

196
21

Universidad Nacional Autónoma de México



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PRÓTESIS INMEDIATA PARCIAL
REMOVIBLE**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

BLANCA ARACELI ORTEGA GONZÁLEZ

**ASESOR: C.D M.O MARTÍN ARRIAGA
ANDRACA.**

Martín Arriaga Andraca

MÉXICO, D.F.

Nov. 1997

Blanca Araceli Ortega González



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

GRACIAS:

A DIOS

*Por guiarme por este camino en una
de las metas mas importantes de mi
vida.*

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

*Que me dio la oportunidad de ingresar a ella,
abriendome las puertas.*

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Por haberme permitido lograme como profesionista

AL DR. MARTÍN ARRIAGA

*Le agradezco su gran interes y apoyo brindado en
la realización de esta tesina.*

Y AL HONORABLE JURADO

DEDICATORIAS

Dedico esta tesina a mis padres:

A mi Mamá Cleofas González Godoy

Que gracias a su amor , comprensión y regaños durante el transcurso de mi vida me enseñaron que para obtener lo que queremos es necesario de un gran esfuerzo y trabajo. Esta meta también es tuya . Te Quiero Mucho.

A mi Papá Constantino Ortega Bautista

Que siempre me ha apoyado con amor y cariño a realizar uno de mis sueños ahora hecho realidad. Gracias por todo.

A mis Hermanos

Raúl: *Por ser una gran persona y creer en mi, nunca cambies.*

Leticia: *Tu ejemplo profesional fue mi inspiración.*

Luis: *Porque me demostraste que con coraje y decisión todo se puede lograr.*

Arturo: *Tu que siempre has dado todo a cambio de nada.*

Fernando: *Por tu gran apoyo moral.*

Veronica: *Por tu amistad y comprensión.*

A mis Abuelitos

Papá Pablo

*Un día te lo prometí y ahora es realidad
se que estas conmigo.*

Mamá Beatriz

*Tus consejos no fueron en vano, ni
tampoco tu amor. Te extraño.*

A Tí en especial

*Que con tu apoyo incondicional y comprensión
estuviste conmigo cuando lo necesite.*

*Y solo a aquellas personas que de verdad
me quieren y creyeron en mí.*

**PRÓTESIS INMEDIATA PARCIAL
REMOVIBLE**

PRÓTESIS INMEDIATA PARCIAL REMOVIBLE

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO 1 PRÓTESIS INMEDIATAS

- 1.1 GENERALIDADES
- 1.2 CLASIFICACIÓN DE PRÓTESIS INMEDIATA
- 1.3 PRÓTESIS INMEDIATA PARCIAL REMOVIBLE
- 1.4 INDICACIONES
- 1.5 CONTRAINDICACIONES
- 1.6 VENTAJAS
- 1.7 DESVENTAJAS
- 1.8 FACTORES DE RETENCIÓN

CAPITULO 2

- 2.1 IMPRESIONES Y MODELOS DE DIAGNOSTICO
- 2.2 REGISTROS INTERMAXILARES
- 2.3 MONTAJE DE MODELOS AL ARTICULADOR
- 2.4 SELECCIÓN Y COLOCACIÓN DE DIENTES
- 2.5 ENCERADO Y ENMUFLADO

CAPITULO 3

- 3.1 ACONDICIONADOR DE TEJIDOS
- 3.2 FÉRULA QUIRÚRGICA

CAPITULO 4

- 4.1 CORRECCIONES OCLUSALES
- 4.2 CIRUGÍA
- 4.3 COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS

CAPITULO 5

- 5.1 INDICACIONES PARA EL PACIENTE
- 5.2 OCLUSIÓN DE LA PRÓTESIS
- 5.3 MANTENIMIENTO DE LA PRÓTESIS
- 5.4 INCONVENIENTES

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Desde nuestros antepasados ya se estudiaba la importancia de la prótesis inmediatas, sin embargo era mínimo el interés que tenían sobre estas, no obstante fue hasta 1920, los prostodoncistas pudieron darse cuenta que los pacientes requerían de extracciones múltiples se verían beneficiados con estos tratamientos, ya que al efectuar una cirugía y colocando la acción de una férula , parecía reducir el dolor que acompañaba al procedimiento, al mismo tiempo que progresa la recuperación de la cirugía

En 1962 después de 22 años , de observar los resultados de diferentes tipos de tratamientos por prostodoncistas en la elaboración de prótesis inmediata, supervisados por miembros del Departamento de Cirugía Bucal en la escuela de Odontología, Medical College of Virginia, dando a conocer la técnica final, aplicable a los pacientes destinados a perder algunos o todos los dientes, fueron factores básicos para un tratamiento en forma eficaz ofreciendo innumerables ventajas tanto para el paciente, como para el Cirujano Dentista, mientras se realiza la prótesis final.⁷

En la actualidad el Cirujano Dentista usa este método del cual se vale para mantener, las funciones del paciente en la medida posible, brindándole la

⁷ ROBERT M. MOROW
MANUAL DE SOBREDENTADURAS INMEDIATAS
EDIT. INTER-MÉDICA 1982

oportunidad de ayudarlo psicológicamente ofreciéndole la prótesis inmediata, la tranquilidad y confianza en sí mismo, para desenvolverse con la sociedad.

Los procedimientos para la elaboración de una prótesis inmediata requieren de gran habilidad de parte del Cirujano Dentista, dando como resultado la reproducción mas fiel de la dentición del paciente en tamaño, color y posición de los dientes, usando como guía los dientes anteriores.

Lo más importante de esta es que reemplace a la estructura dental posteriormente ausente y que mantenga un medio saludable para los tejidos blandos, teniendo una buena cicatrización, reuniendo el objetivo funcional, estético, fonético y masticatorio.

Es preciso aclararle al paciente que la prótesis inmediata es solamente una parte del tratamiento integral y deberá ser sustituida una vez obtenida la cicatrización de los tejidos y elaborar la prótesis final.

CAPITULO 1

PRÓTESIS INMEDIATA

1.1 GENERALIDADES

Al hablar de prótesis inmediatas , nos referimos a la prótesis que va hacer colocada inmediatamente después de la extracción de una o mas piezas dentales, es decir que estas prótesis va ha sustituir de manera temporal los dientes perdidos , mientras se colocan en este mismo sitio la prótesis final.

El doctor Takane en su libro sobre dentaduras funcionales, nos dice: Las prótesis inmediatas son las que se construyen antes de la extracción de los dientes y se insertan inmediatamente después de estas ⁹

1.2 CLASIFICACIÓN DE PRÓTESIS INMEDIATAS

Las prótesis inmediatas se clasifican en :

- * Prótesis inmediatas fijas.
- * Prótesis inmediatas removibles y estas pueden ser:
Parciales y Totales.

⁹ MANUEL TAKANE
DENTADURAS FUNCIONALES
EDIT. UNAM 1988

En esta tesina solo se hablara de prótesis inmediatas parcial removible.

Las prótesis inmediatas provisionales son parte importante en le tratamiento, que aunque en muchas ocasiones no se les da gran importancia hay que tomar en cuenta los factores tanto imprevistos como deliberados, por lo que deberá permanecer mas tiempo en la boca del paciente.

a) FACTORES IMPREVISTOS

Demora en la fecha de entrega del trabajo por el técnico dental.

Falta de disponibilidad de tiempo del paciente

Cancelación de la cita por parte del dentista

b) FACTORES DELIBERADOS

Tiempo a la cicatrización de los tejidos lesionados por extracciones.

Cuando se requiere llevar un objetivo especifico, como prótesis terapéuticas.

1.3 PRÓTESIS INMEDIATA PARCIAL REMOVIBLE

La elaboración de este tipo de prótesis, no debe ser destinada simplemente para satisfacer la apariencia física de un paciente, si no que debe ser utilizada en una gran cantidad de casos como un tratamiento integral, como acondicionadores de tejidos, para acondicionamiento muscular, como mantenedor de espacios, para

establecer relaciones oclusales y como preparación del paciente para el uso de una prótesis final.

La prótesis inmediata provisional debe ser elaborada y pensada con detalle antes de empezar un tratamiento odontológico, esta puede ser necesitada después de una extracción reciente o pérdida traumática de los dientes lo cual ocasionaría una extrusión.

La prótesis inmediata provisional puede llevarse a cabo tanto en los maxilares superiores como inferiores evitando un espacio creado por los dientes, que resulta demasiado desagradable para el paciente, en estas prótesis por lo general se emplean de uno o dos dientes pero en ocasiones puede reemplazar hasta cuatro.⁵

1.4 INDICACIONES

- Para el paciente parcialmente edéntulo cuyos dientes remanentes deben ser extraídos.
- En pacientes psicológicamente receptivos, jóvenes o toda persona que requiera de estética y función.
- En el que la salud del paciente es importante en el acto quirúrgico.

Cuando el paciente tenga conocimiento del tratamiento y que este solo es provisional.

1.5 CONTRAINDICACIONES

- En pacientes que tengan una pésima higiene bucal, ya que se podría retrasar mucho tiempo la prótesis.
- Cuando el acto quirúrgico implica riesgos en el paciente.
- Si el paciente no esta consciente de lo que implica la prótesis que es un gasto adicional o falta de tiempo.

Si la prótesis inmediata no es realizada adecuadamente ya que distorsionaría la cavidad bucal, afectando a la ATM y tejidos adyacentes.

1.6 VENTAJAS

- Recuperación rápida del choque de la cirugía.
- No se requiere esperar el tiempo de cicatrización.
- Dando mayor elasticidad en los tejidos.
- No altera la estética de la cara
- La prótesis contornea al hueso para la prótesis final.
- El paciente tiene gran confianza en su relación personal.
- La prótesis se utiliza como apósito para controlar el sangrado.
- Permite hacer un estudio minucioso sobre la prótesis final.

Mayor comodidad, esta protegida contra irritación y especialmente contra el acceso de aire a los tejidos abiertos provocando infecciones.

1.7 DESVENTAJAS

- Trabajo adicional, esta se da en la clínica y laboratorio ya que requiere de un trabajo adecuado , realizando los ajustes pertinentes.
- No hay un ajuste normal puesto que los tejidos están lesionados.

Costo adicional.

1.8 FACTORES DE RETENCIÓN

Es importante considerar de que factores de retención nos valdremos para obtener mejores resultados.

a) FACTORES NATURALES:

- Las superficies palatinas de los dientes, es uno de los factores mas retentivos.
- La tensión entre la superficies de la prótesis y la mucosa, este tipo de retención se basa en el intimo contacto de la superficie de la prótesis, con la mucosa y saliva.
- El contorno del velo del paladar, en removible.
- La oclusión especialmente relacionada con los dientes anteriores
- Reborde labial, cuando se encuentra correctamente adaptado.

La lengua junto con el mecanismo neuromuscular, controlado por el paciente

b) FACTORES ARTIFICIALES:

Uso de retenedores directos, cuando los factores de retención naturales no sean suficientes, pero es importante que estos pueden causar algunos problemas en el diseño y uso mismo de la prótesis, suelen desajustarse y desviarse, los retenedores se elaboran con alambre de ortodoncia del # 18 o con alambre de

oro forjado, el diseño es el circular simple y los retenedores prefabricados de acero inoxidable.

Se pueden utilizar descansos oclusales cuando existe espacio interoclusal suficiente para adaptarlos y si el paciente no cuenta con suficientes factores de retención se utiliza el punto interproximal de retención el cual ayuda la retención de la prótesis.

CAPITULO 2

2.1 IMPRESIONES Y MODELOS DE DIAGNOSTICO

Se toman las impresiones primarias con hidrocoloide irreversible (alginato), para esto debemos de utilizar cucharillas o portaimpresiones metálicas, universal perforada, esta tiene que adaptarse a los tejidos blandos que forman repliegues estos no deben de lesionar, si es necesario se tendrán que cortar las aletas y colocar cera en los rebordes, si nuestro paciente tiene un paladar profundo debemos colocar cera en esta para una mejor aproximación a los tejidos palatinos.

Una vez tomadas las impresiones tanto superior como inferior se debe de realizar que todas las zonas anatómicas de las arcadas queden registradas en el alginato, se vacian las impresiones en yeso piedra. fig. 1

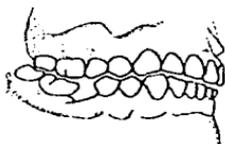


Fig. 1 Modelos de estudio.

Al elaborar la prótesis inmediata removible se confeccionan cucharillas individuales, estas son realizadas con resina autopolimerizable en el modelo de estudio. Las cucharillas individuales tienen que ser adaptadas a las superficies linguales, vestibulares, y en la zona del sellado palatino posterior, en esta zona puede ser ligeramente redondeado para un mejor sellado este se logra raspando el modelo de estudio ligeramente en la zona adecuada, los alivios se obtienen colocando en la cresta gingivales cera rosa de grosor de medio milímetro de esta forma se tomarán los modelos de diagnóstico adecuados.

La técnica para la elaboración de la cucharilla individual se elabora con acrílico autopolimerizable esta se puede elaborar con la técnica de goteo o de laminado, antes de este se coloca separador, al realizar la técnica de laminado se tendrá que contornear en el modelo el acrílico, antes de que endurezca se recorta el acrílico (cucharilla), se desgasta con disco abrasivo los bordes filosos.

Se coloca modelina en los bordes y se procede a la impresión con material elastomérico, se vacían las impresiones con yeso (velmix)⁹.

⁹ MANUEL TAKANE
DENTADURAS FUNCIONALES
EDIT. UNAM 1988

2.2 REGISTROS INTERMAXILARES

Los registros intermaxilares se realizan con rodillos oclusales, los procedimientos a seguir son prácticamente los mismos que se usan para la elaboración de una dentadura completa, se necesita una base de dentadura de prueba muy estable que tenga un ajuste muy estrecho con los tejidos, se puede realizar con cera dura de placa base o cera reforzada

Los dientes inferiores remanentes y la papila retromolar son de gran utilidad para medir la altura del plano oclusal.

Al registrar las relaciones intermaxilares, la dimensión vertical de la oclusión debese reproducida con exactitud en algunos pacientes esta puede estar reducida por el desgaste de las piezas dentarias o movilidad dentaria, esta se puede restablecer en una forma similar a la que utilizamos en un paciente desdentado.⁶

2.3 MONTAJE DE LOS MODELOS AL ARTICULADOR

⁶ ERNEST MILLER
PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE
EDIT. INTERAMERICANA

Para hacer el montaje de los modelos al articulador utilizaremos un articulador semi-ajustable en el que se colocara la eminencia articular a 30° y la pared interna del articulador a 0°, colocamos el arco facial al paciente el cual nos sirve para encontrar nuestro plano de inclinación y la distancia intercondilar. Fig 2

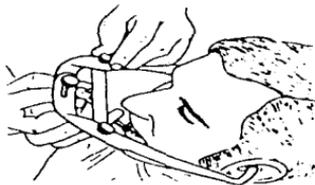


Fig 2 Colocación del arco facial

Una vez efectuado esto hay dos formas de hacer el montaje la mas sencilla es por medio de la relación céntrica para esto hay que llevar al paciente en movimientos de retrusión con esto logramos la posición que lleva el cóndilo dentro de la cavidad glenoidea (relación céntrica).

En la relación céntrica el registro va hacer en forma de herradura, al tamaño de nuestro paciente llevando dos hojas de cera con papel de estaño (este sirve para observar si el registro esta contactando).

Utilizaremos el calibrador de acetato que es un plano que se coloca en los centrales superiores ocluyendo con los inferiores, para que por medio de la desoclusión posterior y al quitar esta propiosección posterior nuestra mandíbula se vaya hacia atrás y hacia arriba, y esto lo logramos con el calibrador de acetato colocándole hoja por hoja de acetato diciéndolo al paciente si existe contacto de dientes posteriores, hasta que nos refiera que ya no hay contacto, el paciente puede referir un poco de dolor por forzar el cóndilo, las hojas de acetato pueden llegar hasta 13 mm medidos desde los bordes incisales superior a inferior en donde el cóndilo rota sobre la cavidad glenoidea.

Nos cercioramos si existe desoclusión por medio de un espejo o abatelenguas. Una vez que hacemos el registro y quitamos el calibrador de acetato le decimos al paciente que no cierre la boca, y hacemos el registro de relación céntrica con la plantilla esta se reblandece y se coloca en la parte posterior de las arcadas cuando sienta contacto en molares le decimos al paciente que deje de hacer presión, y después que abra la boca y se quita el registro de relación y si hay perforaciones de cúspides hasta entonces el paciente puede cerrar la boca.

Con el registro de relación céntrica se voltea el articulador y aquí utilizamos el vástago incisal este tiene una línea oscura, si colocamos dos ceras se levanta a 3 mm. que son tres líneas arriba de la línea oscura y colocamos el registro de

relación céntrica y colocamos el modelo inferior fijándonos que no se mueva al colocar el yeso para montar

Esperamos el fraguado y se voltea y observamos el montaje casi listo, se levanta el vástago, quitamos la cera y observamos la relación céntrica. Fig 3

Al montar el modelo en relación céntrica hacemos un pequeño movimiento de la esfera hacia adelante y obtenemos la máxima intercuspidad que es la oclusión céntrica, y la distancia entre estos dos es de 1 a 1.5 de mil la variación.

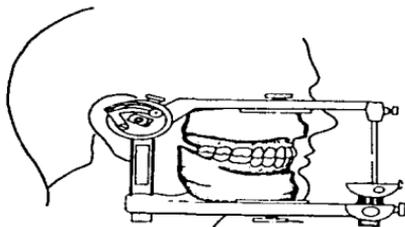


Fig. 3 Modelos montados

De igual forma se hacen los registros de lateralidad en boca del paciente y los colocamos en nuestros modelos de trabajo, de esta forma observaremos si el paciente tiene puntos prematuros de contacto o alguna interferencia oclusal.¹

¹ DR. MARTÍN ARRIAGA
APUNTES DE SEMINARIO DE TITULACIÓN
F.O. UNAM. 1997

2.4 SELECCIÓN Y COLOCACIÓN DE DIENTES

La selección del diente artificial se rige por el espacio mesiodistal y ocluso gingival disponible, comparándolo con los dientes naturales. Para reemplazar todos los dientes anteriores se usan guías similares a las selección de dientes anteriores en pacientes con prótesis total. Es importante mantener la línea media compuesta por los incisivos centrales en armonía con la línea media de la cara.

Se deben restaurar el mismo número de dientes anteriores faltantes. El número de dientes posteriores no importa tanto, como la restauración de la armonía oclusal y la función .

La selección de los dientes es mas fácil ya que tenemos a los dientes remanentes del paciente en el cual eligiemos la forma, tamaño, color, textura.

Los dientes artificiales de la prótesis inmediata provisional deben alinearse con las superficies labiales de los dientes naturales, tratando de dar una apariencia lo mas natural posible.

Debemos de utilizar los modelos articulados para la colocación de los dientes posteriores, se debe confirmar la relación céntrica una vez colocados los dientes faltantes.

En la colocación de los dientes anteriores depende del paciente y el dentista si quiere que estos sean iguales a los que tendrán que ser extraídos o darles una mejor estética.

a



b



Fig 4 a) Colocamos los Centrales en posición estetica

b) Comparación b con a

Este se puede elaborar de la siguiente manera:

Se recortan los dientes que serán extraídos este puede ser con una hoja de bisturí o cegueta y se excava en la porción labial de cada raíz hasta una profundidad de 1 mm y a nivel del margen gingival ya sea del lado lingual o palatino. Para una mejor apariencia del paciente sea mas estética, los dientes artificiales deben adaptarse intimamente a la mucosa, y el único medio de lograr esto es eliminar la cantidad adecuada de yeso del modelo, antes de colocar los dientes, hay veces en el que se excede el desgaste y se podrá observar a la hora de colocar la prótesis porque la mucosa se vuelve isquémica, y se tendrá que disminuir desgastando ligeramente la zona con un disco de caucho.

Es importante mencionar que en pacientes que tienen enfermedad periodontal, pérdida ósea o recesión gingival no será necesario quitar yeso y si se hace este tendrá que ser mínimo.

Al colocar los dientes en su posición adecuada en el modelo se les puede colocar cera pegajosa y pegarlos a los dientes remanentes, mientras se construye la base de acrílico, en el caso de dientes anteriores

De esta forma es mas fácil obtener una duplicación mas exacta de la apariencia.

Si empleamos ganchos para la prótesis estos tienen que ser contorneados y de tipo circular , extendiendo sus extremos hacia la porción palatina del modelo de igual forma estos tendrán que mantenerse en su lugar con cera pegajosa.

Después de tener los dientes en el lugar adecuado y los ganchos en el modelo de trabajo se coloca modelina o cera rosa en el contorno de la base, esta se elabora colocando capas de monómero y polímero, se espera a su polimerización.

2.5 ENCERADO Y ENMUFLADO

Una vez colocados los dientes que serán extraídos, se les da forma con cera rosa al borde labial de la dentadura, el grosor de la cera tendrá que ser adecuado del borde de la dentadura para proteger los tejidos de los dientes por extraer.

Los procedimientos de laboratorio que son encerado, enfrascado y terminado los hará el técnico dental.

Hay que examinar el encerado para asegurar que los dientes no se muevan y el grosor de la cera sea suficiente para permitir el ajuste del lado tisular mediante el desgaste.

Se enfría la mufla y se recupera el modelo con la dentadura en su sitio. Se retira el yeso de investir y el de piedra de los dientes y la resina acrílica expuesta sin retirar la dentadura del modelo. Después se colocan las dentaduras en los modelos articulados y se hacen las correcciones oclusales adecuadas con un buen terminado.

Cualquier irregularidad de la prótesis que haya quedado deben ser eliminados antes de colocarlas en la boca del paciente. Un reborde redondeado y lleno que

tenga forma convexa asegurara la prótesis y permitirá que el reborde en la boca mantenga esta forma. ³

CAPITULO 3

3.1 FÉRULA QUIRÚRGICA

La férula quirúrgica se prescribe para el procedimiento quirúrgico y es de uso esencial para cualquier cantidad de recorte óseo. El mejoramiento del proceso de cicatrización de la cavidad bucal tras varios procedimientos quirúrgicos, se logra mediante la férula quirúrgica temporal que sirve para revelar aquellos lugares en el reborde en donde se debe hacer eliminación adicional de hueso y minimizará la cantidad requerida de la cirugía.

La férula se confecciona con resina acrílica autopolimerizable, con la técnica de espolvoreado, se puede usar una plantilla quirúrgica transparente como guía para darle forma al reborde en el momento que se extraen los dientes y se coloca la prótesis inmediata.

Al determinarse la necesidad de una intervención quirúrgica se toman impresiones con hidrocólido irreversible.

En caso que la cirugía esta no pueda ser realizada por el odontólogo, se debe consultar al cirujano bucal para que el realice la cirugía y asegurar un contorno adecuado del área.

En el modelo de trabajo se debe cortar o raspar para la conformación del contorno adecuado.

Una vez preparado el modelo, se elabora una férula mediante el método de espolvoreado. Los dispositivos de retención de la férula pueden ser en forma de ganchos de alambre forjado, para darle una mayor retención positiva se hacen orificios a los dientes remanentes y a los espacios interproximales.

La férula se llena con material acondicionador de tejido para una adaptación más íntima al sitio quirúrgico esto previene la acumulación de saliva, y otros agentes irritantes debajo de la férula.

Los sitios más comunes en presentar soporte a la férula son los tejidos palatinos y los tejidos linguales del reborde mandibular, donde aparecen con más frecuencia las exostosis óseas. Se remueve el torus maxilar o mandibular protegiendo el lugar mediante la colocación de una férula de resina acrílica.⁴

Las férulas palatinas son de especial ayuda al término de una cirugía que incluya el repliegue de una gran proporción de tejido palatino. Si el paladar no tiene soporte, la hemorragia entre el paladar óseo duro y el paladar blando estas pueden deformar en forma irregular el tejido, estas se puede resolver con el coágulo pero el paciente presentará muchas molestias prolongadas.

⁴ GEOFFREY L. HOME
CIRUGÍA BUCAL MENOR

La mucosa que cubre la parte lingual del reborde mandibular es en especial muy sensitiva y estos pueden proteger los tejidos contra la acción de la lengua o agentes externos, protegiendo al paciente.

3.2 ACONDICIONADOR DE TEJIDOS

La prótesis parcial removible inmediata, en el tratamiento tisular se utiliza un material que es una pasta indicadora de presión siendo un material blando.

- El polvo del acondicionador es un polímero acrílico (metacrilato de etilo).
- El líquido se compone de alcohol etílico.
- Combinados con un éster aromático

En la prótesis parcial, en esta se coloca el material acondicionador de tejido, esta se asienta en la boca del paciente en la zona desdentada ya limpia, se asienta en la boca con leve presión mientras el material esta fluido.

Los tejidos bordeantes se manipulan para moldear el material si la prótesis parcial inmediata es en inferiores se debe de dirigir la lengua hacia adelante y adentro de cada carrillo para una definición precisa de la extensión lingual. Y si la prótesis es en inferior en la parte posterior se encuentra con dientes artificiales, el paciente debe cerrar la boca, juntando los dientes mientras el material esta todavía fluido para una alineación adecuada de los dientes artificiales con la oclusión antagonista.

Una vez asentada y alineada el acondicionador de tejidos de la prótesis correctamente, el paciente debe permanecer inmóvil de tres a cinco minutos, hasta que el material alcance la consistencia de un gel. Aquí es cuando se retira la prótesis de la boca y se revisan los rebordes registrados de la boca en el acondicionador, si este presenta vacíos o burbujas se agrega el acondicionador de tejido mediante la técnica de pincelado. La punta del pincel de pelo de camello se remoja en el líquido y se pasa por el polvo, recogiendo una mínima parte del material para transferirla sobre el área de vacío o defectos encontrados ^B

Si a través del material de tratamiento se muestran áreas de la base protética estas se alivian y se agrega material nuevo.

La mejor manera para aliviar la base protética consiste en cubrir la superficie del material de tratamiento con jabón líquido, cortando la porción expuesta de la base de la resina acrílica con fresas. El jabón líquido evita la adhesión de los fragmentos de la base protética aliviada a la superficie del material acondicionador, se eliminan el jabón y los sobrantes de la prótesis y nuevamente se agrega el acondicionador en los vacíos, se asiente de nuevo la prótesis en la boca del paciente, el material tiene que estar fluido.

^B GUILLERMO A. RIES CENTENO
CIRUGIA BUCAL
EDIT. ATENEA 1975

A l sacarlo de la boca del paciente la prótesis se coloca bajo presión de agua fría, y se recorta el material acondicionador sobrante con una hoja de bisturí. Al recortarlo podemos evitar bordes rugosos e irregulares

El acondicionador al alcanzar un estado de gel queda pegajoso con elasticidad y suave para los tejidos, esta tiene una duración dependiendo del acondicionador de dos a cuatro semanas, después se endurece y toma olores desagradables, por lo tanto será necesario el cambio de acondicionador

El seguimiento para el paciente será el cuidado que requerirá de la prótesis, evitando que el material se seque

Durante cortos intervalos de la prótesis fuera de la boca esta se debe sumergir en agua fría o solución limpiadora.

CAPITULO 4

4.1 CORRECCIONES OCLUSALES

Las correcciones oclusales deberán hacerse después de la colocación de la prótesis inmediata en un periodo de 48 horas que posiblemente ya no presente edema.

Si es necesario aliviar las zonas duras (como el rafé medio palatino) esta se logra con una hoja de bisturi o una fresa y adelgazar los márgenes. El papel de articular es de gran ayuda para los contactos oclusales y los dientes por disminuir se desgastan con fresas de piedra montadas pequeñas.

Se recortan las prominencias de la superficie interior de la prótesis, y en la férula quirúrgica transparente se hacen cambios iguales. No se debe colocar ninguna presión sobre las zonas donde se hicieron las extracciones, por que en la parte anterior del alvéolo suele ser sensible debido a que la placa labial es muy delgada.

De esta forma el paciente se sentirá mucho mas cómodo con su prótesis inmediata.¹⁰

¹⁰ WINKLER
PROSTODONCIA TOTAL EDIT INTERAMERICA 1982

La mayoría de los autores proponen ajustes de la prótesis cada semana o 10 días.

4.2 CIRUGÍA

ANESTESIA.

La cirugía se puede realizar bajo anestesia local regional o general. En el caso de la prótesis removible la tomaremos en cuenta de acuerdo a la zona de trabajo a realizar un punto importante que refiere la "Revista odontológica" es el anestesiarse lejos de la zona a operar con esto refiere que es mejor colocar una técnica que no involucre tan cerca los tejidos donde se colocara la prótesis, con el objeto de no edematizar la región de soporte de la prótesis, ya que la zona edematizada aumentaría el volumen a los tejidos y la prótesis no se adaptaría.

INCISIÓN.

El primer paso es hacer dos incisiones desde el surco vestibular hasta la cara distal del primer diente por extraer de la misma forma hasta el ultimo diente por extraer, se seccionan las lengüetas interdientarias, se procede a debridar los dientes por extraer, por la parte palatina se realiza una incisión pequeña en distal del primer diente por extraer al último, para preparar un colgajo mínimo, para evitar traumatizar o lesionar mas mucosa. Fig 6



LEVANTAMIENTO DE COLGAJO.

Con una espátula o periostomo se levanta el colgajo bucal aproximadamente al tercio apical de los dientes por extraer del lado vestibular y después la zona palatina.

EXODONCIA.

Las extracciones se realizan tomando en cuenta las técnicas adecuadas de cada uno de los dientes por extraer. Es de gran importancia evitar alguna fractura de la tabla externa. Fig 7



Fig. 7

TEJIDO ÓSEO

En este paso ya sabemos la cantidad de tejido óseo que se eliminara por lo tanto si es un paciente el cual no necesitara una alveolectomía correctora, la osteotomía será la indicada para la exodoncia y eliminación de crestas interdientarias.

La osteotomía se realiza con pinzas gubias que pueden quitar los bordes filosos y las crestas prominentes y con limas para hueso para un mejor terminado, para estar seguro de que los rebordes estén lisos con dedo palparemos para registrar alguna irregularidad y corregirla inmediatamente es importante mencionar que la palpación se debe de hacer con colgajo levantado.

FÉRULA QUIRÚRGICA.

Es necesario comparar si quedaron los rebordes como nos lo propusimos, esto se hace comparando el modelo de yeso en el cual se construyó la férula quirúrgica para este se desciende el colgajo y se adapta la férula sobre el maxilar del paciente, esta base como es de acrílico transparente podemos observar como se adapta perfectamente al maxilar, al mismo tiempo se notará si esta presiona sobre los tejidos ya que tornara isquemica la zona de presión, y se es así se procederá a realizar una mayor osteotomía, con los mismos procedimientos anteriores, se prueba nuevamente la base transparente y si no existe presión de esta, se recortan los excedentes de encía y se realiza la sutura, los nudos siempre deben estar sobre la cresta alveolar.¹¹

¹¹ EDUARDO NICOLAIÉUSKY
COLOCACIÓN INMEDIATA DE IMPLANTES
ENDÓSEOS EN ALVEÓLOS POST EXTRACCIÓN
DENTAL. VOL. LI NOV. DIC 1994

SUTURA:

Esta se realiza con seda fina, hilo o nylon, por lo general los puntos no deben de lastimar o lesionar a los tejidos, esto nos dará como resultado que la nutrición de ambos colgajos, se logre en poco tiempo, por la formación de nuevos vasos sanguíneos. Fig 8



ASEPSIA

Una vez terminada la cirugía esta se lava con suero fisiológico o agua oxigenada y se coloca la prótesis, esta ya tiene colocada el acondicionador de tejidos

4.3 COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS

Después de hacer una asepsia de la prótesis inmediata y de la zona donde se hicieron las extracciones al paciente se procede a colocar el acondicionador de tejidos en la prótesis y se coloca en la boca del paciente esta no debe sacada por el paciente durante 24 horas.

La prótesis debe asentarse en la boca del paciente en la misma posición que se penso que debería de ocupar.

Se cita al paciente en 24 horas después se retira de la boca del paciente, se lava y desinfecta sumergiéndola en una solución antiséptica, también se lava la zona donde descansa la prótesis eliminando coágulos que se formaran y se vuelve adaptar la prótesis⁷.

⁷ ROBERT M MOROW
MANUAL DE SOBREDENTADURAS INMEDIATAS
EDIT INTER-MADICA 1982

CAPITULO 5

5.1 INDICACIONES PARA EL PACIENTE

- Las indicaciones son muy importantes se le indica al paciente que la prótesis no debe quitarse durante 24 horas
- El paciente debe tener una dieta blanda, líquida de preferencia durante el día.
- Nada de irritantes.
- Tomar algún analgésico.
- No enjuagarse con energía para no retirar la prótesis.
- Se pueden colocar apositos con hielo en la zona inflamada, durante 15 minutos cada hora.
- A las 24 horas que regrese el paciente también se quitan los puntos de presión excesiva, esta la podremos observar en el paciente como una mácula típica de color rojo fresa.
- Después de 48 horas se examina nuevamente la prótesis por posibles extensiones de los bordes.
- Se hace un examen de la dentadura a las 2 o 3 semanas.

5.2 OCLUSIÓN

Después de 48 horas se examina la prótesis inmediata para un perfeccionamiento oclusal.

Para este tiempo ya debe tener buena cicatrización por lo cual se debe retirar la prótesis sin demasiadas molestias para el paciente. El análisis de la oclusión tiene que ser especialmente minucioso, para comprobar si nuestros registros o transferencias de los modelos corresponden a la realidad del paciente.

5.3 MANTENIMIENTO

Al producirse la cicatrización se forma el contorno del reborde y al paciente se le puede aflojar la prótesis inmediata que esta ocurre en un periodo de 6 a 8 semanas después de la inserción por lo tanto tendremos que hacer un rebasado que sirve para mejorar la retención y estabilidad.

Para esto hay que eliminar las retenciones de las prótesis con un freson. Colocar el acondicionador de tejidos en la prótesis y limpiar el excedente. el paciente tendrá que usar el material de tratamiento hasta el día siguiente.

Evaluar la oclusión, retención y estabilidad de la prótesis al día siguiente examinamos la prótesis y examinamos la superficie que no tenga burbujas ni imperfecciones

5.4 INCONVENIENTES

Los mas importantes son :

- El riesgo que supone terminar una prótesis sin posibles pruebas, si los registros son erróneos, el fracaso es total.
- La duración del tratamiento que comúnmente suele sobrepasar los 3 meses, debido a que los controles o ajustes son necesarios e imprescindibles.¹²

¹² JOSE R. CASADO
PRÓTESIS INMEDIATA
REV. EUROPEA DE ODON-ESTOMATOLOGÍA
1990 PAG. 345-348

CONCLUSIONES

En la actualidad este tipo de prótesis inmediatas se sigue utilizando con un gran éxito como ayuda para una mejor cicatrización y pronta recuperación del paciente reduciendo sus trastornos físicos y de tipo psicológico así mismo el paciente podrá seguir realizando sus actividades cotidianas.

Además de que reemplaza a la estructura dentaria en forma inmediata reduciendo el dolor postoperatorio de la cirugía y manteniendo un medio saludable para los tejidos blandos.

Hoy en día es una de las mejores alternativas con las que cuenta el cirujano dentista para una pronta recuperación del paciente que requiere de múltiples extracciones brindándole la oportunidad en forma estética, fonética y masticatoria.

Preparando al paciente para el uso de una prótesis final, si nunca ha usado una prótesis.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.Arriaga Andraca Martin**
"Apuntes de seminario de Titulación"
UNAM Septiembre 1997.
- 2.Angeles Medina Fernando**
"Diseño en Prótesis Parcial Removible"
Edit. Ciencia y Cultura de México S A de C.V. 1985
- 3.Boucher**
"Prostodoncia Total"
Edit. Interamericana 1994
- 4.Geoffrey L. Home**
"Cirugía Bucal Menor"
Edit.Interamericana 1994
- 5.McGroney Castlebery**
"Prótesis Parcial Removible"
Edit. Panamericana 1992
- 6.Miller Ernest L.**
"Prótesis Parcial Removible"
Edit. Interamericana 1990.
- 7.M. Monrow Robert**
"Manual de sobredentaduras inmediatas"
Edit. Interamericana 1982.
- 8.Ries Centeno Guillermo A**
" Cirugía Bucal "
Edit. ATENEA 1975
- 9.Takane Manuel**
"Dentaduras Funcionales"
UNAM 1988
- 10.Winkler**
"Prostodoncia Total"
Edit. Interamericana

HEMEROGRAFÍA

11. Nicolaieusky Spiro Eduardo

"Colocación Inmediata de implantes Endóseos en alvéolos post. extracción dental"

Rev. ADM Vol. LI Nov-Dic. 1994 N.6

12. Ramón Casado José

"Prótesis Inmediata"

Rev. Europea de Odonto-estomatología

pag. 345-348 1990.

13. Richard Carlos Tatum D D S.

"Immediate esthetic Treatment for anterior teeth report of casos"

Rev. JADA.

14. R. Anthony B. D. S M. D. S

"Investing Proceduras for immediate laboratory remounting of removable partial dentadures"

Rev. The journal of prosthetic Dentistry

Vol. 73 pag. 108-111 Nov.