

436

225

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO.**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PRÓTESIS INMEDIATA

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE :

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

ROCIO UMAÑA CHÁVEZ

ASESOR :

Dr. MANUEL D. PLATA OROZCO

CIUDAD UNIVERSITARIA

México, D.F. 1996



**FACULTAD DE
ODONTOLOGIA**



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 esta 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.

DEDICATORIAS

A MIS PADRES:

Por la inmensa ayuda recibida.
Por la confianza que en
se deposito.
Por haberme legado la herencia
más valiosa
Ahora; gracias a ustedes estoy
por culminar la etapa más
importante de mi vida.

A CARLOS:

Por la ayuda constante e
incondicional que me has
brindado en todos estos
años.
Por el animo que me
infundiste para cumplir
mi más anhelado
propósito.

A la Universidad Nacional
Autónoma de México.

A la Facultad de
Odontología.

A los profesores que me
proporcionaron los
conocimientos necesarios
para mi aprendizaje.

A todas aquellas personas
quienes no confiaron en
mi para culminar mi
carrera profesional

A todas aquellas personas
que fueron mis pacientes.

PRÓTESIS
INMEDIATA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	I
CAPÍTULO 1. GENERALIDADES	1
1.1 PRÓTESIS INMEDIATA	1
1.2 INDICACIONES	1
1.3 CONTRAINDICACIONES.....	1
1.4 VENTAJAS	2
1.5 DESVENTAJAS	5
1.6 TIPOS DE PRÓTESIS INMEDIATAS	6
a) Prótesis parcial aditiva	6
b) Férula transitoria	6
c) Dentadura interina	6
d) Prótesis sin flanco vestibular	6
1.6 DIAGNÓSTICO.....	7
1.7 PLAN DE TRATAMIENTO.....	10
1.8 REGISTROS PRELIMINARES	13
CAPÍTULO II. PROCEDIMIENTO CLÍNICO.....	15
2.1 CLASIFICACIÓN DE LAS IMPRESIONES	15
2.2 IMPRESIÓN ANATÓMICA.....	17
2.3 PORTAIMPRESIÓN INDIVIDUAL	20
2.4 PRUEBA Y DELIMITACIÓN DEL PORTAIMPRESIÓN	22
2.5 IMPRESIONES FISIOLÓGICAS.....	26

2.6 BASES DE REGISTRO Y RODILLOS DE OCLUSIÓN	27
2.7 OBTENCIÓN DE RELACIONES INTERMAXILARES.....	28
2.8 TRANSPORTE AL ARTICULADOR	31
2.9 SELECCIÓN DE DIENTES.....	33
CAPÍTULO III. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	37
3.1 CIRUGÍA DEL MODELO	37
3.2 ALVEOLO TOMÍA DEL PACIENTE.....	38
CAPÍTULO IV. PROCEDIMIENTO DE LABORATORIO	40
4.1 COLOCACIÓN DE DIENTES ANTERIORES	40
4.2 COLOCACIÓN DE DIENTES POSTERIORES.....	41
4.3 ENCERADO.....	43
4.4 ENMUFLADO	45
CAPÍTULO V. PROCEDIMIENTO FINAL	48
5.1 COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS EN EL PACIENTE	48
5.2 INSTRUCCIONES POSTOPERATORIAS.....	50
CONCLUSIONES.....	54
BIBLIOGRAFÍA.....	57

INTRODUCCIÓN

La prótesis inmediata parece haberse iniciado a mediados del siglo pasado. Antes el dentista persuadía a los pacientes para que esperaran seis u ocho meses después de las extracciones, para poder tomar la impresión para la prótesis, anteriormente se tomaban los modelos, después se extraían los dientes colocando los artificiales en los alvéolos del modelo.

En 1964 este tipo de prótesis originó quejas por parte de los pacientes, convirtiéndose en causa de demandas legales. Estas quejas eran parcialmente por resultados de estética insatisfactorios y función deficiente ya que el dentista hacía un plan de tratamiento equivocado al igual que el diagnóstico. Con el pasar de los años la confección de la prótesis inmediata ha sido más compleja. Hoy en día ya no existen tantas quejas por parte del paciente.

La prótesis inmediata no es una alternativa frente a la odontología conservadora, no autoriza las extracciones de dientes cuya conservación es aún posible. Es un servicio profesional que requiere más conocimientos, habilidad y criterios que la prótesis convencional total.

La principal motivación para la mayoría de los pacientes que requieren el tratamiento de prótesis inmediata es evitar cualquier cambio en su aspecto que enteren a las personas que los rodean del uso de éstas prótesis.

La prótesis inmediata capacita al paciente para seguir sus negocios y actividades sociales sin el período vergonzoso durante el cual no tienen

dientes naturales.

El objetivo principal de éste trabajo es proporcionar una síntesis de los pasos fundamentales para la realización de la prótesis inmediata.

Se especifican las características, requisitos, metodología y procedimientos de laboratorio seguidos para su correcta elaboración.

CAPÍTULO 1. GENERALIDADES

1.1 PRÓTESIS INMEDIATA

Es cualquier tipo de prótesis que se confecciona antes de una o varias extracciones dentales y se coloca inmediatamente después de la remoción de los dientes remanentes.

1.2 INDICACIONES

Cuando el paciente no puede permanecer sin dientes mucho tiempo ya sea por razones psicológicas, profesionales o sociales.

Cuando el estado parodontal del paciente se encuentra saludable para la colocación de la prótesis inmediata.

Si la edad y estado general del paciente permite la o las intervenciones quirúrgicas que se requieran.

El paciente desee el tipo de servicio y esté dispuesto a aceptarlo, con todo lo que implica.

Cooperación por parte del paciente.

1.3 CONTRAINDICACIONES

El estado general del paciente no permite una intervención quirúrgica.

En pacientes con el parodonto enfermo ya que la prótesis impide la limpieza de la herida y la cicatrización.

En pacientes que no reúnan las condiciones físicas y espirituales necesarias para recibir el servicio y afrontar su responsabilidad, tanto en gasto como tiempo adicional que ello involucra.

En pacientes que han sufrido terapia de irradiación ya que puede provocar una osteonecrosis en dichos pacientes. En individuos con trastornos emocionales, incluyendo personas en el periodo de menopausia y climaterio de la vida.

En personas con gran pérdida ósea adyacente a los dientes restantes.

1.4 VENTAJAS

Se clasifican en cinco grupos:

- | | | |
|----------------|-----------------|---------------|
| 1) Anatómicas. | 3) Estéticas. | 5) Psíquicas. |
| 2) Funcionales | 4) Quirúrgicas. | |

1) ANATÓMICAS:

Impide la pérdida inmediata de altura al reemplazar el tope oclusal, preservando o restituyendo la altura morfológica, así la lengua se extiende menos por la carencia de contacto con los dientes.

Mantienen el soporte de labios y mejillas.

No se modifica el sistema neuromuscular.

Evita violencias a las articulaciones temporomandibulares.

Impide al ensanchamiento lingual.

2) FUNCIONES:

Permite que la musculatura afectada funcione en sus posiciones normales.

Evita la mayor parte de los trastornos y reajustes fonéticos del desdentamiento.

No se pierde elasticidad en los tejidos.

La reposición de los tejidos adyacentes tiene menor dificultad.

Evita la migración de los dientes adyacentes al área edentula y la sobreerupción de los dientes antagonistas hacia el espacio de los dientes faltantes.

Los cambios en la base protética son más fáciles de realizar a medida que progresa la cicatrización, con acondicionadores y resinas acrílicas.

Para su colocación el paciente no debe esperar el período de cicatrización.

Contribuye a una curación menos dolorosa.

No es necesario un período largo de cambio de dieta, ya que ésta se limita a comidas blandas solo unos días.

Es más fácil colocar los dientes en sus posiciones previas casi idénticas.

3) ESTÉTICAS:

Impide el colapso facial consecuencia de las pérdidas y transformaciones anatómicas.

Estética favorable.

La dimensión vertical es conservada.

4) QUIRÚRGICAS:

Actúa como "vendaje" protector de las heridas, durante los primeros días y protege a los coágulos.

Se presenta menos dolor ya que la prótesis la hace de férula y apósito, así se evita que los restos alimenticios entre los alvéolos y reduce el riesgo de infección.

Hay una recuperación rápida del choque de la cirugía.

Frena la atrofia ósea, manteniendo mayor proporción del reborde residual.

5) PSÍQUICAS:

Los pacientes no son tan reacios a la extracción de dientes enfermos cuando de les asegura que se les repondrán inmediatamente.

Elimina la humillación que sufren los pacientes al presentarse sin dientes con la gente que los rodea.

Mantiene el equilibrio espiritual y facilita la continuidad de la vida de

relación.

Reduce los trastornos del acostumbramiento a la prótesis.

1.5 DESVENTAJAS

Costo alto, tiempo adicional.

Posibilidad de que el paciente experimente más molestias después de la colocación de la prótesis.

No se hace ninguna prueba en este tipo de prótesis.

Requieren mayor servicio de mantenimiento ya que necesitan de rebases provisionales con acondicionadores de tejidos pues los maxilares sufrirán modificaciones en poco tiempo.

Existe menor ajuste en las bases de la prótesis.

Las extracciones dentarias a grupo de dientes son traumatizantes para el paciente.

Existe modificación y resorción de la cresta alveolar residual debido a la adaptación de la base de la prótesis y de la configuración oclusal.

Después de un año debe elaborarse una prótesis convencional o definitiva.

1.6 TIPOS DE PRÓTESIS INMEDIATAS

- a) **PRÓTESIS PARCIAL ADITIVA:** Es la prótesis parcial la que se le van agregando dientes después de las extracciones, evita las extracciones masivas, facilita la extracción previa de los dientes posteriores sirviendo como transición a la prótesis convencional. Los dientes a reemplazar son colocados a ésta una vez que se han presentado los cambios tisulares posteriores a la extracción.
- b) **FÉRULA TRANSITORIA o Dentadura de Transición:** En ésta los dientes posteriores son reemplazados por férulas de acrílico que articulan directamente en boca por medio de acrílico autopolimerizable, los dientes anteriores se hacen por vaciado en la impresión con acrílico de color adecuado, es rápida y económica en su ejecución.
- c) **DENTADURA INTERNA:** Es una prótesis dental que se emplea durante un período corto por motivos de estética, masticación, soporte oclusal, convivencia o para acondicionar al paciente para aceptar un sustituto artificial para los dientes naturales faltantes, hasta que logre proporcionarse un tratamiento protético dental más definitivo.
- d) **PRÓTESIS SIN FLANCO VESTIBULAR o Completa Abierta:** En esta prótesis se excava el alvéolo en el modelo de yeso y se introduce el diente artificial 2 o 3 mm, así el diente parece emerger de la encía. Esta prótesis ocasiona atrofia vestibular por lo tanto requiere de encía artificial

al cabo de 15 o 20 días.

1.7 DIAGNÓSTICO

Para establecer correctamente un diagnóstico debemos tener en cuenta cuatro factores básicos:

1. **FACTORES BIOLÓGICOS LOCALES.** Incluyen la salud de las articulaciones temporomandibulares, tamaño, tono de musculatura, cantidad y calidad de saliva, características del parodonto y dientes remanentes todo esto se encuentra relacionado con la salud general del paciente.
2. **FACTORES FÍSICOS LOCALES.** Se encuentran tamaño, forma, espacio y relaciones entre los maxilares.
3. **SALUD GENERAL.** Con el interrogatorio que se le práctica al paciente nos podemos informar del padecimiento actual de éste.
4. **ACTITUD MENTAL.** Para algunos pacientes la pérdida de dientes remanentes constituye un gran golpe psicológico y les puede tomar algún tiempo aceptar éste diagnóstico. Sin embargo, otros pacientes consideran a las prótesis totales como la solución final a todos sus problemas ya que piensan que con la pérdida de los dientes restantes toda la molestia y el dolor será erradicada; por lo tanto exigirán la extracción de los dientes que pudieran ser restaurados.

El diagnóstico del desdentado parcial comprende el diagnóstico bucal y diagnóstico protético.

DIAGNOSTICO BUCAL. Se obtiene del examen del paciente acerca de su estado de salud bucal, incluye interrogatorio, examen clínico, radiográfico, estudio de modelos y análisis.

DIAGNOSTICO PROTETICO. Se obtiene del estudio de las características dependiendo del caso de cada paciente, es decir; la conveniencia de la prótesis, las cualidades que debe satisfacer y las probabilidades de realizarla con éxito.

La extracción dental es un procedimiento irreversible por lo tanto se debe diagnosticar cuidadosamente a los pacientes con dientes remanentes ya que la decisión de conservar o extraer aunque sea un solo diente es importante para establecer un correcto plan de tratamiento.

La finalidad de conservar dientes naturales es preservar el hueso alveolar.

El diagnóstico bucal concerniente al estado de salud del paciente se obtiene mediante interrogatorio, examen clínico, visual y de contacto, estudio topográfico con modelos, estudio radiográfico completo y análisis de laboratorio.

HISTORIA CLÍNICA. Se anotan los datos personales del paciente, edad, sexo, estado civil, ocupación, dirección, padecimiento actual, esto puede adquirir en

algún momento significación legal.

EXPLORACIÓN VISUAL Y DE CONTACTO. Se hace un examen minucioso de la cavidad oral para diagnosticar si no existe alguna patología que pueda interferir con el plan de tratamiento, se gráfica la localización y estado de los dientes remanentes, se observa la oclusión y se anota cualquier desarmonía en la oclusión o entre relación céntrica y oclusión céntrica, esto nos proporciona información acerca de la capacidad y coordinación del paciente para mover su mandíbula hacia la posición céntrica.

Se efectúa la prueba de movilidad de los dientes remanentes y se mide la profundidad de los surcos gingivales.

Se deben observar los espacios desdentados que hay entre los arcos maxilar y mandíbula.

Se inspeccionan las coronas clínicas visualmente y con la ayuda de un explorador, se observa la forma general de cada diente, el contorno de la superficie oclusal, el tipo de restauraciones y el material con el que se elaboraron. Esta información nos indica el cuidado personal del paciente.

MODELOS DE DIAGNOSTICO O ESTUDIO. Son indispensables antes de tomar una decisión del plan de tratamiento y antes de realizar la extracción de los dientes remanentes.

Las impresiones se toman con alginato y portaimpresiones universales y nos revelan si existe sensibilidad de las membranas mucosas, tendencia a las

náuseas, tolerancia del paciente a los procedimientos de la cavidad bucal y coordinación de la actividad de la lengua.

Una vez obtenidos los modelos se montan en articulador con un registro previo interoclusal del paciente, así se analizan los modelos para determinar si hay que extraer o conservar los dientes naturales

RADIOGRAFÍAS. Se evalúa las condiciones existentes de cada paciente observando si existen anomalías como: patologías de desarrollo, inflamatorias o neoplásicas.

Las radiografías nos confirman la profundidad de las bolsas parodontales, dientes sin pulpa, pérdida ósea alrededor de los dientes remanentes.

Los tipos de radiografías que se toman son periapicales oclusales y panorámicas.

1.8 PLAN DE TRATAMIENTO

Una vez que todas las condiciones intrabucales, físicas y mentales se han analizado se puede establecer el plan de tratamiento; cubre el período de transición entre el estado actual y la normalización del paciente con la prótesis.

REQUISITOS DEL PLAN DE TRATAMIENTO. El estado general del paciente es indispensable para saber el tipo de prótesis a colocar y si es necesario un procedimiento quirúrgico. Se determina si cambiará la altura, tamaño, posiciones y colores de los dientes.

La edad del paciente determina la decisión de extraer o no los dientes remanentes ya que si la persona es joven el hueso aún no está calcificado del todo y tal vez se puedan conservar con restauraciones sin importar el costo. Si el paciente es anciano sería mejor conservar los pocos dientes remanentes, pero si éstos se encuentran flojos o extruidos y afectan su salud se deben extraer.

Deben extraerse los dientes con tercer grado de movilidad dental y aquellos que presenten infección.

Los dientes remanentes únicamente serán extraídos si presentan extrusión, inclinación y rotación, esto puede interferir con el plano oclusal, presencia de abscesos periapicales que con tratamiento no tengan éxito, coronas clínicas muy destruidas raíces fracturadas que no puedan restaurarse, enfermedad periodontal avanzada con pérdida ósea alrededor de los dientes remanentes.

Estudiar si las extracciones deben hacerse por etapas o de una sola intención, esto implica una exigencia técnica para el dentista.

Considerar las medidas auxiliares inmediatas que puede requerir el estado actual del paciente (curaciones, obturaciones, prótesis de emergencia).

Se debe establecer el tipo de cirugía a realizar.

De acuerdo al plan que se adopte calcular presupuesto y sus posibles variaciones y hacerlo saber al paciente o a la persona encargada de él.

Se debe informar al paciente de los cuidados postoperatorios, así como que deberá estar asistido por un periodo no menor de seis meses y al probabilidad de requerir nuevas prótesis después de un año, para restaurar pérdidas de altura consecuente a la atrofia de los maxilares que la prótesis inmediata no puede compensar.

El dentista debe considerar todas las posibilidades antes de tomar la decisión de extraer los dientes remanentes, ya que la pérdida de éstos puede provocar un fuerte golpe psicológico para algunos pacientes y provocar problemas físicos, mentales y legales.

La elaboración del plan de tratamiento se basa en los conocimientos, capacidad y habilidad del dentista, pero requiere del esfuerzo por parte del paciente.

El paciente debe tener en cuenta que la prótesis inmediata comprende:

La preparación preprotética, frecuentemente necesaria.

El tiempo de preparación de la prótesis.

La (o las) intervenciones quirúrgicas.

El postoperatorio inmediato.

El cuidado y reajustes posteriores.

El reemplazo.

1.8 REGISTROS PRELIMINARES

Los registros hechos previamente a la extracción tienen por objeto conservar la posibilidad de reproducir exactamente el tamaño, posición, forma, color de los dientes, articulación, forma de las encías y altura facial.

Los registros más importantes antes de realizar una prótesis inmediata son: altura facial morfológica, color de los dientes naturales, impresión frontal, el perfil y las fotografías.

ALTURA FACIAL MORFOLÓGICA. Para obtener ésta se miden las siguientes distancias:

- A boca cerrada la distancia entre la base de la nariz y la base del mentón;
- Del borde incisivo superior a base de la nariz;
- Del borde incisivo inferior a base del mentón.

COLOR. Se debe obtener la coloración de los dientes naturales antes de extraerlos para así duplicar el color de los dientes artificiales que se colocarán en la prótesis inmediata.

MODELOS FRONTALES. Se hacen con cera o una lámina metálica del tamaño de la película rariográfica, se redondean las cuatro puntas y se hacen escotaduras en los bordes superior e inferior para los frenillos, se hacen perforaciones y se les diseña un mango de alambre. La impresión se toma con alginato, en la parte anterior de ambos maxilares.

PERFIL. Un perfilómetro es lo más cómodo para reproducir el perfil de una persona, pero si no contamos con este medio podemos utilizar una fotografía de perfil del paciente, luego se coloca una regla milimétrica frente al perfil, después se amplía la foto hasta que la regla tome sus dimensiones reales.

FOTOGRAFÍAS. Se toman de frente y de perfil a boca cerrada y mostrando los dientes, nos sirven para conservar el registro del aspecto de los pacientes antes de las intervenciones quirúrgico-protéticas y se comparan con los resultados fotografiados.

CAPÍTULO II. PROCEDIMIENTO CLÍNICO

IMPRESIÓN: Es la reproducción o representación en negativo de las superficies estructurales y tejidos adyacentes de la cavidad oral.

2.1 CLASIFICACIÓN DE LAS IMPRESIONES

Se clasifican en primarias; simples o anatómicas, finales, complejas o funcionales.

TÉCNICAS DE IMPRESIÓN. Se clasifican en presión selectiva, sin presión, a boca cerrada, y a boca abierta.

TÉCNICA DE PRESIÓN SELECTIVA. Se toma con portaimpresiones que están más holgados de un lado que en otro para el material de impresión. Los lugares que tienen menos alivio transmiten más presión a los tejidos (en la prótesis inmediata la zona desdentada) y menos presión a las partes desfavorables de los maxilares (como espículas óseas o rebordes afilados).

TÉCNICA SIN PRESIÓN. Se hace con el menor desplazamiento de los tejidos blandos que cubren los maxilares, tiene una gran cantidad de espacio entre el portaimpresiones y los tejidos a registrar, requieren un material de impresión fluido.

TÉCNICA DE BOCA CERRADA. Se ha ido descartando debido a que es más compleja y delicada. Esta debe acompañarse de un registro interoclusal que no siempre se logra fácilmente, la cubeta es más alta y exige la acción del

antagonista, lo cual, cuando el paciente tiene la boca chica, puede ser dificultoso el procedimiento, exige la colaboración del paciente.

TÉCNICA DE BOCA ABIERTA. Mantiene al paciente pasivo, permiten dar mejor posición del trabajo y trabajar en un solo maxilar, facilitan que el operador realice y supervise cada maniobra y dan mayor campo de acción.

POSICIÓN DEL PACIENTE Y DEL OPERADOR. El paciente debe estar bien sentado en posición vertical, con la cabeza apoyada a los lados de la zona occipital.

El operador debe estar en equilibrio ya sea sentado o parado de manera que sus brazos puedan alcanzar la boca y realizar las maniobras que se requieran.

La vista del operador debe tener acceso cómodo a la boca del paciente para controlar lo que hace.

Para tomar la impresión superior el operador puede colocarse en posición anterior; el paciente debe estar sentado verticalmente, y en posición posterior; la cabeza del paciente debe estar a nivel del codo del operador e inclinada ligeramente hacia atrás.

La impresión inferior se toma siempre en la posición anterior. El cuerpo del paciente debe estar casi vertical y su boca a nivel de los codos del operador para que la mandíbula quede a la vista y alcance de las manos.

2.2 IMPRESIÓN ANATÓMICA

Reproducen la forma anatómica de la cavidad oral, debe cubrir la mayor superficie posible sin distender ni deformar los tejidos marginales.

Este tipo de impresiones se usan como método de examen de la sensibilidad y tolerancia del paciente, para conocer mejor la topografía del maxilar y la mandíbula, para estudiar características relacionadas con la estética facial del paciente, nos permiten establecer el plan de tratamiento, así como también confeccionar los portaimpresiones individuales.

Las impresiones se toman con portaimpresiones diseñados para incluir a los dientes remanentes, son metálicos, pueden ser tipo rimlock u otros que se adapten a los tejidos por medio de flexión de las aletas y agregando en el borde de ésta cera, éstos proporcionan la extensión adecuada de la impresión junto con un soporte para el alginato.

La técnica que se utiliza comúnmente para la prótesis inmediatas es sin presión a boca abierta. El material a utilizar es el alginato que se retira sin ningún esfuerzo de los dientes remanentes.

PROCEDIMIENTO: Se introducen 20 o 25 gramos de polvo de alginato en una taza de hule con 50 cc de agua, con la espátula se mezcla durante medio minuto.

Al terminar el espatulado lo depositamos en toda la superficie del portaimpresión, cubriéndolo desde el fondo hasta los bordes.

Con los dedos humedecidos se alisa toda la superficie del material (rompe la tensión superficial) y se acomoda el excedente que desborda por los flancos.

En la posición de trabajo se separa la comisura izquierda de la boca del paciente con el dedo medio, con la mano derecha se introduce el portaimpresión con la mitad de los dedos.

Con el dedo pulgar e índice izquierdos se levanta el labio superior y se lleva el portaimpresión hacia arriba a su posición, usando el frenillo labial como guía del centro. Cuando el portaimpresión esté adecuadamente colocado en la parte anterior, se colocan los dedos índices en la región de los primeros molares de cada lado del portaimpresión y con presión se asienta hacia arriba hasta que se observa un exceso de alginato desbordado.

El portaimpresión se mantiene en posición y con la mano que tenemos libre ajustamos el elginato contra las superficies vestibulares del maxilar superior, mediante presiones sobre labio y carrillos. Con esta maniobra se busca el fondo del vestibulo incluyendo la inserción de los frenillos.

Una vez gelificado el alginato procedemos a desprender el portaimpresión de la boca del paciente, separando el labio para facilitar la entrada de aire entre mucosa y alginato, traccionamos hacia abajo con un solo movimiento.

La impresión se inspecciona, debe ser nítida y tener extensión general.

Esta debe ser una copia fiel de los tejidos de la cavidad oral.

Para tomar la impresión inferior se hace la mezcla con la proporción alginato-agua, se coloca en el portaimpresión, se alisa toda la superficie con los dedos humedecidos.

En la posición de trabajo anterior, separar la comisura izquierda con el dedo índice, con la mano contraria introducimos el portaimpresión a la boca del paciente, lo centramos y bajamos con los dedos índices de ambas manos. Mantenemos el portaimpresión en posición con los dedos de la mano derecha y le pedimos al paciente que sube la lengua, subimos el labio inferior hacia arriba y hacemos presión sobre los carrillos.

Se espera a que gelifique el alginato para desprender el portaimpresión de un solo movimiento, separando el labio para facilitar la entrada de aire. Se extrae en forma inversa a la entrada.

Las impresiones deben cubrir la totalidad de maxilar y mandíbula hasta el límite protético, los dientes y socavados retentivos deben ser fielmente reproducidos.

Las impresiones se vacían inmediatamente después de haberles tomado ya que es imposible conservarlas al aire; se deshidrata y encoge, o en agua; absorbe agua y se expande. Estas alteraciones hacen que el modelo sea inexacto, por lo tanto se deben vaciar lo más rápido posible para evitar distorsión.

Se enjuagan las impresiones con agua para eliminar exceso de saliva. Eliminar el exceso de humedad de la impresión con un chorro suave de aire, la superficie debe estar brillante y reluciente.

Con un cuchillo afilado se recorta el exceso de alginato que se extiende por fuera del portaimpresión.

Se efectúa la mezcla de yeso-agua con la proporción correcta, se va vaciando poco a poco el yeso piedra en las impresiones mediante una suave vibración.

Se continúa añadiendo yeso hasta cubrir la totalidad de la porción anatómica de ambas impresiones. El resto del yeso se coloca en gotas para hacer que el fondo sea irregular y se dejan fraguar las impresiones.

Se procede a hacer el zócalo de los modelos obtenidos.

Para desprender los modelos primarios de las impresiones se introduce la punta de una espátula de cera entre el alginato y el portaimpresión y así se desprenden. Y se recorta el modelo.

2.3 PORTAIMPRESIÓN INDIVIDUAL

Es el receptáculo que se utiliza para llevar el material de impresión a la boca del paciente, mantenerlo en posición con las superficies que han de ser registradas, así podemos obtener la impresión fisiológica.

El portaimpresión debe estar diseñado para cubrir la totalidad de los maxilares; cubriendo los rebordes edéntulos y los dientes remanentes. El

portaimpresiones es un poco voluminoso debido a que se deben aliviar con cera los dientes remanentes para bloquear las áreas retentivas.

Los portaimpresiones individuales deben tener las siguientes cualidades: Resistencia adecuada para no romperse o deformarse ante los esfuerzos a los que es sometida; Rigidez para eliminar la posibilidad de deformación elástica; Adaptación a la superficie de asiento del modelo; Espesor adecuado; Forma inalterable frente a cambios de temperatura que originan las condiciones de trabajo; Facilidad de preparación, por razones de economía y tiempo.

Los materiales con los se fabrican son: con acrílico autopolimerizable o fotopolimerizable y con materiales termoplásticos como los acetatos.

PROCEDIMIENTO: Se marca el límite del portaimpresiones sobre los modelos de yeso piedra, con un lápiz tinta.

Bloquear con cera los dientes remanentes de tal forma que pueda sacarse el portaimpresión, sin romper los dientes, se adapta una lámina de cera a todo el modelo.

Colocar separador de acrílico a los modelos y a la cera.

Preparar el acrílico autopolimerizable con la proporción adecuada (27 cc polvo, 5 cc líquido).

Cuando el acrílico está en estado plástico se hace una pelotilla y se coloca entre dos losetas húmedas, así se forma una lámina de 2mm de grosor.

Se adaptan las láminas a los modelos superior e inferior, se recorta el

exceso de acrílico sobre los bordes de los modelos y el área de los frenillos.

El asa del portaimpresión se hace amasando los trozos sobrantes, dándole la forma y tamaño aproximado a 3mm de grosor, 12mm de ancho, y 14mm de longitud. Para lograr la unión de las partes se le aplica una gota de líquido sobre las superficies que estarán en contacto y se coloca en posición; en la línea media y sobre la parte anterior de los modelos superior e inferior, casi vertical con una ligera inclinación labial.

Polimerizados los portaimpresión se retiran de los modelos, se recortan, pulen y alisan los bordes para evitar molestias al paciente.

2.4 PRUEBA Y DELIMITACIÓN DEL PORTAIMPRESIÓN

Una vez que tenemos los portaimpresiones individuales terminados y pulidos, los llevamos a la boca del paciente y los probamos, éstos deben tener soporte, aunque tenga el espaciador de cera.

Cada portaimpresión debe ir a su sitio sin dificultad, si algún flanco crea resistencia, se desgasta.

El portaimpresión no debe causar dolor al paciente cuando se presiona en su sitio.

A la tracción por el mango no debe mostrar retención ninguno de los portaimpresiones. Si alguno la tiene deben desgastarse los bordes por dentro.

No deben moverse de uno a otro lado cuando se colocan los dedos en el centro de los maxilares, si lo hacen buscar la causa y corregir o repetir.

Recortar los bordes hasta liberar los tejidos móviles alrededor del borde periférico.

El portaimpresión individual debe quedar adaptado a los maxilares ya sea por su propia retención o con una suave presión de los dedos, y cuando efectuamos el estiramiento de labios y carrillos o cuando el paciente hace una apertura suficiente o movimientos de lateralidad.

DELIMITACIÓN DEL PORTAIMPRESIÓN. La delimitación debe ser activa; movimientos hechos por el paciente, y pasiva; tracciones que el operador realiza a los carrillos y labios.

Se ablanda la modelina de baja fusión a la flama y se coloca en el borde del portaimpresión individual con altura de 3mm, se lleva a la boca del paciente y se le pide que realice el movimiento correspondiente. Se sigue el siguiente orden:

MAXILAR SUPERIOR: (Figura 1)

Área 1 y 3 Vestíbulo bucal; el paciente hace movimientos de apertura, cierre, lateralidad, así como también succiona el dedo índice del operador.

Área 2 y 4 Frenillos bucales; jalar los carrillos hacia afuera y hacia abajo y pedirle al paciente que sonría para que las comisuras de los labios se hagan hacia atrás y hacia adelante.

Área 5 Vestíbulo labial y frenillo labial; se jala el labio hacia afuera y

hacia abajo, proyectar los labios lateralmente hacia adelante, y en forma circular.

Área 6 Línea vibrátil o sellado posterior; se colocan de 2 a 5mm de ancho de modelina; se le pide al paciente que pronuncie la letra "A" y que trate de hacer succión hacia adentro, no se recorta excedente en esta zona.

MANDÍBULA: (Figura 2)

Área 1 y 2 Vestíbulo bucal; se le pide al paciente que baje la modelina con la lengua, que abra y cierre.

Área 3 Vestíbulo labial, frenillos bucales y frenillo labial inferior; se le pide al paciente que infle las mejillas sin sacar el aire, el operador jala el carrillo hacia afuera y arriba, también se le pide que succione el dedo que sostiene el portaimpresión, jalar el labio hacia afuera y arriba.

Área 4 y 5 Piso de la boca; se le pide al paciente que trate de empujar el mango del portaimpresión hacia adelante, que saque la lengua del lado contrario a donde se está rectificando.

Área 6 Frenillo lingual; se le pide al paciente que saque la lengua y la dirija hacia abajo, luego que la meta y dirija al paladar

Figura 1

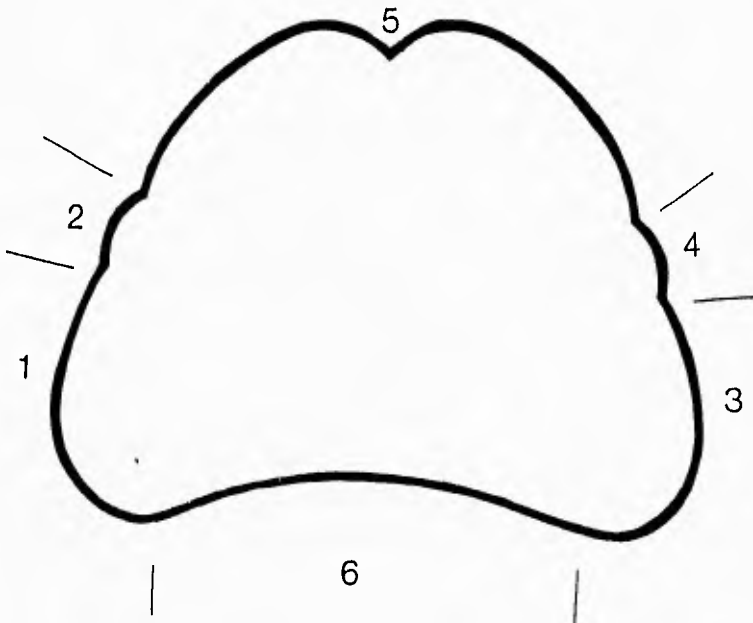
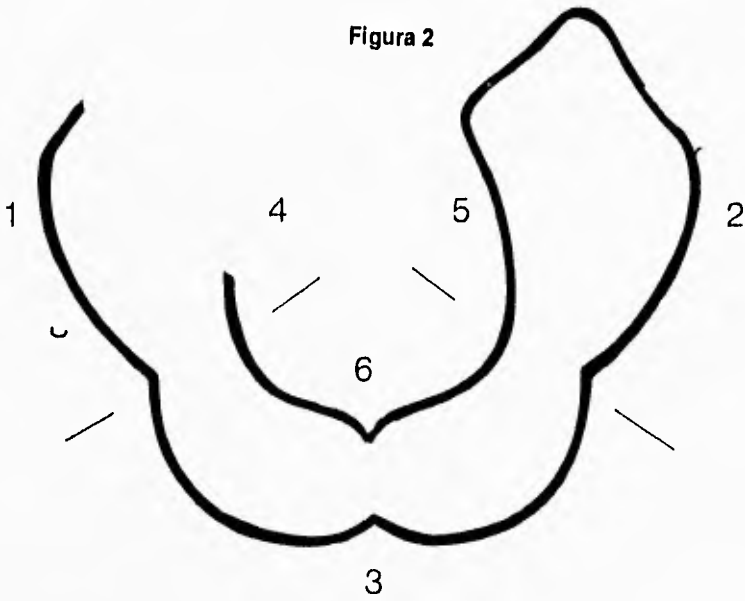


Figura 2



2.5 IMPRESIONES FISIOLÓGICAS

El material que se utiliza para tomar la impresión fisiológica en pacientes con algunos dientes remanentes son; elastómeros como siliconas o mercaptanos.

IMPRESIÓN FISIOLÓGICA. Reproduce las estructuras de soporte de la cavidad oral, en sus formas funcionales.

PROCEDIMIENTO: Una vez que se tiene el portaimpresión individual delimitado, con una espátula de lecron se le quita la cera, a ambos.

Se separa el material de impresión en una loseta de vidrio, ya sea silicona o mercaptano; éste último necesita de un adhesivo ya que una vez fraguado es una goma carente de adherencia.

Con la espátula se lleva el material al portaimpresión superior, el operador se coloca en posición, llevándolo a la boca del paciente; se le pide que realice los mismos movimientos que hizo para la delimitación. También el operador hace los movimientos de tracción en los carrillos y labio superior.

De igual forma se toma la impresión inferior, y se le pide al paciente que realice los movimientos antes descritos para la mandíbula. Para retirar los portaimpresiones debe tenerse en cuenta la dirección de los dientes. Se analizan las impresiones y si están bien se corren con yeso de alta resistencia (tipo IV), se les hace un zócalo y se recortan.

2.6 BASES DE REGISTRO Y RODILLOS DE OCLUSIÓN

Las bases de registro tiene por objeto facilitar y registrar el estudios estético y funcional del paciente.

El material con el que se fabrican son resinas acrílicas y materiales plásticos como los acetatos y bases graff, de éstos materiales el más utilizado por su costo es la resina acrílica.

Para hacer la base de registro se delimita el modelo con un lápiz tinta, se le coloca separador de acrílico y por la técnica de adición, se coloca acrílico y monómero hasta formar una capa delgada, debe tener de espesor 2mm.

Se libera el acrílico de los dientes del modelo para evitar retención, se deja polimerizar la base y se procede a desprenderla del modelo, se recorta y se alisan los bordes.

La base de registro no debe desprenderse con ningún tipo de movimiento que el paciente y el operador realicen dentro y fuera de la cavidad oral.

Los rodillos de oclusión se hacen con un conformador y cera rosa, de deja que endurezca ésta y se procede a recortar los rodillos. Deben tener de ancho en el área de molares 7mm; premolares 5mm, anteriores 3mm; de altura en posterior 7 u 8 mm, y en la parte anterior 10 u 11mm; éstas son medidas arbitrarias que conforme sean las relaciones intermaxilares del paciente se pueden aumentar o disminuir.

Los rodillos se colocan en medio del reborde de la base de registro; con cera pegajosa. Antes debemos colocarle a la base a la mitad del reborde un ángulo de cera azul, para identificar el reborde después de haber colocado el rodillo.

En la parte de la base donde existen dientes no se coloca rodillo.

Una vez colocado el rodillo en la base superior se prueba en el paciente; ésta no debe desprenderse con los movimientos que realice el paciente. El rodillo debe conservar la altura de los dientes remanentes.

2.7 OBTENCIÓN DE RELACIONES INTERMAXILARES

Tiene por objeto:

Determinar la altura morfológica correcta en relación céntrica.

Establecer la mejor estética compatible con la posición anterior. Fija ésta posición, mediante las bases de registro, para transferirla a los modelos y al articulador, lograr la correcta posición de los dientes artificiales en lo que se refiere a función, estética y fonética.

Para la obtención de dichas relaciones nos ayudan mucho los dientes naturales que el paciente posee, ya que nos sirven de guía para el establecimiento de la dimensión vertical.

Se colocan las bases de registro superior e inferior al paciente y se pasan por la flama los rodillos; se le pide al paciente que muerda en su posición habitual, así obtenemos la altura morfológica.

De la boca del paciente se saca la base inferior y se procede a orientar el rodillo superior, mediante una platina de fox, ésta se apoya en la superficie oclusal del rodillo superior, y se coloca una regla en la línea bipupilar, así se aprecia el paralelismo que debe existir con el plano oclusal.

Se traza una línea de la base del ala de la nariz, al tragús, con la ayuda de una regla, se observa la inclinación anteroposterior de la superficie oclusal, de ambos lados.

Si es necesario hacer alguna reducción en el rodillo, se calienta la superficie oclusal de éste y se coloca sobre vidrio envaselinado, haciendo presión donde se requiere la reducción.

La superficie oclusal del rodillo debe ser un plano que sea paralelo a la línea bipupilar y al plano protético.

Para la orientación del rodillo inferior se le colocan al paciente las dos bases, si éste siente que cierra con esfuerzo, se calienta la superficie oclusal del rodillo inferior y se rebaja, hasta que el paciente cierre sin esfuerzo y se logre que las dos superficies de los rodillos tengan contacto, ésta posición debe estar disminuida en 2 o 3 mm; correspondiente al espacio interoclusal o diferencia entre la posición de descanso y la oclusión céntrica.

Una vez orientados ambos rodillos se hacen registros de referencia estética; el operador debe mirar de frente al paciente y trazar la línea media; el punto de encuentro entre los incisivos superiores en ambos rodillos, si la marca

ocupa correctamente la línea media se profundiza con una espátula de lecrón.

Tomando como referencia el ángulo del ala de la nariz, se traza una línea vertical hacia el rodillo superior, de ambos lados, éstas marcas corresponden a las cúspides de los caninos.

La pérdida desigual de dientes, el aflojamiento y la abrasión dentaria, a menudo conducen a una dimensión vertical de oclusión disminuida; si se requiere aumentar ésta se determinará la magnitud del cambio.

Una vez que en los rodillos ya se establecieron las relaciones mencionadas, se hace una prueba colocando los rodillos en la boca del paciente; se le hace decir "M", las superficies oclusales deben separarse 3 o 4mm; al sonreír el rodillo superior debe sobresalir 2 o 3mm; se distrae al paciente enseñándole algún objeto, para examinar la posición de reposo; debe haber una separación entre rodillos. Se quita el rodillo superior y se le pide al paciente que entrecierre la boca; el borde superior del rodillo inferior debe quedar escondido tras el borde del labio; si no es así se examinan las proporciones de la prótesis y se corrigen.

La altura facial morfológica del paciente debe coincidir con el registro preliminar del ésta.

Establecidas correctamente las relaciones intermaxilares y los rodillos de oclusión se llevan al articulador.

2.8 TRANSPORTE AL ARTICULADOR

En la horquilla del arco facial por la parte anterior y posterior se coloca una lámina de cera rosa; esto es para evitar el contacto directo de los dientes remanentes con el aluminio.

Se coloca el rodillo superior en la boca del paciente, se medio calienta la horquilla y se le pide al paciente que muerda; el rodillo se fija con cera pegajosa.

Para colocar el arco facial el paciente debe estar recostado con su cabeza apoyada. Al arco se le coloca una liga para la manipulación de las olivas auditivas.

Con la horquilla en la boca del paciente se inserta el arco facial, las olivas son guiadas a los meatos auditivos externos hasta que se ajusten con comodidad. El tornillo de cierre del arco facial es ajustado para mantener esta posición y se toma nota de la anchura craneal indicada por el marcador en la parte delantera del arco facial.

El nasión se inserta al travesaño de soporte del arco facial y se ajusta verticalmente el arco facial de manera que la pieza nasal ajuste en la concavidad del puente nasal. En esta posición se asegura el arco facial a la horquilla; apretando los tornillos.

Con cuidado se desenganchan los postes de los meatos auditivos; previamente el aparato anterior de cierre del arco facial se desatornilla. Se

retira del paciente el arco facial y rodillo oclusal superior.

El tornillo del aparato anterior de cierre se ajusta para que corresponda con al anchura craneana como lo indica el arco facial.

El arco facial, sosteniendo el rodillo superior, es insertado al miembro superior del articulador, por medio de los orificios y los vástagos metálicos que se extienden lateralmente a cada lado del articulador.

El miembro inferior del articulador debe soportar el miembro superior de éste, el arco facial insertado, el rodillo oclusal y el modelo de trabajo; hasta que el modelo superior es unido a la platina del articulador por medio de yeso de fraguado rápido.

Así el modelo superior está orientado en el miembro superior del articulador de manera similar a como el maxilar está orientado al cráneo del paciente.

Para la orientación en el articulador del rodillo inferior; se colocan ambos rodillos oclusales en la boca del paciente y se le hace practicar suficientes cierres de prueba en relación céntrica, hasta que se familiarice con la posición. Se le hacen ranuras en forme de ventana e los rodillos superior e inferior a nivel de los premolares.

Se le pide el paciente que coloque su mandíbula en relación céntrica, se fija esta relación con modelina, cera pegajosa, yeso de fraguado rápido.

Una vez que el medio con el que fijamos ha fraguado se le pide al

paciente que abra cuidadosamente y se sacan los rodillos oclusales. Con frecuencia son retirados como una unidad. No debe haber contacto en la parte posterior de los rodillos oclusales.

El modelo inferior es asentado sobre el rodillo oclusal inferior, se invierte el miembro superior del articulador con el perno de la guía incisal centrado verticalmente de manera que haga contacto con la guía incisal. El rodillo oclusal superior, con el rodillo inferior y el modelo inferior, son colocados apropiadamente sobre el modelo superior y se distribuye yeso sobre el fondo del modelo inferior y en la platina del miembro inferior del articulador. El montaje debe ser limpio.

Ahora se encuentran orientados ambos modelos en el articulador de manera similar a como esta orientado en el cráneo del paciente.

2.9 SELECCIÓN DE DIENTES

La selección de dientes para pacientes que requieren prótesis inmediatas no es tan difícil ya que existen modelos de diagnóstico, fotografías, radiografías, algún diente extraído previamente y los dientes naturales que se utilizan para seleccionar color, tamaño y forma.

Los modelos de diagnóstico de los dientes naturales son guías para la selección, disposición y colocación de los dientes anteriores. Al paciente se le deben colocar dientes artificiales similares a los naturales.

El tamaño de los dientes está en proporción con el tamaño de la cara. La

forma de los dientes debe estar en armonía con la forma de la cara y lucirán bien.

La forma cuadrada de un diente representa masculinidad.

Los contornos proximales e incisales más redondeados denotan feminidad.

El tamaño y forma de los dientes se determina con el modelo de diagnóstico.

Las radiografías intrabucales que se toman antes de la pérdida de los dientes naturales pueden proporcionar información acerca de la forma y tamaño de los dientes a reemplazar.

Los dientes extraídos proporcionan una excelente información en cuanto a tamaño y forma de los dientes, pero no para la selección del color, porque se blanquea al secarse el diente, cuando es extraído.

El color de los dientes debe ser el mismo al de sus dientes naturales antes de extraerlos.

El color de los dientes artificiales seleccionado debe compararse con el de los dientes naturales a la luz del día, sin reflejo del sol, o sombra directamente en el paciente.

En algunas personas el color de los dientes naturales se oscurece a medida que los años pasan; la cámara pulpar se hace más pequeña como resultado del depósito de dentina secundaria, esto hace más opaco el diente y

reduce el efecto del color de la pulpa. Al ocurrir desgaste en los dientes las superficies se hace más lisa y más reflectora. El desgaste de los bordes incisales ocasiona que el esmalte pierda su translucidez.

Los dientes posteriores son seleccionados en color, anchura bucolingual, anchura mesiodistal, longitud y tipo, de acuerdo con la inclinación cuspídea y material. Así también con el tamaño y contorno del reborde residual mandibular.

La anchura bucolingual de los dientes artificiales deben ser más reducidas respecto a la anchura de los dientes naturales que reemplazan. Los dientes posteriores deben tener suficiente anchura para que actúe como una tabla sobre la cual se sostienen los alimentos durante su masticación.

La anchura mesiodistal se mide a partir de distal del canino hasta el comienzo de la papila retromolar en milímetros. Los dientes posteriores no deben extenderse cerca del borde posterior de la prótesis superior debido al peligro de morderse las mejillas.

La longitud de los primeros premolares superiores, debe ser comparable a la de los caninos superiores para que tengan el efecto estético apropiado. Los dientes posteriores son hechos por los fabricantes en diferentes longitudes ocluso cervicales.

Los dientes artificiales anteriores y posteriores son fabricados en porcelana horneada al vacío, resina acrílica y una resina acrílica dura.

Los dientes de porcelana se colocan generalmente en pacientes con buen soporte óseo, que no tengan dientes naturales antagonistas, ya que los abrasiona, son frágiles y quebradizos, con la masticación ocasionan ruidos o chasquidos molestos, el color no cambia con los años, son muy estéticos, los dientes posteriores los fabrican como una unidad; en un bloque, tienen un alto costo, poseen retención mecánica.

Los dientes de resina acrílica están indicados en todos los pacientes, son menos resistentes al desgaste, el color se pigmenta, son económicos, no se rompen fácilmente, absorben las fuerzas de masticación, son menos estéticos que los de porcelana, no poseen retención mecánica y se unen fácilmente a la base de la prótesis.

Los dientes fabricados con la nueva resina acrílica dura (dientes de la casa Ivoclar) son más resistentes que los de resina acrílica, tienen más dureza, son estéticos, su color es más estable, no se fracturan fácilmente, los podemos encontrar en diferentes colores y tamaños, tienen mucha semejanza con los dientes naturales por su color; está hecho en tres fases: cemento, dentina y esmalte.

CAPÍTULO III. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

3.1 CIRUGÍA DEL MODELO

Al modelo de trabajo se le pueden practicar tres tipos de cirugías dependiendo el caso en el que el paciente se encuentre: extracciones simples, extracciones con ligera alveolotomía, extracciones con gran alveolotomía.

Para el diseño del borde óseo del modelo es muy importante la posición del borde alveolar con respecto al gingival, éste se determina por medio de las radiografías y explorando la profundidad de la bolsa gingival punto por punto. La profundidad a la que llega la sonda se corrobora con la radiografía y esto permite marcar en el modelo por vestibular los puntos del borde óseo.

Cuando el parodonto es sano, la unión entre los puntos vestibulares marcados de una línea más o menos continua ligeramente ondulada. Y cuando predominan fenómenos de atrofia vertical, la línea ósea es quebrada siguiendo las irregularidades óseas, la distancia al borde gingival variará de 3 a 5mm.

Cuando la prótesis será abierta deben contarse los dientes uno a uno y excavar unos 3mm o lo que indique la posición del borde óseo, formando un "alvéolo" dentro del cual se introduce el cuello de cada diente artificial, colocando después el acrílico de base. Al colocar la prótesis enseguida de las extracciones cada diente se introducirá en su "alvéolo".

Si la prótesis es cerrada se cortan los dientes al ras del yeso gingival, en el modelo de trabajo, se regulariza el tejido óseo con una gurbia. Se trata de

eliminar lo menos posible el hueso, eliminando también las espículas óseas.

La persona que realice las extracciones en el modelo debe hacerle la cirugía al paciente.

Una vez realizada la cirugía al modelo, se debe obtener una reproducción de éste con el mismo portaimpresión con el que se obtuvo la impresión fisiológica. La reproducción sirve para hacer una guía quirúrgica sobre el modelo por medio de resina acrílica o mediante una técnica al vacío. La guía quirúrgica debe tener un espesor uniforme de 2mm.

3.2 ALVEOLO TOMÍA DEL PACIENTE

La cirugía es parte esencial de preparación de las crestas alveolares para colocar prótesis inmediatas, que serán sostenidas por estructuras residuales que han quedado después de la extracción de los dientes naturales.

Es necesario que el paciente esté física y psicológicamente preparado para adaptarse a la prótesis.

El tiempo de cirugía puede variar según la necesidad del paciente, pero los objetivos son siempre los mismos: eliminar la enfermedad, conservar las estructuras bucales en la medida de lo posible y proveer los mejores tejidos residuales para soportar, los esfuerzos masticatorios, mantener la función y conservar la estética para el paciente.

Los objetivos de la alveolotomía son: facilitar las extracciones, alisar las crestas y modelar los maxilares.

PROCEDIMIENTO: Se realizan las extracciones en ambos maxilares. Antes de hacer cualquier recorte quirúrgico de hueso o tejido blando, se coloca la guía quirúrgica en la boca y debe asegurarse con firmeza a los bordes de los maxilares. Si se observa una zona isquémica quiere decir que hay presión en el sitio quirúrgico, y hay que eliminar esta zona. Se quita la guía y se recortan las espículas óseas con un alveolótomo, así como también el exceso de hueso y se alisa la cresta con una lima. Así se alivian los puntos de presión marcados por la guía.

Se vuelve a colocar las guías hasta que se observe que el proceso alveolar esté libre de isquemia.

La incisión debe hacerse vestibularizada para que el proceso de cicatrización no quede en el reborde ya que va a soportar la prótesis.

Debe evitarse la elevación excesiva del colgajo mucoperióstico porque puede ocasionar mayor tumefacción, equimosis, y aumentar el grado de reabsorción ósea en el postoperatorio.

Con sutura 3 0 se afrontan colgajos con puntos de sutura corridos, de esta forma se reduce la cantidad de nudos y el paciente siente menos molestia y se facilita la higiene bucal. Los tejidos blandos deben estar libres de áreas fibrosas excesivas y adaptarse bien a la apófisis alveolar. Todo el tejido redundante debe retirarse antes de cerrar la herida.

CAPÍTULO IV. PROCEDIMIENTO DE LABORATORIO

4.1 COLOCACIÓN DE DIENTES ANTERIORES

Una vez hecha la cirugía en el modelo se procede a la colocación de dientes.

Si los rodillos han sido tallados con exactitud, para soportar los labios y la relación maxilomandibular, actuarán como guías para la posición anteroposterior correcta de los dientes en el arco dental.

Seleccionar una parte del rodillo de cera para partir de la línea media previamente trazada en el rodillo superior, creando un espacio suficiente para colocar el central superior. La posición del diente central va ser siguiendo su eje longitudinal en una posición perpendicular. Se pueden usar diastemas en la colocación anterior. El diente central debe quedar en oclusión con el rodillo inferior.

Los laterales se colocan 1mm por arriba del plano oclusal, teniendo una posición distalizada en relación al central.

En la colocación del canino debemos tomar en cuenta que la cúspide de este diente debe estar al nivel del plano oclusal, teniendo en consideración que a su tercio cervical debe dársele una prominencia adecuada. Se debe girar el canino para que la superficie distal esté al ras con la superficie bucal del rodillo de cera. Si los caninos son colocados de esta manera solo la mitad mesial del diente es visible.

Se debe evitar la simetría de los lados derecho e izquierdo, la asimetría no debe ser grotesca, es suficiente una ligera alteración en la forma, posición y tamaño. Se pueden limar los bordes incisales para imitar el desgaste.

Los dientes anteriores deben seguir una curva que se aproxime a la del reborde alveolar. Los dientes superiores pueden estar colocados algo anteriores al reborde, pero los inferiores deben colocarse bien sobre el reborde.

Los dientes anteriores inferiores se colocan con sus ejes longitudinales ligeramente inclinados. Los incisivos centrales deben estar en la línea media.

La posición de los caninos es con el tercio cervical dirigido hacia distal.

En los dientes inferiores debe haber un ligero traslape vertical con respecto a los superiores, no mayor de 1.5mm.

4.2 COLOCACIÓN DE DIENTES POSTERIORES

Debe transferirse la posición del reborde inferior a la superficie oclusal del rodillo inferior. Quitar la base de registro inferior, con un lápiz se marca la línea de la mitad de la zona retromolar, con otra línea el centro del reborde en la región de premolares. Trazar una línea con una regla de ambas marcas que debe prolongarse por la parte anterior y posterior del modelo. Colocar la base inferior en su sitio y trazar las mismas líneas sobre el rodillo oclusal.

Los premolares superiores deben colocarse detrás del canino de modo que sus ejes mayores sean verticales, paralelos o ligeramente convergentes. La línea del reborde alveolar marcada debe quedar más o menos frente a los

surcos mesiodistales, la cúspide vestibular del primer premolar debe quedar en contacto con el rodillo inferior y la cúspide lingual desocluida. Las dos cúspides del segundo premolar deben estar en contacto con el rodillo inferior, las superficies vestibulares de ambos premolares deben quedar en el plano de oclusión.

El primer molar se coloca sobre la línea alveolar inferior o algo por dentro, en contacto con el plano oclusal por su cúspide mesiopalatina con su eje vertical ligeramente inclinado hacia mesial. Con la cúspide mesiobucal a medio milímetro del rodillo inferior y la distobucal a 1mm; así se inicia la curva de compensación.

El segundo molar, entra en contacto con el rodillo inferior por su cúspide mesiopalatina, sus cúspides vestibulares se levantarán hacia atrás completando la curva de compensación.

No debe colocarse el segundo molar si no queda un centímetro libre entre su cara distal y el borde posterior de la prótesis.

Para fijar los dientes se les coloca cera rosa del lado palatino.

Los dientes posteriores inferiores entran en su posición vestibulolingual y mesiodistal mediante la relación determinada de las superficies oclusales de los dientes posteriores superiores ya colocados.

Se coloca en posición el primer molar inferior para conservar la dirección de la cresta del reborde. Al colocar éste diente primero sin presencia de los

contiguos el clínico puede determinar con mayor precisión la posición anteroposterior correcta, este debe articular con el primer molar superior.

El segundo molar inferior en la misma posición que el primer molar inferior, así como también el segundo premolar.

El primer premolar inferior es el último diente que se coloca y generalmente requiere desgaste proximal para compensar todas las variaciones de entrecruzamiento de la región anterior. Ocluye únicamente la cúspide vestibular y no se afecta la estética en forma notoria.

Es necesario desgastar y dar forma a los dientes para adaptarlos al espacio disponible.

4.3 ENCERADO

Es el procedimiento de laboratorio, mediante el cual se da volumen y forma a las bases y encías protéticas con ayuda de cera rosa. Este material se elige por su economía, buen color, facilidad de moldeado y tallado y para el desprendimiento y recolocación de dientes.

El encerado se realiza colocando un rollo de cera, previamente reblandecido sobre las superficies bucales y linguales de las bases de registro. Se tallan gradualmente hasta que tengan proporciones correctas.

Los bordes vestibulares deben tener un espesor proporcional al espacio vestibular que llenan, de modo que el aparato levante lo necesario los tejidos de la cara y que el carrillo uniéndose a la cara interna del borde complete el

sellado periférico. Los bordes gruesos contribuyen a la estabilidad, retención y función; al dificultar el paso de alimentos hacia vestibular.

En las prótesis inferiores el borde vestibular posterior a partir de los frenillos laterales, puede tener un buen espesor, pero debe ser redondeado.

En el encerado debe reproducir el efecto de encía adherida y marginal; se debe caracterizar el festoneado.

Los cuellos de los dientes deben ser redondeados.

Las papilas interdentes llenas y convexas son de aspecto más natural y más higiénicas. Las papilas más largas y delgadas están asociadas con la juventud y las cortas y llenas se asocian con la edad avanzada. El tallado de las papilas debe reflejar la edad del paciente.

El borde gingival debe inclinarse sobre la superficie dentaria para terminar formando un ángulo de casi 90°.

A la altura de los caninos deben reproducirse las eminencias caninas, en aquellos casos que sean necesario elevar las comisuras labiales muy caídas.

La superficie lingual inferior debe ser lisa, el borde periférico lingual debe tener suficiente espesor para ser redondeado.

Una vez esculpidas las superficies se flamean cuidadosamente y se frotan con un trapo fino, hasta dar un acabado perfecto, limpiar todo el rastro de cera de los dientes.

El último paso del encerado es sellar con cera derretida la base de

registro al molde. Esto hace que la prótesis encerada no se separe del molde durante el enmuflado y evita que el yeso se introduzca entre la base y el molde.

4.4 ENMUFLADO

Cuando se ha terminado el encerado, los modelos se separan del yeso que los sujeta al articulador.

La prótesis superior encerada con su modelo húmedo se coloca en la parte inferior de la mufla que ha sido parcialmente llenada con yeso. El zócalo del modelo debe estar nivelado con los lados de la mufla. Eliminar el exceso de yeso periférico.

Cuando el yeso ya ha fraguado, se le coloca una película de Separatina. El medio separará esta capa de la siguiente.

Se hace un núcleo de yeso piedra de 2 a 4mm, alrededor de las superficies labiales, bucales, palatinas y linguales, el núcleo debe estar de 2 a 3mm por debajo del plano oclusal de los dientes. En el núcleo se hacen ranuras en forma de V por la parte posterior.

A las superficies oclusales descubiertas se les coloca separador y se posiciona la mitad superior de la mufla. Las dos mitades de la mufla se deben encontrar con exactitud. Se coloca una mezcla de yeso piedra a nivel del plano oclusal. La superficie del yeso se pincela con separador, y se llena por completo la mufla con el yeso, colocando la tapa de la mufla en posición.

El modelo inferior se maneja de la misma manera, excepto que los

extremos del modelo se extenderán por encima del nivel de la mufla.

Se colocan las muflas en agua hirviendo y se dejan de 4 a 6 minutos de acuerdo con su tamaño.

Se retira del agua, se abre del lado opuesto al socavado más grande, se elimina el exceso de cera con un chorro de agua hirviendo y se vuelve a lavar el molde con agua hirviendo que contenga un detergente en polvo, limpiándose otra vez con agua hirviendo.

Una vez que el yeso ha secado, pero estando aún caliente se pincela el interior del molde y el modelo con un sustituto de papel de estaño; con un cepillo de pelo de camello. El sustituto de papel de estaño no debe hacer contacto con los dientes ni acumularse en el molde alrededor de los dientes. Se deja secar y se le aplica una segunda capa, dejando que la mufla enfríe a temperatura ambiente.

Se hace una pasta de resina acrílica, mezclando el polvo y el líquido de acuerdo con las instrucciones del fabricante. Cuando la mezcla alcanza su fase plástica se coloca entre 2 hojas o láminas de plástico y se hace un rollo de aproximadamente 2.5mm de diámetro, aplanándolo para que tenga un grosor de 6mm y se cortan trozos de la longitud aproximada de las superficies labial y palatina en el molde superior, y las superficies bucal y lingual del molde inferior, éstos son colocados en sus respectivas posiciones. Se coloca una hoja de plástico separando las dos mitades de la mufla. Se cierra la mufla con una prensa, hasta que el exceso de material aparezca sobre los bordes de la mufla,

se retiran y se sigue cerrando la mufla. Luego se abre la mufla y se agrega resina en donde falte.

Se cierra completamente la mufla sin la hoja de plástico. La mufla se transfiere a una pinza de resorte que se cierra ajustadamente, pero sin que quede comprimida. Esto permitirá a la resina expandirse en el procesado y contraerse estando bajo presión.

Se espera de 30 a 60 minutos para permitir que el líquido penetre en el polvo, la mufla y la pinza son colocadas en una unidad de curado. La prótesis es procesada por 9 horas en agua mantenida a una temperatura constante de 73.5°C.

La mufla debe enfriarse a temperatura ambiente antes de comenzar el desenmuflado.

Se quitan las prótesis de los modelos y son eliminados los bordes irregulares del material de base, con fresones, piedras, fresas y limas.

Para el alisado de la porción palatina se usa un disco de tela y un cono de fieltro con pómez.

Para alisar las superficies bucales y labiales de la dentadura, sin destruir el contorno, se usa una rueda de una sola hilera y una rueda de tela de aproximadamente 6mm con pómez. Para obtener un alto pulido final en todas las superficies se usa una rueda de tela y material de pulimento como tripoli, oxido de zinc y agua.

CAPÍTULO V. PROCEDIMIENTO FINAL

5.1 COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS EN EL PACIENTE

El problema principal del dentista en la entrega de la prótesis y cuidados posteriores es cumplir con las necesidades físicas, fisiológicas y psicológicas de un determinado paciente. Las necesidades físicas incluyen la entrega de las prótesis que deberán funcionar sin traumatismo para los tejidos de soporte.

Las necesidades fisiológicas; las prótesis deben servir de apoyo a los músculos de la masticación para que los alimentos sean correctamente triturados.

Las necesidades psicológicas; las prótesis pueden representar una mezcla de lo que el paciente quiere, y lo que el dentista sabe que necesita. Si los deseos del paciente son contrarios a las necesidades. El dentista debe convencerlo de estas necesidades antes del tratamiento.

Las prótesis deben satisfacer los deseos del paciente, acorde con sus necesidades y estética, deben revisarse en forma general antes de su colocación, cuidado que: los bordes sena los mismos que las impresiones fisiológicas, estar pulidos, redondeados y presentar las escoladuras adecuadas a los frenillos, tener un grosor de 2 a 3mm. Los dientes deben estar alineados como corresponden. Los bordes gingivales deben estar tallados, terminados y pulidos.

Una vez inspeccionadas se procede al remontaje en el articulador;

evaluando si existen interferencias oclusales, para realizar el correcto ajuste oclusal.

Las prótesis deben reunir los requisitos de: retención, soporte y estabilidad, deben estar previamente esterilizadas en una solución fría 24 horas antes de la cirugía.

Una vez que se realizan las extracciones y la alveolotomía, se le coloca al paciente la guía transparente en los rebordes y encima las prótesis. Se le pide al paciente que cierre para la revisión de la oclusión. Se verifica la mordida para conseguir un contacto oclusal máximo. Si las prótesis han sido asentadas correctamente, después de la cirugía no deberá haber contactos desviatorios mayores.

El paciente debe tener una oclusión central balanceada con las prótesis colocadas.

Se instruye al paciente para mantener una firme presión sobre las prótesis por varias horas para controlar el sangrado, no debe sacarlas por 24 horas.

Es conveniente no enseñar al paciente los resultados inmediatamente después de colocar las prótesis pues el labio superior suele estar torcido por efecto de la anestesia; crea una impresión estética desfavorable. Normalmente hay un poco de sangre, lo cual empeora su aspecto. El movimiento del labio y mandíbula son torcidos.

ESTA PRÓTESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Se examina al paciente 24 horas después y se quitan las prótesis para estimar la curación de las heridas e introducir ajustes si existen áreas irritadas.

Las suturas se retiran a la semana.

5.2 INSTRUCCIONES POSTOPERATORIAS

Una vez colocadas las prótesis se le advierte al paciente lo siguiente:

Las prótesis deben ser mantenidas en la boca durante las 24 horas, porque si las quitara de la boca durante este período puede dar como resultado inflamación que hará que el reasentamiento sea imposible o doloroso.

Cualquier dolor causado por traumatismo de las extracciones no será aliviado con sacar las prótesis de la boca.

Colocar en el lapso de las 24 horas apósitos con hielo sobre la cara durante 15 minutos cada hora. Si el paciente sufre de nerviosismo o alguna molestia se le prescriben sedantes o analgésicos.

No puede presentar una hemorragia ya que las prótesis actúan como férulas impidiendo un desprendimiento del coágulo de sangre.

Explicarle el efecto de la anestesia en el contorno del labio y el movimiento, también que presentará mal aspecto durante las 24 horas siguientes.

No puede masticar durante las 24 horas, se le prescribe una dieta blanda.

Decirle que su oclusión no ha sido ajustada completamente, hasta que haya remisión de inflamación, mejorando después la estabilidad de las prótesis.

Pasadas las 24 horas se retirarán las prótesis y se hace un lavado con suero fisiológico.

Si existe una zona en el lugar de las extracciones recientes que presente un color rojo frambuesa; se marca pintando alrededor de ella un círculo con lápiz tinta, la marca se transfiere a la superficie interna de la prótesis mediante la presión de la misma en su lugar, con un raspador o una piedra se alivia la zona marcada.

El paciente no debe quitarse la prótesis los 3 a 5 días siguientes, salvo para limpiarlas. Si se dejan mucho tiempo fuera de la boca los primeros días, puede ocurrir una tumefacción que no permitirá volver a colocarlas.

Los puntos se retiran a la semana, y se quitan las guías quirúrgicas, se instalan las prótesis en los rebordes directamente, si es necesario se realiza otro ajuste oclusal.

Se le dan las siguientes indicaciones al paciente:

Usar las prótesis todo el tiempo por la noche en el período de acostumbamiento.

Lavarlas con cepillo y enjuagarse la boca después de cada comida.

Hacerles una higienización profunda una vez al día.

Usar cepillo blando para limpiar diariamente las superficies mucosas de los rebordes y la superficie dorsal de la lengua.

Colocar la prótesis en 1/4 de agua con 15 cc. de hipoclorito de sodio durante 30 minutos, para eliminar la acumulación de lártao y manchas.

Si no se hace una adecuada higienización de la prótesis habrá proliferación bacteriana y putrefacción, provocando alitosis al paciente.

Las prótesis se pueden colocar en agua para prevenir deshidratación y posibles cambios dimensionales.

Al inicio las prótesis serán extrañas y el paciente las sentirá abultadas.

Las mordeduras de cigarrillos y lengua son frecuentes durante los primeros días.

La boca va estar dolorosa, la mucosa se ulcera en algunos puntos, la salivación se hace abundante.

La sensibilidad bucal disminuye en grado variable en la percepción del sabor de los alimentos y su consistencia.

El paciente debe adquirir dominio de sus prótesis. No debe pretender que las prótesis sean estables a los esfuerzos bucales como: bostezo, tos, carcajada, estornudo, vómito, Debe aprender a disimular esto llevando el pañuelo o la mano a la boca.

El paciente debe aprender a masticar, de los dos lados (bilateralmente).

Comer con cubiertos y no cortar directamente los alimentos con las prótesis, porque si esto sucede se puede producir una gran resorción ósea.

La duración de las prótesis es por un período corto, debido a las alteraciones de los tejidos bucales, no se rompen fácilmente, pero no son irrompibles y deben cuidarse.

Los pacientes con prótesis necesitan ser guiados después que se les ha colocado.

En los siguientes días se siguen vigilando las heridas y retocando las prótesis, donde haya puntos dolorosos.

Posteriormente se establece un programa de visitas para la observación de la reacción de los tejidos y para hacer un rebasado de las prótesis en caso necesario.

CONCLUSIONES

El dentista debe rehabilitar los dientes que aún es posible conservar.

La colocación de la prótesis inmediata, permite al paciente, seguir con sus compromisos sociales, profesionales y de negocios, ya que el objetivo principal de este tipo de prótesis es evitar el período de desdentamiento. Así también el cambio de aspecto, eliminando el período de humillación que pudieran sufrir algunos pacientes.

La prótesis protege al zona quirúrgica, por lo tanto el aspecto del paciente suele ser excelente.

Cuando el paciente posee algunos dientes naturales, nos permite conservar algunos datos que nos ayudarán para su rehabilitación, ya que podremos reproducir el tamaño, forma, posición de los dientes, color, etc.

El diagnóstico debe hacerse con el análisis minucioso de radiografías, modelos de estudio, exploración e interrogación al paciente. Solo así se puede establecer un plan de tratamiento adecuado.

El dentista tiene la obligación de proporcionar al paciente varias posibilidades de tratamiento, para que éste elija la que más le convenga.

No debe autorizarse la extracción sin haber establecido un diagnóstico y un plan de tratamiento adecuado.

Los registros que tomamos del paciente, previos a la extracción, nos

ayudan a conservar algunas relaciones como la altura facial, el perfil, etc.

Existen diversas técnicas para la toma de impresiones, se elige la que más convenga, para cada caso clínico en particular.

El procedimiento para la colocación de una prótesis inmediata es más complejo, que el de la prótesis convencional total, ya que requiere la ayuda por parte del paciente.

Es muy importante el transporte al articulador, porque solo así conocemos las posiciones dentales del paciente previas a la extracción. Estas nos sirven para realizar una adecuada colocación de dientes, para poder evitar el procedimiento de ajuste oclusal, claro que éste se realiza si es necesario.

Es muy importante que la persona que realice las extracciones en el modelo de trabajo, las haga en el paciente, porque de esta manera ya tiene la idea del tejido que debe recortarse.

Se deben colocar los dientes artificiales en sus posiciones adecuadas, para evitar el daño de la articulación temporomandibular y una estética desfavorable.

El encerado es un procedimiento minucioso, ya que su principal objetivo es devolver la estética a las prótesis, que el paciente pudo haber perdido.

El dentista debe hacer consciente al paciente de las instrucciones que deberá seguir después de la colocación de sus prótesis, ya que si infringe alguna de éstas el tratamiento puede resultar un fracaso y la culpa sería del

paciente. También hay que ponerle en claro que éste tipo de prótesis no son para toda la vida que necesitan de cuidados por parte de él y que el dentista debe hacer los rebases en caso necesario para que no se pierda el soporte, retención y estabilidad.

En un lapso no mayor a un año, las prótesis deben ser sustituidas, pero se el advierte al paciente que tienen que ser revisadas por lo menos cada seis meses durante éste período.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boucher O. Carl. Prostodoncia total de Boucher. Pág.: 52-70, 175, 220, 326, 330, 335-337, 340-342, 352-356, 467, 473, 526-554. Décima edición. Editorial Interamericana. México D.F. 1994.
2. Kruger O. Gustavo. Tratado de Cirugía Bucal. Pág.: 101-104. Cuarta Edición. Nueva Editorial Interamericana. México D.F. 1978.
3. Laskin M. Daniel. Cirugía Bucal y Maxilofacial. Pág.: 297, 299, 300, 303, 315. Editorial Médica Panamericana. Argentina 1987.
4. Morrow M. Robert, Rudd D. Kenneth, Rhoads E. John. Procedimientos en el Laboratorio Dental: Prótesis Completas: Tomo 1. Pág.: 10-12, 16,20, 409-420. Salvat Editores S.A. Barcelona 1988.
5. Ozawa Deguchi Y. José. Prostodoncia Total. Pág.: 125, 132, 133, 139. Cuarta Edición. UNAM. Dirección General de Publicaciones. México D.F. 1981.
6. Saizar Pedro. Prostodoncia Total. Pág.: 169-173, 180, 201, 208, 209, 251, 252, 255, 257, 270, 358, 360, 371, 373, 399, 413-415, 417, 419, 421, 456-477. Editorial Mundi. Buenos Aires 1972.
7. Sharry J. John. Prostodoncia Dental Completa. Pág.: 251, 243-257, 268, 269, 278, 279, 288, 289, 297-312. Ediciones Toray S.A. Barcelona 1977.
8. Winkler Sheldon. Prostodoncia Total. Pág.: 468-485. Nueva Editorial Interamericana. México D.F. 1982.

FÉ DE ERRATAS

En la página 1, renglón 7, dice: parcialmente, debe decir, principalmente.

En la página 3, renglón 1 dice: funciones debe decir: funcionales.

En la página 4, renglón 10 dice: entre los alvéolos, debe decir: entren en los alvéolos.

En la página 6, renglón 12 dice: interna, debe decir: interina.

En la página 6, renglón 14 dice : convivencia, debe decir: conveniencia.

En la página 48, renglón 16 dice: cuidado, debe decir cuidando.