

879522

10  
2ej



# INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA  
INCORPORADO A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

## PRINCIPIOS BASICOS DE PROTESIS INMEDIATA

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A :**

**ENRIQUE DIAZ DURAN**



CHIHUAHUA, CHIH.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1990



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.

Í N D I C E P Á G.

INTRODUCCIÓN+++++	6
CAPÍTULO I	
PRÓTESIS INMEDIATA+++++	9
CAPÍTULO II	
TOMA DE IMPRESIONES+++++	52
CAPÍTULO III	
PATOLOGÍA DE LA EDENTACIÓN+++++	64
CONCLUSIONES+++++	92
BIBLIOGRAFÍA+++++	93

## I N T R O D U C C I Ó N

EN LOS ÚLTIMOS AÑOS LA PROSTODONCIA TOTAL HA PRESENT  
TADO UN GRAN AVANCE, PERO LOS OBJETIVOS SIGUEN SIENDO --  
LOS MISMOS, LIMITADOS POR LAS CONDICIONES PSICOLÓGICAS Y  
FISIOLÓGICAS DEL PACIENTE.

### OBJETIVOS:

- 1.- HABILITAR AL PACIENTE PARA MASTICAR HASTA-  
QUE OBTENGA UNA ADECUADA NUTRICIÓN.
- 2.- SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS ESTÉTICOS PA  
RA PRESERVAR LA APARIENCIA NORMAL DEL PA--  
CIENTE.
- 3.- AYUDAR AL PACIENTE A HABLAR TAN BIEN COMO-  
SI CONSERVARA SUS DIENTES NATURALES.
- 4.- PROVEER DE COMODIDAD ORAL Y PERFECCIONAR -  
EL SENTIDO DE BIENESTAR DEL PACIENTE.
- 5.- INFORMAR AL PACIENTE ACERCA DE LOS CAMBIOS  
ESPERADOS EN LOS TEJIDOS DE SOPORTE Y CON-  
VENCERLO DE LA NECESIDAD DE UNA REVISIÓN--  
PERIÓDICA Y DE UN NUEVO TRATAMIENTO EN CA-  
SO NECESARIO.

LA PÉRDIDA DE TODOS LOS DIENTES NO ES UN MERO ACCIDENTE EN LA VIDA DEL SER HUMANO; COMPORTA UNA SERIE DE MODIFICACIONES, EN GRAN PARTE IRREVERSIBLES, QUE ALTERAN LAS CONDICIONES DE LA VIDA. ENTENDIÉNDOSE POR EDENTACIÓN TOTAL LA PÉRDIDA DE TODOS LOS DIENTES DE AMBOS MAXILARES O DE UNO SOLO.

POR LO TANTO, LA FINALIDAD DE ÉSTA TESIS SE BASARÁ SOBRE LA PRÓTESIS INMEDIATA, INCLUYENDO LAS PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES QUE SON OCASIONADAS POR DIVERSOS FACTORES Y POR IATROGENIAS PRODUCIDAS POR EL PROFESIONISTA.

EL CUIDADO PROSTODÓNTICO HA AUMENTADO CONSIDERABLEMENTE LA NECESIDAD DE UNA MEJOR APARIENCIA CON EL CONVENIMIENTO DE QUE LAS DENTADURAS TOTALES PROPORCIONAN BUENA SALUD Y MEJORAN LA NUTRICIÓN; LA IDEA PSICOLÓGICA DE QUE CON DIENTES LA PERSONA REPRESENTA MENOS EDAD, EL CONVENIMIENTO DE QUE LAS DENTADURAS RESTAURAN LA FUNCIÓN Y LA ESTÉTICA PERDIDAS.

ACTUALMENTE ESTA RESPONSABILIDAD HA SIDO RELEGADA CON FRECUENCIA AL TÉCNICO DE LABORATORIO, DÁNDOLE A SU VEZ MAYOR PARTICIPACIÓN Y CRECIENTE DEPENDENCIA DE DESAFORTUNADOS RESULTADOS; AL GRADO QUE ALGUNOS TÉCNICOS EM-

PIECEN A CREER QUE SABEN MÁS ACERCA DE LA PRÓTESIS QUE -  
EL PROPIO PROFESIONISTA; EN OCASIONES CON ATRIBULACIONES  
DE TRATARLOS PERSONALMENTE.

AFORTUNADAMENTE DÍA A DÍA ES MAYOR EL NÚMERO DE PER  
SONAS EDÉNTULAS QUE RECURREN AL PROFESIONAL PREOCUPADAS-  
POR SU APARIENCIA, DE AHÍ QUE SURJA LA NECESIDAD DE UNA-  
MEJOR Y MAYOR PREPARACIÓN POR PARTE DEL CIRUJANO DENTIS-  
TA.

POR LO TANTO, ES RESPONSABILIDAD DEL ODONTÓLOGO EN-  
TENDER, ORDENAR Y DIRIGIR TODAS LAS ETAPAS DE CONSTRUC--  
CIÓN QUE COMPRENDE EL TRATAMIENTO PROTÉTICO DEL PACIENTE.

## CAPÍTULO I

### PRÓTESIS INMEDIATA

#### GENERALIDADES.

LA PRÓTESIS INMEDIATA PARECE HABERSE INICIADO COMO OTROS GRANDES PROGRESOS PROSTODÓNTICOS A MEDIADOS DEL SI GLO PASADO.

SIN EMBARGO, NO FUE HASTA 1920 COMO CONSECUENCIA DE LAS EXTRACCIONES MASIVAS IMPUESTAS POR LA TEORÍA DE LA-- LA INFECCIÓN FOCAL POR UN LADO, Y DEL PROGRESO DE LA --- ANESTESIA Y LA RADIOGRAFÍA POR EL OTRO, QUE LA PRÓTESIS-- INMEDIATA HIZO UN ADELANTO ESPECTACULAR, EN COMBINACIÓN-- CON EL PROGRESO TAMBIÉN ESPECTACULAR DE LA CIRUGÍA BU--- CAL.

LA PRÓTESIS INMEDIATA NO ES UNA ALTERNATIVA FRENTE-- A LA ODONTOLOGÍA CONSERVADORA, NO AUTORIZA LA EXTRACCIÓN DE DIENTES CUYA CONSERVACIÓN SATISFACTORIA ES AÚN POSI-- BLE NI GARANTIZA CONTRA LOS FENÓMENOS IATROGÉNICOS QUE-- PUEDAN SOBREVENIR. ES UN SERVICIO PROFESIONAL QUE RE--

QUIERE MÁS CONOCIMIENTOS, HABILIDAD Y CRITERIO QUE LA --  
PRÓTESIS REGULAR. EN CONSECUENCIA, FÁCILMENTE PUEDE --  
PROVOCAR LA REACCIÓN DEL PACIENTE, CUANDO ÉSTE SE ENTERA  
DE SUS DIFICULTADES DESPUÉS DE LA PÉRDIDA DE SUS DIENTES  
NATURALES POR INDICACIÓN DEL ODONTÓLOGO.

NO SE DEBE OLVIDAR QUE EL PACIENTE NECESITADO DE --  
PRÓTESIS INMEDIATA NO ES UN DESDENTADO Y CARECE DE EXPERIENCIA.

DEFINICIÓN:

LA PRÓTESIS INMEDIATA ES EL PROCEDIMIENTO DE COLOCAR LOS DIENTES ARTIFICIALES INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE HABER REALIZADO LAS EXTRACCIONES Y REGULARIZACIÓN DE LOS MAXILARES. ESTE CRITERIO PARECE EXCESIVAMENTE RESTRINGIDO, PUESTO QUE TODA PRÓTESIS COLOCADA HASTA ALGUNOS DÍAS DESPUÉS DE LAS EXTRACCIONES, TIENE CARACTERÍSTICAS DE LA INMEDIATA: EL PACIENTE NO SE HA ACOSTUMBRADO A ESTAR SIN DIENTES, EL APARATO ES COLOCADO SOBRE BRECHAS QUIRÚRGICAS SOLO CUBIERTAS POR SUS COÁGULOS O POR COLGAJOS AÚN NO CONSOLIDADOS Y, POR LO TANTO DURANTE EL PRIMER PERÍODO SE DEBE ATENDER SIMULTÁNEAMENTE A LA INSTALACIÓN DE LA PRÓTESIS, AL POSTOPERATORIO QUE EVOLUCIONA EN



**CONTACTO CON ELLA Y A LA ATROFIA CICATRIZAL.**

LA IMPORTANCIA DE ESTAS DISTINCIONES RADICA EN EL PRONÓSTICO, PUESTO QUE LA PRÓTESIS INMEDIATA, CUALESQUIERA QUE SEA LA TÉCNICA SEGUIDA Y EL MOMENTO EXACTO EN QUE SE LA COLOQUE, ASIENTA SOBRE TEJIDOS RECIEN OPERADOS Y QUE MUY PROBABLEMENTE SUFRIRÁN MODIFICACIONES IMPORTANTES EN POCO TIEMPO. EL PACIENTE DEBE SABERLO, UNA SEGUNDA PRÓTESIS SUELE REQUERIRSE AL CABO DE UN TIEMPO. SOLO EL PACIENTE QUE TENGA CONCIENCIA DE ESTA SITUACIÓN PUEDE AFRONTARLA SIN NUEVOS SUFRIMIENTOS Y SIN EXIGIR DEL ODONTÓLOGO UNA RESPONSABILIDAD QUE NO LE CORRESPONDE.

**INDICACIONES Y CODNTRAINDICACIONES:**

- 1.- QUE LA EDAD Y EL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE PERMITAN LA O LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS QUE SE REQUIERAN.
- 2.- QUE EL ESTADO DE LA BOCA Y DIENTES ADMITAN LA ESPERA NECESARIA PARA EL TRABAJO OPERATORIO.
- 3.- QUE EL PACIENTE DESEE ESTE TIPO DE SERVICIO Y ESTÉ DISPUESTO A ACEPTARLO, CON TODO

SU CONTENIDO IMPLÍCITO.

SI EL CASO NO LLENA LOS REQUISITOS ANTERIORES, ESTÁ TOTALMENTE CONTRAINDICADO.

VENTAJAS.

LAS VENTAJAS DE LA PRÓTESIS INMEDIATA PUEDEN CLASIFICARSE EN: ANATÓMICAS, FUNCIONALES, ESTÉTICAS Y PSÍQUICAS.

ANATÓMICAS:

- a).- IMPIDE LA PÉRDIDA INMEDIATA DE LA DIMENSIÓN VERTICAL AL REEMPLAZAR EL TOPE OCLUSAL, PRESERVANDO LA ALTURA MORFOLÓGICA.
- b).- CONSERVAR EL FUNCIONAMIENTO NORMAL DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.
- c).- IMPIDE EL ENSANCHAMIENTO LINGUAL.
- d).- IMPIDE EL COLAPSO LABIAL Y EL HUNDIMIENTO DE LAS MEJILLAS.

FUNCIONALES:

- a).- PERMITE A LA MUSCULATURA AFECTADA SEGUIR FUNCIONANDO EN SUS POSICIONES NORMALES.

- b).- EVITA LA MAYOR PARTE DE LOS TRASTORNOS Y REAJUSTES FONÉTICOS.
- c).- FACILITA LA MASTICACIÓN RÁPIDAMENTE, EVITANDO O REDUCIENDO LOS REAJUSTES DIETÉTICOS Y DIGESTIVOS.
- d).- AYUDA A MANTENER NORMALMENTE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DE RELACIÓN.

ESTÉTICAS:

- a).- IMPIDE EL COLAPSO FACIAL, CONSECUENCIA DE LAS PÉRDIDAS Y TRANSFORMACIONES ANATÓMICAS.
- b).- CON FRECUENCIA PERMITE INTRODUCIR MEJORAS, A VECES CONSIDERABLES.

PSÍQUICAS:

- a).- ELIMINA LA HUMILLACIÓN QUE SUFREN MUCHOS-PACIENTES AL PRESENTARSE SIN DIENTES.
- b).- PERMITE MANTENER EL EQUILIBRIO ESPIRITUAL Y FACILITA LA CONTINUIDAD DE LA VIDA DE RELACIÓN, AL EVITAR LA INFLUENCIA DEL --- "QUE DIRÁN".

- c).- TAMBIÉN FACILITA LA DECISIÓN DE SACRIFICAR LOS DIENTES NATURALES, CUANDO SEA PRECISO.
- d).- REDUCE LOS TRASTORNOS DEL ACOSTUMBRAMIENTO A LA PRÓTESIS.

TAMBIÉN SE INCORPORAN LAS VENTAJAS QUIRÚRGICAS Y ORGÁNICAS.

- a).- EVITAR LA HEMORRAGIA.
- b).- DISMINUIR LA INFLAMACIÓN.
- c).- ACTUAR COMO PROTECTOR DE LAS HERIDAS, DURANTE LOS PRIMEROS DÍAS.
- d).- FRENAR LA ATROFIA ÓSEA, MANTENIENDO MAYOR PROPORCIÓN DE REBORDE RESIDUAL.

INCONVENIENTES:

- 1.- LA COORDINACIÓN QUIRÚRGICO-PROTÉTICA EXIGE PRECISIÓN EN LA TÉCNICA ESTABLECIDA EN BASE A EXACTOS DIAGNÓSTICOS Y A AJUSTADAS INDICACIONES EN AMBOS SENTIDOS.

- 2.- LA SELECCIÓN DE CASOS ES UNA EXIGENCIA INEXCUSABLE. ANTE LA EDENTACIÓN TOTAL, SI NO HAY CONTRAINDICACIÓN FORMAL, EL PROTESISTA NO TIENE OTRA EXCUSA PARA NO ACTUAR, SINO LA INCOMPRENSIÓN DEL PACIENTE O SU PROPIA INCAPACIDAD FRENTE A LA DIFICULTAD DEL CASO. ANTE LA EDENTACION FUTURA, EN CAMBIO Y SU EVENTUAL REEMPLAZO POR PRÓTESIS INMEDIATA, ENTRAN EN JUEGO FACTORES DE ESTADO GENERAL, UTILIDAD, VENTAJA Y POSIBILIDAD QUE DEBEN SER ADECUADAMENTE EVALUADAS EN CADA PACIENTE.
- 3.- NECESIDAD DE REBASES, REAJUSTES Y REQUERIR DE NUEVA PRÓTESIS.
- 4.- FALLAS TÉCNICAS, QUE PUEDEN SER CLÍNICAS O DE LABORATORIO, SOLO SE MANIFIESTAN DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA FINAL. SIENDO IRREVERSIBLES.

EL PACIENTE DEBE TENER CLARA CONCIENCIA DE ESTAS LIMITACIONES.

#### TIPOS DE PRÓTESIS INMEDIATA.

- 1.- LA PRÓTESIS PARCIAL ADITIVA:  
ES LA PRÓTESIS PARCIAL EN LA CUAL SE VAN AGREGANDO DIENTES DESPUÉS DE LAS EXTRACCIONES.

TIENE VENTAJAS DEFINITIVAS, QUE LA INDICAN EN MUCHOS CASOS: EVITA LAS EXTRACCIONES MASIVAS, PERMITIENDO UN DESDENTAMIENTO GRADUAL. POR LO MISMO FACILITA LA EXTRACCIÓN PREVIA DE LOS DIENTES POSTERIORES, SIRVIENDO COMO TRANSICIÓN HACIA LA PRÓTESIS INMEDIATA COMPLETA. PUEDE HACER MÁS ECONÓMICO EL SERVICIO O FACILITAR SU FINANCIAMIENTO Y A VECES, PRESTAR SERVICIOS DURADEROS.

2.- LA FÉRULA TRANSISTORIA:

LOS DIENTES POSTERIORES SON REEMPLAZADOS POR FÉRULAS DE ACRÍLICO QUE SE ARTICULAN DIRECTAMENTE EN LA BOCA, AÑADIENDO ACRÍLICO AUTOPOLIMERIZABLE; LOS DIENTES ANTERIORES SE HACEN RÁPIDAMENTE POR VACIADO DE LOS DIENTES EN LA IMPRESIÓN CON ACRÍLICO DE COLOR ADECUADO. PUEDE SER UNA SOLUCIÓN EN CIERTOS CASOS POR SU RAPIDEZ Y ECONOMÍA.

3.- LA PRÓTESIS INMEDIATA COMPLETA ABIERTA O SIN-FLANCO VESTIBULAR (CASI SIEMPRE SIN EL ANTERIOR):

BASTA EXCAVAR EL ALVÉOLO EN EL MODELO E INTRODUCIR EN ESTE 2 ó 3 mm. DEL DIENTE DE REEMPLAZO (DE AHÍ EL NOMBRE DE INTRAALVEOLAR). EL -

RESULTADO INMEDIATO SUELE SER ESPECTACULAR, AL MOSTRAR LOS DIENTES EMERGIENDO DE LA ENCÍA. TIENE LA VENTAJA DE PERMITIR LA ATROFIA VESTIBULAR SIN PERTURBACIÓN. Y EL INCONVENIENTE-- DE REQUERIR LA ENCÍA ARTIFICIAL AL CABO DE 15- a 20 DÍAS.

4.- LA PRÓTESIS INMEDIATA CON ENCÍA COMPLETA:

ES LA MÁS EXIGENTE EN LA TÉCNICA DE CONSTRUCCIÓN Y LA PREFERIDA POR LA MAYORÍA, PUES REDUCE EL PELIGRO DE RETENCIÓN DEFICIENTE, QUE PUEDE PRESENTARSE EN LAS PROTESIS SIN ENCÍA ARTIFICIAL Y ES MÁS FÁCIL ATENDER AL PACIENTE.

EL MOMENTO DE COLOCAR LA PRÓTESIS INMEDIATA ES AQUEL -- QUE SIGUE A LAS EXTRACCIONES, AUNQUE SE PUEDE DEJAR PASAR UN PERÍODO DE 10 ó 15 DÍAS, QUE CONFIERE MAYOR ELASTICIDAD A -- LOS PLANES DE TRATAMIENTO.

EN CIERTOS CASOS: DIENTES MUY MOVEDIZOS, GRANDES ALVEOLECTOMÍAS CORRECTORAS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS COLATERALES, ES PREFERIBLE PREPARAR LA PRÓTESIS DESPUÉS DE LAS EXTRACCIONES, YA SEA TOMANDO LAS IMPRESIONES INMEDIATAMENTE DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, UNA VEZ COHIBIDA LA HEMORRAGIA, O ESPERANDO 1, 2 ó MÁS DÍAS, SEGÚN LA URGENCIA.

LA TÉCNICA PROTÉTICA, EN ESTOS CASOS, ES LA MISMA QUE PARA LA PRÓTESIS REGULAR.

### DIAGNÓSTICO.

DIAGNÓSTICO ES EL ELEMENTO SEMIOLÓGICO NECESARIO E INDISPENSABLE PARA LA REALIZACIÓN DE UNA MEJOR PRÓTESIS, CONFIRIÉNDOLE SU REAL JERARQUÍA DENTRO DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD; PERMITEN DETERMINAR LAS DISTINTAS Y ESPECÍFICAS NECESIDADES DE CADA PACIENTE Y DE CADA MEDIO AMBIENTE ORAL, Y SUJETAS A UNA VARIADA APLICACIÓN DE FORMAS DE TRATAMIENTO.

### EXAMEN CLÍNICO:

ES MINUCIOSO EN TODOS SUS DETALLES, DEBE CUBRIR NO SOLO EL ESTADO GENERAL, FACIAL Y BUCAL, SINO TAMBIÉN Y MUY ESPECIALMENTE, EL ESTADO MENTAL, LA ACTITUD DEL PACIENTE Y SU CAPACIDAD PARA COMPRENDER LA SITUACIÓN.

EL ESTADO GENERAL, PUEDE INFLUIR EN LAS DECISIONES, NO SOLO EN RELACIÓN CON LA PRÓTESIS, SINO TAMBIÉN CON LA CIRUGÍA Y EL POSTOPERATORIO. A MEJOR ESTADO GENERAL Y LOCAL, MAYORES LAS PROBABILIDADES DE ÉXITO. UN ESTADO GENERAL QUE OFRECE DUDAS, O UN PACIENTE POCO DISPUESTO, PUEDE HACER CAMBIAR LA INDICACIÓN DE TRATAMIENTO PROTÉTICO, ACONSEJANDO POR EJEMPLO, LA PRÓTESIS INMEDIATA EN ETAPAS O ADITIVA EN



VEZ DE LA EXTRACCIÓN MASIVA.

POR OTRA PARTE, SI EL PACIENTE NO ESTÁ EN CONDICIONES DE COMPRENDER PORQUÉ DE LA PRÓTESIS INMEDIATA, SUS VENTAJAS Y SUS INCONVENIENTES, NO DEBE INDICÁRSELE ESTE SERVICIO. COMO REQUERIMIENTOS MENTALES MÍNIMOS DEL PACIENTE DEBEN DE EXIGIRSE:

- a) CAPTACIÓN.
- b) VALORACIÓN.
- c) DISPOSICIÓN.
- d) CONFIANZA EN EL PROFESIONAL.

IMPRESIONES PRELIMINARES:

AQUI, LOS MATERIALES ELÁSTICOS SON DE RIGOR. PUEDEN SER MIXTOS (MODELINA O CERA CON ALGINATO O SILICONA), PERO GENERALMENTE BASTAN BUENAS IMPRESIONES DE ALGINATO, QUE CUBRAN TODA LA SUPERFICIE PROTÉTICA (RETIRADAS LAS PRÓTESIS PARCIALES REMOVIBLES).

LOS MODELOS DEBEN VACIARSE EN YESO PIEDRA, CON REFUERZOS METÁLICOS PARA LOS DIENTES AISLADOS O MUY LARGOS.

LAS PLACAS DE REGISTRO PARCIALES, DESTINADAS A ARTICU

PAR LOS MODELOS PRELIMINARES, PREFERENTEMENTE DE "PLACA DE GRAFF" (ES UN MATERIAL TERMOPLÁSTICO, COMPUESTO A BASE DE LACA Y RESINAS, DESTINADO ESPECIALMENTE A LA PREPARACIÓN-- DE BASES PROTÉTICAS TEMPORALES. SE EXPENDE EN LÁMINAS DE ESPESOR ADECUADO PARA LAS PLACAS DE BASE 2 mm), TENDRÁN BO DETES DE CERA Y, EN CASO NECESARIO, AYUDARÁN SU RETENCIÓN-- CON GANCHOS DE ALAMBRE.

ARTICULADOR DE DIAGNÓSTICO:

EL REGISTRO INTERMAXILAR (O MORDIDA) A LOS EFECTOS -- DEL DIAGNÓSTICO, SERÁ LA OCLUSIÓN CENTRAL ACTUAL, CON LAS-- MALOCLUSIONES CONGÉNITAS O ADQUIRIDAS, BASTANTE FRECUENTES EN ESTOS CASOS. LA MOVILIDAD MANDIBULAR EXCÉNTRICA SE -- COMPROBARÁ SOBRE EL PACIENTE SIN NECESIDAD DE REGISTROS,-- EXCEPTO EN EL CASO DE OBSERVARSE ALGUNA ANOMALÍA O SIGNOS-- DE SÍNDROME TEMPOROMANDIBULAR, CASOS QUE EXIGEN EL MONTAJE DE LOS MODELOS EN ARTICULADOR ADAPTABLE PARA DIAGNOSTICAR-- FIELMENTE LA POSICIÓN MANDIBULAR Y LA OCLUSIÓN.

EL ARTICULADOR DE DIAGNÓSTICO, EN TODOS LOS CASOS QUE NO EXIGEN EL ADAPTABLE, PUEDE SER SIMPLEMENTE UN ARTICULA-- DOR DE YESO, O MEJOR DE ALAMBRE CUYO ESCASO VOLUMEN Y REDU-- CIDO VALOR ECONÓMICO PERMITE LA CONSERVACIÓN INDEFINIDA,-- CON VENTAJAS PARA LA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO.

EXAMEN RADIOGRÁFICO:

DEBE CONSIDERARSE IMPRESCINDIBLE EL EXAMEN DE TODA LA BOCA, INCLUSO LOS ESPACIOS DESDENTADOS, NO SOLO COMO COADYUVANTE DEL EXAMEN CLÍNICO, DEL QUE SURGE LA INDICACIÓN DE -- EDENTAR AL PACIENTE, SINO TAMBIÉN PARA DESCUBRIR LAS RAÍCES RETENIDAS, HIPERCEMENTOSIS, ANQUILOSIS, DIENTES INCLUIDOS Y FOCOS EN LAS ZONAS APARENTEMENTE DESDENTADAS, FACILITAR EL DIAGNÓSTICO QUIRÚRGICO Y COMPLETAR EL DIAGNÓSTICO PROTÉTICO.

PLANES DE TRATAMIENTO

INDICACIÓN DE TRATAMIENTO.

CONOCIENDO LAS VENTAJAS Y LOS INCONVENIENTES DE LA PRÓTESIS INMEDIATA Y SUS TIPOS, EN TÉRMINOS GENERALES, LO MEJOR ES INDICAR AL PACIENTE LAS VENTAJAS E INCONVENIENTES Y DEJARLO ELEGIR, DE ACUERDO CON SUS PROPIAS CIRCUNSTANCIAS Ó TODAVÍA, ACONSEJARLE AQUELLO QUE, DE ACUERDO CON ESAS CIRCUNSTANCIAS, SE CONSIDERA MEJOR PARA ÉL.

PLANES DE TRATAMIENTO:

EL PLAN DE TRATAMIENTO DEBE CUBRIR TODO EL PERÍODO DE TRANSICIÓN ENTRE EL ESTADO ACTUAL Y LA NORMALIZACIÓN DEL PACIENTE CON LA PRÓTESIS.

SIENDO LOS CASOS TAN DIFERENTES, CADA UNO DEBE SER PENSADO EN SUS DISTINTOS ASPECTOS. ENTRE OTROS PUNTOS, SE DEBE RESOLVER, PARA UNA PRÓTESIS MONOMAXILAR: SI SE CONSERVARÁ LA ALTURA MORFOLÓGICA ACTUAL O ALTERADA; SI SE CONSERVARÁ EL ASPECTO DENTARIA O NO; SI SE ARTICULARÁ CON OCLUSIÓN O EN RELACIÓN CENTRAL; SI CORRESPONDEN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SUCESIVAS O SOLO UNA; SI SE UTILIZARÁ PRÓTESIS ADITIVAS O NO; SI CONVIENE LA PRÓTESIS PREVIA O POSTERIOR A LAS EXTRACCIONES FINALES, CON FLANCO VESTIBULAR O NO, CON ALVEOLECTOMÍA--PREVISTA O NO, DUPLICADA O NO.

EL ESTADO GENERAL ES ELEMENTO DE TAL IMPORTANCIA QUE,--COMO SE SEÑALÓ, PUEDE CONTRAINDICAR ESTA EXPERIENCIA, O ACONSEJAR LAS FORMAS TRANSICIONALES MENOS VIOLENTAS, COMO PRÓTESIS PARCIAL ADITIVA O FÉRULAS QUIRÚRGICAS.

LA POSIBILIDAD DE EJECUCIÓN NO PUEDE PASARSE POR ALTO. SI EN LA PROSTODONCIA TOTAL REGULAR EXCEPCIONALMENTE ES PROBLEMA, EN PRÓTESIS INMEDIATA LA DIFICULTAD DE TRABAJO NO ES EXCEPCIONAL POR DOS MOTIVOS: LA PRESENCIA DE DIENTES LARGOS Y LA NECESIDAD DE PORTAIMPRESIONES SUFICIENTEMENTE GRANDES.

EL ESTADO DEL HUESO ES UN FACTOR IMPORTANTE PARA LA INDICACIÓN DE TRATAMIENTO Y PARA EL PRONÓSTICO. PUES SI LOS DIENTES SE PIERDEN A CONSECUENCIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL, EL PRONÓSTICO ES MENOS BUENO QUE SI HA SIDO LA CARIES - EL FACTOR DECISIVO.

EL NÚMERO DE EXTRACCIONES ES OTRO FACTOR MUY IMPORTANTE. SI SE TRATA DE LA REPOSICIÓN DE UN SOLO DIENTE O DE DOS, EL PROBLEMA SUELE SER SENCILLO, QUE BASTA AÑADIR ÉL O LOS DIENTES A LA PRÓTESIS EN USO. EN EL OTRO EXTREMO, ES CIERTO -- QUE SE PUEDE HACER PRÓTESIS INMEDIATA DE TODOS LOS DIENTES; - PERO EL PRONÓSTICO DE DURACIÓN EN SERVICIO NO ES EL MISMO.

CONVIENE PROCEDER PRIMERO A LAS EXTRACCIONES POSTERIORES PARA ASENTAR LA PRÓTESIS INMEDIATA SOBRE EL HUESO MÁS ESTABILIZADO.

COMO NORMA GENERAL "ES MEJOR NO INDICAR AQUELLO QUE NO IMPORTE MEJORA".

TAMBIÉN SERÁ PRUDENTE NO INDICAR AQUELLO QUE NO SE ESTÉ SEGURO DE PODER CUMPLIR. Y, COMO EN LA REALIZACIÓN DE UNA PRÓTESIS INMEDIATA LA EXPERIENCIA ES MUY IMPORTANTE, HARÁ -- BIEN EL ODONTÓLOGO QUE NO DOMINE ESTOS PROBLEMAS, EN ESCRI--

BIR SU PLAN DE TRATAMIENTO PARA CONSULTARLO CON UN EXPERTO.

UNA TÉCNICA CONSISTE EN:

- a).- DETERMINAR SI HABRÁ CAMBIOS DE ALTURA Y EN --  
LAS POSICIONES, TAMAÑOS, FORMAS Y COLORES DE--  
LOS DIENTES.
- b).- ESTUDIAR SI LA EDENTACIÓN DEBE O PUEDE HACER--  
SE POR ETAPAS Y EN ESTE ÚLTIMO CASO, CUALES--  
PUEDEN SER, EXAMINANDO LA SITUACIÓN EN QUE ES  
TARÁ 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).
- d).- ESTABLECER EL TIPO DE CIRUGÍA ADECUADO PARA -  
CADA INTERVENCIÓN.
- e).- CALCULAR LOS PRESUPUESTOS Y SUS VARIACIONES--  
DE ACUERDO CON EL PLAN QUE SE ADAPTE, CONSIDE  
RANDO ESENCIAL EL ACUERDO EXPLÍCITO DEL PA---  
CIENTE O SUS FAMILIARES RESPONSABLES.
- f).- ESTIMAR TAMBIÉN LOS CUIDADOS POSTOPERATORIOS--  
Y LA ATENCIÓN PROTÉTICA ADECUADA PARA MANTE--

NER AL PACIENTE CONVENIENTEMENTE ASISTIDO DURANTE UN PERÍODO NO MENOR DE SEIS MESES.

EL PACIENTE DEBE SABER TAMBIÉN DE LA PROBABILIDAD, DE--  
REQUERIR NUEVAS PRÓTESIS DESPUÉS DE 6 MESES O UN AÑO, PARA --  
RESTAURAR PÉRDIDAS DE ALTURA CONSECUENTES A LA ATROFIA DE --  
LOS MAXILARES QUE LA PRÓTESIS INMEDIATA NO PUEDE COMPENSAR.

REGISTROS PARA CONSERVAR.

LOS REGISTROS HECHOS PREVIAMENTE A LA EXTRACCIÓN TIENEN  
POR OBJETO CONSERVAR LA POSIBILIDAD DE REPRODUCIR EXACTAMEN--  
TE EL TAMAÑO, LA POSICIÓN, LA FORMA DE LAS ENCÍAS, LA ALTURA  
FACIAL Y, EVENTUALMENTE, LA FORMA DE LA CARA.

PUEDEN CONSIDERARSE LOS MÁS IMPORTANTES: LA ALTURA FA--  
CIAL MORFOLÓGICA, EL COLOR, LA IMPRESIÓN FRONTAL, LA IMPRE--  
SIÓN PARA COLOCAR LOS DIENTES NATURALES, EL PERFIL Y LAS FO--  
TOGRAFÍAS.

MEDIDAS A ANOTAR:

- 1.- A BOCA CERRADA, LA DISTANCIA ENTRE BASE DE NA  
RIZ Y BASE DE MENTÓN.

2.- LA DEL BORDE INCISIVO SUPERIOR A BASE DE NARIZ

3.- LA DEL BORDE INCISIVO INFERIOR A BASE DE MENTÓN.

EL REGISTRADOR DE WILLS, O ALGO SIMILAR, RESULTA MUY CÓMODO PARA ESTAS MEDIDAS. EN SU DEFECTO, SE ANOTARÁN SOBRE UNA HOJA DE PAPEL DOBLADA DOS VECES A LO LARGO.

EL ARTICULADOR DE DIAGNÓSTICO ES UN REGISTRO PRECISO DE LA FORMA, TAMAÑO, POSICIÓN, DISPOSICIÓN Y ARTICULACIÓN DE -- LOS DIENTES NATURALES ANTES DEL TRATAMIENTO. LO CUAL ES -- MUY ÚTIL EN EL MOMENTO DEL CAMBIO DE DIENTES, PARA TENERLOS-- A LA VISTA, EN TANTO SE HACE LA CIRUGÍA DEL MODELO DE TRABAJO.

COLOR:

SI SE DESEA REPRODUCIR EL O LOS COLORES DE LA DENTADURA NATURAL, DEBE ANOTARSE ANTES DE LAS EXTRACCIONES. SI SE -- JUZGA CONVENIENTE REPRODUCIR ALGUNA INCRUSTACIÓN, CORONA O-- PIGMENTACIÓN ES IMPORTANTE PONERSE DE ACUERDO CON EL PACIENTE Y ANOTAR CUALES.

MODELOS FRONTALES:

SON FÁCILES DE OBTENER Y ÚTILES CUANDO, POR CUALQUIER--



CIRCUNSTANCIA NO SE PUEDEN CONSERVAR LOS MODELOS DE ESTUDIO.

LAS IMPRESIONES PUEDEN TOMARSE CON YESO O MODELINA, PERO LO MÁS SENCILLO ES LA IMPRESIÓN FRONTAL CON ALGINATO. EN ESTE CASO, EL PORTAIMPRESIONES PUEDE HACERSE CON CERA O UNA LÁMINA METÁLICA DEL TAMAÑO DE UNA PELÍCULA RADIOGRÁFICA (PUEDE SER ALUMINIO O, METAL BLANDO). SE REDONDEAN LAS CUATROPUNTAS Y SE HACEN ESCOTADURAS EN LOS BORDES SUPERIOR E INFERIOR PARA LOS FRENILLOS. SE HACEN PERFORACIONES PARA RETENCIÓN DEL ALGINATO Y UN PEQUEÑO MANGO DE ALAMBRE.

#### IMPRESIONES PARA COLOCAR LOS DIENTES NATURALES.

LAS IMPRESIONES DESTINADAS A RECIBIR LOS DIENTES NATURALES DESPUÉS DE LAS EXTRACCIONES TIENEN QUE SER HECHAS EN MATERIALES QUE RESISTAN EL TIEMPO NECESARIO, PUESTO QUE EL TOTAL DE LAS EXTRACCIONES PUEDEN TARDAR MESES EN COMPLETARSE. LOS MÁS CÓMODOS SON LA CERA Y LA MODELINA.

LA MAYOR EXACTITUD SE OBTIENE SI SE TOMA UNA IMPRESIÓN SECCIONAL CON MODELINA, EN CUYA SECCIÓN PRINCIPAL CALZAN CON MUCHA PRECISIÓN LOS DIENTES LUEGO DE EXTRAIDOS, CUBRIÉNDOLOS DESPUÉS CON LAS SECCIONES VESTIBULARES QUE SE PEGARÁN EN SU SITIO ANTES DEL VACIADO.

PERFIL:

UN PERFILÓMETRO ES LO MÁS CÓMODO PARA REPRODUCIR EL PERFIL DE UNA PERSONA.

OTRO MODO DE OBTENERLO CONSISTE EN TOMAR UNA FOTOGRAFÍA DE PERFIL MIENTRAS SE MANTIENE UNA REGLA MILIMÉTRICA FRENTE AL PERFIL. BASTA LUEGO AMPLIAR LA FOTO HASTA QUE LA REGLA TOMA SUS DIMENSIONES REALES, PARA OBTENER UN PERFIL EXACTO-- DE TAMAÑO NATURAL QUE SE RECORTARÁ FÁCILMENTE.

ESTA CLASE DE REGISTROS NO SON MUY UTILIZADOS, YA QUE-- SON TESTIGOS ABSOLUTOS DE LA DEFORMACIÓN FACIAL QUE INEXORABLEMENTE TRAEN LOS AÑOS Y QUE NO SIEMPRE SE PUEDE O CONVIENE REMEDIAR.

FOTOGRAFÍAS:

LAS FOTOGRAFÍAS DE FRENTE Y DE PERFIL, A BOCA CERRADA Y MOSTRANDO LOS DIENTES, SIRVEN PARA CONSERVAR EL REGISTRO DEL ASPECTO DE LOS PACIENTES ANTES DE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICOPROTÉTICAS Y COMPARARLO CON LOS RESULTADOS, QUE PUEDEN-- FOTOGRAFIARSE TAMBIÉN.

ESTAS FOTOGRAFÍAS PUEDEN ADEMÁS, CONSTITUIR ELEMENTOS -

DE PRUEBA EN CASO DE PERICIA MÉDICO-LEGAL.

IMPRESIONES Y MODELOS:

LAS CORRECTAS IMPRESIONES DE TRABAJO PARA PRÓTESIS INMEDIATA COMPLETA PUEDEN SER DIFICULTOSAS, YA QUE SE TRATA DE TOMAR, EN BOCAS DENTADAS, IMPRESIONES QUE TENGAN EL AJUSTE, LA EXACTITUD Y LA DELIMITACION QUE EXIGEN LAS IMPRESIONES DE MAXILARES DESDENTADOS. TALES IMPRESIONES SE EXPLICARÁN AMPLIAMENTE EN EL SIGUIENTE CAPÍTULO.

RELACIONES INTERMAXILARES.

UN PRE-REQUISITO PARA OBTENER CORRECTAMENTE LAS RELACIONES INTERMAXILARES SON LAS PLACAS BASES, QUE NOS VAN A SERVIR PARA REGISTRAR LA DIMENSIÓN VERTICAL DE OCLUSIÓN Y LA RELACIÓN CÉNTRICA.

ADEMÁS, LAS PLACAS BASE Y LOS RODILLOS DE OCLUSIÓN --- REEMPLAZAN A LOS DIENTES Y ESTRUCTURAS ADYACENTES PERDIDAS MIENTRAS SON ESTABLECIDAS DICHAS RELACIONES.

PLACAS DE REISTRO.

LAS PLACAS BASE (BASES DE REGISTRO) SON DEFINIDAS COMO "UNA FORMA TEMPORAL QUE REPRESENTA A LA BASE DE LA DENTADU-

RA, LA CUAL ES USADA PARA LA OBTENCIÓN DE LOS REGISTROS DE LAS RELACIONES MAXILOMANDIBULARES Y PARA EL ALINEAMIENTO DE LOS DIENTES".

PUEDEN HACERSE LAS BASES DE "PLACA DE GRAFF" O DE ACRÍLICO AUTOPOLIMERIZABLE, CUBRIENDO LOS REBORDES RESIDUALES Y PALADAR CON IGUAL CRITERIO QUE EN PROTESIS COMPLETA. DEBEN CUIDARSE, AL HACERLAS, LAS RELACIONES CON LOS DIENTES, PARA NO DAÑARLOS; Y NO DEBEN PENETRAR LOS SOCAVADOS RETENTIVOS DE LOS REBORDES RESIDUALES. PARA MEJOR EXACTITUD, CONVIENE ESTABILIZARLAS REBASÁNDOLAS CON CERA O PASTA CINQUENÓLICA.

CUANDO EL REGISTRO EXIJA UN AUMENTO EN LA DIMENSIÓN VERTICAL, ES CONVENIENTE PREPARAR LA PLACA DE REGISTRO DEL MAXILAR AL QUE CORRESPONDE EL AUMENTO, CON EL RODETE DE OCLUSIÓN EXTENDIDO TAMBIÉN SOBRE LA SUPERFICIE DENTADA. ES IMPORTANTE QUE SEA DE CERA PARA EVITAR VIOLENCIA SOBRE LOS DIENTES POR POSIBLES DISCREPANCIAS.

OCCLUSIÓN CENTRAL REAL O RELACIÓN CENTRAL PRESUNTIVA.

CUANDO HAY ANTAGONISTAS QUE OCLUYEN Y SE TIENE LA INTENCIÓN DE MANTENER LA ALTURA OCLUSAL, BASTA RECORTAR LOS RODETES, POCO A POCO, Y REBLANDECERLES LOS ÚLTIMOS 2mm. PA-

RA OBTENER UN REGISTRO DE OCLUSIÓN CENTRAL, EXACTAMENTE COMO PARA UNA PRÓTESIS PARCIAL.

VUELTAS LAS PLACAS A LOS MODELOS, SI SE COMPROBARA QUE-  
LOS DIENTES NO REPRODUCEN EXACTAMENTE LA OCLUSIÓN CENTRAL, -  
SIGNO DE RODETES INSUFICIENTEMENTE PLASTIFICADOS, SE LOS RE-  
BLANDECERA NUEVAMENTE Y SE REPETIRÁ EL REGISTRO.

CUANDO SE DESEA AUMENTAR LA DIMENSIÓN VERTICAL, EL PRO-  
BLEMA DEBE RESOLVERSE COMO EN UN DESDENTADO COMPLETO, ESTU--  
DIANDO. CON AYUDA DE LAS PLACAS DE ANTAGONISMO, O DE UNA DE-  
ELLAS, LA ALTURA MORFOLÓGICA QUE SE ESTIME ADECUADA, CUIDAN-  
DO DE NO SOBREPASAR LA ALTURA POSTURAL.

ESTABLECIDA LA ALTURA, UN REGISTRO EN RELACIÓN CENTRAL-  
PRESUNTIVA (EXACTAMENTE COMO EN UN DESDENTADO) DA LAS POSI--  
CIONES A LOS MODELOS PARA LLEVARLOS AL ARTICULADOR.

#### MONTAJE EN ARTICULADOR.

PUEDE UTILIZARSE CUALQUIERA DE LOS MÉTODOS DE MONTAJE,-  
CON AUXILIO DEL ARCO FACIAL O NO.

#### RELACIÓN CENTRAL Y EXCÉNTRICA?:

EN TODOS LOS CASOS EN QUE NO SE UTILIZARA LA OCLUSIÓN--

CENTRAL DE LOS DIENTES NATURALES, LAS PRECAUCIONES PARA ASEGURAR LA RELACIÓN CENTRAL EN LA ALTURA CORRECTA SON TAN EXIGENTES COMO EN LA PRÓTESIS COMPLETA.

PUEDA REGISTRARSE LA RELACIÓN CENTRAL BAJO SOPORTE PERIFÉRICO, PREFERENTEMENTE SOBRE RODETES DE CERA ROSA PLASTIFICADA.

COORDINAR LA INFLUENCIA DE LOS MOVIMIENTOS MANDIBULARES PARA LOGRAR QUE TAMBIÉN LAS OCLUSIONES EXCÉNTRICAS SEAN BAILANCEADAS, JUSTIFICA LA PREFERENCIA POR LOS REGISTROS EXCÉNTRICOS INDIVIDUALES, HABITUALMENTE CON CERA.

PRUEBAS, ARTICULACIÓN, TERMINACIÓN:

SELECCIÓN DE DIENTES:

LOS DIENTES NATURALES SIRVEN O NO COMO GUIA PARA LA SELECCIÓN DE COLOR, TAMAÑO Y FORMA DE LOS DIENTES ANTERIORES. CUANDO SE DESEA HACER OBRA MÁS ARTÍSTICA, SE ELEGIRÁN POR SEPARADO LOS COLORES DE LOS DIENTES ANTERIORES, INCLUSO PREMOLARES, ANOTÁNDOLOS PARA FUTURAS PRÓTESIS.

PRUEBAS Y POSTDANING:

LA PRUEBA TIENE DOS OBJETIVOS: CONFIRMAR EN LOS ASPEC--

TOS ESTÉTICOS LA SELECCIÓN HECHA Y CONTROLAR LA RELACIÓN CENTRAL. PARA ESTO ÚLTIMO, LAS PLACAS DE PRUEBA DEBEN DE ESTAR BIEN AJUSTADAS, RETENIÉNDOLAS CON ADHESIVO Y/O GANCHOS EN CASO NECESARIO. SE VERIFICARÁ QUE EN LA OCLUSIÓN CENTRAL, LAS INTERCUSPIDACIONES DE LOS DIENTES ARTIFICIALES ENTRE SÍ Y CON LOS NATURALES SEAN LAS MISMAS QUE EN EL ARTICULADOR.

LA PRUEBA DE LAS PRÓTESIS INMEDIATAS TIENE UNA DIFERENCIA ESENCIAL RESPECTO A LAS MEDIATAS EN SU PARCIALIDAD. EN PRÓTESIS INMEDIATA SOLO SE PRUEBA UNA PARTE, QUE DEBE DAR REFERENCIAS PARA EL CONJUNTO. UNA VEZ CORTADOS LOS DIENTES, LA ÚNICA REFERENCIA REAL PARA LAS RELACIONES OCLUSALES SERÁ EL ARTICULADOR.

LA PRUEBA ES TAMBIÉN OPORTUNIDAD PARA TRAZAR EL LÍMITE POSTERIOR DE LA PRÓTESIS SUPERIOR, Y RASPAR EL MODELO NECESARIO PARA HACER EL POSTDAMMING O SELLADO POSTERIOR.

NECESIDAD DE ALVEOLECTOMÍA:

TERMINADAS LAS PRUEBAS, HABRÁ DE PLANEARSE EN DETALLE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, CON EL OBJETO DE PREPARAR EL MODELO ADECUADAMENTE.

TRES SON LAS INDICACIONES MÁS FRECUENTES DE LA ALVEOLECTOMÍA COMPLEMENTARIA DE LAS EXTRACCIONES QUE DEBEN SEGUIRSE DE PRÓTESIS INMEDIATA: FACILITAR LAS EXTRACCIONES (AVULSORA), ALISAR LAS CRESTAS (ESTABILIZADORA) O MODELAR EL MAXILAR (MODELADORA).

ALVEOLECTOMÍA AVULSORA:

ES INDICACIÓN QUIRÚRGICA CATEGÓRICA Y DEBE SER PREVISTA POR EL CIRUJANO. ESTANDO SEGURO QUE DEBE REALIZARSE LA ALVEOLECTOMÍA MÍNIMA, SOLO ÉSTA DEBE DE PREVEERSE AL OPERAR EL MODELO.

ALVEOLECTOMÍA MODELADORA:

DEBE SER PREVISTA POR EL PROTESISTA, YA QUE TIENE POR OBJETO MODELAR EL MAXILAR DE ACUERDO CON LAS EXIGENCIAS MECÁNICAS O ESTÉTICAS. SE DEBE PREPARAR PARA EL CIRUJANO, ADEMÁS DE LA PRÓTESIS, EL MODELO DE ESTUDIO, UNA REPRODUCCIÓN DEL MODELO OPERADO Y UNA BASE TRANSPARENTE PARA FACILITAR EL CONTROL QUIRÚRGICO.

ALVEOLECTOMÍA ESTABILIZADORA:

AÚN CUANDO NO ESTÉ BIEN COMPROBADO QUE CUMPLE ESA FUN--



CIÓN SU OBJETIVO MÁS CLARO ES ELIMINAR LAS CRESTAS DE HUESO-  
QUE BAJO LA PRESIÓN DE LA PRÓTESIS, PODRÍAN TRANSFORMARSE EN  
TRAUMATIZANTES DE LA MUCOSA. SON PRINCIPALMENTE, LAS CRES-  
TAS INTERRADICULARES Y LAS INTERDENTARIAS Y NO SE REQUIERE -  
OTRA COSA QUE REDONDEARLAS MUY LIGERAMENTE.

CIRUGÍA DEL MODELO:

ACEPTADA LA SELECCIÓN DE LOS DIENTES Y LA POSICIÓN QUE-  
LES CORRESPONDE, ASÍ COMO LA CORRECCIÓN DEL ARTICULADOR, TO-  
DO LO QUE SE HACE EN ADELANTE NO TIENE CONTROL DE CORRECCIÓN  
HASTA LA COLOCACIÓN EN LA BOCA. ES IMPORTANTE TENER GRAN--  
CUIDADO EN TODO EL PROCESO. EMPEZANDO POR MARCAR EXACTAMEN  
TE LA LÍNEA MÉDIA.

SEA CUAL FUERE EL LUGAR DE LA BOCA DONDE SE APLICARÁ LA  
PRÓTESIS CON CARÁCTER DE INMEDIATA, TRES SON LOS CASOS TÍPI-  
COS QUE PUEDEN PLANTEARSE, Y QUE REQUIEREN DISTINTA PREPARA-  
CIÓN: LAS EXTRACCIONES SIMPLES, LAS EXTRACCIONES CON LIGERA  
ALVEOLECTOMÍA; LAS EXTRACCIONES CON GRAN ALVEOLECTOMÍA. A-  
VECES COEXISTEN EN LA MISMA BOCA.

VARÍA TAMBIÉN LA PREPARACIÓN DEL MODELO DE ACUERDO CON-  
EL TIPO DE PRÓTESIS, ABIERTA O CERRADA, ES DECIR, SIN O CON-  
ENCÍA VESTIBULAR, QUE ALGUNOS TÉCNICOS PREFIEREN POR CREER -

QUE EL MAXILAR CICATRIZA MEJOR, SE PUEDE INTENTAR BIEN EN --  
AQUELLOS CASOS EN QUE LOS DIENTES ARTIFICIALES SE UBICARÁN--  
EXACTAMENTE EN LOS LUGARES DE LOS NATURALES, CUANDO NO SE --  
PREVEE ALVEOLECTOMÍA.

a).- DISEÑO DEL BORDE ÓSEO:

LA POSICIÓN DEL BORDE ALVEOLAR CON RESPECTO AL GIN--  
GIVAL ES EL PRIMER DATO IMPORTANTE PARA OPERAR UN--  
MODELO. SE DETERMINA ESTUDIANDO LAS RADIOGRAFÍAS  
Y EXPLORANDO LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA GINGIVAL--  
PUNTO POR PUNTO. LA PROFUNDIDAD A QUE LLEGA LA --  
SONDA, CORROBORADA POR EL EXAMEN DE LA RADIOGRAFÍA,  
PERMITE MARCAR EN EL YESO VESTIBULAR LOS PUNTOS --  
QUE SEÑALAN EL BORDE ÓSEO.

CUANDO LOS PARADENCIOS SON SANOS, LA UNIÓN ENTRE--  
LOS PUNTOS VESTIBULARES ASÍ MARCADOS DARÁ UNA LÍ--  
NEA MÁS O MENOS CONTINUA, LIGERAMENTE ONDULADA, SI  
GUIENDO EL BORDE GINGIVAL A UN PAR DE MILÍMETROS.  
EN LOS PARODENTÓSICOS, ESPECIALMENTE CUANDO PREDO--  
MINAN FENÓMENOS DE ATROFIA VERTICAL, LA LÍNEA ÓSEA  
RESULTARÁ QUEBRADA, SIGUIENDO LAS IRREGULARIDADES--  
ÓSEAS, Y LA DISTANCIA AL BORDE GINGIVAL VARIARÁ EN  
TRE 3 Y 5 ó MÁS MILÍMETROS. ES FÁCIL PENSAR AHO--  
RA QUE FORMA TENDRÁ EL MAXILAR ÓSEO UNA VEZ HECHAS

LAS EXTRACCIONES Y , ADEMÁS, SI LA ALVEOLECTOMÍA-  
SERÁ INDISPENSABLE.

b).- PREPARACIÓN PARA EXTRACCIONES SIMPLES:

SI LA PRÓTESIS SERÁ ABIERTA, DEBEN CORTARSE LOS--  
DIENTES UNO A UNO Y EXCAVAR UNOS 3mm. O LO QUE IN  
DIQUE LA POSICIÓN DEL BORDE ÓSEO, FORMANDO UN AL-  
VÉOLO, DENTRO DEL CUAL SE INTRODUCE EL CUELLO DE-  
CADA DIENTE ARTIFICIAL, COMPLETANDOLO LUEGO EL --  
ACRÍLICO DE BASE. SE ESPERA QUE, AL COLOCAR LA-  
PRÓTESIS ENSEGUIDA DE LAS EXTRACCIONES, CADA DIEN  
TE SE INTRODUCIRÁ EN SU ALVÉOLO.

SI LA PRÓTESIS SERÁ CERRADA, BASTA CORTAR LOS ---  
DIENTES AL RAS DEL YESO GINGIVAL. SE ESPERA QUE  
LA PRÓTESIS SE ADAPTARÁ A LA FORMA GINGIVAL.

c).- EXTRACCIONES CON LIGERA REGULARIZACIÓN DEL BORDE  
ALVEOLAR:

AL APARECER LA ALVEOLECTOMÍA, ASÍ SEA LIGERA, SE-  
HACE MÁS CLARA LA VENTAJA DE LA PRÓTESIS CON EN--  
CÍA ARTIFICIAL. EN PRIMER LUGAR, PORQUE LA AL--  
VEOLECTOMÍA REQUIERE LEVANTAR EL COLGAJO Y, EN GE  
NERAL RESULTA POCO PRUDENTE DEJAR UN COLGAJE EN -

CONTACTO CON UNA PRÓTESIS MOVIBLE SIN SUTURARLO. LAS SUTURAS Y EL COLGAJO ESTIRADO, A SU VEZ, PUEDEN ENTRAR EN CONFLICTO CON LAS RAÍCES DE LOS --- DIENTES PROTÉTICOS.

ADEMÁS AL SUPRIMIRSE LAS CRESTAS INTERDENTARIAS, - AUMENTAN LAS PROBABILIDADES DE DEFECTO ESTÉTICO - EN LA PRÓTESIS ABIERTA.

d).- EXTRACCIONES CON ALVEOLECTOMÍA MODELADORA:

NO SE PUEDEN DAR NORMAS ABSOLUTAS PARA ÉSTA INTERVENCIÓN, PUESTO QUE LOS DISTINTOS CASOS PLANTEAN PROBLEMAS DIFERENTES. SE TRATA CASI SIEMPRE DEL MAXILAR SUPERIOR. LA TOPOGRAFÍA DEL CASO, EL ESTUDIO RADIOGRÁFICO PARA LAS RELACIONES CON LOS SENOS MAXILARES Y EL CONDUCTO PALATINO ANTERIOR, -- LAS RELACIONES CON LOS ANTAGONISTAS Y, A VECES, -- LA LÍNEA DE LOS LABIOS, SON LOS INDICADORES QUE-- GUÍAN AL PROTESISTA PARA ESTIMAR LA ALVEOLECTOMÍA MÍNIMA INDISPENSABLE.

EL CAMBIO DE DIENTES:

EL CAMBIO DE DIENTES, ES DECIR, EL CAMBIO DE LOS DIENTES DEL MODELO POR LOS ARTIFICIALES, OFRECE TRES VARIANTES -

**PRINCIPALES:**

- a).- IMITAR LO EXISTENTE.
- b).- IMITAR LO EXISTENTE CON MODIFICACIONES EN--  
ALGÚN SENTIDO.
- c).- LOS DIENTES REMANENTES NO PUEDEN SERVIR DE--  
GUÍA POR REQUERIRSE DE MODIFICACIÓN TOTAL.

a).- IMITACIÓN DE LO EXISTENTE:

UN PROCEDIMIENTO CONSISTE, EN HACER EL MODELO CON--  
DIENTES DE ACRÍLICO, Y SU INCONVENIENTE, EN QUE NO  
ES SENCILLO HACER BIEN ESOS DIENTES.

SI EL CAMBIO DEBE HACERSE EN UN MODELO CON DIENTES  
DE YESO, COMO ES LO CLÁSICO, LA TÉCNICA CONSISTE--  
EN: DESPUÉS DE PEGAR CUIDADOSAMENTE AL MODELO LA--  
PLACA DE PRUEBA POR SUS BORDES:

- 1.- ELEGIR, TALLAR Y PREPARAR UN INCISIVO CENTRAL, IMI--  
TANDO AL CORRESPONDIENTE MODELO.
- 2.- CON UNA SIERRA DE JOYERO O UN DISCO DE CARBURO, SE--  
PARAR DE SUS VECINOS EL INCISIVO CENTRAL IMITADO Y--  
CORTARLO CUIDADOSAMENTE POR EL CUELLO. REBAJAR EL  
YESO DE MODO QUE POR PALATINO LLEGUE JUSTO A NIVEL--  
DE LA ENCÍA Y POR VESTIBULAR LO QUE SE HAYA CALCULA  
DO DE ALVEOLECTOMÍA NECESARIA; EN GENERAL, NO PASA--

DE UN PAR DE MILÍMETROS DEBAJO DEL BORDE GINGIVAL.

- 3.- PEGAR CON CERA EL DIENTE ARTIFICIAL EN SU SITIO, DE MODO QUE EL CUELLO Y EL BORDE INCISIVO QUEDEN EXACTAMENTE IGUAL QUE EL ANTERIOR.
- 4.- REPETIR LA MANIOBRA CON LOS DEMÁS DIENTES, PEGÁNDOLOS SIEMPRE CUIDADOSAMENTE.

b).- REPRODUCCIÓN DE LOS DIENTES NATURALES CON MODIFICACIONES:

QUIZÁ LO MÁS CORRIENTE EN PRÓTESIS INMEDIATA ES -- QUE LA REPRODUCCIÓN DE LOS DIENTES NO DEBA SER ABSOLUTAMENTE FIEL, Y QUE SEA NECESARIO IMITAR SOLO LAS CARACTERÍSTICAS ESENCIALES, CORRIENDO LOS DEFECTOS MAYORES. UNA MANERA DE PROCEDER CONSISTE EN:

- 1.- PREPARAR LOS DIENTES ARTIFICIALES IMITANDO APROXIMADAMENTE LOS NATURALES. CONVIENE PREPARAR DOS JUEGOS A UN TIEMPO, PORQUE ES LA MANERA MÁS FÁCIL DE -- PREPARARLOS IGUALES PARA REPRODUCIRLOS MÁS TARDE EN LA PRÓTESIS MEDIATA.
- 2.- PREPARAR LA O LAS PRÓTESIS PROCEDIENDO AL CAMBIO DE DIENTES SEGÚN LA TÉCNICA ARRIBA INDICADA, PERO CO--

ARRIGIENDO LAS POSICIONES QUE SE DESEA ENMENDAR.

EN MUCHAS OCASIONES, ESPECIALMENTE CUANDO HAY UN LEVANTAMIENTO DE MORDIDA U OTRAS CORRECCIONES DE ALGUNA IMPORTANCIA, LA SUSTITUCIÓN NO SE HARÁ YA DIENTE POR DIENTE, SINO -- QUE, SEGÚN EL GRADO DE MODIFICACIÓN QUE SE QUIERE INTRODUCIR, SE CORTARÁN TODOS LOS DIENTES DE UN LADO, SE ARREGLARÁ LA EM CÍA DEL MODELO Y SE ARTICULARÁN LOS DIENTES DE ESE LADO PRIMERO, CONSERVANDO EL OTRO LADO PARA CONTROL; O BIEN SE CORTA RÁN TODOS LOS ANTERIORES, SE ARREGLARÁ EL MODELO Y SE COLOCA RÁN LOS REEMPLAZANTES DEL NODO QUE SE JUZGUE MÁS CONVENIENTE.

c).- CAMBIO DE DIENTES CON ALTERACIONES IMPORTANTES:

— LAS MODIFICACIONES DE IMPORTANCIA A INTRODUCIR EN EL MOMENTO DEL CAMBIO DE DIENTES SUELEN DEBERSE A GRANDES LEVANTAMIENTOS DE MORDIDA, A GRANDES CAMBIOS EN LA ARTICULACIÓN O A LA INDICACIÓN DE ALVEOLECTOMÍA CORRECTORA.

EN TODOS AQUELLOS CASOS EN QUE LA PRÓTESIS INMEDIATA ESTÁ INDICADA PARA AMBOS MAXILARES, ES NECESARIO PLANEAR CONCIENZUDAMENTE EL CAMBIO, PUES SI ES POSIBLE, CONVIENE OPERAR AMBOS MAXILARES POR SEPARADO. GENERALMENTE, EL MEJOR RESULTADO SE OBTIE-

NE OPERANDO PRIMERO EL MAXILAR INFERIOR, DONDE LA ARTICULACIÓN DE LOS DIENTES SUPERIORES NATURALES-- FAVORECE LA ESTABILIDAD DE LA PRÓTESIS. NO CON-- VIENE COLOCAR UNA PRÓTESIS INMEDIATA COMPLETA EN-- EL MAXILAR SUPERIOR SIN QUE EXISTAN LOS DIENTES -- POSTERIORES INFERIORES.

d).- POSICIÓN DE LOS ANTERIORES SIN ENCÍA ARTIFICIAL:

EN ESTE CASO, EL GRADO DE REBAJAMIENTO QUE DEBERÁ-- HACERSE AL MODELO PUEDE SER UN POCO MAYOR FRENTE A CADA CUELLO, PUES EL BORDE GINGIVAL DEL DIENTE SE-- INTRODUCIRÁ LIGERAMENTE EN EL ALVÉOLO AL COLOCAR-- LA PRÓTESIS.

TERMINACIÓN EN EL TALLER:

TERMINADO EL ENFILADO Y COMPLETADA LA ARTICULACIÓN, SE-- DEBE ENCERAR LA PIEZA, TALLANDO Y ALISANDO LA CERA COMO CO-- RRESPONDE. LA POSTURA EN MUFLA HASTA LA TERMINACIÓN SIGUE-- AHORA EL PROCEDIMIENTO HABITUAL.

LOS APARATOS TERMINADOS NO DEBEN DIFERENCIARSE DE LAS-- PRÓTESIS MEDIATAS, SINO POR DOS CARACTERÍSTICAS: UN ABULTA-- MIENTO ALGO MAYOR EN LA ENCÍA ANTERIOR Y LA ZONA LISA CAREN--



TE DE DETALLES DE MUCOSA, DONDE SE CORTARÁN LOS DIENTES DEL-MODELO.

TRANSBASE:

UNA BASE TRANSPARENTE, RÉPLICA EXACTA DE LA BASE DE LA-PRÓTESIS, PERMITE ADAPTAR QUIRÚRGICAMENTE EL MAXILAR A LA --PRÓTESIS, PUES PROBANDO ESA BASE LUEGO DE LAS EXTRACCIONES,-SE VERÁN POR TRANSPARENCIA LOS SITIOS ISQUÉMICOS DEBIDOS A -LA COMPRESIÓN DE LA MUCOSA EN LA ZONA OPERADA, Y SE PUEDE RE-BAJAR EL HUESO HASTA LOGRAR CALCE CONVENIENTE.

EL MOMENTO MÁS OPORTUNO PARA DUPLICAR EL MODELO SE PRO-DUCE ANTES DEL PENSADO EN LA MUFLA. BASTA TOMARLE UNA BUE-NA IMPRESIÓN CON ALGINATO, U OTRO MATERIAL DE DUPLICAR.

PUEDE TAMBIÉN OBTENERSE EL DUPLICADO REPRODUCIÉNDOLO DE LA PLACA TERMINADA, LLENÁNDOLA CON ALGINATO. EL MODELO ASÍ OBTENIDO SE REPRODUCIRÁ EN UN PORTAIMPRESIONES CARGADO DE AL-GINATO O YESO DE IMPRESIONES Y DE ÉSTA, EL MODELO DE YESO DE PIEDRA. PARA LA TRANSBASE SE EMPLEA ACRILICO TRANSPARENTE.

INSTALACIÓN:

LA COLOCACIÓN DE PRÓTESIS INMEDIATA DIFIERE EN DOS CIR-CUNSTANCIAS DE LA REGULAR: SE HACE SOBRE TEJIDOS ANESTESIA--

DOS, RECIÉN MODIFICADOS QUIRÚRGICAMENTE Y QUE PUEDEN MODIFICARSE AÚN, PARA ADAPTARLOS A LA PRÓTESIS; Y EL APARATO DEBE SER COLOCADO, SEAN CUALES FUEREN LOS DEFECTOS. ESTAS CIRCUNSTANCIAS LE CONFIEREN CARACTERÍSTICAS ESPECIALES:

- a).- SE TRATA DE UN ACTO QUIRÚRGICO CRUENTO, Y NINGUNA DE LAS REGLAS DE LA ASEPCIA DEBEN INFRINGIRSE (INSTRUMENTAL ESTERILIZADO, TÉCNICA --- ASÉPTICA).
- b).- HASTA CIERTO PUNTO, SE PUEDE ADAPTAR EL MAXILAR A LA PRÓTESIS.
- c).- DEBEN PREVEERSE LOS RETOQUES NECESARIOS Y HASTA LA POSIBILIDAD DE UN REBASADO INMEDIATO -- QUE PROCURE ADAPTACIÓN A LA BASE, SI NO LA -- TIENE.

SIN ENCÍA ANTERIOR:

EXTRAÍDOS LOS DIENTES, PUEDE PROBARSE EL APARATO, Y SEVERÁ LOS CUELLOS HUNDIRSE EN LOS ALVÉOLOS. CUALQUIER CRESTA ALVEOLAR QUE DIFICULTARA EL CALCE PUEDE ELIMINARSE SI NO CONVINIERA RETOCAR LA PRÓTESIS. TAMBIÉN PUEDE HACERSE EL-- ALINEAMIENTO DE PUNTAS Y CRESTAS ÓSEAS PARA EVITAR DIFICULTADES CICATRIZALES.

CON ENCÍA ANTERIOR, SIN ALVEOLECTOMÍA:

EXTRAÍDOS LOS DIENTES, EL APARATO DEBE CALZAR EXACTAMENTE. CUALQUIER DEFECTO DE AJUSTE SE DEBE A UNA FALLA TÉCNICA. SI EL APARATO RETIENE MAL, RELLENAR LOS ALVÉOLOS CON TROCITOS DE GASA Y HACER REBASADO INMEDIATO CON PASTA CINQUE NÓLICA, ELASTÓMERO O MATERIAL ACONDICIONADOR.

QUITAR LA GASA DE LOS ALVÉOLOS, RECORTAR LOS EXCESOS DE RELLENO, ELIMINAR CUALQUIER DEFECTO SERIO EN LA ARTICULACIÓN Y DESPEDIR POR 24 HORAS AL PACIENTE.

CON ENCÍA ANTERIOR, CON ALVEOLECTOMÍA:

DOS CLASES DE ALVEOLECTOMÍA PUEDEN PLANEARSE: LA ESTABILIZADORA Y LA CORRECTORA. EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO SUELE SER EL MISMO, Y LA DIFERENCIA ES CUESTIÓN DE GRADOS.

LEVANTANDO EL COLGAJO Y EXTRAÍDOS LOS DIENTES CON LA ALVEOLECTOMÍA PREVISTA AL PREPARAR EL MODELO Y ALISADAS LAS CRESTAS ÓSEAS, EXTIÉNDASE EL COLGAJO DE MANERA QUE CUBRA LOS ALVÉOLOS Y CÓRTESE TODO EL FESTONEADO, TANTO VESTIBULAR COMO PALATINO, DE FORMA QUE LOS REBORDES MUCOSOS LLEGUEN A TOCARSE SIN APELTONAMIENTO EN NINGUNA PARTE (EN LAS PEQUEÑAS ALVEOLECTOMÍAS EL RECORTE ES MUCHO MENOR).

PRUÉBESE AHORA LA TRANSBASE. POR TRANSPARENCIA SE VERÁ LA ISQUEMIA DE LOS TEJIDOS BLANDOS AHÍ DONDE SON COMPRIMIDOS; LEVÁNTESE EL COLGAJO Y RECÓRTESE EL HUESO. POCAS PRUEBAS SERÁN NECESARIAS PARA PRODUCIR UN AJUSTE PAREJO. CUANDO NO SE POSEE LA TRANSBASE, LA PRECISIÓN PARA LOCALIZAR -- ESAS SALIENTES ÓSEAS ES MENOR. LAS DIFICULTADES DE CALCE -- EN LAS ZONAS NO SOMETIDAS A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA SE CO RRIGEN RETOCANDO EL INTERIOR DE LA PLACA.

UNA VEZ QUE LA BASE LLEGA A SU SITIO, SUTURAR EL COLGAJO Y CORREGIR LOS DEFECTOS DE ARTICULACIÓN, HASTA OBTENER, -- POR LO MENOS, UNA OCLUSIÓN CENTRAL EQUILIBRADA. CONSEGUIDO ESTO, SI EL APARATO ES BIEN RETENIDO, PUEDE QUITARSE EL EYEC TOR DE SALIVA Y DARSE POR TERMINADA LA INTERVENCIÓN.

#### SORPRESAS:

AUNQUE SE SABE QUE UNA TÉCNICA CUIDADOSA LAS REDUCE, -- LOS DEFECTOS ESTÁN AGAZAPADOS A TODO LO LARGO DE LA ELABORACIÓN DE LA PRÓTESIS.

- a).- LA PRIMERA FALLA EVIDENTE UNA VEZ QUE EL APARATO -- HA IDO A SU SITIO, PUEDE SER LA FALTA DE RETENCIÓN ACTIVA. SI EL DEFECTO ES PEQUEÑO, PUEDE SER SUFI CIENTE ESPOLVOREAR LA BASE CON POLVO ADHESIVO; SI-

ES DE CIERTA IMPORTANCIA, ES MEJOR PROCEDER A UN--  
REBASADO INMEDIATO CON MATERIAL ACONDICIONADOR, --  
CON UN ELASTÓMERO O A UN ACRÍLICO AUTOPOLIMERIZA--  
BLE. PROTEGER LAS HERIDAS CON TIRA EEMPLÁSTICA.

b).- LA SEGUNDA FALLA GRAVE PUEDE SER DE ARTICULACIÓN.  
PAPEL DE ARTICULAR Y PIEDRAS SON LOS MATERIALES DE  
ELECCIÓN PARA LOGRAR DE INMEDIATO UNA OCLUSIÓN CEN  
TRAL BALANCEADA MEDIANTE UNOS POCOS CONTACTOS, DE-  
JANDO PARA DESPUÉS EL AFINADO Y LAS OCLUSIONES EX-  
CÉNTRICAS.

c).- LA TERCERA FALLA EVIDENTE PUEDE SER ESTÉTICA. EN  
TAL CASO, EL REMEDIO SUELE SER TRANQUILIZAR AL PA--  
CIENTE DE INMEDIATO Y REHACERLE LA PRÓTESIS TAN---  
PRONTO SE PUEDA.

EL CRITERIO GENERAL FRENTE A LOS DEFECTOS ES CORREGIR--  
LOS DE INMEDIATO CUANDO ES POSIBLE SIN GRAN TAREA. SI LA--  
CORRECCIÓN ES LABORIOSA, ES PREFERIBLE LIMITARSE A HACER LLE  
VADERA LA PRÓTESIS, POSTERGANDO LA CORRECCIÓN DE FONDO PARA--  
CUANDO EL PACIENTE ESTÉ EN MEJORES CONDICIONES.

POSTOPERATORIO:

CONVIENE QUE EL PACIENTE NO SE quite la prótesis hasta volver al consultorio 24 ó 48 horas más tarde (tomará analgésicos si el dolor lo obligara). Luego se le hará un lavado y los retoques que requiera la pieza. Se procurará obtener muy buena articulación.

Se observará cuanta mayor tolerancia tiene el paciente para estas prótesis que para las regulares o mediatas. En los días siguientes se seguirá vigilando las heridas y retocando la prótesis frente a los puntos dolorosos o en su articulación y se hará un rebasado si fuera necesario.

SERVICIO DE TRANSICIÓN:

DURACIÓN DE LA PRÓTESIS INMEDIATA:

La duración de una prótesis inmediata completa en servicio es sumamente variable, ya que, la reacción orgánica no puede preverse exactamente en cada caso.

Lo importante es que el paciente sepa, que se trata de un servicio de transición.

EL PRIMER REBASADO:

EN GENERAL CONVIENE POSTERGAR EL PRIMER REBASADO EN LO POSIBLE. EXISTEN CASOS QUE EXIGEN EL REBASADO INMEDIATO, - OTROS QUE EXIGEN REBASADO A LAS 2 ó 3 SEMANAS Y OTROS QUE-- NO LO NECESITAN DURANTE MESES. EL DIAGNÓSTICO, ES LO QUE-- DEBE INDICAR EN CADA CASO LA CONVENIENCIA DEL REBASADO TO-- TAL O PARCIAL.

RENOVACIÓN Y/O REMONTA:

PASADO EL PERÍODO DE ATENCION MÁS O MENOS INMEDIATO, - EL PACIENTE DEBE SER INSTRUÍDO DE LA NECESIDAD DE VIGILAR - SUS PRÓTESIS Y DE REAJUSTARLAS DESPUÉS DE UN TIEMPO, PARA-- EVITAR EL RIESGO DE LAS HIPERTROFIAS MARGINALES, ASÍ COMO - LOS TRASTORNOS EN LA ALTURA Y EN LA ESTÉTICA. ES ACONSEJA BLE RENOVAR LAS PROTESIS TOTALMENTE AL CABO DE UN AÑO ---- APROXIMADAMENTE, SIEMPRE QUE EL PACIENTE PUEDA HACERLO, TIE NE LAS SIGUIENTES VENTAJAS:

- 1.- SE PUEDE HACER TÉCNICA CORRECTA SIN RECURRIR- A PROCEDIMIENTOS DE URGENCIA.
- 2.- SI SE PRODUCE CUALQUIER FALLA, EL PACIENTE SI GUE COMO ESTABA.

- 3.- UNA VEZ INSTALADA LA SEGUNDA PRÓTESIS, PUEDE-  
REMONTARSE LA PRIMERA Y EL PACIENTE QUEDA EN-  
POSECIÓN DE DOS PRÓTESIS, CON LO QUE SUFRE MU-  
CHO MENOS EN CASO DE ACCIDENTE Y PRESENTA ME-  
NOS URGENCIAS.

#### CONSERVACIÓN FUNCIONAL Y ESTÉTICA:

CADA NUEVA MORDIDA DEBE VERIFICARSE CON LAS MEDIDAS AN-  
TERIORES. EL MODELO DE LOS DIENTES NATURALES PERMITE VOL-  
VER CADA VEZ AL ALINEAMIENTO PRIMITIVO Y HASTA SE PUEDE, DU-  
PLICARLOS CON YESO PIEDRA, PONERLOS EN POSICIÓN EN EL ARTI-  
CULADOR, Y CAMBIARLOS NUEVAMENTE UNO POR UNO.

CON UN POCO DE HABILIDAD Y DE PACIENCIA SE LOGRA DUPLI-  
CAR LA PRÓTESIS EN TODOS SUS ASPECTOS EXTERIORES, AL MISMO-  
TIEMPO QUE SE LA REAJUSTA A LAS NUEVAS CONDICIONES.

EN LOS PACIENTES QUE POSEEN DOS PRÓTESIS LA REMONTA --  
PERMITE PROLONGARLES EL SERVICIO EFECTIVO. EL DESGASTE DE  
LOS DIENTES ES EL FACTOR QUE IMPONE EN MUCHOS CASOS LA RENO-  
VACIÓN POSTERIOR.



COMO COMPLEMENTO DEL SERVICIO, LUEGO QUE SE HA COLOCADO AL PACIENTE LA PRÓTESIS REGULAR, CONVIENE REBASAR, ARREGLAR Y PULIR LA PRIMITIVA PRÓTESIS INMEDIATA PARA QUE SU DUEÑO LA CONSERVE COMO REPUESTO O RUEDA DE AUXILIO.

UNA PRÓTESIS INMEDIATA DEBIERA HACERSE ESENCIALMENTE-- PARA PACIENTES QUE COMPRENDEN LOS REQUISITOS Y DESEAN COOPERAR CON EL ODONTÓLOGO. ESTE SERVICIO DEBE CONSIDERARSE LA BORIOSO Y QUE REQUIERE EXACTITUD.

## CAPÍTULO II

### TOMA DE IMPRESIONES

UNA IMPRESIÓN EN PROSTODONCIA ES EL REGISTRO NEGATIVO DEL ÁREA COMPLETA DE SOPORTE, YA SEA DEL MAXILAR O DE LA MANDÍBULA, EN UN MATERIAL PLÁSTICO QUE ENDUREZCA RELATIVAMENTE MIENTRAS QUE ÉSTE ESTÁ EN CONTACTO CON DICHOS TEJIDOS, Y QUE PUEDE SER EXTRAÍDO DE LA BOCA SIN DEFORMACIÓN. POR UN PROCEDIMIENTO SIMILAR SE OBTIENEN LOS MODELOS, REPRODUCIENDO LAS IMPRESIONES: LOS MODELOS SON COPIAS DE LAS FORMAS BUCALES CON RELIEVES REALES. SOBRE LOS MODELOS SE PREPARAN, A SU VEZ, LAS PIEZAS PROTÉTICAS, CUYAS SU PERFICIES DE CONTACTO CON LAS FORMAS BUCALES TENDRÁN NUEVA MENTE LOS RELIEVES INVERTIDOS.

#### TÉCNICA GENERAL:

##### 1.- TIEMPO PREOPERATORIO:

PREPARACIÓN DEL INSTRUMENTAL Y LOS MATERIALES; --  
PREPARACIÓN DEL PACIENTE, SELECCIÓN, PRUEBA Y ---  
EVENTUAL CORRECCIÓN O ADECUACIÓN DEL PORTAIMPRE--

SIONES; PLASTIFICACIÓN DEL MATERIAL; CARGA DEL POR  
TAIMPRESIONES,

2.- TIEMPO BUCAL:

INTRODUCCIÓN EN LA BOCA; CENTRADO; PROFUNDIZACIÓN;  
MANTENIMIENTO (CONSOLIDACIÓN DEL MATERIAL); DES-  
PRENDIMIENTO; RETIRO.

3.- TIEMPO POSTBUCAL:

LAVADO; EXAMEN CRÍTICO; RETOQUE INMEDIATO PARA EL-  
MODELO.

4.- TIEMPO DE LABORATORIO O TALLER:

PREPARACIÓN FINAL PARA EL MODELO; PREPARACIÓN DEL-  
YESO; VACIADO; FRAGUADO; RECUPERACIÓN; TERMINACIÓN.

POSICIONES DEL PACIENTE Y DEL OPEADOR PARA IMPRESIONES PRI-  
MARIAS O TERMINALES:

- 1.- QUE EL PACIENTE ESTÉ BIEN Y EQUILIBRADAMENTE SOSTE-  
NIDO POR EL SILLÓN, CON LA CABEZA APOYADA A LOS LA-  
DOS DE LA ZONA OCCIPITAL.

2.- QUE EL OPERADOR, DE PIE O SENTADO, TENGA SU CUERPO-  
EN EQUILIBRIO, DE MANERA QUE SUS BRAZOS Y MANOS PUE-  
DAN ALCANZAR LA BOCA Y REALIZAR LAS MANIOBRAS QUE -  
SE REQUIERAN CON SEGURIDAD, SIN FATIGA NI VIOLENCIA.

3.- QUE LA VISTA DEL OPERADOR TENGA ACCESO CÓMODO A LA-  
BOCA, PARA QUE PUEDA CONTROLAR LO QUE HACE.

LAS CORRECTAS IMPRESIONES DE TRABAJO PARA PRÓTESIS INNE-  
DIATAS PUEDEN SER DIFICULTOSAS. SE TRATA DE TOMAR, EN BO--  
CAS DENTADAS, IMPRESIONES QUE TENGAN EL AJUSTE, LA EXACTITUD  
Y LA DELIMITACIÓN QUE EXIGEN LAS IMPRESIONES DE MAXILARES --  
DESIDENTADOS.

MATERIALES DE IMPRESIÓN PARA PRÓTESIS INMEDIATA:

LOS MATERIALES DE IMPRESIÓN UTILIZADOS DEBERÁN REUNIR--  
LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

CONSISTENCIA ADECUADA PARA LLEVARLOS A LA BOCA Y DISTRI-  
BUIRLOS EN LAS ZONAS A IMPRESIONAR; PLASTICIDAD SUFICIENTE -  
PARA ADAPTARSE DETALLADAMENTE A LAS FORMAS BUCALES; CONSOLI-  
DACIÓN EN LA FORMA ADQUIRIDA Y ESCASA ADHESIVIDAD, PARA SEPA-  
RARLOS SIN VIOLENCIA NI DEFORMACIÓN; ESTABILIDAD DIMENSIONAL  
-Y COHESIÓN PARA NO DEFORMARSE DURANTE EL VACIADO; SUFICIENTE

FALTA DE DUREZA Y ADHESIVIDAD PARA NO DIFICULTAR LA SEPARACIÓN DEL MODELO. TODO ELLO NATURALMENTE, UNIDO A LAS DEMÁS CUALIDADES DE SABOR, OLOR Y FALTA DE EFECTOS TÓXICOS O IRRITANTES-- QUE LOS HAGAN INCOMPATIBLES CON EL EMPLEO BUCAL.

LOS MATERIALES DE IMPRESIÓN MÁS USADOS PARA LAS IMPRESIONES PRELIMINARES Y FINALES EN UNA PRÓTESIS INMEDIATA SON LOS-- SIGUIENTES:

ALGINATO:

GENERALMENTE LOS ALGINATOS SE USAN PARA REGISTRAR IMPRESIONES PRELIMINARES O ANATÓMICAS. SE CARACTERIZAN POR SU --- ELASTICIDAD RELATIVAMENTE ALTA QUE POSEEN EN ESTADO SÓLIDO Y-- QUE PERMITEN RETIRARLOS DE LA BOCA EN UNA PIEZA.

SIN EMBARGO, ESTE MATERIAL PUEDE CREAR UNA GRAN PRESIÓN, DEPENDIENDO DE LA CALIDAD DE ALGINATO Y DE SU MANIPULACIÓN.

CUANDO LOS ALGINATOS SE USAN EN UN PORTAIMPRESIÓN LISO,-- AUMENTA LA PRESIÓN Y ESTO REPRESENTA UNA VENTAJA CUANDO SE EMPLEAN COMO MATERIAL DE IMPRESIÓN ANATÓMICA; SUCEDE LO CONTRA-- RIO CUANDO SE UTILIZA EL ALGINATO EN UN PORTAIMPRESIÓN PERFORA DO; LA PRESIÓN DISMINUYE.

COMPOSICIÓN:

ALGINATO DE POTASIO	20%
SULFATO DE CALCIO	16%
ÓXIDO DE ZINC	7%
FLUORURO DE POTASIO Y TITANIO	6%
TIERRA DE DIATOMEAS	50%
FOSFATO DE SODIO	1%

TIEMPO DE FRAGUADO:

VARÍA CON LA COMPOSICIÓN DEL MATERIAL, LA PROPORCIÓN Y --  
TEMPERATURA DEL AGUA, EL TIEMPO DE ESPATULADO Y LA TEMPERATURA  
AMBIENTE.

EN LA BOCA, EL FRAGUADO DE LOS ALGINATOS ES BASTANTE MÁS-  
RÁPIDO QUE EN LA TAZA DE GOMA, DEBIDO A LA ELEVACIÓN DE LA TEM-  
PERATURA, Y EMPIEZA POR LAS PARTES DEL MATERIAL EN CONTACTO DI-  
RECTO CON LOS TEJIDOS BUCALES.

PROPORCIONADORES:

GENERALMENTE 20 ó 25 GRAMOS DE POLVO DILUÍDOS EN 50 cc. -  
DE AGUA ALCANZAN PARA UNA IMPRESIÓN EN UNA CUBETA TOTAL.

CADA ALGINATO TRAE INDICADO EL VOLUMEN DE AGUA CORRESPON-  
DIENTE AL DE POLVO.

MODELINA:

LA MODELINA (O COMPOSICIÓN DE MODELAR) ES UN MATERIAL TERMOPLÁSTICO, CUYA COMPOSICIÓN EXACTA SUELE MANTENERSE EN SECRETO. LAS CUALIDADES QUE DEBE CUMPLIR UNA MODELINA SON LAS SIGUIENTES:

- a).- ESTAR LIBRE DE INGREDIENTES VENOSOS O IRRITANTES.
- b).- POSEER SABOR ACEPTABLE.
- c).- TENER ESCASA PLASTICIDAD A LA TEMPERATURA-BUCAL.
- d).- ADQUIRIR SUFICIENTE PLASTICIDAD A PARTIR - DE LOS 45°C.
- e).- SUFRIR RETRACCIÓN DE ENFRIAMIENTO MENOR DE 0.5% ENTRE LOS 40° Y LOS 25°C.
- f).- PODER CORTARSE A TEMPERATURA AMBIENTE SIN-DESCAMARSE.
- g).- CONSERVARSE SIN MODIFICACIONES A TEMPERATURA AMBIENTE.

ESTAS PROPIEDADES SE OBTIENEN DE LA MEZCLA DE RESINAS CON CERAS, MATERIALES DE RELLENO, COLORANTES Y SÁPIDOS.

IMPRESIONES PRELIMINARES:

UNA IMPRESIÓN PRIMARIA, ANATÓMICA O PRELIMINAR ES AQUELLA QUE SE UTILIZA PARA FINES DE DIAGNÓSTICO O PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN PORTAIMPRESIONES INDIVIDUAL, EL CUAL SE EMPLEA PARA LA IMPRESIÓN FINAL.

UNA IMPRESIÓN PRELIMINAR EN PRÓTESIS INMEDIATA CONSTITUYE EN PRINCIPIO LA CLAVE DEL PROBLEMA. DEBE TOMARSE CON ALGINATO, ADECUANDO EL PORTAIMPRESIONES CUANTO SEA NECESARIO PARA LOGRAR:

- 1.- QUE LA IMPRESIÓN CUBRA LA TOTALIDAD DEL MAXILAR, HASTA EL LÍMITE PROTÉTICO.
- 2.- QUE LOS DIENTES Y SOCAVADOS RETENTIVOS ESTÉN FIELMENTE REPRODUCIDOS.

HABITUALMENTE, LA IMPRESIÓN SIMPLE DE ALGINATO EN UN PORTAIMPRESIONES AMPLIO ES SUFICIENTE. ALGUNA VEZ SERÁ NECESARIO RECURRIR A LA IMPRESIÓN MIXTA DE MODELINA Y ALGINATO. POR TAIMPRESIONES ADECUADOS PARA IMPRESIONES PARCIALES, CON CERA, EN CASO NECESARIO, PRESTAN EXCELENTES SERVICIOS.

PORTAIMPRESIONES INDIVIDUALES:



EL PORTAIMPRESIONES INDIVIDUAL DEBE SER PLANEADO DE --- ACUERDO CON LA FORMA DEL MAXILAR Y DE LOS DIENTES REMANENTES Y EL MATERIAL CON EL CUAL SE TOMARÁ LA IMPRESIÓN. EL ACRÍLICO AUTOPOLIMERIZABLE ES EL MÁS UTILIZADO.

PORTAIMPRESIONES DE ACRÍLICO AUTOPOLIMERIZABLE:

SE PREPARA EL ACRÍLICO PONIENDO EN UN RECIPIENTE (VI---DRIO, PORCELANA) UNOS 6 cms. DE MONÓMERO Y AÑADIENDO DE A POCO 20 a 25cm. DE POLVO (CUANTO MÁS POLVO, FRAGUADO MÁS RÁPIDO). DEJAR REPOSAR. LA MEZCLA PLÁSTICA ESTÁ A PUNTO CUANDO SE DESPRENDE DE LAS PAREDES DEL RECIPIENTE AL REVOLVER -- CON LA ESPÁTULA.

CONVIENE ENTONCES LAMINAR LA BOLA DE MEZCLA PLÁSTICA, - ENTRE DOS VIDRIOS O AZULEJOS MOJADOS, HASTA QUE TENGAN 2mm.- DE ESPESOR (UNA LÁMINA DE CERA ROSA).

LUEGO SE PROCEDE A LA ADAPTACIÓN. SI EL MODELO ES SUPERIOR, SE ADAPTA LA LÁMINA PLÁSTICA PRIMERO SOBRE LA SUPERFICIE PALATINA Y DE INMEDIATO POR VESTIBULAR, CON PRESIONES-SUAVES DE LOS DEDOS PARA NO ADELGAZAR LA CUCHARILLA A MENOS-DE 2mm. SI EL MODELO ES INFERIOR, SE EMPIEZA POR CORTAR--LA HOJA PLÁSTICA POR EL MEDIO EN DOS TERCIOS DE SU DIÁMETRO, PARA PODER ABRIRLA Y ADAPTARLA A AMBOS LADOS.

ADAPTADA Y RECORTADA LA BASE DE LA IMPRESIÓN, ANTES QUE AVANCE MUCHO EL FRAGUADO CONVIENE FIJAR UN MANGO, PREFERENTE MENTE DEL MISMO ACRÍLICO, EL QUE SE MODELA CON LOS DEDOS Y SE PEGA EN POSICIÓN HUMEDECIENDO CON MONÓMERO.

SE DEBE AHORA DEJAR FRAGUAR HASTA TOTAL ENDURECIMIENTO- (ENTRE 10 y 30 MINUTOS SEGÚN LA CLASE DE ACRÍLICO). EN CASO DE URGENCIA, SE ACELERA PONIENDO EL MODELO CON LA CUCHARILLA UNOS MINUTOS EN AGUA (55 a 60°C). SE PROCEDE, POR FIN, A SEPARAR LA CUCHARILLA Y RECORTARLA CON PIEDRAS PARA ACRÍLICO (GRANO GRUESO) DE TAMAÑO GRANDE.

ESTAS CUCHARILLAS NO NECESITAN ESTAR PULIDAS, PERO DEBEN CARECER DE ASPEREZAS, RUGOSIDADES O FILOS QUE PUDIERAN LESIONAR LA MUCOSA DEL PACIENTE.

a).- PORTAIMPRESIONES PARA ALGINATO:

UN PORTAIMPRESIONES 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 RE-- TENTIVOS. DEBE PROVEERSELA 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.

b).- PARA SILICONA O MERCAPTANO:

TIENEN, SOBRE LA ANTERIOR, LA VENTAJA DE PODER HACERSE AJUSTADAS EN LA ZONA MUCOSA, LO QUE FACILITA SU DELIMITACIÓN CON MODELINA. ADEMÁS, SIENDO AJUSTADAS, NO NECESITAN APOYOS ESPECIALES PARA EL CENTRADO. Y, AL NO REQUERIR PERFORACIONES,-- AÑADEN LA VENTAJA DE CONFINAR AJUSTADAMENTE EL MATERIAL. EL MANGO DEBE PERMITIR FIRMA TRACCIÓN.

PRUEBA Y DELIMITACIÓN DE LOS PORTAIMPRESIONES:

LOS PORTAIMPRESIONES QUE TIENEN LA PARTE MUCOSA AJUSTADA SE DELIMITAN CON CERA O MODELINA. NATURALMENTE, EN LA PARTE HOLGADA FRENTE A LOS DIENTES NO SE PUEDE HACER UNA DE LIMITACIÓN PERFECTA Y SE PREFERE QUE LA IMPRESIÓN SEA MÁS-BIEN SOBREEXTENDIDA.

IMPRESIONES FINALES:

UNA IMPRESIÓN FISIOLÓGICA O FINAL, ES AQUELLA QUE SE-UTILIZA PARA LA ELABORACIÓN DEL MODELO DE TRABAJO SOBRE EL-

CUAL SE VA A FABRICAR LA BASE DE LA DENTADURA.

PREPARADAS Y DELIMITADAS LAS CUCHARILLAS, LAS IMPRESIONES FINALES NO DIFIEREN DE LAS IMPRESIONES FINALES EN UNA-- PRÓTESIS TOTAL, EXCEPTO EN QUE, PARA DESPRENDERLAS, DEBE TENERSE MUY EN CUENTA LA DIRECCIÓN DE LOS DIENTES Y LA POSI--- CIÓN DE LAS RETENCIONES.

LA IMPRESIÓN CON ALGINATO TOMADA EN ESTAS CONDICIONES-- SUELE SER MUY BUENA SI LA CUCHARILLA FUE BIEN CENTRADA Y NO-- HAY GRANDES RETENCIONES. SI HAY GRANDES RETENCIONES, EL MA TERIAL FRECUENTEMENTE SE ROMPE A NIVEL DE LOS AGUJEROS DE RE TENCIÓN ENTRE LOS DIENTES. ESTO ÚLTIMO PUEDE EVITARSE PO-- NIENDO CERA PLÁSTICA EN LOS ESPACIOS INTERDENTARIOS. SU DE LIMITACIÓN ES SIEMPRE UN TANTO IMPRECISA.

EN CUANTO A LAS IMPRESIONES CON ELASTÓMEROS, COMO ESTOS MATERIALES PERMITEN CUCHARILLAS AJUSTADAS EN LA PARTE MUCOSA, LA DELIMITACIÓN PUEDE HACERSE SIMILAR A LA DE UNA IMPRESIÓN-- FUNCIONAL. LA ÚNICA ZONA DE DELIMITACIÓN IMPRECISA SERÁ LA QUE CORRESPONDE A LA CUCHARILLA HOLGADA.

TIENEN LA VENTAJA DE DAR IMPRESIONES BIEN DELIMITADAS Y FIELES EN CUCHARILLA AJUSTADA EN LA PARTE MUCOSA, Y ELÁSTI-- CAS, EN CUCHARILLA AMPLIA, EN LA PARTE DENTARIA.

MODELOS:

SON MODELOS DE TRABAJO, YA QUE SE OBTIENE DE LAS IMPRESIONES FUNCIONALES Y QUE DAN FORMA A LA SUPERFICIE DE ASIEN- TO DE LAS BASES PROTÉTICAS DESPUÉS DE HABER PARTICIPADO EN-- LOS REGISTROS Y PRUEBAS INTERMEDIOS. DEBEN SER FIELES Y RE-- SISTENTES, LO QUE EXIGE LLENAR LAS IMPRESIONES CON YESO PIE-- DRA DE LA MEJOR CALIDAD, MEDIANTE UNA TÉCNICA CORRECTAMENTE-- REALIZADA, TANTO PARA EL VACIADO COMO PARA LA RECUPERACIÓN.

YESO PIEDRA:

EL YESO PIEDRA SE OBTIENE TAMBIÉN DEL GIPSO, PERO EL -- PROCESO DE DESHIDRATACIÓN ES DISTINTO. EN HORNO ABIERTO SE PRODUCE EL LLAMADO HEMIDRATADO G, LLAMADO PIEDRA ARTIFICIAL-- O HIDRO-CAL, DE CRISTALES MÁS PEQUEÑOS, QUE REQUIERE UN ME-- NOR EXCESO DE AGUA PARA DISOLVERSE Y QUE DA UN PRODUCCO MUCHO MÁS DURO.

UN FACTOR DE DUREZA DEL YESO PIEDRA ES REQUERIR MENOR-- PROPORCIÓN DE AGUA PARA PREPARARLO: 1 DE AGUA POR 4 DE POLVO, GENERALMENTE.

PARA OBTENER UNOS MODELOS CORRECTOS DEBEN LLENARSE CON-- CUIDADO TODOS LOS REQUISITOS PARA ASEGURARLOS. EN LAS IM-- PRESIONES COMPUESTAS (DOS PORTAIMPRESIONES) ES DE RIGOR UN -- ZÓCALO DE YESO PARÍS QUE LAS ASEGURE.

### CAPÍTULO III

#### PATOLOGÍA DE LA EDENTACIÓN

LA PATOLOGÍA DE LA EDENTACIÓN ESTÁ CONSTITUÍDA POR LA--SERIE DE TRASTORNOS QUE PROVOCA EN EL ORGANISMO, PARTICULAR--MENTE A NIVEL DE BOCA Y DE CARA, LA PÉRDIDA DE LOS DIENTES,--QUE LLEGAN AL MÁXIMO EN LA EDENTACIÓN TOTAL, DE UNO O AMBOS--MAXILARES.

COMPRENDE LOS PROCESOS CICATRIZALES, LA ATROFIA DE LOS--MAXILARES, LOS TRASTORNOS MASTICATORIOS Y ALIMENTARIOS Y LOS--CAMBIOS EN LAS FORMAS, POSICIONES Y FUNCIONES CONSECUENTES A--LA PÉRDIDA DEL TOPE OCLUSAL Y DEL SOPORTE DE LABIOS Y MEJI--LLAS. A LA VISTA EXTERIOR, SU CONJUNTO CREA LAS FACIES DE--LA EDENTACIÓN.

DENTRO DE LA PATOLOGÍA DE LA EDENTACIÓN CONVIENE DISTIN  
GUIR DOS PARTES: LA PATOLOGÍA PRIMARIA O ELEMENTAL, QUE CO--  
RRESPONDE A LA EDENTACIÓN PURA, Y LA PATOLOGÍA PARAPROTÉTICA,  
QUE SE PRODUCE EN RELACIÓN CON LA PRÓTESIS.

PROCURARÉ MENCIONAR ALGUNOS RASGOS IMPORTANTES Y LOS MÉ  
TODOS ADECUADOS PARA LA CONSERVACIÓN DE LOS TEJIDOS DE SOPOR

TE DURANTE LA ELIMINACIÓN DE LOS DIENTES.

PATOLOGÍA PRIMARIO O ELEMENTAL.

REBORDES ALVEOLARES:

REPRESENTAN ZONAS ESPECIALIZADAS DEL MAXILAR SUPERIOR Y MANDÍBULA; SU FUNCIÓN PRINCIPAL ES LA DE SOPORTE DE LOS DIENTES NATURALES.

CONSTAN DE UNA TABLA EXTERNA Y UNA TABLA INTERNA DE HUESO COMPACTO, UNIDOS POR HUESO ESPONJOSO EN EL QUE SE LOCALIZAN LOS DIENTES.

LOS REBORDES ALVEOLARES CRECEN POR APOSICIÓN DE HUESO-- EN LAS SUPERFICIES EXTERNAS Y BORDES LIBRES Y EN EL FONDO DE CADA ALVÉOLO DENTARIO; ÉSTE PROCESO DEL CRECIMIENTO Y LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES DEPENDE PRECISAMENTE DE DICHA APOSICIÓN. A MEDIDA QUE LAS RAÍCES DE LOS DIENTES EN DESARROLLO SE ALARGAN EL DIENTE ERUPCIONA HACIA EL ESPACIO MAXILOMANDIBULAR.

EL CRECIMIENTO ALVEOLAR DEL MAXILAR SUPERIOR Y LA MANDÍBULA, DEPENDE ASÍ MISMO DEL CRECIMIENTO DE LOS CÓNDILOS MANDIBULARES.

CUANDO EL CRECIMIENTO CARTILAGINOSO DE LOS CÓNDILOS AUMENTA LA LONGITUD DE LAS RAMAS MANDIBULARES, ÉSTE ES LLEVADO HACIA ABAJO Y ADELANTE DEL MAXILAR SUPERIOR, ESTABLECIENDO-- EL ESPACIO NECESARIO PARA LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES PROPIAMENTE DICHOS.

CICATRIZACIÓN DE ALVÉOLOS:

LAS SIGUIENTES SON LAS CUATRO FASES CRONOLÓGICAS DE LA CICATRIZACIÓN DE UN ALVÉOLO POSTEXTRACCIÓN:

1.- COAGULACIÓN:

UN COÁGULO SANGUÍNEO LLENA EL ALVÉOLO.

2.- ORGANIZACIÓN:

SE FORMA TEJIDO CONECTIVO JOVEN DENTRO -- DEL COÁGULO, REEMPLAZÁNDOLO.

3.- OSIFICACIÓN:

SE FORMA HUESO NUEVO, GRUESO Y FIBRILAR-- SOBRE LAS FIBRAS DEL TEJIDO CONECTIVO JOVEN Y LLENA EL ALVÉOLO.

4.- RECONSTRUCCIÓN:

EL HUESO MADURO LAMINAR REEMPLAZA AL HUESO INMADURO.



CRONOLOGÍA NORMAL:

NORMALMENTE EL ALVÉOLO SE LLENA DE SANGRE QUE SE COAGULA INMEDIATAMENTE DESPUES DE LA EXTRACCIÓN DE UN DIENTE. AL -- TERCER DÍA POSTOPERATORIO LOS FIBROBLASTOS Y CÉLULAS ENDOTE-- LIALES QUE PARTEN DE LAS PAREDES DEL ALVÉOLO, INVADEN EL COÁ-- GULO Y FORMAN TEJIDO CONECTIVO JOVEN. FINALMENTE TODO EL -- COÁGULO SE ORGANIZA EN TEJIDO CAPILAR Y CONECTIVO; SIMULTÁNEA MENTE EL EPITELIO SUPERFICIAL COMIENZA A CUBRIR EL ALVÉOLO--- ABIERTO.

ENTRE EL QUINTO Y OCTAVO DÍA SE OBSERVA NEOFORMACIÓN DE-- HUESO EN LOS ESPACIOS MEDULARES DEL HUESO MEDULAR QUE RODEA - AL ALVÉOLO, Y AL DÉCIMO DÍA COMIENZA A FORMARSE EN EL ALVÉOLO SOBRE EL TEJIDO CONECTIVO DE LAS PAREDES ALVEOLARES HUESO NUE-- VO, FIBRILAR Y DE NATURALEZA INMADURA. AL FINALIZAR LA SE-- GUNDA SEMANA SE FORMA NUEVO HUESO EN EL FONDO DEL ALVÉOLO. A LAS TRES SEMANAS DE LA EXTRACCIÓN, EL ALVÉOLO ESTÁ CASI LLE-- NO POR HUESO INMADURO Y NUEVO, QUEDANDO SOLO LA PARTE CENTRAL CON COÁGULO. ALREDEDOR DE UN MES DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN - EL ALVÉOLO QUEDA COMPLETAMENTE LLENO CON HUESO NUEVO.

EN LA RADIOGRAFÍA EL ALVÉOLO SE DELIMITA CLARAMENTE DEBI-- DO A LA CALSIFICACIÓN INCOMPLETA; INCLUSO SI ESTÁ LLENO DE -- HUESO NEOFORMADO.

LA FASE DE RECONSTRUCCIÓN SE PRODUCE CON VELOCIDAD VARIABLE DURANTE MUCHOS MESES O AÑOS. LAS CARGAS FUNCIONALES A LAS CUALES SE HALLA SOMETIDA, AFECTAN EL CONTORNO EXTERNO Y LA FORMA TRABECULAR INTERNA DEL HUESO EN CICATRIZACIÓN. EL HUESO INMADURO ES GRADUALMENTE REEMPLAZADO POR HUESO MADURO, DE TIPO LAMINAR, CON UNA FORMA TRABECULAR PARECIDA A LA DEL HUESO CIRCUNDANTE. LA RESORCIÓN DEL HUESO AVANZA HASTA LA SUPERFICIE DEL PROCESO ALVEOLAR SIMULTÁNEAMENTE CON LA RECONSTRUCCIÓN DENTRO DEL ALVÉOLO. LA SUPERFICIE DEL ALVÉOLO CICATRIZADO SE VUELVE COMPLETA, UNIÉNDOSE CON LA CORTICAL DEL HUESO ADYACENTE.

ATROFIA DEL REBORDE RESIDUAL:

EL REBORDE RESIDUAL PIERDE SU FUNCIÓN PRIMARIA CUANDO SE EXTRAEN LOS DIENTES Y COMIENZA A REDUCIR EL TAMAÑO TOTAL Y SU FORMA TRABECULAR INTERNA.

SE HA COMPROBADO QUE TANTO EN EL MAXILAR SUPERIOR COMO EN LA MANDÍBULA, EL HUESO VESTIBULAR SE REABSORBE MÁS QUE LAS TABLAS PALATINA Y LINGUAL.

CLASIFICACIÓN POSTEXTRACCIÓN:

POR LO GENERAL HAY UNA VARIACIÓN EN LA DIRECCIÓN DE LA REABSORCIÓN POSTEXTRACCIÓN Y LA CONSECUENTE REDUCCIÓN DEL TAMAÑO DEL REBORDE RESIDUAL.

LOS DIENTES SUPERIORES SE DESPLAZAN HACIA ABAJO Y HACIA AFUERA; LA REABSORCIÓN ES HACIA ADELANTE Y ADENTRO. LA TABLA CORTICAL EXTERNA AL SER MÁS DELGADA SUFRE MAYOR REABSORCIÓN QUE LA INTERNA, CUYA CONSECUENCIA ES LA REDUCCIÓN EN TODAS DIRECCIONES DEL MAXILAR; IGUALMENTE SE REDUCE LA SUPERFICIE DE SOPORTE DE LA PRÓTESIS SUPERIOR.

CLASE I:

SE REFIERE A UNA PATOLOGÍA EDÉNTULA CUYOS REBORDES RESIDUALES SUPERIOR E INFERIOR CONSERVAN FORMAS Y CONTORNOS BIEN DEFINIDOS, Y CUBIERTOS POR UNA MUCOSA SANA, FIRME E INDOLORA A LA PRESIÓN. EL RECURSO INDICADO ES LA PRÓTESIS TOTAL BIMAXILAR CONVENCIONAL.

CLASE II:

AQUELLAS BOCAS EDÉNTULAS CUYOS REBORDES RESIDUALES SUPERIOR E INFERIOR PRESENTAN CONTORNOS DEFINIDOS PERO CON FORMA AGUDA, PRODUCTO DE LA RESORCIÓN DE LA CRESTA BUCAL Y LABIAL. SI ESTAS ESTRUCTURAS ÓSEAS ESTÁN CUBIERTAS POR MUCOSA FLÁCCIDA E HIPERTROFIADA, MÓVIL O DEMASIADO DELGADA EN CIERTAS ZONAS Y CON DOLOR A LA PRESIÓN, SE INDICA UNA REGULARIZACIÓN--QUIRÚRGICA PREVIA DE LOS TEJIDOS BLANDOS, ANTES DE INTENTAR LA REHABILITACIÓN PROTÉTICA.

LA DIFERENCIA EXAGERADA ENTRE LOS TAMAÑOS DEL MAXILAR--  
SUPERIOR Y LA MANDÍBULA, AFECTE LA ESTABILIDAD DE LAS PRÓTE-  
SIS Y SE TRATA DE COMPENSAR ESTE INCONVENIENTE COLOCANDO LOS  
DIENTES POSTERIORES EN UNA RELACIÓN CRUZADA.

GENERALMENTE, EN ESTAS CONDICIONES, LA MUCOSA QUE CUBRE  
LA ESPINA NASAL ANTERIOR SE IRRITA POR EL BORDE ANTERIOR DE-  
LA DENTADURA; IGUAL IRRITACIÓN PUEDE SUFRIR LA PRESIÓN SOBRE  
LA APÓFISIS CIGOMÁTICA DEL MAXILAR SUPERIOR. DE IGUAL FOR-  
MA LAS ESTRUCTURAS ANATÓMICAS DEL REBORDE RESIDUAL INFERIOR-  
QUE PUEDEN SER IRRITADAS DEBAJO DEL BORDE DE LA DENTADURA, --  
SON LAS APÓFISIS GENI, EL REBORDE MILOHIOIDEO Y EL NERVIPO --  
MENTONIANO.

CLASE III:

CUANDO LA BOCA EDÉNTULA PRESENTA EL REBORDE RESIDUAL SU-  
PERIOR DEFINIDO Y UNA MUCOSA NORMAL, PERO EL REBORDE RESI---  
DUAL INFERIOR CON MAYOR RESORCIÓN, CRESTAS AGUDAS EN LA ZONA  
ANTERIOR O AGUJEROS MENTONIANOS SUPERFICIALES, SE INDICA UNA  
PRÓTESIS SUPERIOR CONVENCIONAL Y UNA PRÓTESIS IMPLANTADA SUB  
PERIOSTEAL EN INFERIOR.

CLASE IV:

SE CONSIDERAN LAS BOCAS EDÉNTULAS CON MARCADA RESORCIÓN  
ATRÓFICA Y PROGRESIVA DE LOS REBORDES RESIDUALES. EN LA --

MANDÍBULA SE OBSERVARÍAN LAS APÓFISIS GENI, SOBREPASANDO LAS CRESTAS DEL REBORDE RESIDUAL, UNA LÍNEA MILOHIOIDEA PROMINENTE Y AGUDA, LA LÍNEA OBLICUA EXTERNA Y LOS AGUJEROS MENTONIANOS SOBRE LA CRESTA RESIDUAL; LA SOLUCIÓN SERÍA, AGOTADOS -- LOS PROCEDIMIENTOS PROSTODÓNTICOS REQUERIDOS, LA PRÓTESIS DE IMPLANTE.

FACTORES DE ATROFIA:

SE CLASIFICARÁN EN CINCO GRUPOS: ANATÓMICOS, METABÓLICOS, FUNCIONALES, PROTÉTICOS Y QUIRÚRGICOS.

FACTORES ANATÓMICOS:

SON AQUELLOS QUE SE RELACIONAN CON LA FORMA Y ESTRUCTURA DE LOS MAXILARES. EL VOLUMEN ÓSEO TIENE IMPRTANCIA NO -- SOLO PORQUE LA CANTIDAD DE HUESO PARA RESISTIR EL PROCESO--- ATRÓFICO ES MAYOR, SINO TAMBIÉN PORQUE ES MAYOR LA CANTIDAD-- DE ESQUELETO QUE SIRVE DE FUNDAMENTO A LOS PROCESOS DE REABSORCIÓN Y NEOFORMACIÓN.

FACTORES METABÓLICOS:

HAY UNO QUE ES FUNDAMENTAL LA CALIDAD BIOLÓGICA DEL HUESO. EL HUESO NO SE DESTRUYE A HACHAZAOS, SINO POR UN PROCESO DE DESCALSIFICACIÓN BIOQUÍMICO, ACOMPAÑADO POR NEOFORMACIÓN. EN TANTO PREDOMINA LA DESCALSIFICACIÓN, SIGUE LA ---

ATROFIA; ESTABLECIDO EL EQUILIBRIO, NO HAY ATROFIA.

LA EDAD TIENDE A INFLUIR DESFAVORABLEMENTE, PUESTO QUE--  
MÁS ALLÁ DE LOS 40 AÑOS Y PROGRESIVAMENTE MÁS EN LOS MAYORES  
TIENDEN A PREDOMINAR LOS FACTORES DESTRUCTIVOS EN EL REMODE--  
LADO ÓSEO, LLEGÁNDOSE A LA CONOCIDA OSTEOPOROSIS DE LOS VIE--  
JOS. SE VEN, SIN EMBARGO, GRANDES ATROFIAS EN PERSONAS JÓ--  
VENES, Y TAMBIÉN VIEJOS QUE CONSERVAN EXCELENTES REBORDES RE  
SIDUALES.

FACTORES FUNCIONALES Y FACTORES PROTÉTICOS:

RESULTAN MUY DIFÍCILES DE SEPARAR. LAS PRÓTESIS JUE--  
GAN UN IMPORTANTE PAPEL EN EL PROCESO ATRÓFICO. YA QUE TO--  
DO DEFECTO MECÁNICO COMO: MALA ARTICULACIÓN, ADAPTACIÓN DE--  
FECTUOSA, INFLUYE DESFAVORABLEMENTE SOBRE LOS MAXILARES.

FACTORES QUIRÚRGICOS:

LA CIRUGÍA OBRA DE TRES MANERAS:

EN TODA LA PARTE ELIMINADA, REEMPLAZA A LA ATROFIA.  
ESTO PODRÍA SER VENTAJOSO SI SE LIMITARA A DESTRUIR EL HUESO  
DESTINADO A ATROFIARSE.

PERO LA SUPRESIÓN QUIRÚRGICA DEL HUESO (GENERALMENTE TA  
BLA EXTERNA) ELIMINA TAMBIÉN BASE DE NEOFORMACIÓN ÓSEA, PUES

TO QUE EL HUESO NUEVO SOLO SE FORMA SOBRE HUESO ANTIGUO.  
ADEMÁS LA CIRUGÍA ELIMINA HUESO COMPACTO Y, DEJA LA MUCOSA -  
SOBRE HUESO ESPONJOSO, MUCHO MENOS RESISTENTE AL FENÓMENO---  
ATRÓFICO.

ATROFIA DEL MAXILAR SUPERIOR:

EN EL MAXILAR SUPERIOR, EL FENÓMENO ATRÓFICO, PREDOMINA  
DESDE LAS CRESTAS DEL REBORDE RESIDUAL, LE HACE PERDER ALTU-  
RA Y AL MISMO TIEMPO LO REDONDEA. ES NOTABLE EL YA SEÑALA-  
DO PREDOMINIO DE LA ATROFIA DE LA PARTE VESTIBULAR.

NO ES POSIBLE PREDECIR EN UN CASO DADO, LA FORMA Y EL--  
VOLUMEN DEL MAXILAR SUPERIOR, LUEGO DEL PROCESO ATRÓFICO. NI  
TAMPOCO, FRENTE A UN MAXILAR ATRÓFICO, DETERMINAR CON EXACTI-  
TUD EL CONTORNO QUE TUVIERON SUS REBORDES ALVEOLARES EN EL--  
PERÍODO DENTADO.

ATROFIA DEL MAXILAR INFERIOR:

NO SE SABE PORQUE, LA ATROFIA TIENDE A SER MAYOR EN EL-  
MAXILAR INFERIOR QUE EN EL SUPERIOR, PUDIENDO ENCONTRARSE MU-  
CHOS CASOS EN CLÍNICA, EN LOS CUALES UN MAXILAR SUPERIOR RE-  
LATIVAMENTE POCO ATRÓFICO SE ACOMPAÑA DE UN MAXILAR INFERIOR  
CON ATROFIA GRAVE. LA ÚNICA EXPLICACIÓN HASTA AHORA, ES LA  
MENOR IRRIGACIÓN DE LA MÉDULA ÓSEA INFERIOR QUE NO FACILITA-  
RÍA EL PROCESO NEOFORMATIVO.

### PATOLOGÍA PARAPROTÉTICA.

LA PATOLOGÍA PARAPROTÉTICA FORMA PARTE DEL GRUPO, MUCHO MAYOR, DE LAS ALTERACIONES ORGÁNICAS Y PSÍQUICAS, FAVORABLES O NO, LIGADAS AL TRATAMIENTO PROTÉTICO; LOS DE SENTIDO FAVORABLE SE CONSIDERAN FENÓMENOS DE ADAPTACIÓN, AL TRATAR LA---INSTALACIÓN DE LAS PRÓTESIS; LAS DE SENTIDO DESFAVORABLE, O FENÓMENOS DE ANTIADAPTACIÓN, PUEDEN ACTUAR PERTURBANDO CUALQUIERA DE LOS PROCESOS ADAPTATIVOS, EN SUS SENTIDOS FUNCIONAL, PSÍQUICO E HÍSTICO.

#### ALTERACIONES PARAPROTÉTICAS:

- a).- FENÓMENOS DE ADAPTACIÓN (TOLERANCIA).
- b).- FENÓMENOS DE ANTIADAPTACIÓN (INTOLERANCIA): PATOLOGÍA PARAPROTÉTICA.

LA SINTOMATOLOGÍA SUELE PREDOMINAR A NIVEL DE LA BOCA,--DONDE LAS ALTERACIONES SE HACEN EVIDENTES A TRAVÉS DE SIGNOS SUBJETIVOS (NÁUSEAS, DOLORES, INFLAMACIONES, ULCERACIONES,--PRÓTESIS MOVEDIZAS E INEFICACES, DEFICIENCIA ESTÉTICA O FONÉTICA, MOLESTIAS MAL DEFINIDAS) U OBJETIVOS (PRÓTESIS DESAJUSTADAS, FALTA DE ALTURA, MAL ARTICULACIÓN, ATROFIA, INFLAMACIONES, RETIRO DE LAS PRÓTESIS).



CLASIFICACIÓN DE LA PATOLOGÍA PARAPROTÉTICA:

INFLAMATORIAS:

AGUDAS: CONGESTIVAS Y ULCERACIONES.

CRONICAS: LEUCOQUERATOSIS, ESTOMATITIS PROTÉTICA, HIPERPLASIA PAPILAR.

PROGRESIVAS:

TUMORES

REGRESIVOS:

ATROFIA ÓSEA CON HIPERPLASIA MUCOSA, ALTERACIONES POSICIONALES.

PROCESOS PARAPROTÉTICOS INFLAMATORIOS:

INFLAMACIONES AGUDAS:

LAS INFLAMACIONES PARAPROTÉTICAS AGUDAS SON CARACTERÍSTICAS EN EL PERÍODO DE INSTALACIÓN.

PUEDEN APARECER TAMBIÉN PUNTOS CONGESTIVOS DOLOROSOS Y ULCERACIONES DESPUÉS DE LARGOS PERÍODOS DE USO DE LAS PRÓTESIS, SEA A CONSECUENCIA DEL PROCESO ATRÓFICO QUE OBLIGA A LA DISTENSIÓN DE LOS TEJIDOS QUE RODEAN AL BORDE PERIFÉRICO MÁS ALLÁ DE SU TOLERANCIA, SEA A CONTINUACIÓN DE ALGÚN CAMBIO EN

EL FUNCIONAMIENTO DE LOS APARATOS. ALGUNAS VECES LA ULCERA CIÓN O EL CAMBIO FUNCIONAL SE DEBEN A LA PENETRACIÓN DE UNA PARTÍCULA DURA ENTRE BASE Y MUCOSA. A VECES SE PUEDE TAMBIEN ATRIBUIRLAS A TENSIONES ESPIRITUALES, ORIGEN DE CONTRACCIONES MUSCULARES O DE BRUXISMO.

EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ES IMPORTANTE PARA ELEGIR EL TRATAMIENTO ENTRE EL RETOQUE APROPIADO, LA ESPERA O LA CAUTELIZACIÓN DE LA ZONA ULCERADA.

#### LEUCOQUERATOSIS:

TAMBIÉN LLAMADAS "PUNTOS BLANCOS" POR SU ASPECTO, LAS LEUCOQUERATOSIS SON ESPESAMIENTOS DEL EPITELIO DE ASPECTO SIMILAR A LA LEUCOPLASIA, PERO MUY PEQUEÑAS QUE APARECEN EN ALGUNOS SITIOS DE LA MUCOSA RECUBIERTA POR LA BASE, GENERALMENTE A LO LARGO DE LOS BORDES PROTÉTICOS, DESPUÉS DE UN TIEMPO DE USO. MUY SENSIBLES ALGUNAS VECES, TOTALMENTE INDOLOROS-OTROS, DEBEN INTERPRETARSE COMO VERDADEROS CALLOS EN RESPUESTA A LA ACCIÓN MECÁNICA DE LOS APARATOS.

#### ESTOMATITIS PROTÉTICA:

SE DENOMINA ESTOMATITIS PROTÉTICA A LA INFLAMACIÓN CONGESTIVA QUE SUELE APARECER EN LA MUCOSA, GENERALMENTE LA PALATINA, EN CONTACTO DESDE LARGO TIEMPO CON LAS BASES PROTÉTICAS.

CAS.

SUELE EMPEZAR COMO UNA CONESTIÓN EN ALGUNOS PUNTOS DE LA MUCOSA; ESTOS PUNTOS VAN EXTENDIÉNDOSE, LLEGAN A CONFLUIR Y LA CONGESTIÓN PUEDE ALCANZAR A TODA LA MUCOSA RECUBIERTA POR LA PRÓTESIS. EL TONO ROJIZO PUEDE HACERSE VINOSO Y, A VECES, SE DISTINGUE UN PUNTEADO MÁS OSCURO, POR DESCAMACIÓN DE LA MUCOSA Y TRANSPARENCIA DE LAS PAPILAS CORIALES CONGESTIONADAS. EN UNOS CASOS LA MUCOSA APARECE COMO APLASTADA; EN OTRAS, PARECE ESPESARSE Y TOMA UNA APARIENCIA ESPONJOSA Y ELÁSTICA.

BAJO CUALQUIERA DE LAS FORMAS DE ESTOMATITIS PROTÉTICA, EL PACIENTE NO SUELE SENTIR MAYOR COSA Y FRECUENTEMENTE NO TIENE NOTICIA DE SU ESTADO. POCAS VECES PRESENTA DOLOR, ARDORES O SENSACIÓN DE QUEMADURA.

EL TRATAMIENTO DE LA ESTOMATITIS PROTÉTICA ACONSEJA EL USO DE LOS ACONDICIONADORES DE TEJIDOS (SE PRESENTAN EN FORMA DE POLVO, LÍQUIDO, HYDRO-COST, COE COMFORT, BERA, ETC.), Y EVENTUALMENTE EL RETIRO NOCTURNO. LA RENOVACIÓN DEL ACONDICIONADOR DOS VECES POR SEMANA, SUELE ELIMINAR LA ESTOMATITIS EN MENOS DE 15 A 20 DÍAS. LUEGO LA PRÓTESIS DEBE SER REEMPLAZADA O, POR LO MENOS, SI POR LO DEMÁS ES CORRECTA, REBASADA.

HIPERPLASIA PAPILAR:

LA HIPERPLASIA PAPILAR DEL PALADAR SE CARACTERIZA POR LA HIPERPLASIA DE LA MUCOSA PALATINA EN FORMA DE GLÓBULOS SEMIESFÉRICOS, ACUMULADOS EN EL CENTRO DEL PALADAR. PUEDE VÉRSELE A VECES, EN PACIENTES DENTADOS QUE NO USAN PROTESIS; PERO ESTO ES RARO.

ESTA AFECCIÓN, APARECE CASI SIEMPRE EN ANTIGUOS PORTADORES DE PRÓTESIS DEFECTUOSAS QUE LAS USAN DE DÍA Y DE NOCHE,-- SIN QUE ÉSTOS TENGAN CONCIENCIA DE LA MISMA, PUES NO LES OCASIONA MOLESTIAS. SE INICIA GENERALMENTE EN EL CENTRO DEL PALADAR PARA DE AHÍ EXTENDERSE LENTAMENTE, CARACTERIZÁNDOSE COMO UNA SUCESIÓN DE NÓDULOS DE MÁS DE 2 ó 3mm. DE DIÁMETRO,-- SEPARADOS POR FISURAS DE 2 ó 3mm. DE PROFUNDIDAD.

SUELE COINCIDIR CON LA INFLAMACIÓN CONGESTIVA; PERO AL DEJAR DE USARSE LA PRÓTESIS LA CONGESTIÓN DESAPARECE RÁPIDAMENTE, LO QUE NO SUCEDE CON LA HIPERPLASIA PAPILAR.

ES UNA AFECCIÓN EXCLUSIVAMENTE MUCOSA, EL HUESO NO ESTÁ AFECTADO, AÚN CUANDO PUDIERA SUFRIR DE ATROFIA.

EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN ES LA ELIMINACIÓN DE LAS PAPI

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

LAS HIPERTROFIADAS CON ELECTROBISTURI EXACTAMENTE HASTA SOBREPASAR LOS SURCOS QUE LOS SEPARAN, PUES LAS LESIONES SON SIEMPRE SUPRAPERIÓSTICAS, SEGUIDO DE UN REBASADO DE LAS PRÓTESIS EN USO HASTA QUE, TERMINADO EL POSTOPERATORIO, SE LAS REEMPLAZA POR NUEVAS PRÓTESIS.

LAS PRÓTESIS DEBEN SER CONTROLADAS PERIÓDICAMENTE, PUES LA TENDENCIA A LA RECIDIVA SE HACE PRESENTE SIN QUE EL PACIENTE LO NOTE, SI LAS PRÓTESIS PIERDEN AJUSTE O BUENA ARTICULACIÓN.

#### QUEILITIS COMISURAL:

TAMBIÉN LLAMADA QUEILITIS ANGULAR, ES UNA INFLAMACIÓN QUE SE LOCALIZA EN LAS COMISURAS LABIALES, EN FORMA DE BOQUERAS CRÓNICAS. SE PRESENTA GENERALMENTE EN DESDENTADOS O EN PORTADORES DE PRÓTESIS CON ALTURA REDUCIDA, PERO PUEDE APARECER TAMBIÉN EN DENTADOS CON O SIN LA MORDIDA BAJA. EXISTEN DOS TIPOS DE QUEILITIS CLÍNICA: EN PACIENTES, GENERALMENTE JÓVENES, QUE CARECEN DE SURCO COMISURAL PROFUNDO, LA CURACIÓN ES FÁCIL; EN AQUELLOS GENERALMENTE VIEJOS, CON SURCOS COMISURALES PROFUNDOS, LA AFECCIÓN SUELE SER MÁS REBELDE.

SE DEBE A QUE, CON LA REDUCCIÓN DE LA ALTURA Y EL AJUSTE DE LOS LABIOS ENTRE SÍ, PARTE DE LA PIEL PRÓXIMA A LAS COMISURAS FORMA UN PLIEGUE QUE SE MANTIENE HÚMEDO POR LA SALI-

VA, SE MACERA Y SE INFECTA.

LOS PACIENTES MEJORAN CONSIDERABLEMENTE O CURAN SI SE LES PROVEE DE DENTADURAS QUE RESTAUREN LA DIMENSIÓN VERTICAL. SUELE AYUDARLOS MUCHO UNA POMADA SECANTE Y PROTECTORA A BASE DE ÓXIDO DE ZINC.

CUANDO LAS LESIONES SE CREEN DEBIDAS ÚNICAMENTE A UNA INSUFICIENCIA DE LA DIETA. SE DEBE PRESCRIBIR UNA DIETA -- ADECUADA Y SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS.

PROCESOS PARAPROTÉTICOS PROGRESIVOS.

RELACIONES DE LA PROSTODONCIA TOTAL CON TUMORES:

TEÓRICAMENTE TODA CLASE DE NEOPLASMAS PUEDEN EVOLUCIONAR EN LA VECINDAD DE LA PRÓTESIS E INFLUIR SOBRE ELLAS Y -- SER, A SU VEZ, INFLUIDAS.

PRÁCTICAMENTE ESTO ES POCO FRECUENTE, SIN EMBARGO, LA POSIBILIDAD NO DEBE DESCUIDARSE, PUESTO QUE ES RESPONSABILIDAD DEL ODONTÓLOGO LA TEMPRANA DETECCIÓN DEL CÁNCER BUCAL Y ESTA RESPONSABILIDAD SE MULTIPLICA AQUELLAS VECES POR FORTUNA ESCASAS, EN QUE EL TUMOR SE ORIGINA EN LA VECINDAD DE LOS APARATOS.

EL TRAUMATISMO PROTÉTICO NO ES FACTOR SIGNIFICATIVO DE LA ETIOLOGÍA DEL CÁNCER BUCAL, PESE A LA FUERZA CANCERÍGENA RECONOCIDA A LOS FACTORES IRRITATIVOS.

DE TODAS MANERAS, EL ODONTÓLOGO DEBE TENER CONCIENCIA DE QUE, SI EL CÁNCER APARECE (GENERALMENTE COMO EPITELIOMA) ES PROBABLEMENTE EL PRIMERO EN VERLO, ESPECIALMENTE SI GUARDA RELACIÓN CON UNA PRÓTESIS, SABIENDO (SIN CAER POR ELLO EN ALARMISMO) QUE EL DIAGNÓSTICO PRECOZ O EL TARDÍO PUEDEN DETERMINAR LA DIFERENCIA ENTRE LA VIDA NORMAL Y UNA ATROZ MUTILACIÓN O, QUIZAS, LA MUERTE DEL PACIENTE.

DIAGNOSTICADO UN TUMOR MALIGNO, SE HACE IMPORTANTE LA INTERVENCIÓN DE UN PROTESISTA EXPERTO, PREFERENTEMENTE COMO INTEGRANTE DEL EQUIPO QUIRÚRGICO, PUESTO QUE LAS INTERVENCIONES SUELEN SER ALTAMENTE MUTILANTES Y, EN MUCHÍSIMOS CASOS, TAN SOLO LA PRÓTESIS EXTENSA PUEDE APARTAR LOS ELEMENTOS IMPRESCINDIBLES A LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE.

SIEMPRE QUE ES POSIBLE, SIN CONTRAINDICACIONES, UNA PRÓTESIS INMEDIATA DEBE REEMPLAZAR, COMO COMPLEMENTO DEL ACTO QUIRÚRGICO, A LAS PARTES ESQUELETALES ELIMINADAS, CON EL OBJETO DE SOSTENER LOS TEJIDOS BLANDOS EN POSICIÓN (MENTÓN, ANGULO MANDÍBULAR, PÓMULO, OJO) Y RETENER LAS FORMAS FACIALES-

CON LA MENOR DEFORMACIÓN POSIBLE DURANTE EL PROCESO CICATRIZAL.

PROCESOS PARAPROTÉTICOS REGRESIVOS:

EL PREDOMINIO DE PROCESOS REGRESIVOS CARACTERIZA LA --- ATROFIA DE LOS MAXILARES, LA QUE SE PRESENTA EN DIVERSAS FORMAS CLÍNICAS Y BAJO LA INFLUENCIA DE VARIADOS FACTORES ETIOLÓGICOS.

ATROFIA PARAPROTÉTICA TOTAL DEL MAXILAR:

LA ATROFIA TOTAL PARAPROTÉTICA DEL MAXILAR SUELE SER -- LENTA. CONSISTE, EN QUE SE ATROFIAN SIMULTÁNEAMENTE EL HUESO Y LOS TEJIDOS BLANDOS, CONSERVANDO SUS RELACIONES NORMALES.

DE ACUERDO CON SUS RELACIONES CON LA PRÓTESIS, SE PRESENTA BAJO DOS FORMAS QUE PUEDEN DENOMINARSE: LA ADAPTADA Y LA INADPTADA.

ATROFIA LENTA ADAPTADA:

EN ESTE TIPO DE ATROFIA LOS TEJIDOS PARECEN READAPTARSE DENTRO DE LAS BASES. LAS PRÓTESIS EMIGRAN EN SENTIDO BASILAR. LA ALTURA FACIAL VA REDUCIÉNDOSE, GENERALMENTE SIN --



PROVOCAR MOLESTIAS, Y LAS PRÓTESIS CONSERVAN SU AJUSTE O SE-AFLOJAN LENTAMENTE. POR LO COMÚN EL PACIENTE NO TIENE CONCIENCIA DEL CAMBIO HASTA QUE UN DÍA PERCIBE LA REDUCCIÓN DE-ALTIMA O EL AFLOJAMIENTO.

EL RAZGO MÁS CARACTERÍSTICO SUELE SER EL ACORTAMIENTO--DE LOS DIENTES SUPERIORES, CONSECUENCIA DE LA ASCENCIÓN DE--LA PRÓTESIS, CONDICIÓN QUE PUEDE OBSERVARSE EN LA MAYORÍA DE LAS PRÓTESIS DE MUCHOS AÑOS; EL APARATO PUEDE HABER PERDIDO--ALGO DE SU AJUSTE, PERO CONSERVA UNA ADAPTACIÓN SATISFACTO--RIA Y ASIENTA SOBRE UNA MUCOSA QUE, CONGESTIONADA O NO, NO--DA SIGNOS DE MAYOR ESPESAMIENTO. DIJÉRASE QUE TODO EL MAXI--LAR CON SU PRÓTESIS SE HA TRASLADADO ALGUNOS MILÍMETROS MÁS--ALTO.

A VECES SE HACE EVIDENTE, ADEMÁS UNA MAYOR VISIBILIDAD--DE LOS DIENTES INFERIORES, CONSECUENCIA TAMBIÉN DE SU MAYOR--ASCENSO.

ATROFIA LENTA INADAPTADA:

EL ORIGEN PARECE ENDÓGENO, PUES LA ATROFIA SIGUE SU CUR--SO A LO LARGO DEL TIEMPO CON APARENTE PRESCINDENCIA DE LA AC--CIÓN DE LAS PRÓTESIS.

LAS BASES PIERDEN SU AJUSTE HASTA HACERSE INTOLERABLES- Y LA ESTÉTICA SE PERTURBA, MIENTRAS LOS REBASADOS, INCLUSO-- NUEVAS PRÓTESIS, SOLO PROVEEN ALIVIO TEMPORAL. LOS MAXILARES, EXCEPTUANDO SU EMPEQUEÑECIMIENTO, APARECEN NORMALES, -- CON MUCOSA GENERALMENTE ROSA PÁLIDO, ALGUNAS VECES TENSA Y -- DELGADA, ORIGINANDO UN MAXILAR DURO.

TRATAMIENTO:

EL ÚNICO TRATAMIENTO, HASTA AHORA PARA TODAS LAS FORMAS DE ATROFIA, ES LA PREPARACIÓN DE PRÓTESIS TAN PERFECTAS COMO ES POSIBLE, EN SU EXTENCIÓN, ADAPTACIÓN Y ARTICULACIÓN, Y -- ADEMÁS, EN SU VIGILANCIA Y CORRECCIÓN PERIÓDICA, PROCURANDO-- MANTENERLAS EN BUEN SERVICIO CON AYUDA DE REBASADOS Y REAJUS-- TES ARTICULARES HASTA QUE SE IMPONE EL REEMPLAZO. CON ÉSTA ATENCIÓN MINUCIOSAMENTE REALIZADA PUEDEN LOGRARSE PERÍODOS-- DE ALIVIO QUE SE PROLONGAN Y A VECES LLEGA UNA ESTABILIZA--- CIÓN SATISFACTORIA.

ATROFIA ÓSEA CON HIPERTROFIA MUCOSA:

TAMBIÉN LLAMADA ATROFIA ÓSEA CON HIPERPLASIA FIBROSA, -- ES UNA ATROFIA PARCIAL: SE ATROFIA EL HUESO PERO NO, O MU-- CHO MENOS, LA MUCOSA.

SUELE PRODUCIRSE EN LOS CASOS DE ATROFIA RÁPIDA, CICA-- TRIZAL O NO.

EL MAXILAR, MÁS FRECUENTEMENTE EL SUPERIOR, AUNQUE TAMBIÉN SE LA VE EN EL INFERIOR, PRESENTA ZONAS DE REBLANDECIMIENTO MÁS O MENOS EXTENSAS, QUE PUEDEN SER CONGESTIVAS, DE TIPO INFLAMATORIO, AFECTADAS DE ESTOMATITIS PROTÉTICA O NO; A VECES SON VERDADEROS BULTOS O MAMELONES FIBROSOS, EN OCASIONES DE TIPO FUNGOSO; A VECES TODO UN REBORDE RESIDUAL DEPRESIBLE Y MOVIBLE POR FALTA DE ARMAZÓN ÓSEO.

HISTOLÓGICAMENTE, SE TRATA DE ATROFIA ÓSEA ACOMPAÑADA DE HIPERTROFIA DE LA MUCOSA. LOS ESTUDIOS HISTOLÓGICOS MUESTRAN LAS CAVIDADES MEDULARES EN DEGENERACIÓN FIBROSA.

ESTA AFECCIÓN ES RARA EN LA EDENTACIÓN NO TRATADA, EXCEPTO SI EXISTEN DIENTES NATURALES QUE OCLUYEN EN LA MUCOSA ANTAGONISTA, CASO EN QUE ES FRECUENTE TAMBIÉN LA ATROFIA TOTAL. LA PRÓTESIS HOLGADA PARECE OBRAR COMO ESTIMULANTE DE LA MUCOSA, QUE ES HIPERTROFIA, APARENTEMENTE PARA COMPENSAR LA ATROFIA ÓSEA Y RELLENAR EL HUESO QUE, DE OTRO MODO, QUEDARÍA ENTRE ELLA Y LA PRÓTESIS. ES FÁCIL VER SU PRINCIPIO Y EVOLUCIÓN EN LAS PRÓTESIS INMEDIATAS NO REAJUSTADAS OPORTUNAMENTE.

TAMBIÉN LA SOBRECARGA DE ORIGEN DENTARIO PUEDE CAUSAR ATROFIA ÓSEA CON HIPERPLASIA FIBROSA. PRÁCTICAMENTE CADA PRÓTESIS COMPLETA SUPERIOR QUE ARTICULA CONTRA POCOS ANTAGO-

NISTAS PROVOCA ATROFIA ÓSEA CON HIPERPLASIA FIBROSA EN LA ZONA DE ANTAGONIZACIÓN. EL CASO MÁS TÍPICO ES EL PORTADOR DE PRÓTESIS SUPERIOR COMPLETA QUE ARTICULA SOLO CON LOS INFERIORES DELANTEROS.

TRATAMIENTO:

EL TRATAMIENTO REQUIERE EN PRIMER TÉRMINO UN ACONDICIONAMIENTO DE LOS TEJIDOS MEDIANTE UN ACONDICIONADOR Y LUEGO, DESAPARECIDA LA INFLAMACIÓN, PUEDE VARIAR ENTRE UN REBASADO (CUANDO LA ARTICULACIÓN Y LA ESTÉTICA SON SATISFACTORIAS) O EL REEMPLAZO DE LA PRÓTESIS, PREVIA ELIMINACIÓN, QUIRÚRGICA O NO, DE LOS TEJIDOS HIPERTROFIADOS.

HIPERPLASIAS MARGINALES:

TAMBIÉN LLAMADAS FIBROMAS DEL SURCO VESTIBULAR, DOBLE LABIO, EPULIS FISURATA, GRANULOMATOSIS PROTÉTICA, SEGÚN SU ASIENTO Y FORMA CLÍNICA, NO SON OTRA COSA, EN EL FONDO, QUE VARIEDADES DE ATROFIA ÓSEA CON HIPERPLASIA FIBROSA (O MUCOSA).

EN LA ATROFIA CICATRIZAL, COMO ES SABIDO, SUELE PREDOMINAR LA REDUCCIÓN DE LA TABLA ÓSEA EXTERNA. CONSECUENTEMENTE LAS PRÓTESIS TIENDEN A DESAJUSTARSE PRIMORDIALMENTE EN ESAS ZONAS Y APARECE LA HIPERPLASIA COMPENSADORA FRENTE A --

LOS SURCOS VESTIBULARES. ESTA HIPERPLASIA PRESENTA DOS FORMAS TÍPICAS: FIBROMATOSA Y PAPILOMATOSA. LA PATOGENIA DE--UNA U OTRA, DEPENDE DE LA VELOCIDAD DEL PROCESO, DE LA FORMA COMO TRABAJA EL BORDE PROTÉTICO, DE LOS MOVIMIENTOS FUNCIONALES Y DE FACTORES DE ORDEN GENERAL.

LA SEMEJANZA CON FIBROMAS Y PAPILOMAS NO SOLO ES CLÍNICA, SINO TAMBIÉN HISTOLÓGICA, LO QUE FRECUENTEMENTE CONTRIBUYE A CONFUNDIRLAS.

SIN EMBARGO, LA FACILIDAD CON QUE REMITEN SI SE ELIMINA LA PRÓTESIS O SE LA REBASA PRUEBA SU ORIGEN TRAUMÁTICO. ES POR ESO APROPIADO EL NOMBRE DE GRANULOMAS PROTÉTICOS CON QUE TAMBIÉN SE LES CONOCE.

#### TRATAMIENTO:

EL TRATAMIENTO ADECUADO PARA ESTOS CASOS DEPENDE DE SU GRAVEDAD, Y DE LA UBICACIÓN DE LAS LESIONES. LA PRIMERA MEDIDA INDICADA ES LA SUPRESIÓN DEL FLANCO PROTÉTICO ENCLAVADO EN LA ZONA HIPERTRÓFICA. LUEGO EL ACONDICIONAMIENTO DE LOS TEJIDOS Y LA COMPRESIÓN CURAN RADICALMENTE MUCHOS CASOS Y MEJORAN LOS GRAVES, PREPARANDO PARA LA EXCESIÓN QUIRÚRGICA. POR ÚLTIMO, LAS PRÓTESIS DEBEN SER CORRECTAMENTE REBASADAS,--CORRIGIENDO TAMBIÉN LA ARTICULACIÓN, O QUIZÁS EN LA MAYORÍA--DE LOS CASOS DEBEN SER REHECHAS. CON PRÓTESIS CORRECTAS NO--

HAY TENDENCIA A LA RECIDIVA.

REDUCCIÓN DE ALTURA:

COMO CONSECUENCIA DE LA ATROFIA DE LOS MAXILARES, LA---  
PLACA SUPERIOR SE VA ASENTANDO CADA VEZ MÁS ARRIBA, LA INFE-  
RIOR DEBE IR MÁS ALTO PARA OCLUIR, EL MAXILAR INFERIOR HAYA-  
CADA VEZ MÁS ELEVADA SU INTERCUSPIDACIÓN, LA ALTURA FACIAL--  
MORFOLÓGICA SE HACE MÁS CORTA, EL ASPECTO FACIAL ENVEJECE.

SIENDO ESTOS CAMBIOS LENTOS Y GRADUALES, EL PACIENTE SE  
VA ADAPTANDO INSENSIBLEMENTE A ELLAS Y CON FRECUENCIA NO LAS  
PERCIBE O AFECTA NO SENTIRLOS. ESTO ES PARTICULARMENTE FRE  
CUENTE EN LA ATROFIA TOTAL LENTA, EN LA CUAL LOS REBORDES RE  
SIDUALES PARECEN TRASLADARSE EN SENTIDO BASILAR. PERO A VE  
CES SE ORIGINAN NUEVOS TRASTORNOS: LOS BORDES PROTÉTICOS JUS  
TOS VAN QUEDANDO SOBREEXTENDIDOS, COMPENSADOS, A VECES POR -  
EL ESTIRAMIENTO DE LOS LIGAMENTOS, E INSERCIONES MUSCULARES;  
PUEDEN TAMBIÉN IRRITAR LA MUCOSA POR FROTE, ORIGINANDO ESOS-  
PUNTOS DOLOROSOS QUE APARECEN DE REPENTE EN LOS BORDES DE --  
UNA PLACA CON MESES O AÑOS DE USO SATISFACTORIO.

CON LA SUBIDA DE LOS INCISIVOS, EL EFECTO ESTÉTICO SE--  
VA ALTERANDO, ASÍ COMO LA FONÉTICA, APARECIENDO A VECES DE--  
FECTOS A DISTANCIA EN LA PRONUNCIACIÓN DE LAS F Y LAS S.

AL MISMO TIEMPO, LOS LABIOS SE AJUSTAN ENTRE SÍ, LA BOCA SE ENSANCHA Y PUEDEN APARECER EN LAS COMISURAS ÉSAS REBELDES RASPADURAS QUE CARACTERIZAN LA QUEILITIS ANGULAR O COMISURAL.

NATURALMENTE, LAS ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULARES--- SIENTEN EL CAMBIO, PERO SE ADAPTAN A ÉL SIN INCONVENIENTE.

PARTICULARMENTE, SORPRENDENTES SON POR ÚLTIMO, LOS CAMBIOS EN SENTIDO ANTEROPOSTERIOR, PROVOCADOS A NIVEL DE LA SUPERFICIE OCLUSAL Y QUE SE CONOCEN BAJO EL NOMBRE DE CAMBIOS- OCLUSALES EN RELACIÓN CENTRAL.

#### CAMBIOS OCLUSALES EN RELACIÓN CENTRAL:

LA ATROFIA DETERMINA QUE LAS PRÓTESIS MIGREN EN SENTIDO BASILAR EN SUS RESPECTIVOS MAXILARES SEGÚN SE VIÓ Y QUE REQUIEREN UN MAYOR CIERRE PARA LOGRAR LA OCLUSIÓN; COMO EL CIERRE ES MAYOR HACIA ADELANTE, LA PRESIÓN DELANTERA ES MAYOR Y PROVOCA, EN CONSECUENCIA, MAYOR ATROFIA ANTERIOR.

OTRA CONSECUENCIA ES QUE EL PLANO OCLUSAL TIENDE A ELEVARSE POR DELANTE. SE EXPLICAN ASÍ DOS HECHOS DE COMÚN OBSERVACIÓN EN LOS INCISIVOS SUPERIORES Y EL CARACTERÍSTICO -- CAMBIO DE POSICIÓN DEL PLANO OCLUSAL, QUE APARECE INCLINADO-

HACIA ATRÁS Y ABAJO.

AL MISMO TIEMPO, LA PROYECCIÓN DE LA RAMA HORIZONTAL DEL MAXILAR INFERIOR HACIA ADELANTE TRAE DOS CONSECUENCIAS POSIBLES, ADEMÁS DEL FALSO PROMENTONISMO:

a).- SI LA ARTICULACIÓN TIENE DESLIZAMIENTO PROPULSIVO FÁCIL, A MEDIDA QUE LA RAMA HORIZONTAL SE CORRE HACIA ADELANTE ARRASTRA A LA PLACA INFERIOR Y LOS DIENTES MUERDEN EN PROPULSIÓN CADA VEZ MAYOR, QUE PUEDE LLEVAR A LOS INCISIVOS INFERIORES POR DELANTE DE LOS SUPERIORES, AÚN CUANDO LOS MAXILARES SIGUEN OCLUYENDO EN RELACIÓN CENTRAL.

b).- SI LA OCLUSIÓN DE LA DENTADURA INFERIOR NO DESLIZA, SINO QUE POR EL CONTRARIO, ENGRANA CON LA SUPERIOR, ENTONCES EL CAMBIO OCLUSAL PUEDE SER DE DOS ÓRDENES: O EMPIEZAN A ROMPERSE LOS INCISIVOS POR EXCESOS DE PRESIÓN DELANTERA O LA PRÓTESIS SUPERIOR SE TRASLADA HACIA ADELANTE Y ARRIBA, MEDIANTE MÁS ATROFIA ÓSEA CON HIPERPLASIA FIBROSA, CONTRIBUYENDO GENERALMENTE EN ESTOS CASOS, A UNA HIPERPLASIA MARGINAL SUPERIOR. TAMBIÉN PUEDEN VERSE ALGUNOS CASOS EN QUE EL BRUXISMO PROVOCA REDUCCIONES DE ALTURA Y CAMBIOS OCLUSALES EN RELACIÓN CENTRAL PURAMENTE POR DESGASTE OCLUSAL, SIN QUE LOS REBORDES RESIDUALES APAREZ-



CAN AFECTADOS. ESTO PARECE MÁS FRECUENTE CON LOS  
DIENTES DE ACRÍLICO.

ES EVIDENTE PUES, QUE EL PROCESO ATRÓFICO DESAJUSTA LOS  
APARATOS DE PRÓTESIS EN SU ASIENTO Y EN SU ARTICULACIÓN, Y--  
QUE LAS PRÓTESIS DESAJUSTADAS Y MAL BALANCEADAS SON PROPEN--  
SAS A ESTROPEAR LOS MAXILARES. POR LO TANTO, AÚN PARTIENDO  
DE LAS DENTADURAS MEJOR CONSTRUÍDAS SE PUEDE, DEBIDO A LAS--  
ALTERACIONES POSTERIORES, LLEGAR TAMBIÉN A LAS NO BALANCEA--  
DAS Y SUS CONSECUENCIAS.

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

LA REALIZACIÓN DE LOS OBJETIVOS QUE SE BUSCAN AL REALIZAR UNA PRÓTESIS INMEDIATA ESTÁN LIMITADOS POR LAS CONDICIONES PSICOLÓGICAS Y FISIOLÓGICAS DEL PACIENTE. PARA LOGRAR EL ÉXITO, ES NECESARIA LA COOPERACIÓN DEL PACIENTE.

POR LO TANTO, UNA PRÓTESIS INMEDIATA DEBERÁ HACERSE --- ESENCIALMENTE PARA PACIENTES QUE COMPRENDEN LOS REQUISITOS Y DESEAN COOPERAR CON EL ODONTÓLOGO. LA EDAD ES UN FACTOR IM PORTANTE, YA QUE DA UNA INDICACIÓN SOBRE LA HABILIDAD DEL PA CIENTE DE LLEGAR A USAR LAS DENTADURAS.

EL CUERPO SE ENCUENTRA EN SUS CONDICIONES ÓPTIMAS HASTA LA EDAD DE 35 a 40 AÑOS (PUDIÉNDOSE ENCONTRAR EXCEPCIONES EN PERSONAS MAYORES DE 40 AÑOS). LOS TEJIDOS SANAN RÁPIDAMENTE, SU RESISTENCIA ES FAVORABLE Y LA PERSONA SE ADAPTA FÁCIL MENTE A LAS NUEVAS CONDICIONES, LO CUAL ES IMPORTANTE, YA -- QUE UNA PRÓTESIS INMEDIATA DEBE REEMPLAZAR, Y RETENER LAS -- FORMAS FACIALES CON LA MENOR DEFORMACIÓN POSIBLE DURANTE EL PROCESO CICATRIZAL. NO SE DEBE OLVIDAR QUE LA PRÓTESIS INME DIATAS ES UN SERVICIO PROFESIONAL QUE REQUIERE MÁS CONOCI--- MIENTO, HABILIDAD Y CRITERIO QUE LA PRÓTESIS REGULAR.

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

LA REALIZACIÓN DE LOS OBJETIVOS QUE SE BUSCAN AL REALIZAR UNA PRÓTESIS INMEDIATA ESTÁN LIMITADOS POR LAS CONDICIONES PSICOLÓGICAS Y FISIOLÓGICAS DEL PACIENTE. PARA LOGRAR EL ÉXITO, ES NECESARIA LA COOPERACIÓN DEL PACIENTE.

POR LO TANTO, UNA PRÓTESIS INMEDIATA DEBERÁ HACERSE --- ESENCIALMENTE PARA PACIENTES QUE COMPRENDEN LOS REQUISITOS Y DESEAN COOPERAR CON EL ODONTÓLOGO. LA EDAD ES UN FACTOR IM PORTANTE, YA QUE DA UNA INDICACIÓN SOBRE LA HABILIDAD DEL PA CIENTE DE LLEGAR A USAR LAS DENTADURAS.

EL CUERPO SE ENCUENTRA EN SUS CONDICIONES ÓPTIMAS HASTA LA EDAD DE 35 a 40 AÑOS (PUDIÉNDOSE ENCONTRAR EXCEPCIONES EN PERSONAS MAYORES DE 40 AÑOS). LOS TEJIDOS SANAN RÁPIDAMENTE, SU RESISTENCIA ES FAVORABLE Y LA PERSONA SE ADAPTA FÁCIL MENTE A LAS NUEVAS CONDICIONES, LO CUAL ES IMPORTANTE, YA -- QUE UNA PRÓTESIS INMEDIATA DEBE REEMPLAZAR, Y RETENER LAS -- FORMAS FACIALES CON LA MENOR DEFORMACIÓN POSIBLE DURANTE EL PROCESO CICATRIZAL. NO SE DEBE OLVIDAR QUE LA PRÓTESIS INNE DIATAS ES UN SERVICIO PROFESIONAL QUE REQUIERE MÁS CONOCI--- MIENTO, HABILIDAD Y CRITERIO QUE LA PRÓTESIS REGULAR.

B I B L I O G R A F Í A .

- 1.- DICCIONARIO MÉDICO FAMILIAR.  
SELECCIONES DEL READER'S DIGEST.  
IMPRESORA Y EDITORA MEXICANA, S.A. 1982  
1a. EDICIÓN.  
756 PÁGINAS.
  
- 2.- HAYMAN, A. GEORGE, KUTSCHER, AUSTIN H., ZEGARELLY  
EDWARD V.  
DIAGNÓSTICO EN PATOLOGÍA ORAL.  
SALVAT, EDITORES S.A. 1981  
1a. EDICIÓN.  
651 PÁGINAS.
  
- 3.- MARTÍNES, ROSS ERIK.  
OCCLUSIÓN.  
VICOVA EDITORES S.A. 1978  
2a. EDICIÓN.  
554 PÁGINAS.
  
- 4.- OZAWA, DEGUCHI JOSÉ Y.  
PROSTODONCIA TOTAL.  
EDITORIAL ANDRÓMEDA S.A. 1981  
4a. EDICIÓN.  
487 PÁGINAS.
  
- 5.- PHILIPS, W. RALPH, SKINNER.  
LA CIENCIA DE LOS MATERIALES DENTALES.  
EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A. 1979  
7a. EDICIÓN  
583 PÁGINAS.

6.- PROSTODONCIA TOTAL.

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA U.N.A.M. TOMO I  
ELABORADO POR EL GRUPO DE TRABAJO DE LA DIVISIÓN S.U.A.  
(SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA)

2a. EDICIÓN 1980  
208 PÁGINAS.

7.- RAMFJORD, P. SIGURD, ASH, M. MAJOR

OCCLUSIÓN.

EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A.

2a. EDICIÓN  
400 PÁGINAS.

8.- RIPOL, GUTIÉRREZ CARLOS.

PROSTODONCIA (CONCEPTOS GENERALES).

1a. EDICIÓN 1976  
637 PÁGINAS.

9.- ZAISAR PEDRO.

PROSTODONCIA TOTAL.

EDICIÓN ARGENTINA 1972  
495 PÁGINAS.