espolvoreado, ya antes descritas

RODILLOS DE OCLUSION

Los rodillos de oclusión son definidos como superficies de oclusión construidas sobre la placa base con el propósito de obtener los registros de las relaciones intermaxilares y para la articulación de los dientes .

Los objetivos de los rodillos de oclusión son;

determina la dirección del plano de orientación o de relación maxilo- mandibular.

Realizar los registros intermaxilares de diagnostico .

Establecer la forma del contorno vestibular y lingual relacionado al sistema labios carrillo y lengua .

Colocar estéticamente y funcionalmente los dientes .

Las características que deben de presentar los rodillos son ;

El material con que se elabora debe de ser plastificante ,deben de cortarse ,tallar se fácilmente ,para adecuar su forma a las necesidades del caso .

Ser susceptibles de agregarles material sin dificultad.

también ser lo suficientemente resistentes para conservar la forma adquirida y para eventualmente sostener instrumentos de registro (arcos faciales)

Los rodillos son fabricados generalmente con cera rosa .Los rodillos de oclusión deberán tener forma definida . La parte de canino a canino , no deberá presentar una inclinación hacia labial . La superficie bucal y lingual por atrás de los caninos deberá tener una inclinación hacia la superficie oclusal.

Los rodillos deberán tener las siguientes dimensiones . El rodillo superior deberá medir aproximadamente 24mm en la región anterior hasta las áreas más profundas de la inserción muscular hasta el borde incisal y aproximadamente 21 mm en el área del primer molar .

El rodillo inferior deberá medir en la parte anterior 20mm en la región anterior como en la posterior hasta la papila piriforme la superficie oclusal de los rodillos en la región posterior debe de ser de 8mm y de 6mm en la anterior.

ELABORACION

Se utiliza conformadores de rodillos previamente envaselinados , se funde la lámina de cera rosa ,se vierte sobre el conformador , al endurecer el material se recortan los exedentes y se procede a separar las mitades del conformador ,para obtener el rodillo de cera rosa.

Se colocan los rodillos sobre la superficie de la placa base y se les da la forma aproximada como estarían los dientes naturales si ocuparan su lugar aumentando un poco de cera.

Las formas y tamaños de los conformadores son arbitrarias por eso debemos de adaptar los rodillos a cada caso en particular durante el registro de las relaciones verticales.

LINEAS Y PLANOS DE REFERENCIA

Para rehabilitar en prostodoncia es necesario considerar planos y líneas de referen

ncia así como el aspecto fisiológico del desdentado

Línea bipupilar es una línea de referencia horizontal para la cara vista de frente la cual pasa por el centro de las pupilas.

Líneas de la cejas y de la base nasal son también líneas horizontales son de carácter estético con relación a la superficies oclusales de los dientes en especial los bordes anteriores.

Línea auriculo ocular Es una referencia anteroposterior que va del ángulo externo del ojo a la parte media del tragus, se usa para localizar arbitrariamente el eje intercondilar.

Plano de Franckfort es el que pasa por los bordes superiores de los conductos auditivos externos por los bordes inferiores de las orbitas Este plano se utiliza de referencia aproximada de una técnica para la transferencia de las relaciones intermaxilares al articulador con el arco facial y en muchos casos para las angulaciones medias en sentido vertical.

Plano bicondíleo suborbitario es un plano próximo al de Franckfort y se utiliza para la transferencia con el arco facial estático.

Plano prostodóntico también llamado auriculo nasal, va de la parte media del tragus al implante infero externo del ala de la nariz.

Plano de oclusión Es el más importante para cualquier restauración, con referencia a la prosthodoncia total que establece una oclusión bajanceada bilateral. Cuando existe una relación de contacto entre las caras oclusales de los dientes posteriores y anteriores durante los movimientos exentrics de la mandíbula.

OBTENCION DEL PLANO DE OCLUSION

El plano de oclusión se basa en una dentición natural por las líneas imaginarias que unen los bordes incisales de los incisivos inferiores con las cúspides distobucales de los dientes de ambos lados de la arcada.

El plano de oclusión es el establecido en el rodillo superior, la longitud del labio nos va servir como guía, en la parte anterior 2mm de largo. la parte posterior se orienta paralela a la línea del tragus, marcando una línea del borde inferior al ala de la nariz al borde superior del tragus de la oreja.

Cuando ya ubicamos los planos y los rodillos los tenemos colocados en relación correcta, colocamos la platina de fox, con ella vamos a observar el paralelismo que existe entre los planos, de esta forma sabemos que los rodillos están bien ubicados.

el rodillo inferior se recorta de manera que este contacte con la superficie del rodillo superior, este procedimiento es funcional ya que se obtienen dentaduras funcionales, pero no se puede aplicar a todos los pacientes.

El plano de oclusión por Fish Wrightes el siguiente;

El rodillo inferior se orienta primero se hace una marca a nivel de los ángulos o comisuras de la boca en el rodillo inferior esto indica la altura incisal en el rodillo, se retirará el rodillo de la boca del paciente, se pone sobre el modelo de trabajo en la unión del tercio medio con el tercio superior de la papila piriforme, se coloca la placa base sobre el modelo de yeso y se transfiere la marca del rodillo de cera quedando en este momento establecido el plano de oclusión.

el rodillo de cera se rebaja de acuerdo a estas marcas, la altura del rodillo anterior será dada automáticamente.

Luego procedemos a observar la relación del rodillo con los bordes laterales de la lengua, esta debe de estar en posición de descanso.

Si el plano de oclusión es satisfactorio se coloca la placa base superior dentro de la boca del paciente y se le indica al paciente que cierre hasta que contacten ambos rodillos en toda su extensión de esta forma podremos determinar la dimensión vertical del paciente.

DIMENSION VERTICAL Y SU OBTENCION

La dimensión vertical es una medida de la cara entre dos puntos seleccionados arbitrariamente uno arriba y otro abajo por lo regular en la línea media.

La dimensión vertical nos va servir para determinar la dimensión que existía antes de la pérdida de los dientes ,cualquiera de los metodos que se han desarrollado estaran bien utilizados ya que siempre podremos obtener una dimensión vertical aceptable .

Una relación que podemos utilizar es la punta de la nariz y la punta del mentón colocamos en ambas una señal que nos sirva de guía para poder tener una relación exacta . Ya que existe la dimensión vertical de reposo que es cuando los maxilares se encuentran en posición fisiológica de reposo y la dimensión fisiologica de oclusión o de trabajo es cuando las superficies oclusales estan en contacto ,cuando estan en reposo existe un espacio entre las superficies de 1.8 a 2mm .

Con las señales que pusimos en la cera tomaremos una medida de la relación tomada varias medidas a obtener la medida y al cual al resultado final le restaremos de 2 a 3mm para localizar nuestra una posición de trabajo.

Para obtener la dimensión tambien podemos utilizar la técnica de deglución esta basada en esta función fisiológica , cuando el bolo alimenticio o la saliva son de glutidos ,los dientes entran en contacto en una dimensión vertical .

Los rodillos de oclusión se deberan de elaborar normalmente basado en la posición de reposo dejando un espacio libre de 2 a 3mm se le pide al paciente que tome agua varias veces de esa forma obtenemos una dimensión fisiologica pero al aumentar la edad la musculatura ,se hacen más lentos los movimientos otro método es la propiocepción donde el paciente es el que nos va indicar en

momento siente que la oclusión podría estar bien .

El método de la fonética se basa en que el paciente deberá de pronunciar ciertas letras específicas , ya que de este modo los dientes entran en una relación específica y se puede reproducir con los rodillos durante la prueba de las dentaduras

RELACION CENTRICA

La relación centrica es la relación que existe entre el maxilar y la mandíbula la relación centrica es una constante en cada persona y en el 90 % no coincide con la oclusión centrica .

Los registros de la relación centrica . Los métodos para registrar la relación centrica son ;

Registros orales . El trazo del arco gótico es la base de los registros gráficos para la obtención de la relación centrica , estos métodos pueden ser introrales o extraorales .

El extroral . Se fija una punta trazadora en la placa base y en la opuesta se coloca un medio para obtener el trazo , que puede ser o cera .

En el intraoral separamos el maxilar de la mandíbula por medio de un pin de soporte central el cual sirve como punta trazadora en la técnica intraoral.

En ambos métodos el paciente mueve la mandíbula en movimientos exentricos partiendo de la posición más retruida .

Las placas bases son unidas con yeso blanco para así poder transferir el registro al articulador .

Estos registros están considerados cuando existe una mala relación de los maxilares , cuando se deslapan fácilmente bases de registro . Cuando el paciente no tiene un control voluntario de sus movimientos mandibulares .

Entre los registros funcionales el más usado es el de la deglución ya que esta acción se realiza en relación centrica .

Los métodos interoclusales se utilizan cuando la mandíbula está en relación céntrica es registrada colocando un medio de registro entre las placas base cuando la mandíbula está en relación centrada .

REGISTRO PRELIMINAR DE LA RELACION CENTRICA

El método más usual es el de mantener el rodillo inferior en posición con la mano izquierda y la mano derecha es usada para manejar el mentón con los dedos pulgar e índice y con un movimiento suave la mandíbula es llevado en relación centrada . Generalmente el operador sentirá un relajamiento de los músculos en unos dos minutos y que el condilo va hacia arriba y atrás en la cavidad glenoidea . este procedimiento deberá repetirse hasta que no exista resistencia .

Se observa cuando los pacientes cierran en relación centrada y se marca con una espatula líneas verticales que nos sirva como referencia para el cierre correcto de la mandíbula .

Después de haber tomado la relación centrada ,sobre el rodillo oclusal hacemos dos surcos en forma de V entre la región de los premolares y los molares de aproximadamente 3mm de profundidad y 5 mm de ancho , el rodillo inferior se reduce aproximadamente 2mm de la región del primer molar hacia atrás esta reducción dará cierto espesor a yeso sin abrir la dimensión vertical .

SE lubrica la superficie oclusal del rodillo superior para asegurar el registro interoclusal que quedara en el rodillo inferior , se colocan los rodillos en la boca del paciente .

Se prepara el yeso blanco para ser colocado sobre el rodillo y con una espatula se extiende el yeso sobre la superficie de los rodillos . Y estos se colocan en la boca del paciente y se verifica que estén bien colocados sobre los procesos residuales del paciente .

Se le indica al paciente que lleve lo más alto que pueda la lengua y que cierre

como se le había indicado , se espera a que frague el yeso .

Después se le pide al paciente que abra cuidadosamente la boca para sacar los rodillos de la boca.

ARCO FACIAL

El arco facial de transferencia se utiliza para posicionar el modelo superior en la misma relación con el eje de rotación del articulador como está en el articulador en relación a la articulación temporo mandibular

Los arcos de transferencia se dividen en dos grupos;

Arco facial de transferencia arbitrario , con este arco el eje de rotación es aproximado el arco facial Hanau se usa un punto de 13mm del meato auditivo externo sobre la línea que vaya del ángulo externo del ojo a la parte más superior del tragus de la oreja . Este método sitúa el eje de bisagra arbitraria dentro de un límite de 2mm del verdadero eje de bisagra.

Con el arco facial de tipo Whip -Mix se usa el meato del oído externo como la posición , de esta forma es posterior a los condilos , es compensado porque la posición es posterior a los condilos . Esta posición es compensada porque la inserción del arco facial en el articulador es de 6mm anterior a los condilos .

El arco facial cinématico requiere de la verdadera localización del eje de bisagra por medio de movimientos de cierre de la mandíbula , cuando está se encuentra en posición terminal de bisagra .

REGISTRO CON ARCO FACIAL DE TRANSFERENCIA HANAU

Colocamos una regla milimétrica en la cara del paciente de la parte superior del tragus de la oreja al ángulo externo del ojo , se coloca un punto a lo largo de esta línea aproximadamente a 13 mm del tragus de la oreja.

La horquilla de mordida se fija en el rodillo superior por medio de un rodete de cera y se centra de acuerdo a la línea del rodillo de oclusión .

El arco facial se coloca en la horquilla de mordida y las varillas milimétricas del arco facial se colocan de manera que toquen el punto que se colocó en la piel del paciente el arco facial es manipulado de un lado a otro hasta que quede centrado .

Si se utiliza una varilla infraorbitaria está se coloca y se fija a continuación el arco facial con la placa base superior se retira cuidadosamente de la boca.

CAPITULO VIII PROCEDIMIENTO PARA EL MONTAJE Y SELECCION DE DIENTES ARTIFICIALES

La colocación estética y fisiológica de los dientes son compatibles fisiológica de los dientes son compatibles biologicamente y deseable como productos terminales de la construcción de una prótesis dental completa adecuada, la colocación correcta de los dientes deberá ser funcional, así como agradable en cuanto a estética.

La estética de la dentadura se define como el efecto cosmético producido por una prótesis dental que afecta la belleza deseable, atractivo, carácter y dignidad del individuo.

El dentista deberá de poseer un concepto visual de la relación de causa y efecto

La armonía del conjunto general de los dientes, la armonía de los seis dientes anteriores representa un conjunto individualizado que interrelaciona diversos factores como son. La armonía entre la forma del arco y el reborde residual.

Armonía entre los ejes longitudinales de los centrales y la cara.

Armonía de los dientes con la línea de la sonrisa con el labio inferior.

Armonía de dirección de las caras antagonistas vestibulares

Armonía de los dientes con el perfil

Armonía del desgaste incisal con la edad.

Es común clasificar los arcos dentarios en cuanto la forma. si presenta el paciente arco dentario cuadrado se colocan en una posición que sigue la misma línea de los caninos, estos y los incisivos tienen muy poca giroversión y le dan un aspecto más ancho a los dientes los cuales han de armonizar con una cara ancha y cuadrada

Con una arcada dentaria en forma de triángulo, los incisivos centrales se colocan más hacia adelante respecto al canino el aspecto de los dientes le dan un

efecto de mayor estrechez y armoniza con cara angostas y triangulares.

El arco dentario ovoide los incisivo centralese estan hacia adelante con respecto a los caninos ,ocupan una posición intermedia enter los arco dentarios cuadrados y los triagulares ,las giroversiones son poco frecuente en esta forma de arcos ,estas formas de arcos armonizan con las formas de la cara .

La selección de dientes anteriores es una de las etapas en cuanto a estética se refiere , esta va a definir la apariencia dentofacial que se puede lograr.

La selección de los dientes .

la calidad de los dientes artificiales esta entre los ceramicos y los plásticos . Los dientes de plástico estan indicados ,para trabajos de gran urgencia ,por su menor exigencia . cuando los antagonistas son dientes naturales o de ácrilico . Los maxilares debiles o sensibles .

Cuando las condiciones del paciente no permiten exctos registros intermaxilares

SELECCION DE LOS DIENTES ANTERIORES

Debemos recordar que los dientes presentan un aspecto cuando estan colocados en la tablita donde los venden y otro aspecto cuando están colocados en la base de la dentadura .

COLOR Nuestro objetivo es lograr una combinación armoniosa de color y la restau ración protesica debe de ofrecer ,la ilusión que no es .

Para obtener el color es primordial tiene en cuenta la opinión del paciente, debemos basarnos en el aspecto de su anterior dentadura le preguntaremos al pacie nte si el color era agradable o no.

ynosotros podemos observar si el color del diente que tenia era en realidad era el que debería llevar . Para tomar en cuenta la edad paciente ,su fisionomia el color de su tez y sobre todo su opinión ,aunque el dentista le debe sugerir que es lo más adecuado .

En un estudio que se realizó se halló que existen muy poca correlación entre el color natural del pelo y de los ojos, con los dientes al igual que la relación entre la piel de la frente y de los carrillos es poco compatible con el color de los dientes anteriores.

Los caninos son más oscuros que los incisivos.

Las mujeres tienden a presentar dientes más claros que los hombres.

TAMAÑO Para el tamaño deberemos de hacer lo siguiente.

se les pide las fotografías más recientes antes de la pérdida de sus dientes, pero muchos pacientes traen fotografías donde apenas se distinguen.

Podemos utilizar las radiografías, donde aparezcan las piezas dentarias antes de que le fueron extraídas.

Debemos de mirar en la cara del paciente si los dientes colocados se pierden en la cara del paciente puede ser porque son demasiado chicos o estar colocados demasiado adentro.

Si parece una barda de tablas?

Son en extremo evidentemente grandes.

Pueden observarse los superiores al sonreír y los inferiores durante el habla.

Para obtener el ancho de los dientes le pedimos al paciente que sonría y en la comisura de los labios ponemos una marca igual, y del lado opuesto hacemos lo mismo y tomamos la medida que existe entre las dos marcas y ese será el ancho de los dientes anteriores.

SELECCION DE LOS DIENTES POSTERIORES

Siempre se le da la importancia a los dientes anteriores dejando como cosa secundaria la elección de los posteriores lo cual nos puede causar un problema de mal oclusión.

Los dientes posteriores deben proporcionar una ventaja de eficacia en la masticación que lograremos si la pieza presenta buen soporte y un contorno apropiado.

Se recomienda que los dientes de 33 grados sean modificados para obtener una buena inclinación cuspídea o que se usen dientes modificados para controlar las fuerzas laterales .

En caso de que los rebordes alveolares se encuentren en malas condiciones no ofrescan resistencia significativa a las fuerzas laterales ,está indicado en el uso de un diente monoplano o no anatómico.

La modificación de la altura de las cuspides es en relación al espacio existente entre los rebordes.

Ninguna forma oclusal de diente proporciona óptima eficacia masticatoria.

Debemos de tomar en cuenta lo siguiente para la selección de los dientes posteriores , capaciad de reborde para recibir y resistir las fuerzas de la masticación espacio existente entre los dientes.

Los dientes no anatómicos proporcionados por el fabricante presentan malos contornos estéticos bucales de aspecto poco natural y son desagradables cuando el paciente sonrie .

El color de los dientes posteriores será que el mismo que para los anteriores.

ARTICULACION DE LOS DIENTES

Con la espátula caliente deberemos de reblandecer la cera del rodillo del lugar donde corresponde el primer incisivo central .y colocar el diente .

su cara vestibular deberá coincidir con la que tuvo el rodillo .

Su borde incisivo que llegue al borde anterior del rodillo .

Su borde mesial debere llegar a la línea media ,su eje mayor visto de frente debere ser vertical y colocamos el otro incisivo central superior de igual manera.

Colocamos los incisivos laterales, los cuellos ligeramente más hundidos que los dientes incisivo un poco más alto que los centrales y sus ejes mayores ligeramente más inclinados hacia abajo y hacia adentro cuando se ven de frente.

Colocar los caninos Visto de frente solo sea visible la mitad de su cara vestibular el vértice de la cúspide queda a nivel del rodillo inferior que visto de lado tenga una inclinación anteroposterior semejante a la del central.

La articulación de los premolares

Se puede lograr de la siguiente forma cuidando que el arco dentario caiga dentro de la platina y seguir enfilando según la cara vestibular del rodillo superior respetando el inferior, otros autores prefieren el arco inferior o bien enfile los incisivos superiores e inferiores para después articular los posteriores.

Los premolares superiores deben colocarse directamente detrás del canino de modo que sus ejes mayor sea verticales o ligeramente convergentes.

Que la línea del reborde alveolar marcada con el rodillo inferior quede más o menos frente surcos mesiodistales algo por dentro. La cúspide del primer premolar queda en contacto con el rodillo inferior y la cúspide lingual algo subida.

Las dos cúspides del segundo premolar quedan en contacto con el rodillo inferior las superficies vestibulares de ambos quedan en línea con el canino.

El primer molar se sitúa sobre la línea sobre la línea alveolar inferior o algo por dentro en contacto con el plano oclusal por su cúspide mesiopalatina con su vertical ligeramente inclinada hacia adelante con la cúspide mesio bucal a medio milímetro del rodillo inferior y la disto bucal a 1 mm indicando así la curva de compensación.

El segundo molar podrá tomar contacto también con el rodillo inferior por su cúspide mesio palatina, sus cúspides vestibulares se levantan hacia atrás en dirección de los condilos completando la curva de compensación. No debe de colocarse el segundo molar si no queda a un milímetro libre entre su cara distal y

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA 69

el borde posterior posterior de la prótesis .

Y se pegan debidamente los premolares y los molares fundiendo la cera rosa ala tino y se pegan y se enfilan del mismo modo los del lado opuesto.

Articulación de las piezas anteriores inferiores .

Estas deben de colocarse en armonía con las piezas anteriores superiores con sus cuellos directamente sobre el reborde alveolar y con ciertas inclinaciones en sus ejes longitudinales , empezamos por los incisivos centrales despues el lateral y canino de un lado y terminamos con los del lado opuesto.

Hacemos que los centrales toquen el plano de oclusión .

El borde incisal también toca el plano de oclusión visto de frente el eje longitudinal ligeramente inclinado hacia distal visto de lado que queda perpendicular al plano de oclusión y visto de arriba siguiendo la curvatura señalado.

tallamos la vertiente mesial del canino inferior en bisel opuesto .

Pegamos el canino en su lugar con su eje mayor inclinado hacia arriba y adentro comprobando su articulación ,

Articulación del mismo modo el canino inferior del lado opuesto.

Para articular los posteriores los colocamos de acuerdo a la articulación superior . Colocamos el primer premolar inferior y quitamos el canino el canino superior para articular correctamente los premolares , y colocamos nuevamente el canino superior en ocasiones será necesario tallar ligeramente la vertiente del canino para lograr su perfecta articulación.

Se articulan se pegan en igual forma el premolar inferior del lado opuesto pueden articularse los segundos molares en este momento o bien dejarlos al final por si fuera necesario dar alguna inclinación particular para obtener el balanceo en propulsión .

CAPITULO IX PROCESO DE LABORATORIO

ENCERADO

Después de colocar los dientes y realizar las pruebas necesarias en la boca del paciente, se termina cuidadosamente el encerado con cera rosa reproducir los tejidos normales de la encía adherida y marginal.

Superficie vestibular se modela la anatomía de las bases protésicas realizando una ligera proyección radicular para seguir cada uno de los dientes y conformar el contorno que ayude a la retención mediante las fuerzas direccionales mecánicas de los músculos y tejidos.

Superficie palatina se recomienda dar menos grosor en la superficie palatina de bido que es preciso dar una mayor amplitud y capacidad para los movimientos de la lengua el espesor variara de acuerdo a la resorción del reborde residual.

Superficie lingual el flanco lingual de la dentadura tendrá el menor volumen posible excepto el borde que debe ser bastante grueso. este grosor queda bajo la proyección más estrecha de la lengua y aumenta considerablemente el sellado al contactar el repliegue mucoso lingual.

FESTONEADO

Se agrega cera rosa para base en todas las superficies vestibulares y linguales de la prótesis de modo que la cera fundida y no laminada llene todas las superficies y que en sentido oclusal cubra todos los dientes hasta donde llega la papila interdental, con una espátula caliente se une la cera agregando con la subyacente alrededor de los cuellos dentarios y en el espacio interdentario.

En la superficie vestibular y labial una vez endurecida la cera rosa recorta hasta el borde externo de la periferia, comenzando por el segundo molar de un lado se recorta la línea gingival colocando la punta de la espátula en un ángulo de 45° con la superficie del modelo descubriendo las coronas dentarias hasta la unión con el borde de la cera.

La superficie lingual y la superficie palatina debe de dirigirse hacia adelante determinando un espacio concavo apropiado para suministrar la amplitud de la lengua la superficie lingual de la dentadura .

La superficie de la lengua se hace ligeramente concava que se extiende debajo del contorno de la lengua .

La superficie palatina se extiende desde un grosor uniforme de 2.5 milímetros

En la parte anterior del paladar por detras de los incísisvo centrales superiores aparece una pequeña prominencia de la papila incisal, pero por lo regular lo ponemos ya que por lo regular al entregar la placa el paciente pide que se retire .

Las arrugas palatinas es el campo de juego de la lengua .Las arrugas son asimetricas e intervienen en la fonación de consonantes palatodentales.

Se le puede agragar puntilleo por vestibular que se hace con un cepillo de dientes dando ligeros golpes sobre la placa .

Y para terminar flameamos la placa a baja temperatura para darle un mejor acabado ,para alisar la cera y que tenga tersura lo haremos tallando suavemente la placa con una media.

PROCESADO

para el proceso ocuparemos las muflas que estan diseñadas para facilitarnos e trabajo ya que se desarma en tres partes para una fácil manipulación .

Ponemos vaselina en la mufia por todas las paredes.

Se coloca el modelo de yeso junto con la placa dentro de la mufia , dejando un espacio de 1cm entre el modelo y las paredes..

Se prepara el yeso piedra y llenamos el espacio enter la base y la mufia y el zocalo del modelo .

Llenamos hasta la mitad de la altura ,colocamos encima la base bajando hasta su posición cuidando la buena orientación .

Eliminamos el exedente de yeso .

En el modelo inferior vamos a proteger las salientes posteriores que corresponden a la base de las ramas ,ponemos yeso en forma cónica que al fraguar las vamos a proteger con vaselina al igual que la superficie donde colocamos el yeso .

Cuando ya fraguo el yeso colocamos la mufia en agua hirviendo , abrimos la mufia y retiramos la placa base con mucho cuidado y lavamos con agua caliente para retirar los restos de cera .

Preparamos el acrilico termocurable ,suficiente para realizar la placa debemos tener cuidado en mezclarlo bien para que se haga una masa homogénea .

Cuando el material está en período pastoso lo amasamos y le damos forma cilíndrica y lo colocamos en la mufia .

Con papel celofan húmedo para que este modo podamos eliminar exesos sin que se pegue al modelo .

Cuando ya estamos seguros de que está bien:el procesado eliminamos el papel celofán y colocamos el acrilico en todos los sitios y se cierra definitivamente .

La dejamos reposar unos 30 minutos donde la mufia se encuentra prensada .

La termopolimerización se realiza a los 70°C durante 9hrs.

Dejamos enfriar la mufia

El yeso piedra que lleva la parte superior de la mufia se desprende en bloque a la vista las superficies incisales y oclusales.

Se hacen cortes radicales tratando de no tocar el modelo ,con el filo del cuchillo , se desprende el yeso piedra por vestibular a uno y otro lado . El bloque palatino se desprende de una pieza y el otro yeso lingual ,se separa en

dos bloques . las dentaduras polimerizadas existen de los modelos de yeso .

PULIDO Y TERMINADO

Primero se recortan todos los exedentes con piedras para acrílico para pulido con el motor de baja velocidad y un cepillo . preparamos una pasta con polvo de piedra pómez y agua y para las zonas poco accesibles lo hacemos con cepillo de profilaxis .

El brillo se lo daremos con una rueda de manta y blanco de españa, si es que llegó a quedar alguna burbuja sobre la superficie de la base ,la eliminaremos con una lija de agua muy fina .

BALANCE OCLUSAL

La oclusión de las dentaduras completas se corregirá antes de colocarlas en la boca del paciente cualquier error en los pasos anteriores nos puede crear un serio problema en la oclusión o discrepancia entre tejidos blandos que se interponen entre el hueso y las bases protésicas .

Desgaste selectivo.

Con el montaje original de las dentaduras en el articulador se procede a modificar las superficies oclusales por desgaste selectivo ,el desgaste se hace para dientes anatómicos y los no anatómicos .

Para los dientes anatómicos sacamos el vastágo incisal del articulador ,para compensar la ligera disminución de la distancia vertical. Para obtener el con tacto real de los dientes en centrica utilizamos el papel de articular. Ponemos el papel de articular sobre las superficies oclusales y obtenemos mar cas mediante el golpeteo de dientes ,los puntos altos que aparezcan se elimi nan con piedras montadas .

Se repite el procedimiento de marcado y desgaste hasta que prácticamente todos los dientes contacten en oclusión centrada.

Para los contactos exentrics se coloca papel del articulador a los lados sobre las superficies oclusales de los dientes se mueve el articulador hacia uno de los lados de trabajo .

La nitidez de las marcas permite ver contactos de las cúspides bucales y linguales superiores e inferiores ,y de los incisivos inferiores : del lado de trabajo .

Se observan las cúspides linguales de los dientes superiores y en la cúspide bucal de los inferiores.

Las Reglas Elementales.

Cuando una cúspide está en contacto prematuro en oclusión centrada y también en posición de trabajo se desgasta la cúspide .

Representa bala cuando existe contacto normal en oclusión centrada y contacto prematuro de las cúspides bucales en posición de trabajo .

Se desgasta la cúspide bucal superior y si el contacto es prematuro de las cúspides linguales se desgasta la cúspide lingual inferior.

Cuando una cúspide esta en contacto prematuro en oclusión centrada y contacto correcto en las posiciones exentricas se debe de conservar la cúspide y desgastar la fosa .

En el lado de balance las marcas se desgastan del lado lingual de las cúspides bucales de los dientes inferiores para reducir los contactos oclusales prematuros del lado de balance .

Se continua el desgaste hasta el vastago se deslice sin separarse de la plataforma en todos los movimientos laterales e intermedios, también se debe de corregir el contacto en centrada de los cuatro incisivos con esta única regla

si el contacto prematuro en los dientes anteriores se desgasta , el borde inferior del diente

Dientes no Anatómicos.

Se usan los mismos procedimientos para localizar todas las interferencias oclusales en posición de lateralidad y protusiva .

En relación centríca se descubren los contactos prematuros desgastando las marcas más acentuadas en las superficies oclusales de los dientes que se hayan inclinado durante la etapa de polimerización .

En oclusión exentrica no se efectuan desgastes en la porción dento dentobucal del segundo molar inferior en el lado de sgaste .

Se hace en la porción lingual de la superficie oclusal del segundo molar inferior .

Se coloca pasta abrasiva sobre los dientes se cierra el articulador y sosteniendo la rama inferior se mueve la rama superior del articulador y se reproducen los movimientos deslizantes .se retiran las dentaduras y se lavan .

Las diferencias que hubieran en relación centríca y que quedan despues del desgaste con pasta abrasiva , se corrigen localizandolas en papel articular mediante movimientos de toque ligero y desgastando las marcas con pasta abrasiva de grano fino ,se alisan las superficies desgastadas y se asegura un contacto uniforme en oclusión centríca.

CAPITULO IX INDICACIONES FINALES AL PACIENTE

Después de terminar el tratamiento protético los pacientes son informados ade
cuadamente acerca de como cuidar y conservar su dentadura.

Las primeras instrucciones de colocación de las nuevas dentaduras completas
son breves y concisas.

Usar las prótesis todo el tiempo

Durante las comidas , tomar alimentos blandos en pequeños trozos .

Leer en voz alta provocando separar las sílabas .

Usar las prótesis por las noches durante el período de adaptación.

Lavarlas y enjuagarlas después de cada comida .

Hacerles un lavado minucioso una vez al día de preferencia por la noche.

Volver a una cita con el odontólogo dos o tres días después de su coloca
ción .

Le debemos de explicar al paciente que no se intentan resultados de inmediato
si no al cabo de un período de adaptación y corrección .

Explicarle que la dentadura completa es la única solución recurso de que dis-
pone la prótesis odontológica .

El aprender a masticar satisfactoriamente puede tardar de 3 a 6 semanas este
período es conveniente reducir la masticación a tipos simples de alimento
sin intentar la masticación de alimentos resistentes .

Los alimentos deben de ser cortados en pequeños trozos .

La adaptación fonética requiere de poco tiempo ,se le aconseja al paciente
que practique en voz alta, que repita frases de pronunciación difícil.

Para la higiene oral se recomienda usar cepillo blando diariamente las supe
rficies mucosas a los rebordes residuales y la superficie dorsal de la lengua

Se le indicara al paciente quitarse la dentadura por la noche para proveer el necesario descanso de las cargas que están trasladas a los tejidos de la superficie de soporte.

Cuando las dentaduras se dejan fuera de la boca es conveniente colocarlas en agua fria para evitar que se dehidrate y produzca posibles cambios dimensionales en el material.

La colocación de las dentaduras completas no es termino de una serie de etapas técnicas planeadas y ejecutados con precisión si no una responsabilidad permanente de exámenes bucales continuos .

Los tejidos que soportan la prótesis cambia con el tiempo y el grado de alteración depende de los factores locales generales.

C O N C L U C I O N E S

La pérdida de las piezas es un problema que afecta en muchos aspectos al ser humano .

Este problema lo podemos solucionar con la construcción de las protésis totales . la prostodoncia no la debemos tomar como la simple construcción de las dentaduras por estética ,sino que es muy importante devolver las funciones fisiológicas .

Para lograr el éxito de la prostodoncia es completamente necesaria la cooperación del paciente así como tener conocimiento sobre las funciones normales y anormales del sistema masticatorio así como de todos los elementos que nos serán útiles en la construcción de la protésis dental.

Cuando ya hemos logrado un resultado satisfactorio ,no quiere decir que todas las funciones serán devueltas inmediatamente si no que se logrará cuando pase un período no muy prolongado que use regularmente las protésis .

Si el paciente no sigue las indicaciones del cirujano dentista , todas las cualidades que logramos pueden alterarse o perderse.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Alcocer José Luis Apuntes de materiales dentales
1er Semestre U.N.A.M
- 2.-Bates J.F Tratamiento odontológico del paciente geriátrico
Editorial manual moderno 1 edición
- 3.- Craig R.G Materiales dentales
editorial interamericana S.A de C.V
México 1985.
- 4.- Gardner Anatomía
Editorial Salvat tercera edición
México 1981 reimpresión .
- 5.- Hargrave J.V Prosthodontics urgent care
Dental clinics of North America
Vol 30 No. 3 July 1986.
- 6.- Johnson P.F Prosthodontics
Dental clinics of North America
Vol 30 No. 3 July 1896.
- 7.- Osawa D. José Y. Prostodoncia total
Diercción general de publicaciones de 1a U.N.A.M
- 8.-Quiroz Fernando Anatomía Humana
Editorial Porrúa S.A
México D.F 1982
- 9.- Sharry John J. prostodoncia total
Ediciones Toray s.a
Barcelona 1977.

10.- Silberstein Prior Propedeutica Médica

Editorial Interamericana

Tercera edición. México 1980.

11.- Winkler S. Prosthodoncia total

Editorial interamericana.

México 1981.