



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

"PROSTODONCIA INMEDIATA"

T E S I S

Para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
p r e s e n t a

MARIA LUISA MOLINA ISLAS



TESIS CON
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.

I N D I C E

	PAG
I N T R O D U C C I O N	1
HISTORIA CLINICA	2
DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO.	20
PLAN DE TRATAMIENTO	21
PROTESIS INMEDIATA	23
A) VENTAJAS	23
B) DESVENTAJAS	24
C) INDICACIONES	25
D) CONTRAINDICACIONES	25
MATERIALES DE IMPRESIONES	27
1) RIGIDOS	28
2) SEMIRIGIDOS	28
3) HULE DE POLISULFURO	29
- COMPOSICION	29
- VENTAJAS	29
4) ALGINATO	29
- COMPOSICION	30
- VENTAJAS	30
5) PASTA ZINQUENOLICA	31
- PROPIEDADES	31
- COMPOSICION	31

- VENTAJAS	32
- DESVENTAJAS	32
6) CERAS DENTALES	32
- COMPOSICION	32
- USOS	33
- DESVENTAJAS	34
7) M O D E L I N A S	34
- COMPOSICION	34
- USOS	34
- VENTAJAS	35
- DESVENTAJAS	35
IMPRESION Y MODELOS	36
IMPRESIONES FINALES	38
MODELOS	39
TIPOS DE PROTESIS INMEDIATA	40
A) PROTESIS PARCIAL ADITIVAS	40
B) FERULA TRANSITORIA	40
C) PROTESIS SIN FLANCO VESTIVULAR O ABIERTA	41
D) PROTESIS INMEDIATA CON ENCIA CERRADA O COMPLETA	41
REGISTROS Y CONTROLES PREVIOS	42
DENTADURAS INMEDIATAS	44

FIGURAS REPRESENTATIVAS DE LAS TECNICAS MAS USUALES PARA --	
ELABORACION DE PROTESIS INMEDIATA, SE ILUSTRAN DE LA PA- - -	
GINA	46 a la 88
C O N C L U S I O N E S	

INTRODUCCION

3

A principio de siglo, para restaurar la totalidad de las arcas dentarias el Odontólogo seguía un tratamiento el cual consistía en la extracción de todos los órganos dentarios y en espera de 3 a 6 meses para que cicatrizaran los tejidos bucales y con esto se traían grandes consecuencias.

Pero ésta técnica ha sido abandonada por la mayoría de los Odontólogos en vista de existir mejores técnicas.

Entre estas técnicas está la de colocar las prótesis inmediatamente después de realizar las extracciones proporcionando al paciente, estética y funcionalidad. La protodoncia ha sufrido al transcurrir el tiempo modificaciones tanto en su diseño como en las impresiones y materiales de impresión que en la actualidad son de mayor precisión. En la actualidad con el tiempo de vida sociológico en el que nos desenvolvemos en la necesidad en muchas ocasiones de recurrir a la prótesis inmediata, por la importancia que el factor estética representa para el paciente, ya que mediante este procedimiento quirúrgico tiene la opción de que en poco tiempo queda totalmente rehabilitada la boca y con la ventaja de no interrumpir la vida de sociedad y lo que crea confianza en el paciente creandose así una buena relación entre médico y paciente.

Espero que éste trabajo sirva como un elemento de consulta, elaborado simultaneamente para su fácil comprensión y que sirva para muchos estudiantes como medio de guía, encaminado parcialmente para el avance de la Odontología.

HISTORIA CLINICA

La base de un estudio necesario para preparar un tratamiento de prótesis, es la elaboración de una historia clínica completa y detallada con respecto a lo que al cirujano dentista interesa, y deberá incluir:

Una ficha clínica, interrogatorio, examen oral, modelos de estudio y exámenes de laboratorio.

Estos datos nos servirán para tomar precauciones cuando el caso lo amerite.

A) FICHA CLINICA.

Con los siguientes datos:

- a) Nombre
- b) Sexo
- c) Edad
- d) Domicilio particular
- e) Domicilio de trabajo
- f) Telefono
- g) Ocupación
- h) Estado civil
- i) Estatura
- j) Peso
- k) Fecha

1) Firma del paciente

B) INTERROGATORIO.

En el interrogatorio deberemos de seguir un orden lógico, - con el objeto de informar al clínico sobre los datos referentes a los antecedentes heredo-familiares, personales tanto patológicos como no patológicos, en caso de tratarse de pacientes del sexo femenino, se incluirán los antecedentes ginecobtétricos generales, para terminar con el interrogatorio por apacatos y sistemas, poniendo principal énfasis en los antecedentes de la cavidad oral.

El interrogatorio se iniciará por:

a) Antecedentes heredo-familiares.

Preguntaremos al paciente si en la familia existen cardiopatías, diabéticos, enfermos renales, alguna persona con enfisema pulmonar importante, tuberculosis, hipo o hipertensión, alergias importantes, neoplasias, (cáncer).

b) Antecedentes personales no patológicos:

Se cuestionará al paciente sobre sus hábitos personales, alcoholismo positivo o negativo, social o consuetudinario, antigüedad del hábito, tabaquismo positivo o negativo y regularidad, cantidad y antigüedad del mismo. Se preguntará sobre sus hábitos higiénicos, la periodicidad del aseo de la

cavidad oral principalmente. Y también cuestionaremos sobre los hábitos alimenticios.

C) Antecedentes personales patológicos.

Aquí pediremos al paciente nos refiera sobre si ha padecido alergias y en especial si han sido medicamentosas, antecedentes quirúrgicos, preguntando el tipo de anestesia recibida y las respuestas a ellas del paciente, fracturas, enfermedades diagnosticadas y no diagnosticadas, cardiopatías, - hiper o hipotensión. Y en general diagnósticos tratamientos anteriores tanto de la cavidad oral como del resto de la economía.

D) Antecedentes Gineco-obstétricos.

Sólo preguntaremos antecedentes generales que nos pudiesen ser de utilidad como son: gestaciones, partos, cesáreas y - abortos.

Una vez que ya se cuenta con todos los antecedentes antes - descritos preguntaremos acerca de datos patológicos por aparatos y sistemas, tratando de cuestionar sobre las enfermedades más importantes de manera sencilla y si es necesario detenernos a explicar brevemente al paciente nuestras preguntas.

E) Aparatos y Sistemas.

Aparato digestivo: Se cuestionará sobre antecedentes patológicos de este aparato iniciando por: cavidad Oral. Pediremos al paciente nos refiera sobre si ha presentado.

- a) Estomatitis: recordemos que es la inflamación aguda o crónica de la mucosa bucal, que puede ser circunscrita o difusa, afectando principalmente las encías la punta o bordes de la lengua y la cara interna de los carrillos.

Sus causas son múltiples pero entre las más comunes encontraremos las causas mecánicas, como la erupción dentaria, las dentaduras protésicas deficientes. Cabe señalar la importancia, de fijar nuestra atención en este punto para no cometer futuros errores; entre otras causas también tenemos a los alimentos, calientes, irritantes, sustancias químicas y no podemos dejar de mencionar las causas por hongos oportunistas como la moniliasis.

- b) Gingivitis. O inflamación de las encías las que acompañan casi siempre a la estomatitis. Es importante señalar que -- gingivitis infecciosa, aunque parezca trivial puede dar lugar a bacteremias transitorias durante el cepillado, masaje gingival, o extracción dentaria, con posibilidad de que se una endocarditis subaguda en válvulas cardiacas previamente lesionadas. Por tal motivo no deben menospreciarse.

- c) Sialodentitis. O afección inflamatoria de las glándulas salivales causadas más comunmente por infecciones (parotiditis).
- d) Sialodenois. Afección no inflamatoria ni oral de las glándulas salivales, de causar principalmente endocrina o mala alimentación.
- e) Glositis. Suele formar parte de las estomatitis agudas y motivada por multitud de afecciones, entre las cuales diversos procesos febriles, faringitis, quemaduras por manjares excesivamente calientes, picantes, y sobre todo, por antibióticos de amplio aspecto. La lengua aparece roja, brillante, y a veces con pequeños abscesos puntiformes análogos a los de la piodermitis. Los alimentos picantes, calados y --toscos, despierten una intensa sensación urente.

ESOFAGO.

- a) Esofagitis. Acontece en los operados que fueron entubados o individuos con infecciones altas (difteria, escarlatina, herpes, moniliasis), cuyas lesiones descienden al esófago, causando dolores retroesternales, agravados al deglutir. Se ven avanzar, esofagitis por moniliasis en leucémicos prolongadamente tratados con corticóides.

ESTOMAGO.

b) Gastralgia. O dolor de estómago, éste sintoma podría ser entre otros, un dato de gastritis, donde principalmente será un dolor de tipo ardoroso que tiende a disminuir con la ingesta de alimentos y que tiene una etiología multicausal. Entre los factores generadores se encuentran los alimentos de acción irritante sobre la mucosa gástrica, alimentos demasiado calientes, grasosos o fríos, o bien por alimentos insuficientemente masticados. En caso de existir sintomatología de éste tipo, deberemos tener cuidado al indicar analgésicos del tipo de los salicilatos. La gastritis también puede ser provocada por abuso prolongado de tabaco y sobre todo por alcohol. Ingestión de fármacos mal tolerados por la mucosa gástrica.

Vómito. De acuerdo a las sustancias expulsadas, pueden ser alimenticios, mucosos, biliares, purulentos y fecaloideos. Podemos mencionar que existen personas hiperactivas y que responden con vómito ante cualquier pequeño estímulo en el centro del vómito, por lo que al estar trabajando dentro de la cavidad oral, tendrá que hacerse con sumo cuidado para que no provocar o desencadenar un vómito.

APARATO CARDIO-RESPIRATORIO Y CARDIOVASCULAR.

Es importante preguntar al paciente sobre si le han diagnosticado alguna enfermedad importante respecto a este aparato, o sobre algunos síntomas que nos pudieran guiar sobre algunas entidades clínicas existentes y no conocidas por el paciente, ya en caso de que existan, podremos tomar algunas precauciones importantes que nos evitarán problemas que pueden ser fatales. Por lo que sobre éste punto debemos cuestionar.

- a) Dolor precordial. Qué lo origina, qué lo quita o lo disminuye? su duración, el tipo, sus irradiaciones y de que otros síntomas se acompaña. Pues como recordaremos en el infarto almiocardio y en la angina de pecho se presenta el dolor -- precordial de tipo opresivo, que se inicia en la angina con esfuerzo y en el infarto en reposo o con esfuerzo, que en la angina dura menos de 5 minutos y se quita en el reposo y el infarto, tiene una duración mayor no desapareciendo ni con reposo, en ambos se irradia hacia el brazo izquierdo, siguiendo la trayectoria del nervio cubital y hacia la hemimandíbula izquierda, nunca del mismo lado así mismo en ambos se acompaña de náusea, necesidad de air, sensación de angustia y de muerte. Hay que cerciorarnos que si el paciente se halla diagnosticado siempre lleva consigo sus medicamentos a fin de disminuir riesgos y si no se encuentra diag

nosticalo y llegase a presentar este síntoma orientarlo y -
tratar de canalizarlo con un médico especialista a fin de -
recibir tratamiento y control.

- b) Disnea. O dificultad para respirar, esta respiración difi -
cial, forzada, jadeante, a veces acelerada y otras veces --
lentificada. La disnea es un síntoma provocado generalmente
por enfermedades pulmonares, crónicas o agudas, por obstru-
ciones laríngeas, por enfermedades cardíacas, etc.
- c) Taquicardia. O aceleración de los latidos cardiacos que so-
bre pasa el número habitual de 75 a 80 latidos por minuto.
- d) Vértigos. Es una sensación de desplazamiento del propio --
cuerpo en relación con el ambiente y viceversa, es un tras-
torno del equilibrio del cuerpo en el espacio, se presenta
en algunas enfermedades como; anemia grave, arterioesclero-
sis, enfermedades del corazón, y suele presentarse también
en problemas inflamatorios de la articulación temporamandi-
bular.
- e) Lipotimias. Son los desvanecimientos o la perdida repentina
y temporal de los sentidos, provocado por causas diversas -
como emociones violentas (pavor, alegría, dolor repentino) -
hemorragias, traumas, decaimientos intensos, gravidez y es-
fuerzos físicos excesivos.

f) Hipertensión o hipotensión (elevación o disminución de la presión arterial). Es muy fácil diagnosticarla, en la hipertensión, basta el esfismomanómetro para hacerlo. Es más difícil curarla. Por su enorme frecuencia y por los daños que produce es el padecimiento de mayor trascendencia que existe en la actualidad.

Hipertensión. Refiriéndonos solamente a la hipertensión arterial permanente y no a la que ocurre transitoriamente como expresión del colapso circulatorio súbito que se observa en situaciones como el choque, el infarto almiocardio. Fibras que apenas llegan a 100/50 mm. Hg. en adultos son comunes, en personas de tipo emotivo generalmente mujeres jóvenes apesivas, de constitución delicada con tono arteriolar disminuido. Son individuos que sufren con el frío y que en la época de invierno muestran signos de extasis sanguínea con lentitud circulatoria.

SISTEMA NERVIOSO.

a) Dolor de cabeza. Son muchas las causas que provocan la cefalea, entre las más frecuentes tenemos las siguientes: la cefalea de las enfermedades infecciones febriles, la cefalea por aumento o disminución de la presión arterial. Por estos anémicos, cefaleas por intoxicaciones de origen interno como en la uremia. La cefalea de las intoxicaciones de ori-

gen externo, como la del alcoholismo crónico, del plomo del tabaco, cloroformo, etc.

b) Neuralgias. O dolor por irritación de un nervio sensitivo - que sigue el curso del nervio, puede dividirse en primario, en la que hay patología obia y en secundario o sintomático, en los que no se puede demostrar la existencia de una lesión patológica.

c) Temblores. Es una forma especial de Hiperquinesia que consiste en un movimiento oscilante uniforme, breve, rapido y casi siempre rítmico, independientemente de nuestra voluntad y localizando en todo el cuerpo (temblor masivo o generalizado) o en una parte del mismo, como los dedos, la lengua, etc. (temblor segmentario o parcial). Que se caracteriza por ataques de pérdida de la conciencia, junto con movimientos convulsivos. Mencionaremos los acontecimientos en orden de sucesión enferma sencilla a fin de que se paseen - elementos para poder reconocer una crisis epiléptica.

- Aura, que puede ser motora, sensitiva o psíquica.

- Etapa tónica. Al principio se pierde la conciencia, el paciente cae al suelo con todos los músculos en estado de espasmo rígido. Esta etapa dura un minuto aproximadamente, se

detiene la respiración y por esto aparece cianosis.

- Etapa crónica. Hay movimientos convulsivos de los músculos. la mandíbula y la lengua pueden verse afectados, la saliva se hace espumosa y puede haber mordedura de lengua. Se produce micción involuntaria.
- Coma. Que puede durar minutos o varias horas, faltan los reflejos corneal y tendinoso y existen las reacciones plantares extensoras.
- Recuperación. Donde existe cefalalgia intensa.

Los ataques de pequeño mal se caracterizan por pérdida de la conciencia sin convulsiones, excepto por movimientos menores como el parpadeo.

APARATO GENITO-URINARIO.

Aquí solo preguntamos algunos datos generales, para conocer el estado de funcionamiento de los riñones que siendo en ésta -- parte del organismo donde se eliminarán gran cantidad de sustancias del cuerpo, es conveniente saberlo, para así en el momento de indicar algún fármaco estemos ciertos que va a tener una correcta eliminación.

- Disminución en la cantidad de orina emitida en las 24 horas ordinariamente suele ser de 1.5 litros a 2 litros en el individuo que ingiere una cantidad normal de líquidos.

- Aumento de la secreción urinaria en un síntoma que puede aparecer en muchas enfermedades, sobre todo renales, endocrinas, como en la diabetes mellitus.

No se puede dejar de mencionar la enfermedad de la actualidad, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, la cual es necesario de todo Odontólogo conocer por el riesgo que representa en el ejercicio de la profesión por lo que enunciaré algunos conceptos básicos de ésta enfermedad de gran trascendencia.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad causada por el virus HTLV III al que actualmente se le ha dado el nombre de VIH (virus de inmunodeficiencia humana), - el periodo de incubación de éste virus varía de seis a setenta y dos meses. El SIDA, provoca el fácil desarrollo de infecciones -- por oportunistas y neoplasias. De hecho las manifestaciones de -- las infecciones son las que delatan la posible existencia de la - enfermedad.

La enfermedad se descubrió en 1981, aunque se cree que se encontraba circulando desde los años cincuentas en Africa y que de ahí pasó al Caribe, a los Estados Unidos y el resto del mundo.

La distribución por edad en México, afecta un 84% a los sujetos que están entre los 15 y 44 años, o sea en personas de edad productiva. La relación hombre mujer es de 24 hombres por una mujer afectada.

El SIDA se trasmite por semen, sangre, por vía trasplacentaria, agujas contaminadas, contacto sexual. Se sospecha de otros líquidos como lágrimas, secrecciones vaginales y saliva, así como de la leche materna (lactancia).

Los grupos de alto riesgo son:

- 1.- Hemofílicos
- 2.- Drogadictos
- 3.- Homosexuales
- 4.- Prostitutas
- 5.- Hijos de mujeres portadoras
- 6.- Personal médico y paramédico

Los Síntomas son:

- a) Fatiga inexplicable
- b) Mal estado general
- c) Sudoración nocturna
- d) Fiebre
- e) Pérdida de peso inexplicable de más de 10 Kg.

- f) Linfadenopatía
- g) Y todos aquellos síntomas de las infecciones por oportunistas.

No existen aún tratamientos cuya eficacia haya sido totalmente demostrada, ni tampoco vacunas para prevenir el SIDA.

EXPLORACION FISICA.

La exploración la encaminaremos a la cavidad oral, sin embargo, deberemos hacer un espacio a fin de poder recobrar algunos datos generales del paciente, los que serán tomados con la simple observación del mismo y sin ninguna maniobra, comprendiendo el hábito exterior.

- a) Sexo
- b) Edad aparente, comparándola con la edad cronológica
- c) Constitución física
- d) Facies
- e) Actitud
- f) Integridad física
- g) Marcha
- h) Orientación de las tres esferas psicológicas
- i) Movimientos anormales

Una vez recabada ésta información procederemos a la toma de los signos vitales.

- a) Presión arterial
- b) Pulso
- c) Frecuencia cardiaca
- d) Frecuencia respiratoria
- e) Temperatura
- f) Peso y talla

Ahora procederemos a efectuar el exámen oral, poniendo atención especial en aspectos diversos, que de ésta dependerá el éxito de nuestro tratamiento, entre estos aspectos tomaremos en cuenta como primer término, la higiene oral en general, pudiendo ser éste punto la pauta para la elección del plan de tratamiento; el estado periodontal, ausencia ó presencia de inflamación, si existen bolsas paradontales, cuál es su localización y su profundidad, grado de movilidad de los dientes si esta existiera.

Si encontramos caries, su localidad y cantidad; si tenemos presentes estos datos podemos estar más seguros del éxito o del fracaso de nuestro tratamiento, facilitando la elección de el material a utilizar también deberán ser examinados restauraciones y prótesis existentes.

Para hacer el exámen oral nos valdremos de los siguientes métodos.

a) Inspección visual. En la exploración clínica que se lleva a cabo por medio de la vista. Se divide en simple o directa o bien en instrumental armada o directa. La inspección indirecta se realiza por medio de instrumentos tales como espejos, exploradores, etc. se debe contar con una buena iluminación para evitar que se produzcan sombras y nos de un resultado erróneo.

Esta inspección nos proporciona datos como: forma, volumen, estado de la superficie, localización, color, consistencia.

b) Palpación. Este método se realiza por medio del tacto. Con éste obtendremos datos referentes a nociones de consistencia de los tejidos, temperatura, sensibilidad, volumen.

c) Percusión. Este método consiste en golpear nítidamente una zona, ya sea para provocar un sonido del que nos interesa - su tono y su duración o para localizar puntos dolorosos.

d) Modelos de Estudio. La obtención de unos modelos de estudio es indispensable para tener un conocimiento amplio de las - necesidades reales del paciente. Es necesario que éstos modelos sean reproducidos lo más exactos posible y que no ten gan burbujas que pueden ser debidas a una mala impresión o a un defectuoso vaciado. Esto completará la historia clínica del paciente, permitiéndonos hacer la observación de pe-

queos detalles de los que antes nos habíamos percatado, -- pues si esto se hiciera directamente en el paciente, le resultaría cansado, y así evitar cualquier contratiempo que se pudiera prestar, además servirán para la fabricación de provisionales. Por último toda historia clínica debe incluir la firma del paciente.

Para obtener la relación intercuspédea, se recortan dos placas de cera rosa en forma de herradura y las podemos unir con una finísima capa de papel estaño entre éstas, para evitar que el pedirle al paciente que muerda en relación céntrica, se perfora la cera (mordida en cera).

E) Exámenes de laboratorio. Estos exámenes son de gran importancia, pues con ellos corroboraremos y esclareceremos nuestro diagnóstico. Estos métodos sólo serán empleados en caso necesario por el gasto que éstos significan para el paciente y por que deberán ser realizados con equipos especiales y en lugares adecuados.

- a) Tiempo de coagulación
- b) Tiempo de protombina
- c) Química sanguínea
- d) Curva de tolerancia a la glucosa
- e) Metabolismo nasal
- f) Exámen radiográfico

Cuando hubiera alguna alteración en los resultados de los exámenes de laboratorio, se consultarán con el médico general -- del paciente y en caso de que éste necesite algún tratamiento se pospondrá la intervención hasta que el tratamiento sea terminado.

El estudio radiológico es un requisito indispensable, puede tomarse dos radiografía: oclusales, o bien una serie radiográfica apical.

En este estudio podemos detectar: caries, lesiones periapicales y la existencia de tratamientos endodónticos. Examinar las condiciones generales hueso, en la mandíbula el trabeculado es -- menos homogéneo y más abierto, en la zona anterior aparecen arco las pequeñas y comprimidas en zona de laterales en general las -- areolas son más grandes y aparecen distribuidas horizontalmente. El trabeculado en la mandíbula muestra zonas en las cuales las -- areolas faltan totalmente o disminuyen, ésto ocurre en el ángulo de la mandíbula, detrás del tercer molar y por debajo de la línea milohioidea y con menor frecuencia esta falta de trabeculado se observa entre las raíces de los molares.

Notese la presencia de restos radiculares retenidos en las zonas adéntulas o cualquier otro tipo de patología, como quistes, granulomas, abscesos, etc.

DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

Hay muchas técnicas aceptables para llegar a un diagnóstico, cuando se decide fabricar una dentadura convencional inmediata, siempre que se siga cualquiera de estos procedimientos necesitamos recordar los siguientes factores.

1.- No debe considerarse que los procedimientos diagnósticos para el individuo parcialmente desdentado son los mismos que para el paciente dentado. En ambas situaciones, los procedimientos deben ser minuciosos y tiene que incluir la valoración tanto de las condiciones normales como patológicas, así como del estado anatómico, fisiológico y psicológico y su relación con la situación local y general del paciente. Para el parcialmente dentado la valoración de los dientes restantes es de gran importancia, debe decirsele que algunos o todos pueden conservarse y que serán empleados para la retención y soporte de una dentadura parcial removible, o mediante algún tratamiento adicional servirán para dar apoyo y estabilidad a una dentadura completa con soporte dentario. Si los dientes tienen que ser extraídos, se investigaran todos los factores relacionados con los procedimientos quirúrgicos anticipados.

2.- Los datos estadísticos repetidos en números significativos de usuarios de dentaduras revelan que el 65% de los que reciben dentaduras toleran y continúan empleandolas no obstante la falta de aceptación fisiológica por el medio ambiente de la boca. En -

el curso del exámen de cientos de pacientes de dentaduras inmediatas, fue difícil comprender cómo un número tan grande continuaba empleado dentaduras cuando el daño tisular era tan extenso. Esta es una prueba adecuada de que la aceptación del paciente no es un motivo para apegarse a determinado padecimiento.

3.- El plan de tratamiento y no el diagnóstico es afectado por la aceptabilidad del paciente, el tiempo requerido por el dentista y el individuo, y el gasto total.

4.- El diagnóstico es un proceso continuo a través de todo el tratamiento.

5.- Durante la consulta y los procedimientos de diagnóstico hay que educar al paciente con respecto a sus responsabilidades dentro del tratamiento. Este paso dentro de la terapéutica, ha sido muy descuidado y que es responsabilidad del dentista.

PLAN DE TRATAMIENTO

El plan de tratamiento debe cubrir todo el período de transición entre el estado actual y la normalización del paciente en prótesis. Tanto más complejo sea el plan de tratamiento, tanto más importante es su formulación escrita. Una técnica consiste en:

- a) Determinar si habrá cambios de altura y en las posiciones, tamaños, formas y colores de dientes.
- b) Estudiar si la edentación debe o puede hacerse por etapas y

en este último caso, cuáles deben ser, examinando la situación en que estará el paciente durante cada etapa.

c) Considerar las medidas auxiliares inmediatas que puede requerir su estado actual y en cada etapa (curaciones, obturaciones, prótesis de emergencia etc.).

d) Establecer el tipo de cirugía adecuada para cada intervención consultando con el cirujano si fuera menester.

e) Calcular los presupuestos y sus variaciones de acuerdo con el plan que se adapte, considerando esencial el acuerdo explícito del paciente o sus familiares responsables.

f) Estimar también los cuidados postoperatorios y la atención -- protética adecuada para mantener al paciente convenientemente -- asistido durante un período no menor de seis meses.

El paciente debe estar también de la probabilidad de requerir nuevas prótesis después de seis meses o un año, para restaurar pérdidas de altura consecuentes a la atrofia de los maxilares que la prótesis inmediata no puede compensar.

PROTESIS INMEDIATA

La prótesis inmediata implica un procedimiento quirúrgico, por medio del cual se hará la colocación de un aparato protésico inmediatamente después de las extracciones y la regularización de proceso de los maxilares, devolviendo la función fisiológica y estética. Es obligatoria la elaboración previa de la prótesis para su aplicación posterior al acto quirúrgico, estableciendo que este aparato no será definitivo a causa de las modificaciones que sufre el hueso y que serán necesarios algunos ajustes.

A) VENTAJAS.

Las ventajas que ésta técnica nos ofrece, las podemos clasificar de la siguiente manera:

- a) Anatómicas: Mantención de la dimensión vertical, evite trastornos a la articulación temporomandibular, se evite el colapso labial, hundimiento de carrillos y el ensanchamiento lingual.
- b) Funcionales: Los músculos se mantienen en su posición normal, se continúa la masticación y se evitan trastornos fonéticos.

- c) Estéticos: Se pueden hacer notables mejoras con esas dentaduras y además se impide el colapso facial.
- d) Psíquicas: No se ve interrumpida la vida de relación evitando la humillación del paciente al verse sin dientes, el --acostumbramiento a la prótesis es más rápido.

Algunos autores mencionan como ventajas quirúrgicas y orgánicas:

- 1.- Durante los primeros días postquirúrgicos, la prótesis actúa como un vendaje protector para las heridas.
- 2.- Se mantiene mayor proporción del reborde residual, pues de ésta forma se ve detenida la atrofia ósea.

D) DESVENTAJAS.

Las desventajas que se presentan con este tipo de tratamiento son menos que las ventajas que brinda y son las siguientes:

- 1.- La buena coordinación quirúrgico-protésica, requieren de --precisión en la técnica, establecida en base al exacto diagnóstico y ajustadas indicaciones en ambos sentidos.

- 2.- La selección de casos es una exigencia inexcusable o cuando la incomprensión del paciente no la permite ante la edentación futura, entran en juego factores de estado general, -- como son la utilidad y ventajas que deben ser evaluadas individualmente.
- 3.- El costo es elevado debido a la necesidad de reajustes, rebase o el requerimiento de una prótesis nueva.
- 4.- Cuando existen fallas técnicas o de laboratorio, solo se podrán comprobar hasta que se ha llevado a cabo la intervención quirúrgica.

C) INDICACIONES.

- a) Edad y estado general del paciente.
- b) Que la boca y los dientes permitan la espera requerida antes de la terminación total del aparato.
- c) Que el paciente esté de acuerdo con éste tratamiento y con sus limitaciones.

D) CONTRAINDICACIONES.

- a) Además de las contraindicaciones que se señalan para todo tratamiento protésico, no se debe hacer en pacientes que --

son negativos tanto físicamente como psíquicamente.

- b) En pacientes diabéticos, por la gran facilidad que presentan para adquirir infecciones, y por problemas de coagulación con los consiguientes desagustes continuos del aparato protésico.

MATERIALES DE IMPRESION

Los materiales de impresión que usaremos deben tener las siguientes características:

- 1.- Reproducir la zona de impresión.
- 2.- Que no sufra cambios dimensionales afectuosos.
- 3.- Que sean lo suficientemente elásticos para eludir retenciones.
- 4.- Que sean de fácil manejo y puedan conservarse fácilmente.

Son muy diversos los materiales de impresión que se utilizan en el tratamiento de la prótesis total en general. Además de las características físicas y químicas deben tener cualidades como serian las del sabor, olor, color y sobre todo que no sean toxicas e irritantes. No cumpliendo estas características serian incompatibles en el empleo bucal.

Los materiales de impresión más usados para las impresiones los podemos clasificar en tres grupos por sus propiedades tanto físicas como químicas.

- 1.- RIGIDOS: Aquellos que sufren cambios químicos como son el yeso, compuestos zinquenolicos y elastomeros, dentro de estos tenemos el hule y el silicón, etc.

SEMIRRIGIDOS

Aquellos como serían las ceras, modelinas, etc. que también sufren cambios químicos.

ELASTICOS

Aquellos como los hidrocoloides reversibles e irreversibles como son el hule el silicón, alginatos, etc.

A continuación mencionaremos cada uno de los materiales de impresión según composición, propiedades, ventajas y desventajas.

HULE DE PLISULFURO

Material de impresión elástico recibe el nombre de mercaptano.

COMPOSICION

Base polimero de plisulfuro 79% Oxido de Zinc 4.9% Sulfato de --
Calcio 15.4% Silicio y Dioxido de Titanio Acelerador, Peroxido -
de Plomo 77.7% Azufre 3.9% Aceite de Castor 16.8% y otros acei =
tes 0.6%

VENTAJAS

No es irritable a la mucosa.

Buena fidelidad en la reproducción.

Elasticidad % adecuada en todo tipo de casos y gran exactitud y
utilidad en la prótesis total inmediata.

Permite la rectificación de la misma impresión con el mismo mate
rial usado.

De fácil manipulación.

ALGINATOS

Material de impresión (hidrocoloide Irreversible).

COMPOSICION

Alginato de potasio 17% Tierra de diatomeas 74% Sulfato de Calcio (dihidratado) 12% Fosfato Tricálcico 2% Se presenta a manera de polvo que al combinarse con el agua forma una pasta acuosa, - pasta semisólida, que al endurecimiento de esta se le llama gelificación. Tiempo de gelificación aproximado 2.5 min.

VENTAJAS

Buena flexibilidad para obtener zonas retentivas.

Elasticidad.

Reproduce impresión de excelente fidelidad en poco tiempo.

De fácil manipulación.

De costo económico.

DESVENTAJAS

Sufre cambios dimensionales si no se reproduce el positivo en poco tiempo.

El tipo de portainpresión debe de tener zonas retentivas para que no se desaloje el material de impresión (alginato).

PASTA ZINQUENOLICA

Materia! de impresión no elástico.

PROPIEDADES

Es un cementolato combinado de oxido de zinc-eugenol.

COMPOSICION

Polvo; Oxido de Zinc, Resina, Cloruro de Magnesio.

Líquido; Eugenol, Gamaresina, Aceite de Olivo, Aceite de Lino, -
Aceite Natural Liviano.

Manipulación; Se mezclan los componentes en forma circular hasta lograr una mezcla uniforme, se carga el portaimpresión y se lleva a la boca. Fragua en 4 ó 5 min. a temperatura de la boca.

VENTAJAS

Presenta un alto índice de duplicidad.

Fidelidad a la reproducción de detalles de los procesos.

No sufre cambios dimensionales de gran importancia después de su endurecimiento.

Se puede realizar ligeras correcciones con el mismo tipo de material.

De facil manipulaci3n y manejo.

DESVENTAJAS

No es recomendable su uso en pr3tesis inmediatas, ni cuando los procesos sean muy retentivos ya que este tipo de material con -- frecuencia sufre fracturas.

Es irritante para la mucosa.

Es de sabor desagradable (picante).

CERAS DENTALES

Su nombre se debe a que uno de sus principales componentes se - llama Cera de Abejas.

COMPOSICION

En terminos generales est3n constituidos por:

Parafina.

Resina o goma Damara.

Cera Carnauba.

Cera Candelilla.

Ceras Sint3ticas (ac. derivado de la cera mont3n).

USOS

Según su clasificación practica por colores.

Dura: Cera azul dura (método directo e indirecto).

Blanda: Cera rosa blanca (construcción de zócalos).

(elaborar mordidas).

(pegar modelos antagonistas).

(construcción de dentaduras).

(Patrones de cera en sist.indirecto).

Cera rosa muy blanda: (construcción de zócalos).

(material de relleno).

Cera negra superblanda: (pegar modelos).

(material de relleno).

Cera calibrada: (color verde jade).

(patrones de cera en cerámica(morcelana).

Cera Acrílico: (construcción de puentes removibles).

Cera pegajosa: (color naranja)

(solo para fijación).

VENTAJAS

Reproducción fiel de la cavidad.

DESVENTAJAS

Sufren cambios dimensionales a los cambios de temperatura.

MODELINAS

Son sustancias termoplásticas, su principal característica es - que son malos materiales conductores y su reacción es de tipo fisico.

COMPOSICION

Cera de Abeja, Resina Burgundy, Gomalaca, Gutapercha, Resina Kauri, Acido Estérico, Comercial, Resina Indenocumarona, Tiza Francesa o talco.

Su temperatura de ablandamiento va en relación directo a su uso dentro y fuera de la boca. La temperatura de alta fusión está por encima de los 37°C y es la que se presenta en forma de pan, la presentación en forma de barra va por abajo de los 37°C para su fusión.

USOS

Como material de impresión en desdentados.

Como material de impresión con anillo de cobre.

Como rectificador de bordes en la construcción de dentaduras.

Como sellador en obturación de porcelana (baja).

Como base de impresión con silicón y hule de polisulfuro.

VENTAJAS

Permite la rectificación de la misma impresión, con el mismo material.

Fácil manipulación.

De bajo costo.

DESVENTAJAS

Fácil de fracturarse.

IMPRESIONES Y MODELOS

Impresiones preliminares. Constituyen el principio la clave del problema, tomarse con alginato, adecuando la cubeta cuanto sea necesaria para lograr. 1) que la impresión cubra la totalidad del maxilar, hasta el límite protético. 2) que los dientes y socabados retentivos están fielmente reproducidos.

Habitualmente la impresión simple de alginato en cubeta amplia es suficiente. Alguna vez será necesario recubrir a la impresión mixta de godiva y alginato. Cubetas adecuadas para impresiones parciales, adecuadas con cera en caso necesario, prestan excelentes servicios.

Cubetas Individuales: La cubeta individual debe ser bien planeada, de acuerdo con la topografía del caso (forma del maxilar y de los dientes remanentes) y el material con el cual se tomará la impresión. El acrílico autopolimerizable es el material más utilizado.

a) Para impresión doble. Actualmente se justifican pocos los elaborados métodos de impresión (seccionales con godiva, pasta zinguenónica y yeso o alginato), en cubetas seccionales o dobles que pueden verse aun en descripción del autor. No ofrecen ventajas particulares sobre los elastómeros, excepto quizás en caso de gran saliencia del revorde alveolar y dientes anteriores.

La segunda cubeta cubrirá la primera en suficiente extensión y con la exactitud necesaria para que su ajuste mutuo sea perfecto, pues el inconveniente de este tipo de impresiones es la exactitud con que la segunda cubeta debe acoplarse a la primera después de la impresión, sea la segunda cubeta solo frontal, como prefieren ustedes, para usar material rígido, sea que la segunda cubeta cubra toda la parte dentada, para emplear material elástico.

b) Para alginato: Una cubeta individual para alginato debe cubrir toda la zona protética, dejando un espacio de una hoja de cera por lo menos, frente a las superficies mucosas y dientes, más todo el espacio requerido para zafar comodamente los espacios retentivos. Debe proveérsele de apoyos que sirvan de guía para centrarla adecuadamente en el momento de profundizar la impresión. El mango, dispuesto en la parte delantera, permitirá tracción firme. Se le harán perforaciones en número suficiente para la retención.

c) Para Silicona o Mercaptano: Tienen, sobre lo anterior, la ventaja de poder hacerse ajustadas en la zona de la mucosa, lo que facilita su delimitación como godiva. Además, siendo ajustadas, no necesitan apoyos especiales para el centrado. Y al no requerir perforaciones, añaden la ventaja de combinar ajustadamente el material. El mango debe permitir firme tracción.

Prueba y delimitación de las cubetas. Las cubetas para alginate con levante, deben probarse con la parte del levante que cubre la mucosa. Estos les da bordes gruesos que dificultan tanto la delimitación. Las cubetas que tienen la parte mucosa ajustada se delimitan con cera o godiva, siguiendo el procedimiento estudiado. Naturalmente en la parte hogada frente a los dientes no se puede hacer una delimitación perfecta y se prefiere que la impresión sea más bien sobreextendida.

IMPRESIONES FINALES

Preparadas y delimitadas las cubetas, las impresiones finales no difieren de lo explicado anteriormente, excepto en que para desprenderlas, debe tenerse muy en cuenta la dirección de los dientes y la posición de las retenciones.

La impresión con alginate tomada en estas condiciones suele ser muy buena si la cubeta fue bien centrada y no hay grandes retenciones. Si hay grandes retenciones, el material frecuentemente se rompe a nivel de los agujeros de retención entre los dientes. Este último puede evitarse poniendo cera plástica en los espacios interdentarios. Su delimitación es siempre un tanto imprecisa.

En cuanto a las impresiones con elastómeros, como estos materiales permiten cubeta ajustada en la parte mucosa, la delimitación puede hacerse similar a la de una impresión funcional. La

Única zona de delimitación imprecisa será la que corresponda a la cubeta holgada (un espesor de cera).

Tienen la ventaja de dar impresiones bien delimitadas y firmes en cubeta ajustada en la parte mucosa, y elásticas, en cubeta amplia en la parte dentaria. Es probablemente de tipo de técnica más generalizado actualmente, aunque cada técnica tiene sus variantes de detalle.

MODELOS.

Deben llenarse con cuidado todos los requisitos para asegurarlos correctos. En las impresiones compuestas (dos cubetas). - Es decir de rigor un zócalo con yeso París que la asegure. En las impresiones elásticas se debe eliminar con cuidado toda parte fluctuante.

Una variante sobre lo que no se ha insistido mucho, pero ciertamente valiosa frente a algunos problemas de la prótesis inmediata (es especial para casos de urgencia, como la transformación rápida de una prótesis parcial en completa), es hacer los dientes del modelo con acrílico de color apropiado (Kelly, 1942, Rayson, y Wesley 1970), que pasan a formar parte de la prótesis.

TIPOS DE PROTESIS INMEDIATA

Contamos con cuatro tipos de prótesis inmediata:

A) PROTESIS PARCIAL ADITIVA.

En la transformación de prótesis parcial que usa el paciente al que se le van agregando dientes después de las extracciones. Aquí se eviten las extracciones masivas, lo cual -- permite un desdentamiento gradual, facilitando la extrac -- ción previa de los dientes posteriores, ayudando como placa de transición hacia la prótesis total inmediata. El tratamiento puede ser más económico y aveces llega a prestar servicio durante largo tiempo.

B) FERULA TRANSITORIA.

Consiste en reemplazar por ferulas de acrílico los dientes posteriores articulándolos directamente en la boca, añadiendo acrílico autopolimerizable. Los dientes anteriores se -- hacen mediante el vaciado de la impresión de los dientes naturales con acrílico de color adecuado a cada paciente. Por la rapidez con que se realizan y por la economía de este tipo de prótesis inmediata se toma como la solución para algunos casos.

C) PROTESIS SIN FLANCO VESTIBULAR O ABIERTA.

Por lo general sin la encía anterior simplifica su elaboración, ya que sólo es necesario excavar un poco el alveolo del modelo de yeso e introducir 2 ó 3 mm. el diente por reemplazar. El resultado es favorable, pues los dientes se ven emergidos de la encía. Tiene como ventaja permitir la atrofia vestibular sin perturbación el inconveniente sería la necesidad de encía artificial al cabo de 15 ó 20 días.

D) PROTESIS INMEDIATA CON ENCIA CERRADA O COMPLETA.

Esta prótesis es más exigente en su elaboración, es la preferida por la mayoría, debido a que reduce el peligro de -- retención deficiente, de mayor facilidad para la atención del paciente.

REGISTROS Y CONTROLES PREVIOS

Conserve la posibilidad de reproducir exactamente el tamaño, posición, forma y color de los dientes, articulación, forma de encías, altura facial y la forma de la cara es el objetivo de éstos registros.

Para ésto es necesario anotar las medidas de las distancias siguientes:

- a) Con la boca cerrada, la distancia entre la base de la nariz y la base del mentón.
- b) La distancia que existe del borde incisivo superior a la boca de la nariz.
- c) La del borde incisivo inferior a la base del mentón

El registrador de Willis o algo parecido es lo más apropiado para éstas medidas, podrían tomarse éstas anotaciones en una hoja de papel que se pudiera archivar junto con la historia clínica.

El articulador de diagnóstico es un buen registro de la forma, tamaño, posición, disposición y articulación de los dientes naturales antes del tratamiento.

Cuando se desea reproducir el color de la dentadura natural, es necesario hacer la anotación del color antes de las extracciones.

Modelos frontales. Se obtienen fácilmente y son muy útiles cuando no se pueden conservar los modelos de estudio, los cuales se pueden tomar con yeso, modelina y más sencillamente con alginato para lo cual se debe hacer un portaimpresiones con cera o una lámina metálica con perforaciones para la retención del material.

Impresiones para colocar los dientes artificiales.

Las impresiones destinadas para recibir los dientes artificiales después de las extracciones tienen que ser hechas con materiales que pueden resistir el tiempo necesario, estos materiales podrían ser modelinas o ceras.

Perfil. Un perfilometro es lo más adecuado para reproducir el perfil de un paciente o en su defecto se puede hacer adaptando con los dedos un alambre de cobre o de plomo sobre el perfil del paciente. Se coloca el alambre en un cartón y se dibuja su contorno, después se corta el cartón según el dibujo obteniendo el perfil.

Fotografías. Sirven para conservar el registro del aspecto del paciente antes de la intervención y compararlo con los resultados del tratamiento, estos deben ser diferentes de perfil - boca cerrada y mostrando los dientes.

DENTADURAS INMEDIATAS

La primera diferencia en dentaduras inmediatas que nota el técnico, es la manera en la que está colocado el diente anterior, esto es necesario al remover el yeso del diente artificial en la misma posición como la del diente natural. Este puede ser hecho de diversas formas, dos de las cuales son ilustradas en esta sección.

El primer método está ilustrado en las figuras 23 a la 28. En esta técnica el 3er. diente anterior está a un lado del diente extraído, está removido y la cresta está cubierta al contorno anticipado de la cresta sanada.

Entonces el tercer diente artificial está asentada usando y quedando el tercer diente natural como una guía. El lado opuesto es tratado en forma similar, de éste modo la dentadura está lista para proceder.

El 2do. método requiere que el diente vaya quedando natural al ser removido alternadamente. Este método es ilustrado de la figura 29 hasta la 36. El avance de éste método está en asegurar cada diente existente, queda asentado en su propia posición, en todo caso el diente extraído debe ser cubierto más adelante.

La mayor parte de los dentistas usan un templado quirúrgico cuando es removido el diente anterior, al insertar inmediatamente después la dentadura. Esto es una resina aclarada proyecta en la cuál facilita al dentista estar seguro de que no quedan picos

en el hueso, los cuales pueden interponerse con la inserción inmediata de la dentadura. El templado quirúrgico puede ser hecho como se muestra en las figs de la 39 a la 45.

FIGURA 1.- Las impresiones preliminares están hechas con alginate y el material de impresión es vaciado al molde de manera usual.

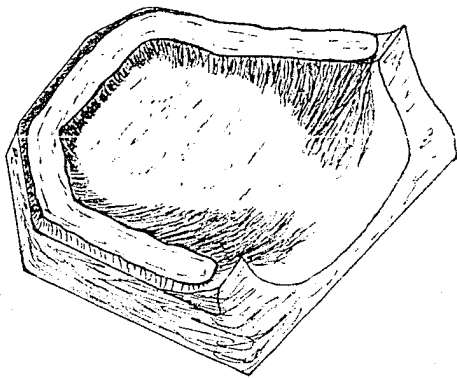
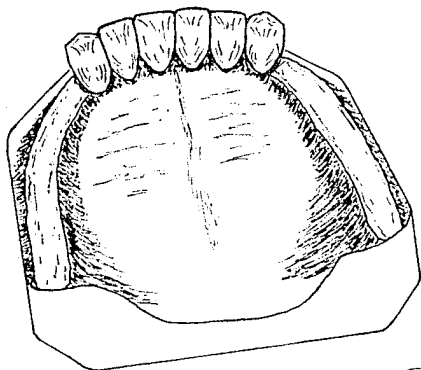


FIGURA 2.- El recipiente está sobre el contorno del molde preliminar y una base espesa de cera es adaptada en el molde. Así la cera queda de 1 a 2 milímetros de pequeña. La cera es removida desde la punta incisiva del diente y es cortada. Así ésta queda cerca de unos 4 mm. de pequeña, al borde posterior del contorno del recipiente.

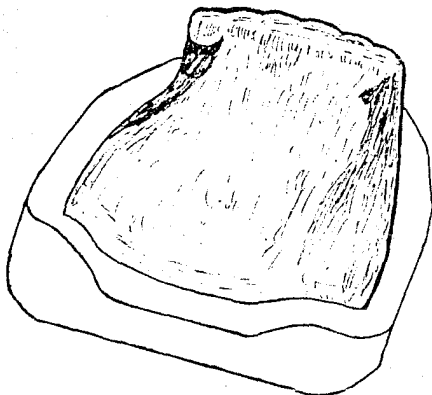


FIGURA 3.- El material del recipiente es preparado y adaptado en la misma manera como para una impresión de una dentadura completa. La impresión de las dentaduras inmediatas en el recipiente después de haber sido removida - del molde y los bordes quedan cubiertos en el contorno.

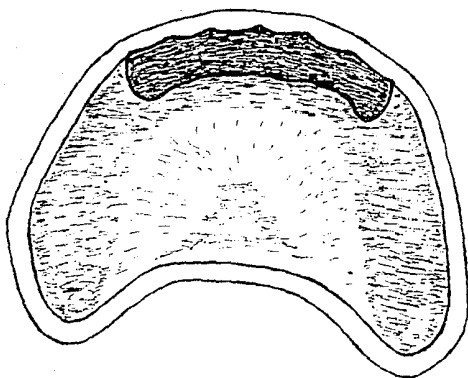


FIGURA 4.- Algunos dentistas desean tener toda la cera -- del recipiente. Otros desean tener únicamente la cera necesaria para el área del diente. Cuando ésto es hecho, el molde puede ser puesto exactamente en la boca del paciente. Después la impresión es hecha.

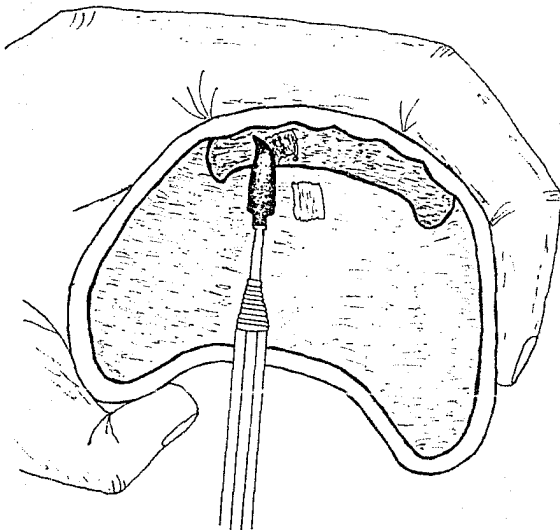


FIGURA 5.- Los orificios son taladrados en el molde con el número de una cavidad circular de (64 3). Estos orificios deben de ser espaciados apropiadamente de unos 3/16 - pulgadas a arte sobre el recipiente entero.

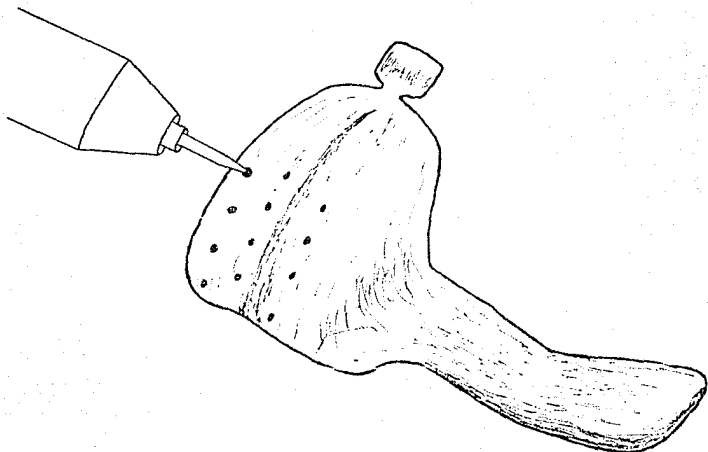


FIGURA 6 y 7.- El molde está ahora listo para ser dado al dentista. El dentista puede poner el molde en la boca y entonces, tomar la impresión final.

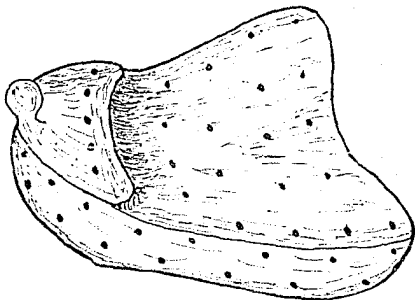
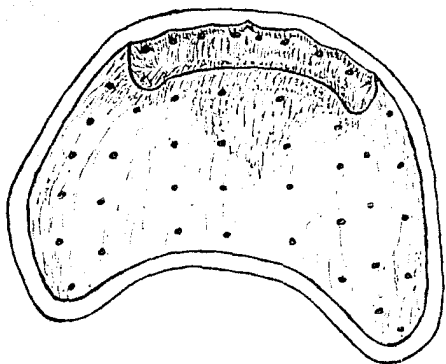


FIGURA 8.- Esta sección muestra un molde con el realce al labio impropriamente el contorno. Un molde tal como éste -- puede producir una impresión, la cual es extendida -- en el bestíbulo labial.

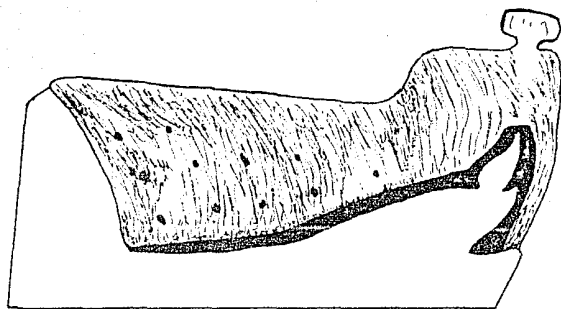


FIGURA 9.- Este molde está propiamente el contorno. El borde anterior al molde y a la cara está adaptado a la superficie facial del diente. Hay espacio suficiente en el vestibulo labial que permite que la impresión puede ser puesta en la boca sin molestar algún tejido suave.

NOTA: La parte anterior del molde reposa otra vez, -- las puntas incisivas deben de quedar como el diente natural. El borde posterior (el cuál reposa otra vez al paladar) forma impedimentos los cuales impiden al dentista acomodar el molde exactamente en la boca.

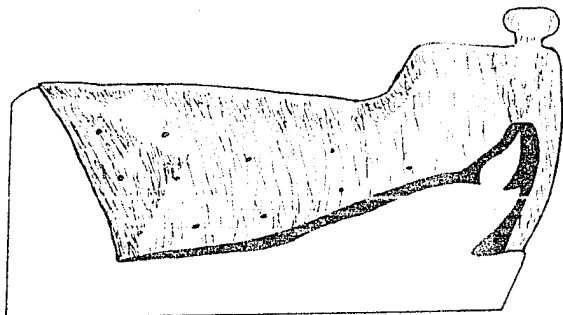


FIGURA 10.- Los moldes del maxilar y la mandíbula ya completos - están listos para darlos al dentista. Una impresión mandibular convencional puede ser hecha en una impresión de material elástico, como puede ser (alginate, mercaptano o hule), éstos son usados para las impresiones maxilares.

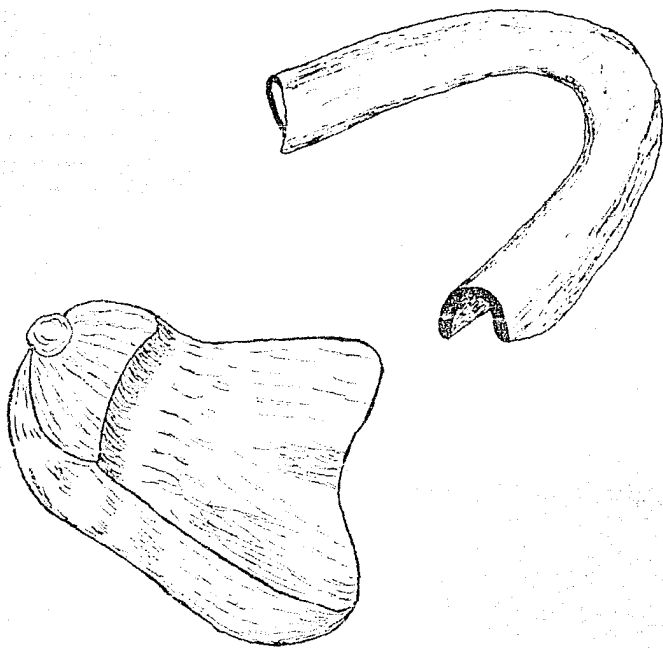


FIGURA 11.- Los moldes maestros.

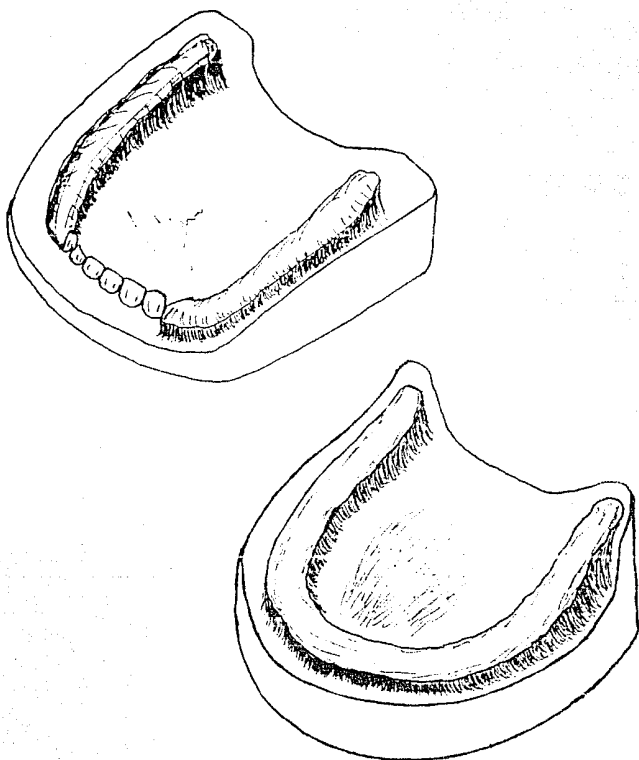


FIGURA 12.- Los modelos base, los bordes estruados están hechos esencialmente en la misma forma como ellos están -- para una rutina, excepto la dentadura del maxilar, el contorno del modelo base está alrededor al quedar el diente natural. E cavar sobre la superficie lingual del diente anterior que está bologuado fuera de el modelo base. La cera está hecha antes del borde ostruido.

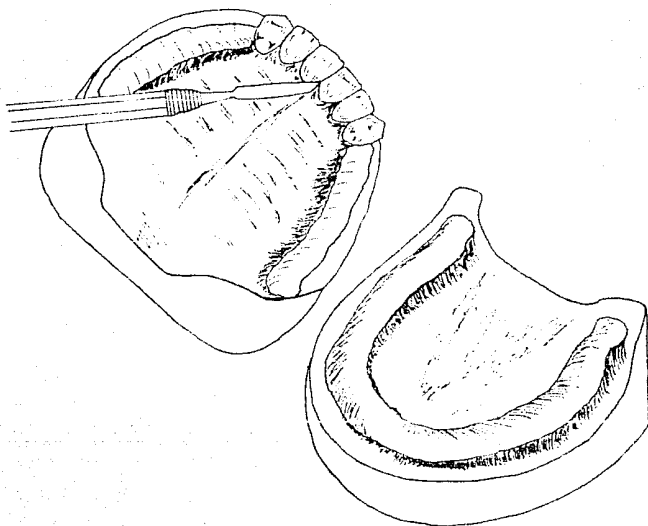


FIGURA 13.- Las matrices de cera están fijas a los modelos ba --
ses y están adaptados a los moldes.

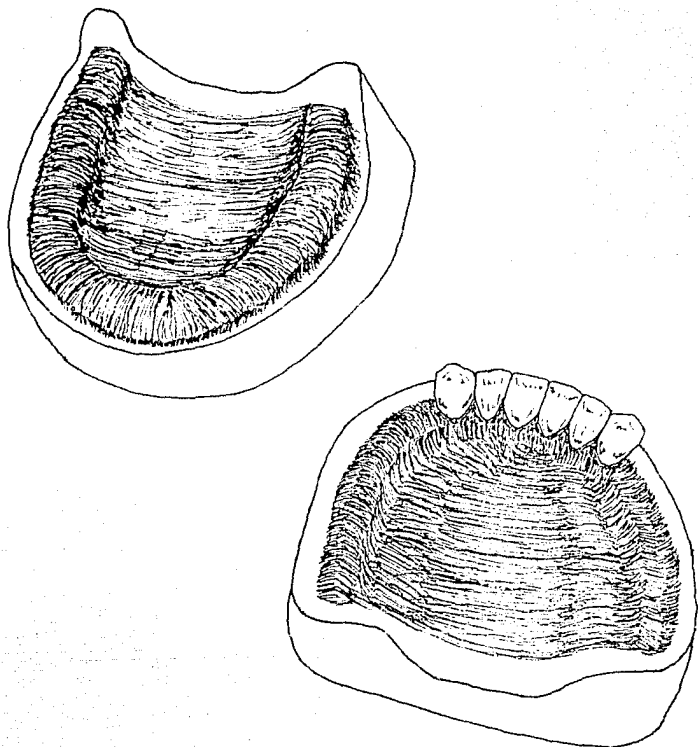


FIGURA 14.- Los moldes están cubiertos con substitutos de estaño.

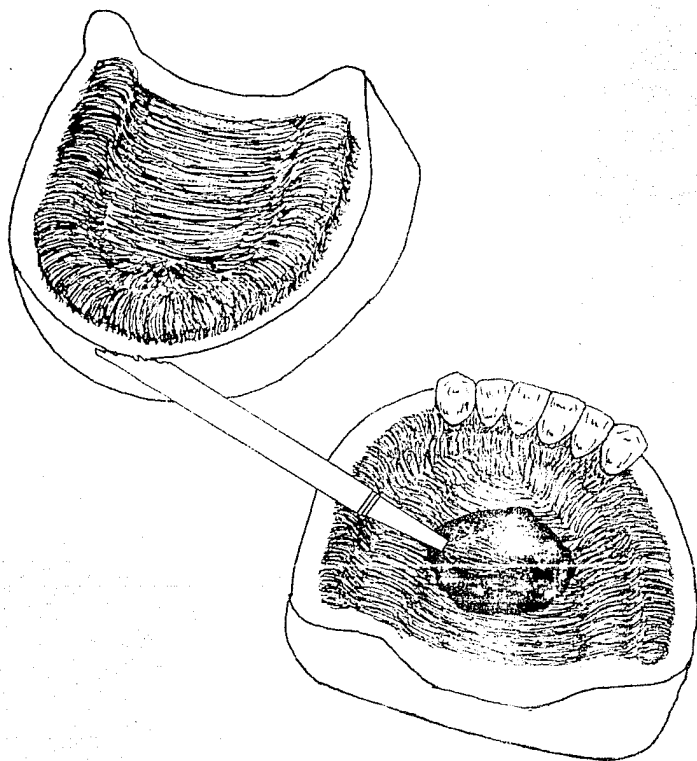


FIGURA 15.- Una mezcla delgada de la misma curación de resina. -
dos partes de polímero y una parte de monómeros es -
usada para completar los platos base.

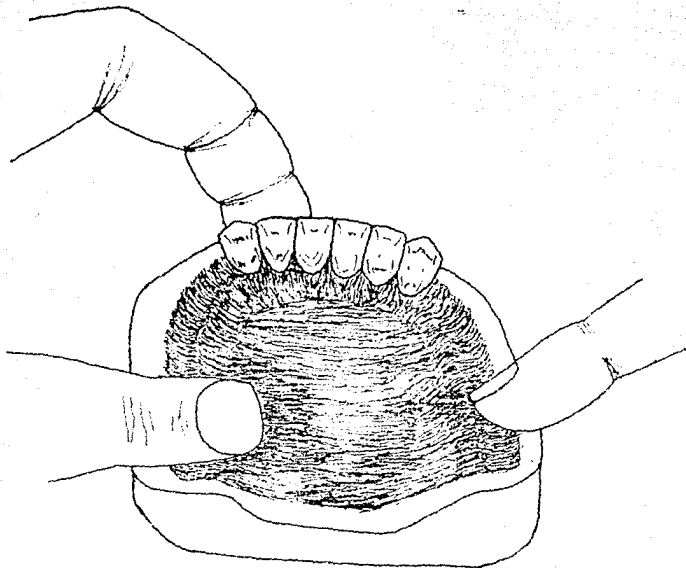


FIGURA 16.- El borde obstruido está embotrado firmemente sobre los modelos base. El borde incisivo de lo que queda del diente natural, es usado para ayudar a establecer el plano obstruido sobre el borde del maxilar.

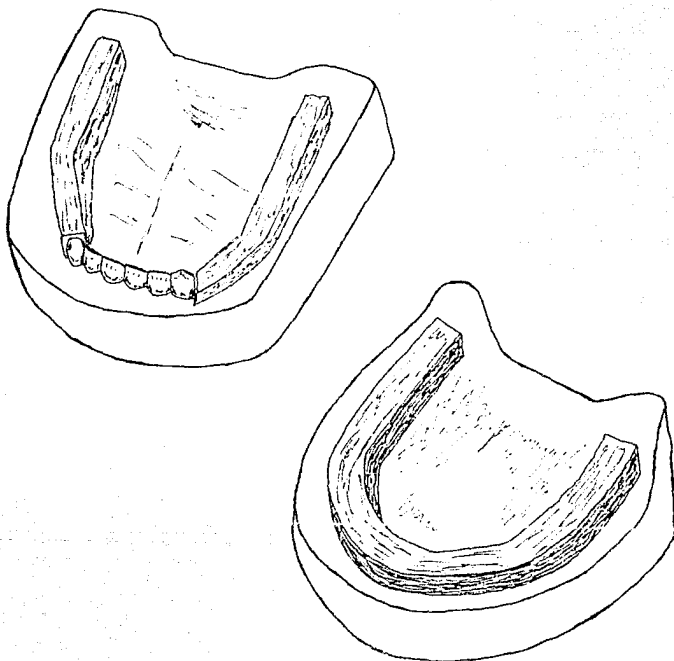


FIGURA 17.- El aparato de mandíbulas es regresado al laboratorio después de ser registrado, y hecho en la oficina dental el borde del maxilar tiene forma de llave sobre una corona que muerde la punta. La punta mordida no es puesta dentro. El borde de los lados maxilares y va quedando en forma del diente natural.

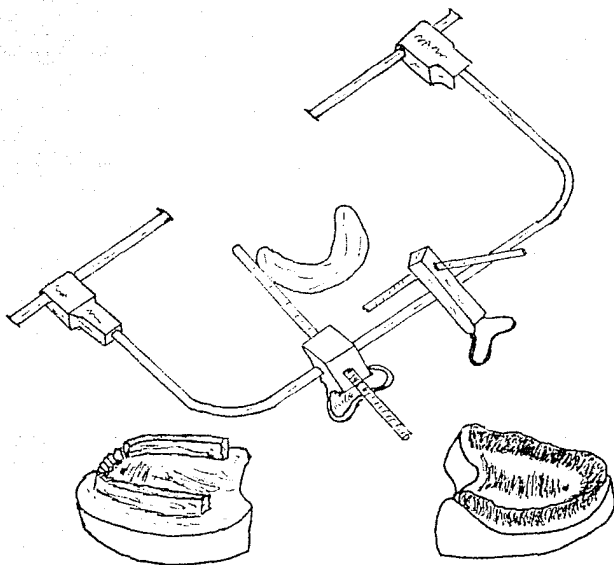


FIGURA 18.- La base es puesta sobre el articulador, el borde del borde maxilar es puesto sobre la punta que mueve y el molde del maxilar

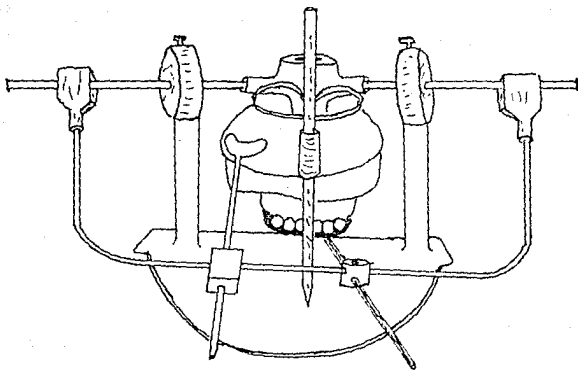


FIGURA 19.- El montaje del molde del maxilar y el mandibular --
está completo.

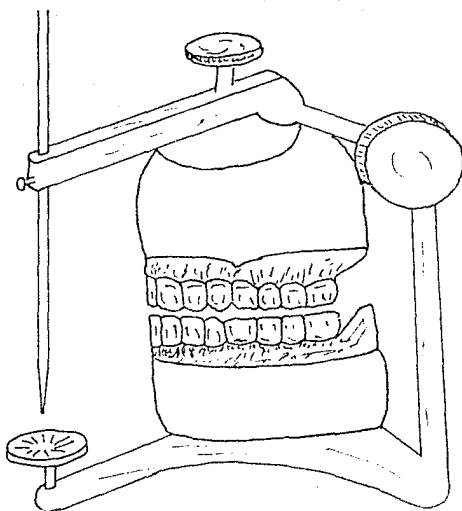


FIGURA 20.- Todos los dientes el cual pueda reemplazar al diente natural. En éste tiempo el dentista chdca la dimen - ción vertical, relación centrica, estética de la man - íbula del diente anterior y al hacer un recorrido - protrusivo, sobre la línea horizontal, con las guías condilares del articulador.

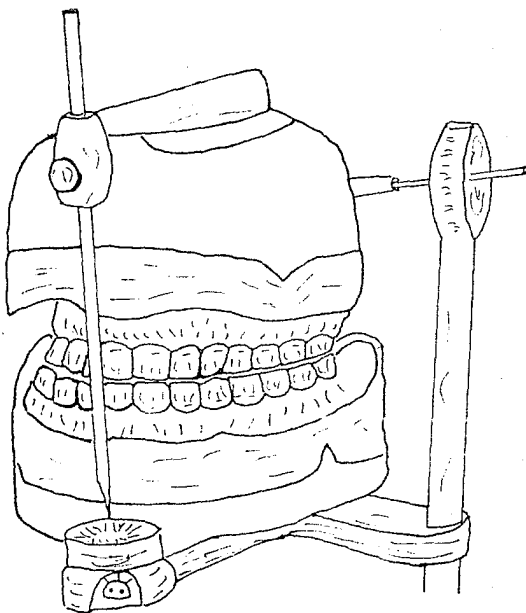


FIGURA 21.- Los elementos cavitarios sobre el articulador, son -
ajustados para el uso del registro protrusivo.

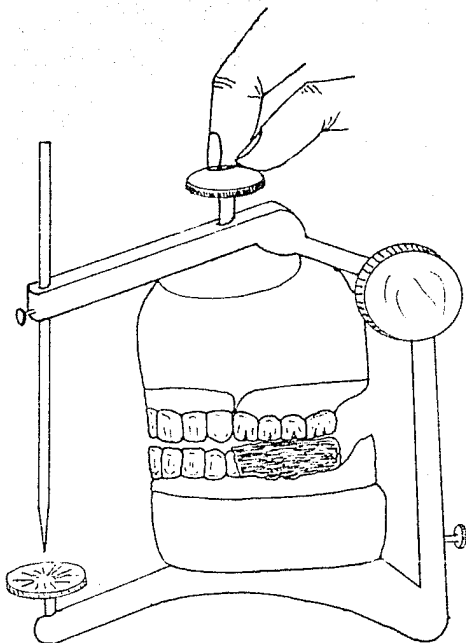


FIGURA 22.- El diente artificial va quedando como el diente natural. Esto puede ser necesario al rebotir el diente artificial. se ve modelado sólidamente y va quedando como el diente natural. El color es suabido por el dentista de acuerdo a su prescripción.

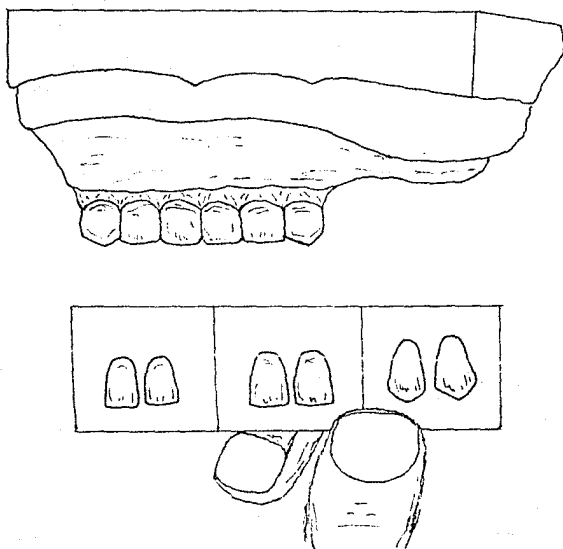


FIGURA 23.- El molde está montado y es removido desde el articu-
lador y el tercer diente sobre el lado derecho es re-
movido.

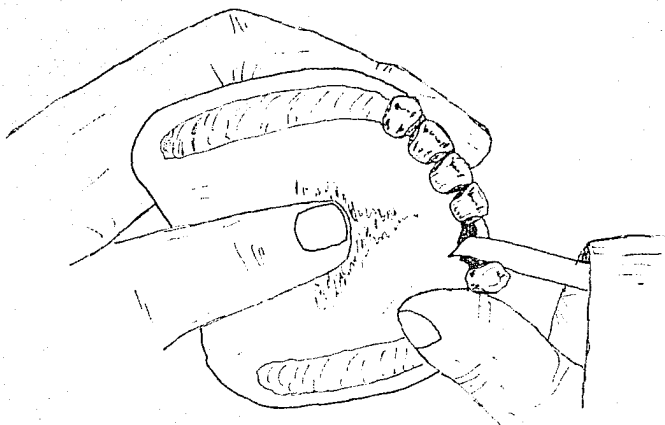


FIGURA 24.- El área de la cima está bien puesta sobre el contorno de la dentadura completa. La forma deseada es indicada sobre la prescripción.

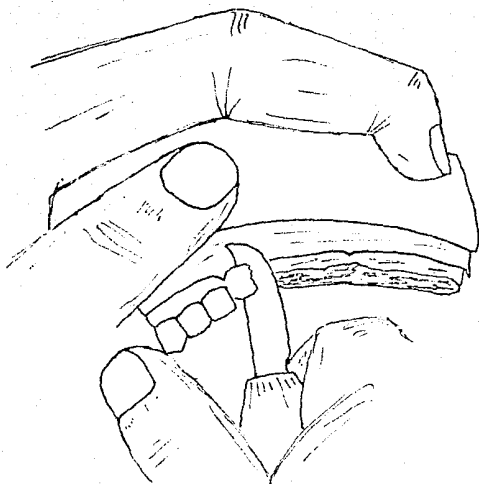


FIGURA 25.- El diente canino del maxilar derecho está en posición. El molde preliminar va quedando como el diente natural (canino) que se está usando como guía.

NOTA: El diente está asentado en una posición vertical compensada por la ventilación causada por el mal estar periodontal del paciente.

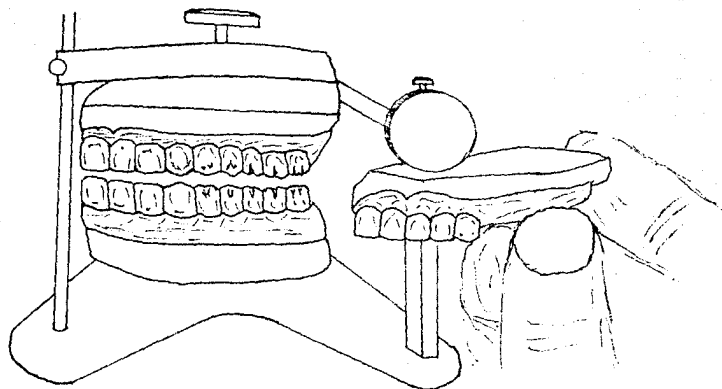


FIGURA 26.- El diente canino del maxilar izquierdo es removido y el molde es bien puesto en forma similar.

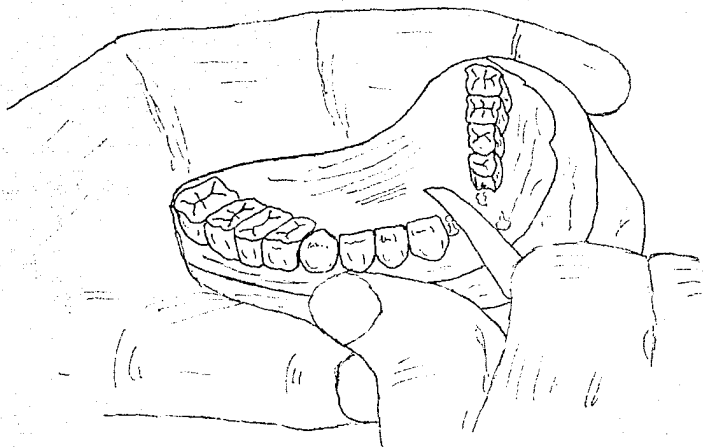


FIGURA 27.- El primer molar del maxilar puede ser puesto en posición y es chequeado usando el molde preliminar como -- una gafa.

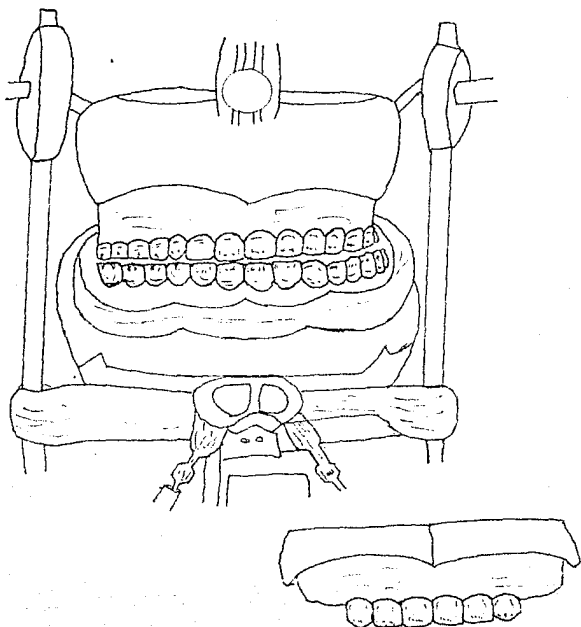


FIGURA 29.- La dentadura está lista para ser llevada y procesada.

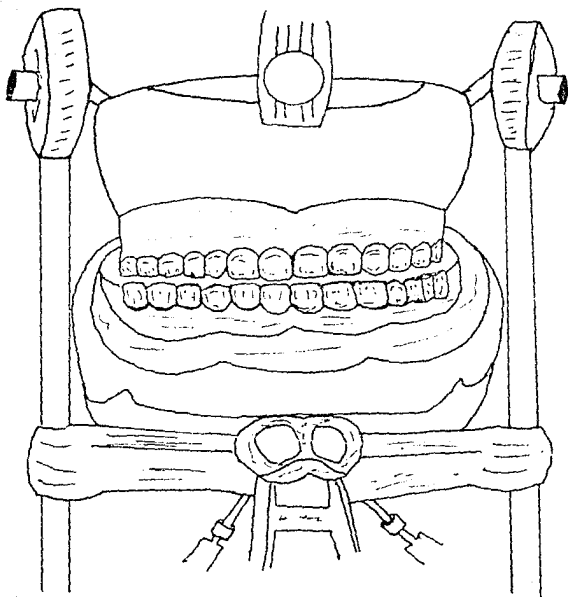


FIGURA 29.- Este es otro método para reemplazar inmediatamente - al diente natural. Los números que se muestran sobre los dientes en esta ilustración, son la secuencia en la cual el yeso del diente puede ser removido y así asentar el diente artificial.

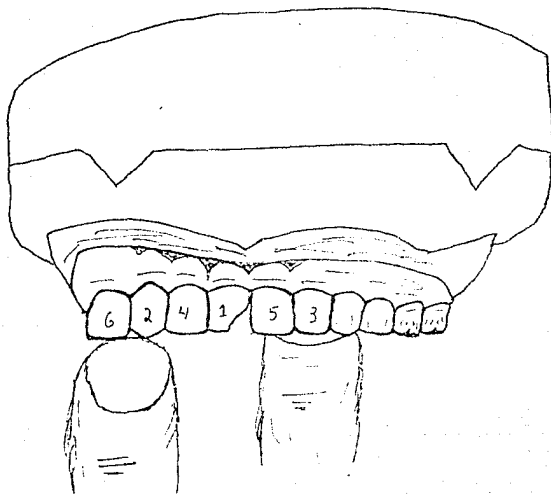


FIGURA 30.- El incisivo central del maxilar derecho es removido del molde y una ligera depresión construida en la - región labial. El área de las encías puede ser reducida si el dentista indica en su prescripción.

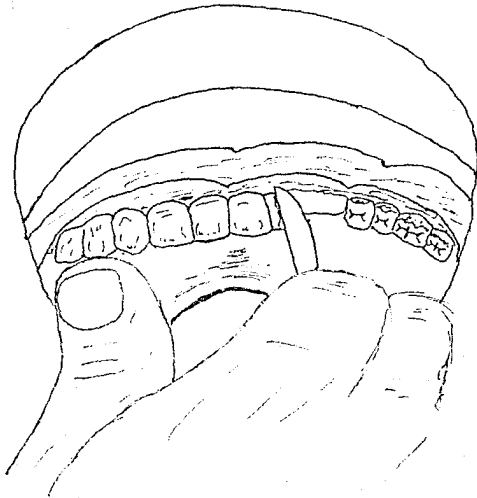


FIGURA 31.- Este dibujo indica el propio contorno del hueco del diente preparado para asentar de inmediato un diente artificial en la dentadura.

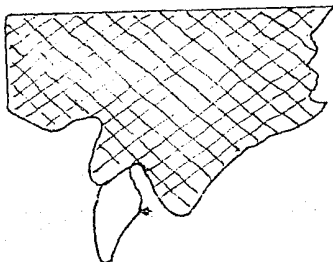
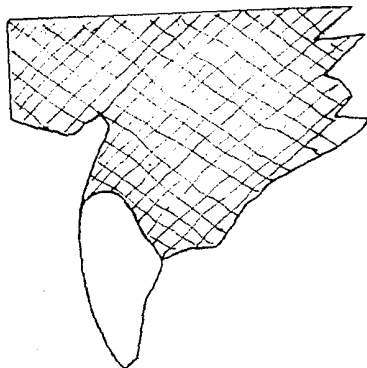


FIGURA 32.- El incisivo central del maxilar derecho está encera-
do en posición.

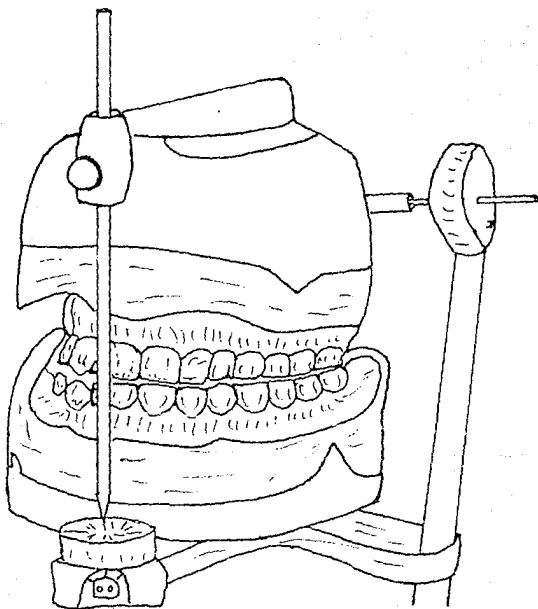


FIGURA 33.- Al ser alternado el yeso del diente éste puede ser removido. El hueco es preparado para asentar el diente en su propia posición. Esto puede ser visto cuando el diente vaya quedando como natural. Tal como definen las guías en la colocación del diente artificial.

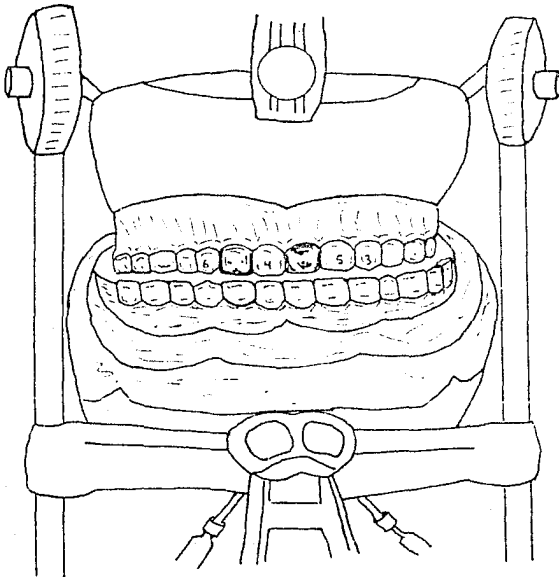


FIGURA 34.- Al quedar el yeso del diente es removido a tiempo y el diente artificial es puesto en posición.

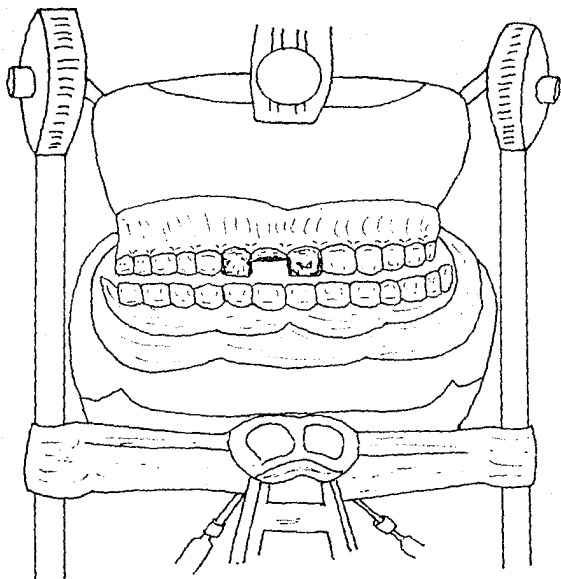
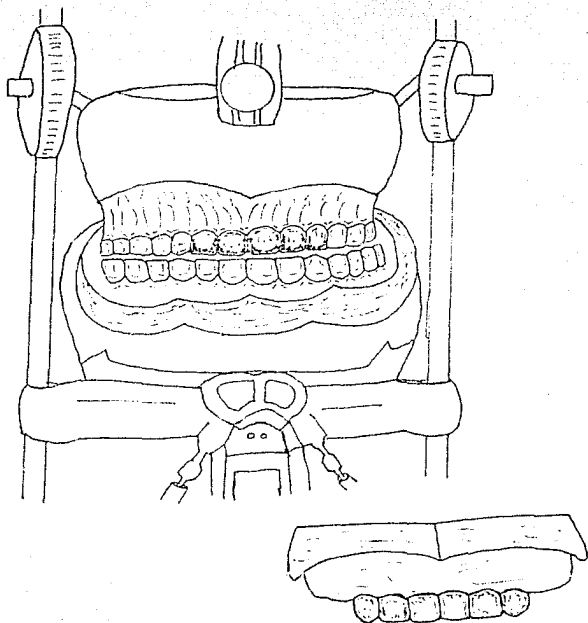


FIGURA 35.- El primer molar del maxilar puede ser puesto en posición, la colocación es chocada para usar el molde -- preliminar.



ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

FIGURA 36.- El festón de la dentadura está listo para ser proce-
sado..

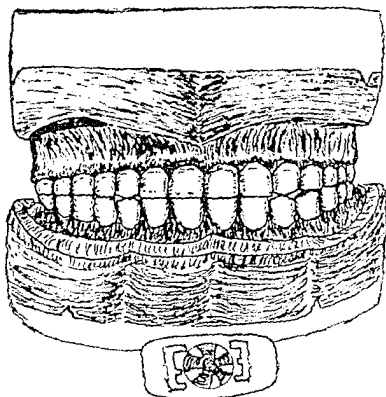


FIGURA 37.- El procedimiento del acabado es el mismo como para el de la dentadura convencional. Esta figura muestra el acabado del maxilar, después la cera puede ser eliminada.

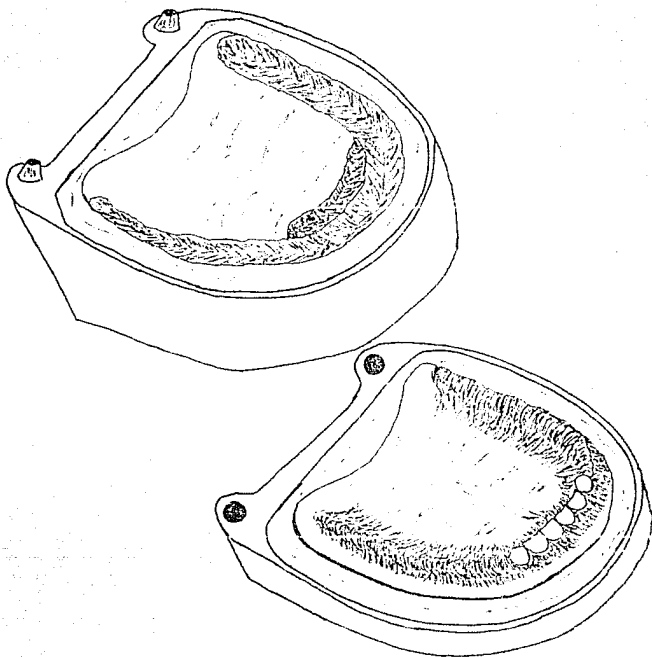


FIGURA 38.- El frea de la cresta del yeso es contorneada según el dentista en su prescripción, o el molde es bien puesto por el dentista.

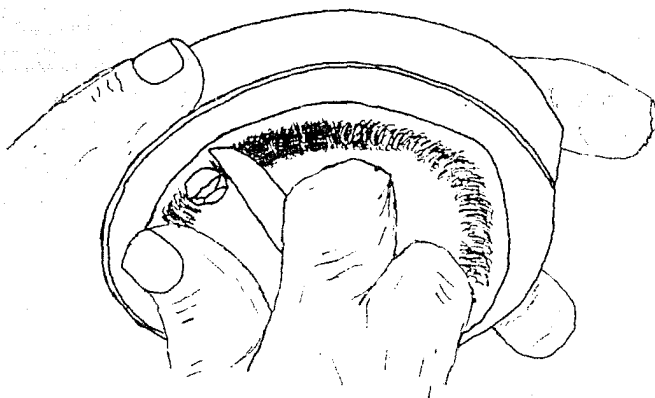


FIGURA 39.- El molde es cubierto con vaselina y una impresión es hecha con alginato para su templado quirúrgico.

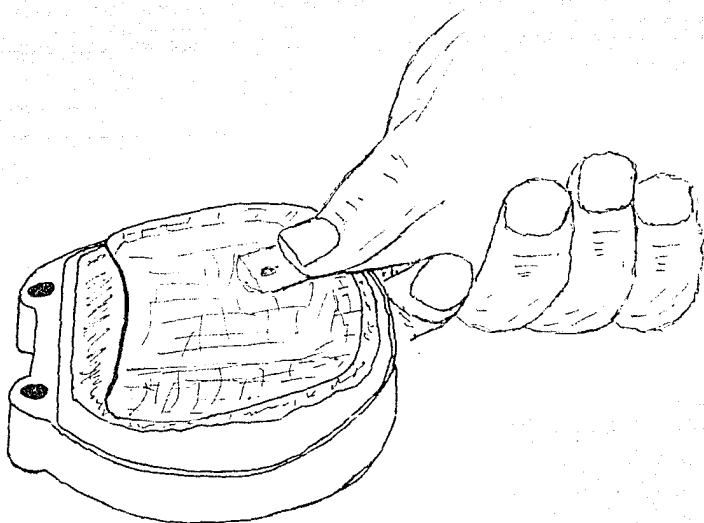


FIGURA 40.- Un molde es producido de la impresión de alginato.

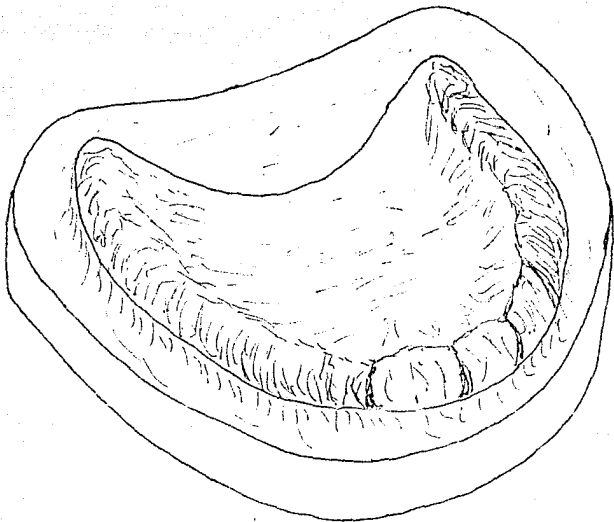


FIGURA 41.- El templado quirúrgico está encerado, usando una cubierta de base cera, otra superficie con dos capas - en el borde de las áreas, la cera es eliminada y procesada en acrílico claro.

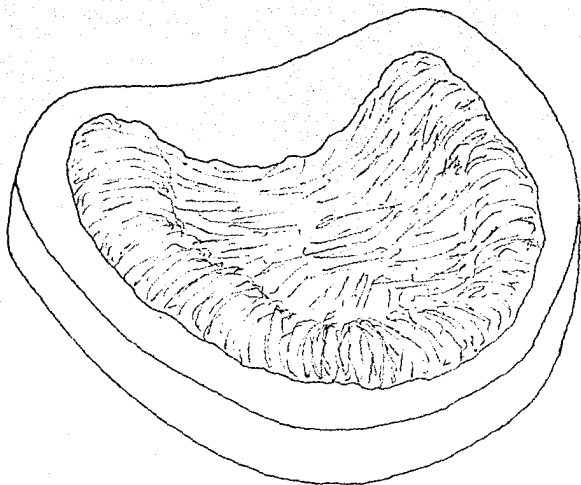


FIGURA 42.- Después las dentaduras son procesadas y ellas son regresadas al articulador y selectivamente se pulverizan al eliminar solamente los errores.

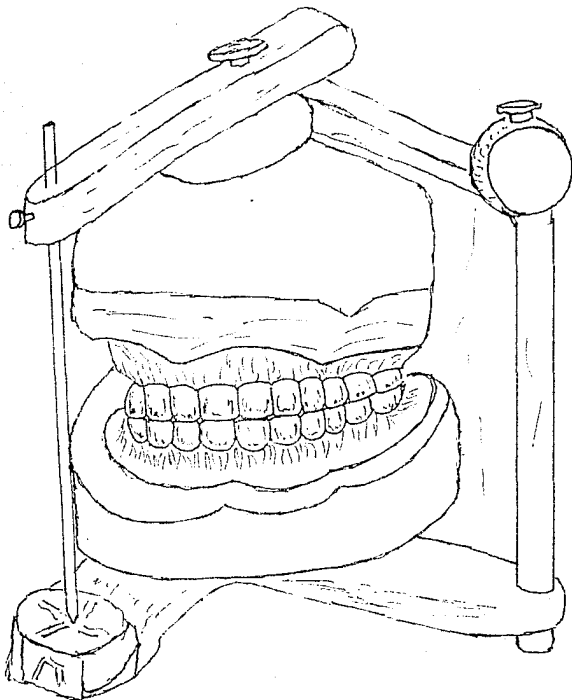


FIGURA 43.- Una relación es tomada antes, el maxilar de la dentadura es removido del molde para finalizar. Esta figura también muestra la resina, ésta es removida del molde y es pulida.

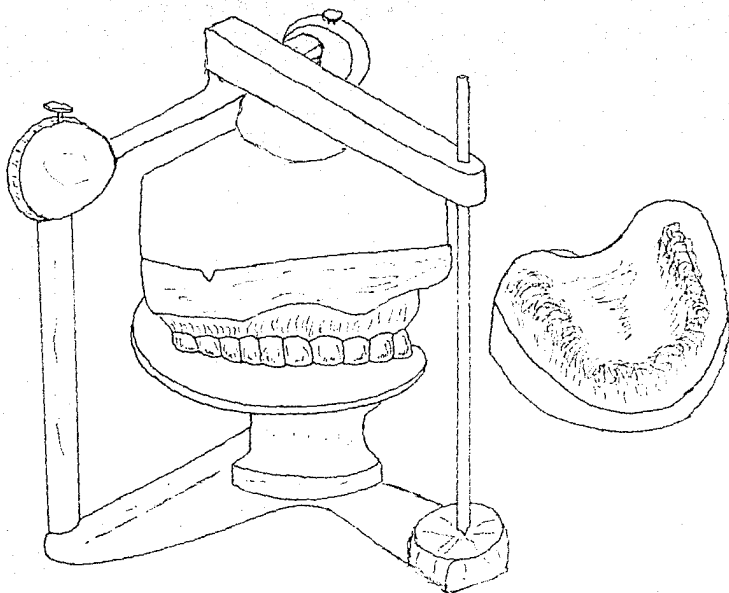
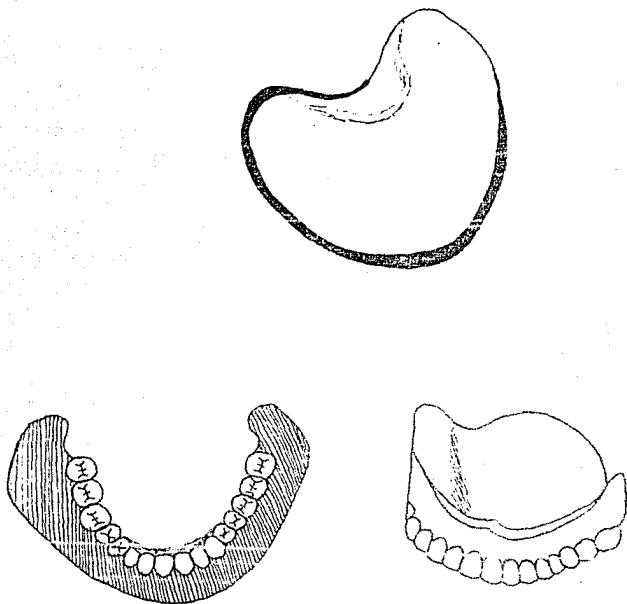


FIGURA 44.- Las dentaduras están completas y el temblado quirúrgico está listo para ser dado al dentista.



CONCLUSIONES

Cada caso de prótesis inmediata debe de tratarse individualmente, por las variaciones que cada caso presenta y para lo cual es necesario, una buena evaluación con el objeto de evitar fallas o un fracaso total del tratamiento.

No debemos olvidar el interrogatorio cuidadoso del paciente impresiones preliminares, selección y colocación del diente, cirugía, etc. para que el resultado sea el deseado.

El paciente evitará edentado, además manteniendo el contorno de los tejidos blandos por los dientes artificiales.

Estética. Cuando la posición de los dientes naturales es adecuada, se formarán como guía, para la colocación de los dientes artificiales, o bien se realizarán las modificaciones necesarias para mejorar la apariencia.

La prótesis inmediata actúa como apósito.

Se mantiene la dimensión vertical, algunos de estos beneficios mencionados son los que se obtienen de la realización de una bien realizada prótesis inmediata. Además de la satisfacción personal, y lo más importante de saber que el paciente quedó satisfecho con nuestro trabajo.

Bibliografía

Capusselli H.O. Schvart T. Tratamiento del edentado Total.
Editorial Mundi, Buenos Aires 1973

Ellinger Ch.W. Rayson J.H. Terry J.M. Rahn.

A.O. Synopsis of Complete Dentures, Lea y Sebigier, Philadelphia 1975.

Dawson P.E. Evaluation y Diagnostico and Treatment of occlusal
problems ms, C.U. Mojby Company, Saint Louis 1977.

Pedro Sayzar. Prótesis Total. Editorial Mundi SALC y S.
Paraguay 2100 Buenos Aires 1972

Sheldon Winkler Prótesis Total. Editorial Interoamericana
na, México 1982

Bureau of Correspondence Instruction
University of North Carolina
Chapel Hill, North Carolina 27514.