

1489 969

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



PROTESIS INMEDIATA

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A**

ALFONSO SANTANDER VAZQUEZ

México, D. F.

1979

15357



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.

INTRODUCCION

La prótesis inmediata es uno de los grandes adelantos de la odontología moderna, que se destina a reemplazar la pérdida de los dientes naturales y de las estructuras de soporte asociadas con los mismos.

Los pacientes solicitan este cambio como medio para conservar el aspecto facial y para sustituir la armoniosa intervención de los dientes naturales en las funciones básicas de: masticación, deglución, fonación y respiración.

El interés demostrado tanto por el odontólogo para su prestigio de restaurar inmediatamente al paciente a sus actividades diarias, ahorrándose las perturbaciones que le causaría el ir desdentado a estas, para el éxito aparte de una técnica de precisión por parte del odontólogo es la vanidad o necesidad del paciente lo cual provoca que tenga una cooperación muy favorable.

Por estos hechos se puede afirmar que la construcción de dentaduras completas por los otros métodos de espera es un error siempre y cuando el paciente cumpla con las bases establecidas por la pronodéutica y de ella se puede deducir si está indicada o no.

PROTESIS INMEDIATA

TEMARIO

INTRODUCCION

pág.

CAPITULO I	CONOCIMIENTOS FUNDAMENTALES DE LAI	
	PROTESIS INMEDIATA.	
CAPITULO II	HISTORIA CLINICA19	
	A) EXAMEN CLINICO DE LA CAVIDAD ORAL.	
	B) ESTUDIO RADIOGRAFICO.	
	C) PRUEBAS DE LABORATORIO.	
CAPITULO III	TOMA DE IMPRESIONES22	
	A) MATERIALES UTILIZADOS PARA IMPRESIONES	
	B) TOMA DE IMPRESIONES.	
	C) ESTUDIO DE LOS MODELOS DE IMPRESION.	
CAPITULO IV	VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA PROTESIS ..28	
	INMEDIATA.	
CAPITULO V	DATOS PARA LA ELABORACION DE LA30	
	PROTESIS.	
CAPITULO VI	MONTAJE EN LA ARTICULACION35	
CAPITULO VII	ELECCION Y ARTICULACION DE LOS DIENTES .42	

CAPITULO VIII	ELABORACION DE LA MATRIZ	48
	TRANSPARENTE.	
CAPITULO IX	COMPROBACION ANTE EL PACIENTE.	49
CAPITULO X	PREPARACION QUIRURGICA Y	50
CAPITULO XI	INSTRUCCIONES AL PACIENTE	51
CAPITULO XII	CONCLUSIONES	53
CAPITULO XIII	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	54

CAPITULO I

CONOCIMIENTOS FUNDAMENTALES DE LA PROTESIS INMEDIATA

La prótesis inmediata se puede definir de la siguiente manera: "Es aquel aparato dento-protético que se coloca inmediatamente después de haber efectuado las extracciones por lo cual es necesario elaborarla antes en el laboratorio".

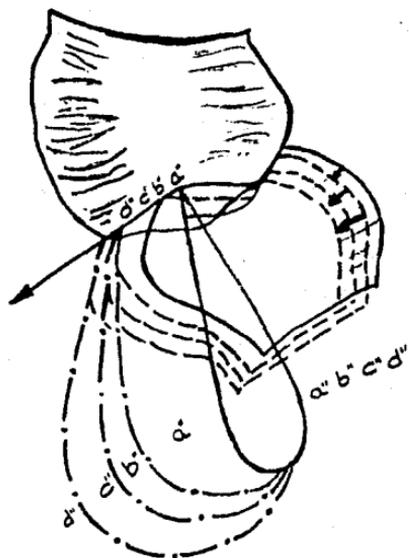
Las funciones básicas de la prótesis son: masticación, deglución, fonación y respiración para comprender mejor -- las relaciones entre la prótesis y las actividades de estas estructuras maxilofaciales conviene hacer una exposición de las distintas funciones ejecutadas por ellas así -- como su morfología y fisiología.

MASTICACION

Primer acto del proceso digestivo, consiste en la preparación mecánica de los alimentos para su deglución facilitando a su vez la acción química de los jugos digestivos sobre los mismos.

El mecanismo de la masticación utiliza, los labios, mejillas, la lengua, los dientes y el paladar con el fin de preparar los alimentos para su deglución.

Los principales órganos masticadores son los dientes, la secundaria son la lengua, las mejillas y las superficies que retinizada de la fibromucosa del paladar y las estructuras dentoalveolares.



El plano a - d representa el plano de contactos oclusales equilibradas establecidas sobre el articulador, puede ser considerado como una serie de puntos estáticos de contacto entre los dientes opuestos en equilibrio esta serie incluye la relación estática en céntrica, protrusiva, lateral derecha y lateral izquierda, así como las oclusiones intermedias. La línea continua a-a'-a''-a''' representa un ciclo masticatorio, que, según Kurth, comienza en el contacto oclusal céntrico en posición céntrica, las líneas --a-b'-b''-b-a, a-c'-c''-c-a y a-d'-d''-d-a representa un ciclo masticatorio iniciados en la posición contacto oclusal excéntrica, pero en los cuales el contacto oclusal es en b, c y d, respectivamente, los cuales son puntos de contacto excéntrico pero que al mismo tiempo constituyen puntos en la oclusión equilibrada, tal como se este leca con el articulador. Los ciclos se completan al llegar al punto a.

El mecanismo masticatorio o mejor dicho la activación de las estructuras masticatorias se lleva a cabo fundamentalmente por los movimientos de la mandíbula, que facilitan el contacto entre ambas superficies oclusales opuestas y mediante ellos se verifican la reducción de las partículas de alimentos interpuestas entre ellas.

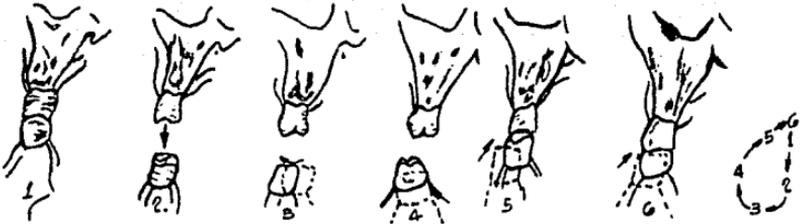
Proporcionan la energía a este sistema los poderosos-músculos masticatorios, auxiliados también en esta función los músculos de la lengua, mejillas, labios, los cuales actúan colocando los alimentos sobre las superficies oclusales dentarios y consiguen así el máximo de los efectos triturantes al mismo tiempo coadyuvan a dirigir el alimento hacia atrás iniciado el proceso de deglución.

A primera vista parecería que los dientes son el elemento principal del aparato masticatorio y que las restantes estructuras del mismo tienen una función subsidiaria o auxiliar en esta actividad y sin embargo ocurre lo contrario, tanto los dientes como su función deben quedar subordinados y acomodados a las de estas otras estructuras musculares que en principio les hemos designado una misión auxiliar en el mecanismo de la masticación pero que tiene -- prioridad al participar en otras funciones más vitales para el organismo, tales como la deglución y respiración.

Existe notable desacuerdo en la profesión con respecto a la relación céntrica y la oclusión céntrica, pero se advierte de estas aparentes diferencias no son contradictorias, sino que cada posición debe considerarse sólo como una apreciación parcial de un fenómeno más amplio en relación con las funciones de la mandíbula se sostiene que es posible aunar algunas de estas posiciones a la luz de los siguientes hechos:

- 1) La masticación es función adquirida
- 2) El patrón de crecimiento y desarrollo influye en las funciones adquiridas y a mantener un estado de equilibrio dinámico de la musculatura.

También es cierto que los dientes, en la arcada natural no se deslizan uno sobre otro durante su función normal, como lo hacen los dientes artificiales cuando se mueven sobre un articulador del mismo modo cuando el dentista que ha ajustado con abrasión la dentadura sobre el articulador después de colocarla en la boca del paciente o cuando que deslice una pieza sobre la otra, no encuentran un



Movimientos de los dientes en un ciclo masticatorio típico tal como se ha señalado en la secuencia de la figura anterior.

sea esta la manera mediante la cual mastique el paciente - sus alimentos lo que esta abrasión es que en el articula-- dor se han preparado las placas para que el paciente pueda adoptar una serie de posiciones extremas de lateralidad y- que en todo momento exista equilibrio cuando los dientes - oñuestos estén en contacto.

La oclusión céntrica asociada con relación céntrica - es adquirida y por lo tanto es un reflejo condicionado la- actividad es sensible a cambios de oclusión causados por - disequilibrios oclusales.

El equilibrio entre esta constancia de relación cén-- trica con oclusión céntrica se mantiene debido a un estado de salud y condiciones fisiológicas favorables mientras -- que las variaciones está a la inversa influenciada por la- enfermedad o alteraciones patológicas.

DEGLUCION

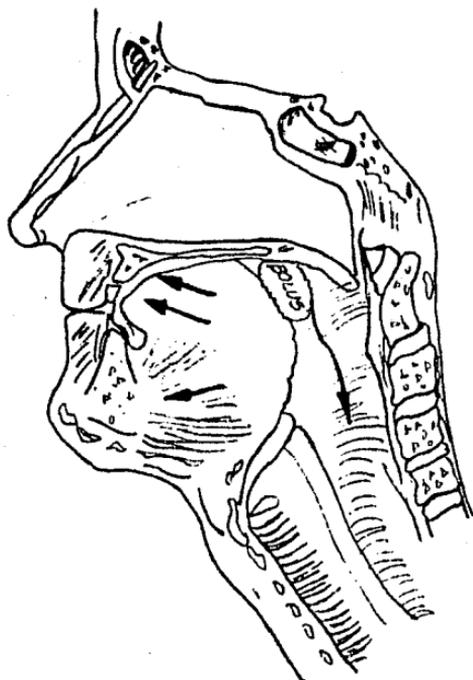
La deglución es un acto similar fundamentalmente en-- tre el hombre como en las especies inferiores en sucesión- de contracciones musculares que van de arriba hacia abajo- (o desde adelante hacia atrás) las cuales dirigen el ali-- mento hacia el estómago.

La acción se inicia en los labios, el alimento pasa - por la cavidad oral, siendo trasladados automáticamente a lo -- largo del dorso de la lengua, cuando está dispuesta para - ser deglutido va hacia las fauces, formadas por la lengua, el paladar blando y los pilares anteriores o tonsilares, - al caer en la faringe, el paladar blando cierra la nasofa- ringe y el hueso hioides y la laringe se elevan hacia arri- ba y adelante se dilata el esófago, los alimentos pasan rá- pidamente a éste y prosiguen al estómago gracias a sus con- tracciones peristálticas.

No está definida la separación entre la fase volunta- ria e involuntaria de esta onda de contracción, hay muchas consideraciones que puedan influir en el acto voluntario - del proceso deglutivo.

CONSIDERACION CLINICA

La dentadura debe estar adaptada al proceso de deglución cuando una placa montada en cera no puede mantenerse en la boca mientras el paciente deglute o da reflejos expulsivos no debe ser acabada de esta manera.



Sección sagital señalando las diversas estructuras -- comprendidas en la deglución. 1. Los labios se contraen -- entre sí y contra los dientes. 2. Dientes en oclusión. 3.- La punta y bordes de la lengua que presionan contra el paladar duro y los dientes. 4. Los músculos genihioideos en el suelo de la boca que son músculos extrínsecos de la lengua la elevan hacia arriba y hacia adelante. 5. Los restantes músculos del suelo de la boca al mismo tiempo que el anterior tiran hacia arriba del hueso hioides y todas las estructuras relacionadas con el mismo. 6. La orofaringe -- queda despejada con esta man obra y permite el libre paso de bolo alimenticio. A su vez el velo del paladar se eleva, la lengua se desplaza hacia adelante, la laringe se -- mueve hacia arriba y hacia adelante siguiendo el desplazamiento de la lengua y a la vez se abre la entrada del esófago.

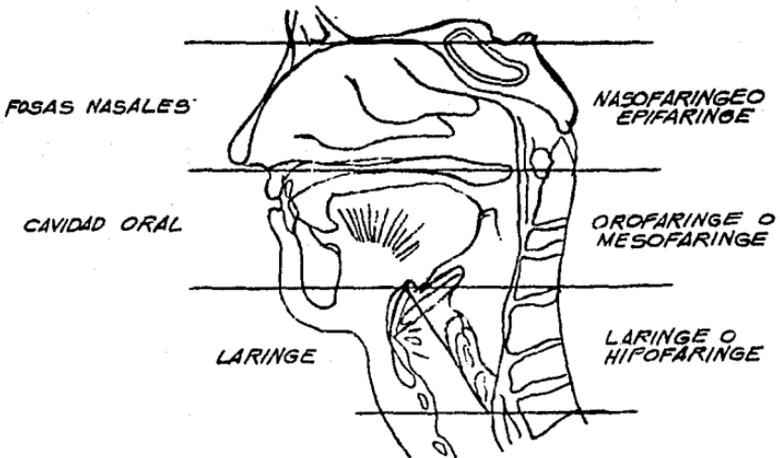
RESPIRACION

El proceso fonético se inicia mediante la energía que procede de una corriente de aire, el aparato respiratorio proporciona por medio de la exhalación, una continua corriente de aire, de suficiente volumen y presión y bajo el control voluntario para la fonación.

El proceso de respiración comprende varios actos, el principal es el de ventilación, es el paso de aire dentro y fuera de los pulmones. Las estructuras maxilofaciales forman parte de las vías respiratorias y pueden no solo proporcionar la cantidad de aire necesario para las exigencias necesarias del metabolismo humano, sino que además protegen los pulmones.

Es necesario tener siempre presente durante la ejecución de nuestras técnicas protéticas que estas cavidades orgánicas tienen categoría de entidades anatómicas respecto a las funciones que en ellas se desarrollan pues ya hemos señalado cómo se modifica en su volumen cuando los músculos y huesos cambian sus relaciones entre sí.

Cuando colocamos las dentaduras en esta cavidad oral hay que considerar que las prótesis son estructuras rígidas, que no pueden alterar su volumen para modificarse a la deglución y la pronunciación. Por consiguiente, los contornos de la base protética y la posición de los dientes en ella deben facilitar estas amplias variaciones en el espacio indispensable para acción muscular requerida por la función. La más crítica consideración en vistas al contorno de la prótesis y la posición de los dientes en el espacio interoclusal.



Las subdivisiones del tracto respiratorio superior son las cavidades principales con las cuales hay relación clínica en la prótesis dental.

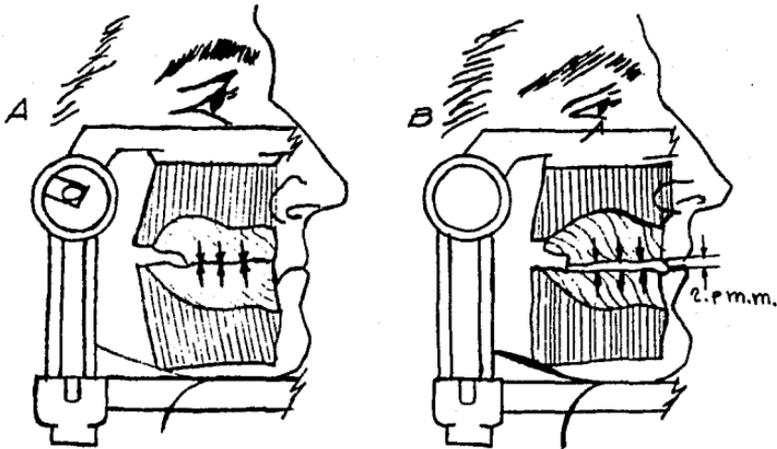
Este concepto de cavidades orgánicas, que pueden modificarse en su contorno durante la función es esencial para conocer la determinación clínica de la dimensión vertical.

Boucher señala la confusión que existe entre los profesionales referente a la dimensión vertical al solicitar el uso del término calificando para la expresión, dimensión vertical.

Este autor recomienda el término dimensión vertical - de oclusión y dimensión vertical en reposo. Si añadimos a esto el concepto de espacio interoclusal podemos relacionar todos estos términos.

Dimensión vertical en reposo = Dimensión vertical en oclusión + espacio interoclusal.

Boucher insiste acerca de la importancia de considerar la cavidad oral como espacio de significación anatómica y clínica al recomendar el término "espacio interalveolar" para definir este espacio disponible para las dentaduras dentro de los límites de la dimensión vertical de la oclusión.



Hay que distinguir entre dimensión vertical en reposo y dimensión vertical en oclusión. En A es la dimensión vertical en oclusión llamada también relación oclusal en la cual los dientes se hayan en contacto oclusal. Es la dimensión vertical en la que se efectúan los registros de la relación céntrica. En B, está señalada la dimensión vertical en reposo en la cual se aprecia el espacio interocclusal que varía según estadísticas de 2 a 10 mm., depende de varios factores como estética, relaciones entre las formas del arco inclinación del plano oclusal.

Clínicamente la cavidad oral debe ser considerada como una cavidad orgánica, que se modifica en su volumen y contorno por la presencia o ausencia de dientes y por sus relaciones con las otras cavidades del organismo, particularmente con la orofaringe.

Por esta causa en la construcción de la dentadura se debe tener en cuenta, no solo la actividad funcional, sino también los caracteres morfológicos de las cavidades contiguas.

La musculatura, que activa los elementos esqueléticos tiene varias singularidades que lo caracterizan. Destacan en primer lugar por sus variadas formas y funciones su abundante riego sanguíneo.

Si agrupan esta musculatura en sus relaciones funcionales los grupos de interés más predominante son los músculos faciales masticadores, la lengua, los del paladar blando y los de la faringe, los suprahioides e infrahioides.

MUSCULOS FACIALES

Los músculos están formados por un conjunto de fibras las fibras de una parte del músculo pueden tener una ----- acción en absoluto diferente del resto, algunas porciones se contraen, mientras otras se relajan.

Los músculos actúan mejor en grupos que individualmente de hechos y en condiciones normales, para cumplir un -- propósito práctico es imposible la acción combinada y coordinada de grupos de músculos que actúan simultáneamente y de varias maneras.

Estos son los músculos de la expresión, también denominados miméticos son muy variables en su contorno y a pesar de que están muy distribuidos sobre la cara y el cuero cabelludo, tienden a concentrarse alrededor de las órbitas del conducto auditivo externo y de los labios; siendo especialmente la movilidad de los labios lo que ha destacado -- la la utilidad de tal musculatura. En la expresión de las emociones, en la pronunciación y la posición y tono de los músculos faciales junto con las estructuras subyacentes -- óseas, los depósitos de grasa y el color de la piel son -- los principales causantes del aspecto facial de las personas.

Indican a menudo el estado de salud de cada persona.

MUSCULOS MASTICADORES

Son los más poderosos, su misión es elevar la mandíbula de tal manera que las superficies dentarias opuestas -- pueden ocluirse para la masticación.

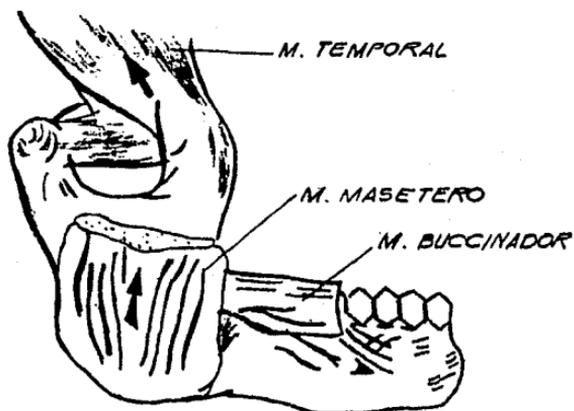
Cuando los dientes ocluyen puede producirse mucha presión y por esto en determinadas alteraciones psíquicas o -- desórdenes neurológicos tanto los dientes como los tejidos de sostén dentario y pueden destruirse a causa de aquélla.

Por otra parte estos músculos son capaces de mover la mandíbula con la rapidez y precisión necesarias para la -- pronunciación, acusando los más delicados cambios sensitivos.

Su configuración general a su posición son constantes y no varían sensiblemente de persona a persona.

La inserción esquelética determina límites tanto para su posición como para sus movimientos; la mandíbula puede ser fijada en el espacio y registrada su posición.

Su actividad que como se ha señalado tiene pocas limitaciones en su posición, tiene interés para la delimitación. a) Extensión flanco distolingual en la dentadura inferior y borde palatino posterior de la superior. b) Forma de arcada y línea incisal del superior. c) Contorno labiales.



Aspecto lateral de los principales músculos insertados en la mandíbula. Las flechas indican la dirección del impulso muscular presta a la mandíbula. El masetero es un músculo poderoso masticatorio unidos al pterigoideo y al temporal constituyen juntos al principal impulso masticatorio. El Pterigoideo externo mueve hacia adelante la cabeza del cóndilo y ayuda al movimiento, situación y fijación de las estructuras de la articulación temporomandibular. El buccinador es un músculo mas bien relacionado con las alteraciones del contorno de la cavidad oral para la adecuada función masticatoria y fonética. ue con la producción de fuerza para la masticación.

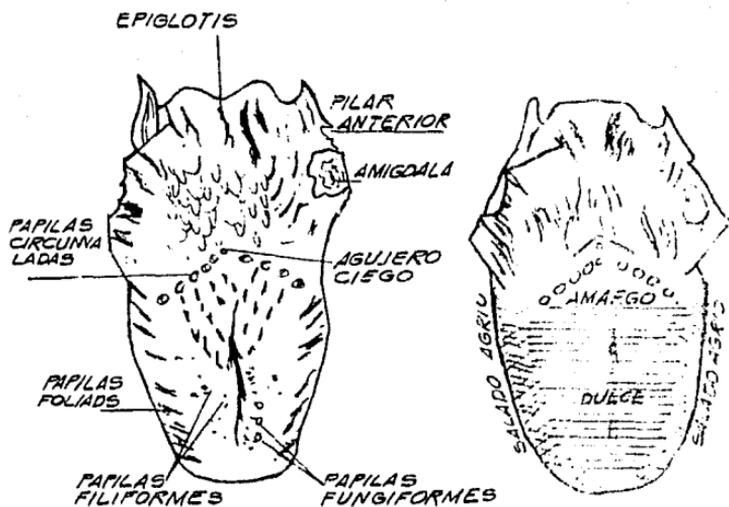
LENGUA

La lengua como órgano del gusto. En su distribución las regiones gustativas son consistentes, tan solo variarán en su intensidad.

El órgano del gusto se fatiga con mucha facilidad en las personas ancianas no funciona con tanta agudeza y sensibilidad. Durante la masticación vigorosa los botones -- gustativos a pesar de que se fatigan muy pronto son constantemente activados de la composición química del medio.

Dichos cambios solo se presentan con una masticación fuerte y vigorosa, cuando la masticación es corta y se trata con rapidez, bien porque la dieta es líquida o a causa de una masticación débil o por incapacidad de hacerlo energicamente, por consiguiente es fácil encontrar personas -- con una pobre capacidad de masticación.

Las fibras musculares y la disposición de los haces -- en la lengua que facilitan los rápidos cambios en posición y formas requeridas para la fonación y la masticación, la lengua es el principal elemento en la articulación de los sonidos y su modulación tiene gran influencia sobre la claridad y fluidez en la pronunciación y lenguaje.



MUSCULOS DEL PALADAR

Los músculos del paladar blando actúan como una especie de válvula alternando el paso del aire y los alimentos tiene gran facilidad de movimientos, modifica rápidamente su posición y contorno en las distintas posiciones de fonación, deglución y respiración.

Estos músculos, que se extienden desde el paladar duro en forma ancha y dirección posterior, superior e inferior, están íntimamente ligados a los músculos de la lengua y de la faringe.

CAPITULO II

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____

Ocupación _____ Dirección _____

Estos datos generales solo son importantes como registro, en la prótesis inmediata ya que la edad, sexo es útil para la formación pero en la prótesis inmediata el paciente se presenta con dientes y se van a colocar de acuerdo - como los presenta para dar mejor apariencia de naturalidad

Caracteres Heredo familiares.

Se van a transcribir en línea directa ascendente y -- descendente, por ejemplo:

Diabetes
 Cardiopatías
 Sífilis
 Tuberculosis
 Hemofilia
 Discracias Sanguíneas

Sólo se puede intervenir después de haber sido curados, en personas hemoflicas definitivamente no se puede - intervenir y en personas con lesiones cancerosas bucales.

Datos personales no patológicos.

Son los datos de la vida social, económica de nuestro paciente, también es importante su vida psicológicamente.

1. Condiciones de vida (costumbres)
2. Hábitos
3. Alimentación suficiente en cantidad y calidad
4. Habitación no importante

Datos Personales Patológicos.

Los padecimientos que ha tenido hasta la fecha actual

Se va a pasar el examen clínico de la cavidad bucal.

Entre los propósitos del examen está la consideración de las posibles mejoras a introducir en las condiciones --orales presentes, estas mejoras se efectuaron ya, antes de la construcción de la prótesis o junto con la misma. Al mismo tiempo hay que observar la posible presencia de tumores u otras condiciones anormales, cuando hubiera alguna -- de estas anomalías se deben tomar medidas oportunas en cada caso para suprimirlas retrasando la construcción de -- la prótesis.

A veces es necesario reducir las prominencias óseas -- ya sea por motivos estéticos, por causas mecánicas o simplemente por comodidad, pero en este asunto de eliminación o de reducción ósea hay que tener un criterio conservador.

El examen de la cavidad oral revela el carácter de la membrana mucosa, el dentista debe señalar la presencia de zonas inflamadas o de zonas o manchas blanquecinas (leucoplasia, líquen plano). Este examen debe comprender también la superficie lingual superior e inferior así como los bordes, la superficie lingual y vestibular de los procesos alveolares, y en general toda la mucosa oral, desde el fórnix vestibular, el malacar duro y blando, los pilares anteriores de las fauces y pared posterior de la faringe. Se debe observar también de una excesiva secreción mucosa y -- mediante examen digital observar la resistencia de los tejidos y la presencia o ausencia del reflejo de vómito.

Tiene mucha importancia tanto la observación visual o inspección como la palpación digital, pues ésta, con una -- presión suave pero firme con el pulpejo del dedo índice es

muy reveladora en cuanto al carácter del hueso subyacente, de la mucosa y submucosa, de los tejidos glandulares y grasos y demás características de estas estructuras.

Estudio Radiográfico de la Cavidad Oral.

Se hará un estudio radiográfico general, pues en ellas se aprecia a veces fragmentos radiculares, zonas radiolucidas, deben ser examinadas cuidadosamente y señalar aquellas zonas donde es mayor la radiolucidez los restos de dientes secuestrados queda comprobada por medio de la radiografía, Se va a comprobar la densidad ósea.

Pruebas de Laboratorio.

Son muy importantes para saber el estado que guarda el paciente por ejemplo cuando el paciente dice presentar determinada enfermedad como diabetes. Es necesario saber el índice de glicemia, así como para cualquier otra enfermedad los exámenes deberán estar encaminados a ella.

CAPITULO III

TOMA DE IMPRESIONES

Para poder tomar las impresiones en los pacientes que poseen dientes los cuales deben ser extraídos en su totalidad es el tipo de intervención más frecuente, a veces presentan molares o premolares de ambos lados, éstos deben extraerse y regularizar la parte del maxilar donde estaban - y a las dos o tres semanas según la recuperación del paciente se procederá hacer lo mismo del otro lado y ya cuando se observe la cicatrización se puede tomar las impresiones primarias.

Una impresión es un negativo de los tejidos que van a estar en contacto con la dentadura en posición estática - la cual es recogida en el momento del fraguado del material de impresión.

Debe hacerse notar que, a pesar de que las impresiones sean consideradas en toda su importancia en cuanto a su ejecución con unas técnicas meticulosas su valoración - con un juicio ecuánime hace que no las consideremos tan importantes como los registros oclusales, la forma del arco, la posición de los dientes y las consideraciones estéticas

MATERIALES UTILIZADOS PARA IMPRESIONES

La selección del material para impresión queda a la -
discreción de cada persona. Sin que importe el tipo de ma-
terial que se utilice y de acuerdo al método utilizado es-
muy importante que el material para impresión tenga las si-
guientes características.

1. Que sean más blandos que cualquier tejido con el que entre en contacto.
2. Que la impresión se logre sin hacer excesiva presión.
3. No debe ser innecesariamente desagradables al paciente.
4. Deben tomarse a una temperatura que sea soportada por el paciente.
5. Debe fraguar en un tiempo no mayor de 6 minutos.
6. No debe dilatarse, contraerse ni distorsionarse a una temperatura ordinaria.

TOMA DE IMPRESIONES

Seleccionamos unas cubetas perforadas o con retenciones para el material, cuyas extensiones abarquen todo lo necesario para incluir enteramente el asiento, los flancos de la cubeta deben alterar la posición de los tejidos limitantes tanto en extensión vertical como horizontal durante la toma de impresión cuando sea necesario se harán prolongaciones.

Las impresiones serán completas tanto superiores como inferiores.

Un momento antes de introducir el material en la boca se saca el vestíbulo, se retira los bordes y se marca la línea de inserción de los tejidos con un lápiz indeleble - al mismo tiempo se perfilan las zonas duras palatinas, se marca la línea de vibración del paladar y se registra la deseada profundización del sellado palatino posterior. Estas marcas de lápiz deberán transferirse a la impresión.

La impresión debe ser detallada, no debe transparentarse la cubeta y todas las inserciones de los frenillos - deben estar claramente definidos. Los bordes periféricos - deben estar redondeados y podrán ser delgados o hasta espesor mediano.

IMPRESION SECCIONAL DE PASTA DE OXIDO DE ZINC
EUGENOL - MODELINA.

El hacer una impresión toda de modelina requiere mucho tiempo y puede mover a los dientes a posiciones forzadas. Además rectificar bordes a la altura y anchura exactos es muy difícil.

La impresión de un solo hidrocoloide no tiene suficiente cuerpo para mantenerse a una altura y anchura determinada. Una impresión seccional de modelina y yeso es más difícil de hacer y de separar del modelo por la necesidad de usar medio de separador.

La impresión seccional de modelina y pasta se presta más fácilmente a la exacta rectificación de los bordes y no requiere separador.

La pasta da los más pequeños detalles de formas, lo cual es necesario para la selección y reproducción de los dientes.

Se escoge un portaimpresiones corriente para casos -- desdentados, el calentamiento y colocación de la modelina -- en el portaimpresiones se efectúan de manera ordinaria, -- salvo que se done menos volúmen en la porción anterior por que deseamos una impresión solamente de la parte lingual -- de los dientes anteriores.

Se introduce el portaimpresiones en la boca y se asienta con leve presión, se retira, se examina y vuelve a -- calentar y nuevamente se coloca con mayor presión, manteniéndola en posición hasta que se enfría. Al retirarla se observa un espesor de 6 mm.

La impresión se retira del portaimpresiones y se recorta de altura y anchura en las regiones desdentadas en -- porción anterior se recorta hasta el borde incisal y hasta la parte distal del último diente hay que dejar un límite -- de 4 mm., tras el borde incisal la modelina se recorta alrededor de la parte incisal y lingual de los dientes anteriores, de modo que se apoye solo en los tejidos blandos y que no toque a los dientes en ningún lugar. La modelina se recorta en la zona dura en las rugas y la papila incisal del paladar. Entonces se prueba para ver que se ha recortado lo necesario. La pasta de impresiones se coloca en la modelina, se introduce en la boca del paciente y se mantiene en posición hasta que endurezca si la pasta ha corrido sobre la cara labial o a través de espacios interproximales, se recortan los bordes a escuadra a lo largo del -- borde incisal de los dientes y en la parte distal del último diente.

La impresión se coloca nuevamente en la boca y se prueba. El paciente sostiene en su sitio con el pulgar izquierdo la sección terminada de la impresión apartando los demás dedos para que el operador trabaje en ambas manos. Se aprieta la modelina sobre la sección labial con la mano derecha mientras se retraen los labios y carrillo con la izquierda. Esta modelina se adapta completamente alrededor de los dientes, porque si así fuera la capa de óxido -- de zinc y eugenol tendría un espesor muy delgado y podría desprenderse se procura que tenga contacto completo en los márgenes recortados, la impresión es enfriada y se retira para examinarla, todo el exceso de modelina, esto se recorta

ta con un cuchillo. Si hay después interproximales descu--
biertas las proyecciones de modelina se reducen para dar a
la pasta un espesor apropiado. Se coloca pasta en superfi-
cie de esta modelina y se lleva a su lugar. La sección an-
terior es sujeta en posición con el pulgar y el índice -
de la mano derecha, mientras la sección posterior se suje-
ta con dos dedos de la mano izquierda con el fin de tener
ambas manos libres para la colocación del portaimpresion -
con la modelina se hace que el paciente ayude a sostener -
en su lugar la sección de la impresión que ya está termi--
nada.

Después que la pasta ha endurecido se extrae la impre-
sión retirando primero la porción donde no hay dientes, --
con ésta esto se aflojará la sección anterior que así es -
retirada fácilmente.

Ahora la porción anterior se pega a la sección poste-
rior de la impresión para pegar fácilmente las dos porcio-
nes de la impresión con cera pegajosa, así se evitará el -
peligro de separación.

VACIADO DE LOS MODELOS DE ESTUDIO

Las impresiones de preferencia deben ser encajonadas, el tratamiento de estas deben seguirse las indicaciones de cada fabricante, si hay o no que bañarlas en determinadas soluciones, se bate una mezcla de yeso espeso y se vacía - en la impresión vibrándola, se comienza depositando una pequeña cantidad en un ángulo de la impresión y se vibra de tal manera que corra por toda la superficie, se añade de tal manera que queden rellenos todos los huecos correspondientes a los dientes y se haya cubierto toda la superficie con una capa de suficiente espesor.

Cuando la mezcla se ha endurecido lo suficiente, se recortan los excesos de los márgenes y se alisan los dedos humedecidos.

Ahora se invierten los modelos o sea con las bases -- hacia arriba se depositan en un recipiente de agua fría y se deja allí hasta que fragüe por entero por lo menos se necesitan 30 minutos hasta que se endurezca todo el material.

Si la impresión lo permite, se lava en agua corriente y se vacían los duplicados, éstos se conservan como registros permanentes de las formas de los dientes y de los procesos, tal como estaban antes de que se comience la construcción de la dentadura.

El siguiente paso es sacar estos modelos de las impresiones recortarlas y escribir los mismos la fecha y el nombre del paciente se deja secar y más tarde se les da una capa de laca para que se conserven limpios y atractivos.

El paciente podrá más tarde comparar el duplicado de sus dientes con los resultados logrados con la nueva restauración, el dentista también lo va a necesitar cuando trate de colocar los dientes artificiales.

TRATAMIENTO DE LOS MODELOS DE ESTUDIO

Se deben manejar con cuidado, se frota su superficie con una crema inerte de silicones o se espolvorea con talco, limpiándolos seguidamente y manteniendo limpia su superficie.

CAPITULO IV

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA PROTESIS
INMEDIATA.

Una de las ventajas tal vez la más importante es el aspecto psicológico en la satisfacción que se le produce al paciente al ahorrarse las turbaciones de ir desdentado a sus actividades en su vida de relación tanto sociales, comerciales o de cualquier otra índole.

Se va a lograr mejor fonación ya que el paciente no se ha encontrado desdentado durante largo tiempo y no ha desarrollado a veces hábitos especialmente con la lengua que más tarde causa problemas en el uso de dentaduras nuevas.

Otra de ellas son las consideraciones estéticas, la pérdida de dientes naturales no es apreciable, por que en las dentaduras artificiales se va a colocar tal y como los presenta en la boca, también se va a imitar el color de cada diente y si tiene alguna obturación se le coloca la gran variedad de forma y colores permiten la reproducción y de los rasgos fisonómicos del individuo.

El mejor aspecto que ocasiona la prótesis inmediata, el estar un largo período sin dientes rotiva que las mejillas caigan colapsadas y fofas aun estando un período corto sin dientes.

Las consideraciones fisiológicas son múltiples una de estas es el control de hemorragia, la dentadura al cubrir las heridas abiertas actúa como férula y reduce la pérdida de sangre en los mismos.

Los tejidos heridos son protegidos de la irritación de toda orden y especialmente de la irritación de la lengua, también se protege contra infecciones del exterior, se impide que haya trastornos en la articulación temporomandibular que puede presentarse con o sin dolor, los labios mantendrán su aspecto normal, se obtiene correcta relación céntrica y dimensión vertical y la articulación suya de ser exacta.

Las consideraciones del orden mecánico limita la reducción ósea que es el área de sustentación de la prótesis y la estabilización de la misma.

A pesar de que hay poca contraposición en las desventajas, cuando todas las fases se ejecutan con cuidado una de estas desventajas es un trabajo adicional de precisión tanto clínica como de laboratorio se requieren más detalles, también se necesitan mas visitas para los reajustes subsecuentes por parte del paciente y también más erogación económica.

La falta de conocimientos para este sistema de prótesis inmediata y la poca experiencia, la falta de una técnica adecuada hará que fracase la prótesis con el innecesario desprestigio del sistema y del cirujano dentista.

CAPITULO V

DATOS PARA LA ELABORACION DE LA PROTESIS

Estos datos se pueden registrar en una tarjeta clínica aparte para la construcción de la prótesis.

1. Registro del aspecto de los dientes y facciones.

Se va a anotar el color de cada diente, las irregularidades que presenta como malposiciones, formas.

En las dentaduras inmediatas, tiene mayor ventaja bien definidas sobre los dientes de porcelana. Los dientes de acrílico pueden ser adaptados perfectamente sobre el proceso alveolar anterior y, a pesar de que haya sido necesario tallarlos mucho en esta zona del cuello no hay peligro de que se fracture durante la polimerización como ocurriría en los dientes de porcelana.

2. Construcción de la Silueta.

La silueta nos proporciona una valiosa ayuda para tener el registro de la cara cuando el paciente presenta --- dientes. Si es posible úsese unos aparatos construidos especialmente para hacer la silueta con mucha facilidad. Si no fuera posible su utilización, la silueta es posible hacerla por los siguientes métodos:

1.- Con un alambre de cobre fino destemulado, se dobla con los dedos y se sigue fácilmente el perfil del paciente desde la frente hasta el cuello, se comienza con la frente y se doblan con los dedos salvo en la región de los labios, en donde es necesario un alicate para hacer los --doblecés más finos.

2.- Depositar una cartulina sobre una superficie plana, colocar una hoja de papel carbón sobre ella y sobre esta el alambre con que hemos seguido el perfil se coloca un libro grande sobre todo ello y se comprime encima, pues se trata de marcar el perfil construido con alambre sobre la cartulina, valiéndose del papel carbón.

3.- Con tijeras se recorta la cartulina siguiendo las marcas, la silueta así recortada se lleva sobre la cara -- del paciente y se hacen las correcciones que fueron necesarias para su perfecto ajuste.

4.- Con esta silueta sobre el perfil del paciente se trata de marcar con una línea horizontal sobre la cartulina la altura del borde incisal de los dientes superiores -- cuando los hay, y su relación con el labio.

REGISTRO DE LA RELACION CENTRICA

Antes de registrar la relación céntrica para las dentaduras inmediatas debe hacerse un exámen para determinar -- malas posiciones del maxilar inferior que el paciente puede haber adquirido en los años en que ha estado sin dientes por la pérdida irregular, desgaste el aflojamiento y -- la extrusión de los dientes han causado la desviación de -- la mandíbula fuera de su relación central normal.

Para la estabilidad de las dentaduras artificiales es necesario colocar el maxilar inferior en su posición de máxima retrusión. Los dientes naturales resisten una posición anormal en la mandíbula mejor que los artificiales, por que el anclaje de los dientes naturales es mucho más grande.

Si la dentadura artificial se construye conforme a la posición central adquirida, un contacto prematuro bajo presión masticatoria fuerte hará que aquélla pierda estabilidad con la consiguiente destrucción del hueso subyacente. Si las dentaduras no han sido construidas con arreglo a -- esta posición, chocarán desigualmente, los tejidos resentirán y se perderá la estabilidad.

Lo primero que se va a tener como auxiliar espléndido en la construcción de las dentaduras artificiales completas es el arco facial.

Se va a colocar el arco facial en las cabezas de los cóndilos del paciente que se hacen con lápiz tinta y una -- regla flexible por medio del trazado de una línea recta en ambos lados de la cara desde el borde superior de meato externo en dirección al ángulo externo del ojo, marque un -- punto de 11 a 13 cm. al principio de esta línea con una raya pequeña que la cruce.

El centro cinemático o de rotación de los cóndilos -- puede ser determinado con exactitud por un arco facial, -- más adaptable que el usado en el caso anterior. Se coloca el arco facial en posición centrada, los extremos dibujados en la cara del paciente.

El arco facial se mueve hacia la izquierda o a la derecha hasta que la lectura sea la misma en las dos barras condilares con el arco facial sostenido firmemente en esta posición, se aprieta el tornillo de presión que asegura la relación de la horquilla y del arco facial. Las tuercas para fijar la posición de las barras condilares no se aprietan hasta que se lleva todo el conjunto al articulador las barras condilares se retiran hacia fuera y la impresión superior se quita de la horquilla y se deja a un lado el arco facial para montaje ulterior.

Para el registro de la relación céntrica con el arco facial se coloca la cera en la horquilla, se le instruye al paciente para hacer movimientos de protrusión y retrusión de manera rápida, una vez repetido esto varias veces estaremos después seguros de lo que hará después correctamente, tan pronto como entran los dientes en la cera se le pide cierre los labios y coloque todas sus facciones en reposo.

Una vez colocado el grado deseado de cierre, se pide al paciente que se quede quieto permitiendo que endurezca la cera de este modo se saca sin deformarla, se comprueba que no haya deformación.

DIMENSION VERTICAL

En este período del estudio del caso hay que decidir si la dimensión vertical se va a reproducir con exactitud.

De la pérdida, desgaste y aflojamiento de los dientes resulta con frecuencia una reducción en la dimensión vertical. Si la mordida va a ser abierta nuevamente, la cantidad debe determinarse en este momento.

El plano oclusal se determina con los dientes anteriores inferiores y los rodillos de mordida se construyen a esa altura con cera para bases se forma el rodillo oclusal en la palanca superior la cera en el rodillo superior se reblandece, se lleva a la boca y se hace que el pacien-

te cierre en posición de retrusión, la cera es enfriada, - se retira de la boca y se recorta el exceso.

Si la dimensión vertical va aumentarse debe procurarse que los dientes inferiores no lleguen a chocar con los dientes superiores.

Con los rodillos en la boca se ejercita al paciente - en los movimientos de retrusión y protrusión para asegurar se de que la mandíbula puede llegar a su posición más anterior. Probablemente se necesitará tiempo y esfuerzo para - corregir la desviación del maxilar inferior.

Después el operador debe estar seguro de que el paciente sabe llevar la mandíbula a la posición de retrusión - correcta, la cera del rodillo superior se reblandece nuevamente y se registra la posición. Luego se quita el exceso de cera, de manera que no haya planos que guíen al maxilar y se trazan líneas en ambos rodillos cruzando la mandíbula se pega el rodillo de mordida una horquilla del arco facial, que se ha preparado especialmente para dentaduras -- inmediatas.

La dentadura es más estable y el paciente está más cómodo cuando las oclusiones céntricas y excéntricas están - equilibradas en todas las posiciones mandibulares y cuando no hay interferencia en los deslizamientos de una a otra - posición cuidaremos en especial que el cierre en céntrica nos proporcione unos contactos simultáneos en ambos lados. Las cargas serán establecidas sobre los dientes posteriores en ambos lados cubriendo el proceso alveolar anteriormente el comienzo de la pendiente posterior.

Los principios que nos guiarán en este caso son los - mismos que antes cuando se trataba de las dentaduras corrientes pero ahora que estas dentaduras están asentadas sobre unos procesos más tiernos y sensibles determinan que - las molestias derivadas de unos esquemas oclusales incorrectos sean más apreciables, también se hace notar que -- los desequilibrios oclusales en estos momentos originaría una pérdida áser innecesaria sobre el hueso de curación.

También se registrará la distancia que hay entre la - base de la nariz y la base del mentón empleando para este dato el registrador de Willis.

La distancia del borde incisivo superior a la base de la nariz.

La distancia del borde del incisivo inferior a la base del mentón.

Fotografías de frente y perfil tiene bastante importancia estas nos van a ser útiles para tener referencia de antes y después de la prótesis.

CAPITULO VI

MONTAJE EN LA ARTICULACION

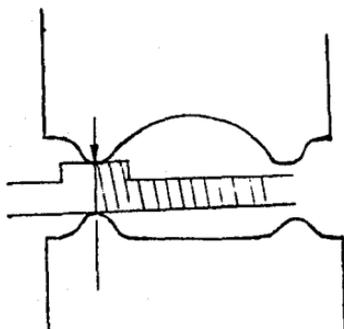
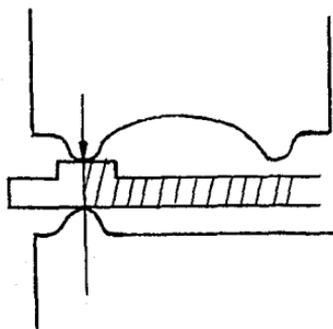
Existe una notable diversidad de articuladores, en la construcción de las dentaduras completas hay ciertos principios básicos que no podemos ignorar. Estos principios se derivan del estudio del plano inclinado, las palancas y el movimiento que puede desarrollar trayectorias rectas y curvas, las trayectorias curvas tienen uno o varios centros de rotación, no se hará un estudio complicado de este tema se presentará en su forma más simple.

El maxilar inferior describe trayectorias definidas - en sus diferentes movimientos, las cuales deben ser estudiadas para reproducirlas en los articuladores adaptables.

Asimismo cada uno de los tubérculos de las piezas dentarias del maxilar inferior describe trayectorias que deben armonizar con el movimiento del maxilar superior para que las dentaduras funcionen sin tropiezos.

PALANCAS

La posición de los dientes posteriores sobre el proceso inferior determinan la estabilidad de la placa. Si el centro del diente está colocado exactamente sobre el centro del proceso inferior como se observa en la figura siguiente entonces la placa será estable.



Si el centro del diente queda fuera del centro del -- proceso entonces formará una palanca cuyo efecto será desajustar la placa de su lugar como se ve en la figura anterior. Entonces debemos tratar de evitar el efecto de palanca para favorecer la estabilidad.

PLANO INCLINADO

Cuando se aplica sobre un plano una fuerza en ángulo-oblicuo con él, hay la formación de un plano inclinado cuyo efecto es cambiar la dirección de esta fuerza produciendo desalojamiento del cuerpo sobre el cual se aplica.

Cuando los planos inclinados de las piezas posteriores tiene una inclinación demasiado grande, la aplicación a la fuerza masticatoria tiende a desalojar la dentadura, por esta razón existe la tendencia a disminuir la altura de las cúspides con el objeto de tener menor inclinación en las vertientes de las cúspides para favorecer la estabilidad.

El efecto de plano inclinado no solamente la podemos observar en las vertientes de las cúspides sino que también puede apreciarse en la relación que tiene el plano de oclusión con los procesos.

El ideal sería que el plano de oclusión fuera paralelo a los procesos como en la figura siguiente.

Si el plano de oclusión forma un ángulo con los procesos las placas tenderán a desalojar de su lugar.



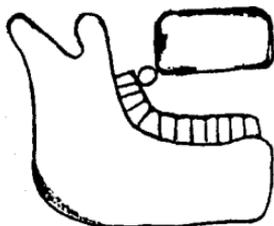
Otro caso en que se ve el efecto del plano inclinado es la molar colocada sobre el proceso inferior en la parte posterior se ve en la figura siguiente.



En la figura siguiente vemos como la aplicación de una fuerza sobre este plano inclinado tiende a desalojar la placa de su lugar.



En la figura siguiente, la curva de compensación nos ayuda destruir el efecto de este plano inclinado en caso de no bastar el efecto de plano inclinado se utilizan molas más chicas o eliminar la segunda molar con el objeto de evitar la masticación se efectúa en el lugar donde se produce el desalojamiento.



COLOCACION DEL ARCO FACIAL EN EL ARTICULADOR

El conjunto del arco facial se coloca en el articulador con las barras condilares del arco en las terminales de la barra intercondilar del articulador.

El arco facial se mueve hacia la izquierda o hacia la derecha hasta que las lecturas son iguales, por medio del tornillo de gato de la parte anterior, el modelo sube o se baja hasta el plano oclusal de cera este al mismo nivel -- que la marca central del indicador incisal del articulador.

La parte superior del indicador incisal debe estar al mismo nivel que la superficie superior del miembro superior del articulador. Este procedimiento automáticamente avienta el modelo superior en su posición que corresponde a la relación que existe entre la cavidad glenoidea y el maxilar superior del paciente.

Con el modelo superior orientado en esta posición, se mezcla yeso y se coloca igual el modelo y la placa superior de montaje antes de correr el yeso, la porción de esa placa que está en contacto con el miembro debe ser limpiada de residuos de montajes anteriores.

Cuando el yeso ha fraguado se aflojan las tuercas de las barras condilares y del cierre anterior y se suelta el arco facial, la horquilla puede quitarse o dejarse puesta hasta que se haya completado el montaje si se quita, no debe emplearse calor a fin de no alterar la superficie occlusal, lo mejor es cortar la cera de fijación y desprender la horquilla con cuidado.

MONTAJE DEL MODELO INFERIOR

El modelo inferior se coloca en posición por medio de las líneas guías que identifican la relación correcta de los modelos, se examinan los talones artificiales de los modelos, antes del montaje, para asegurarse que no hay ningún contacto con las guías de las rodillas en posición correcta, estos se unen por medio de la escátula caliente procurando no tocar las líneas guías.

Si acaso la relación se altera accidentalmente, esta no se perdería.

Las esferas del articulador que presentan los condilos se llevan a su posición más anterior y se aseguran durante el endurecimiento del yeso, la relación occlusal puede perderse. Una mezcla de yeso ya fraguado rápido se coloca sobre la placa de montar inferior y se cierra el miembro superior para atraer el modelo articular al yeso.

REGISTRO DE LA RELACION DE PROTRUSION Y AJUSTE DEL ARTICULADOR

Se cortan cuatro capas de cera para bases en forma de herraduras y se colocan sobre los dientes anteriores y los rodillos oclusales de cera, esta cera se reblandece y el articulador se mueve un cuarto de pulgada en protrusión, - con una inclinación condilar de 10 a 20. Entonces el articulador se mueve en la cera reblandecida.

Al hacer un registro de protrusión es muy difícil regular la distancia en que el maxilar inferior va a moverse por esta razón se hace el registro primero en el articulador, luego se enfría y se coloca en la boca para que el paciente ensaye el movimiento de protrusión del maxilar hasta las marcas de la cera, esta se reblandece nuevamente en agua 135 F (57 C). Se usa agua en vez de ella a fin de conservar las marcas guías al maxilar a su posición correcta. Cuando el paciente tiene el maxilar en esta posición correcta.

Quando el paciente tiene el maxilar en esta forma, se le hace que aplique presión masticatoria. La cera tiene suficiente espesor para registrar la mordida sin perforación se enfría la cera en la boca y se asienta sobre el modelo en el articulador. Se aflojan las tuercas de la guía condilar para adaptarla a la posición que el paciente ha registrado en la cera. Si al probar el ajuste la guía condilar está muy inclinada el caso se abriría en la parte posterior. Si la guía está muy horizontal, los rodillos y los dientes mostrarán falta de contacto en el frente. Estos ajustes se colocan en tal inclinación que toda la superficie de los rodillos esté en contacto. Cuando esto se ha logrado se aprietan las tuercas de las guías condilares y se retira el registro de protrusión.

El rodillo de cera se retira del esqueleto metálico - y este se coloca nuevamente sobre el modelo. Las placas bases y los rodillos de ambos modelos se retiran definitivamente, porque ya no hay ninguna otra prueba en este procedimiento de construcción de la dentadura inmediata.

CAPITULO VII

RELACION Y ARTICULACION DE LOS DIENTES

El manejo de la estética en prótesis varía desde las estrechas consideraciones de multiplicación de los dientes naturales en su color, forma, armonía y movimiento.

La colocación de los dientes es necesario hacerlo sobre una base funcional también debe ser adecuada a la acción muscular, las consideraciones psicológicas en cuanto a la estética son de extrema importancia y por esto debemos informarnos de la actitud del paciente en relación con la restauración, cumpliendo sus deseos lo más posible.

DUPLICADO DE LOS MODELOS NATURALES

Es una guía para la colocación de los dientes artificiales para lograr mas efectos de naturalidad y armonía, - en el modelo deben ir señaladas las características faciales de cada uno de ellos marcando en cada caso lo más destacado, porque puede suceder que una serie de dientes que es agradable y adecuada para un tipo de facciones, puede - producir un efecto muy diferente en otro tipo de cara.

El factor equilibrio requiere atención especialmente cuando utilizamos dientes de diferentes tamaños y colores, dado que el fabricante ya los presenta agrupados, sin embargo para mayor naturalidad del aspecto los seleccionamos y entonces hay el peligro de trastornar el equilibrio.

Para la colocación de los dientes artificiales se hace de la siguiente manera.

La substitución de los dientes artificiales se hace - cortando uno por uno en forma alterna con una fresa de fisura con la pieza recta de mano, otros prefieren cortarlos de una sola vez y comparando su colocación con el modelo - testigo, pero es más conveniente hacerlo individualmente - pues de esta forma se reproduce fielmente su posición.

Se corta el diente de yeso por la mitad desde el borde incisal hasta la línea gingival, después de cortado se-

rompe a la mitad hacia adentro para proteger los puntos de contacto de los dientes adyacentes, se excava la porción de la raíz a una profundidad de 3 mm. en el borde labial y a ras del borde gingival en el lado lingual. Algo de exceso en la profundidad no es inconveniente, porque facilita la colocación del diente y puede ser recortada si es necesario por el lado de adentro de la dentadura cuando está adentro. Cuando se colocan los dientes en esta forma la mayor dificultad se produce por no haber recortado la suficiente profundidad en el alveolo. La excavación en la porción de la raíz sigue cuidadosamente la línea gingival. Se arregla después para la oclusión central con los dientes componentes conviene recordar que los dientes incisivos no deben colocarse en la misma proporción que tenían por ejemplo en sobremordida debe ser compensada reduciendo el borde incisal labial de los dientes inferiores por el lado lingual.

Esta situación entraña dificultades porque la posición de los dientes naturales puede ser agradable y la reducción de su posición vertical o el cambio de posición labio lingual destruiría parcialmente al fin de la construcción de la dentadura inmediata. Esto es especialmente cierto en los dientes superiores, cuando el diente ha sido recortado a fin de que ajuste se pulen bien las superficies y a fin de que no queden manchadizas y que el paciente los limpie fácilmente, el pulimento se realiza con discos de Burlew o con rueda de trano y piedra pómez, después del pulido se pega firmemente con cera pegajosa para soportar el esfuerzo mientras se colocan los demás dientes y se va a reproducir el procedimiento sustituyendo los dientes alternadamente, si los dientes naturales anteriores tienen marcas particulares se manchan los substitutos según el registro de color.

Después de colocados los dientes anteriores, es bueno poner un noco de yeso sobre la cara labial y borde incisal de los dientes para que sirva de índice en el caso de que cualquiera de ellos pierda su posición.

REQUERIMIENTOS DE LA OCLUSION Y DE LA ARTICULACION

El requerimiento característico de la oclusión es que debe producir igual presión sobre los tejidos de soporte tanto en el lado derecho como en el lado izquierdo, delante y atrás, sin que haya una acción de plano inclinado.

El requerimiento que singulariza la articulación es - de que debe ser establecida para permitir la masticación - sin que la dirección de la fuerza original en la misma --- sean lesivas para los tejidos de soporte. Los requerimientos combinados de la oclusión y la articulación de en dar lugar a la máxima eficiencia con el menor daño para las estructuras involucradas en la función.

ARTICULACION DE DIENTES CON CÚSPIDES ANATOMICAS

Se considera que la utilización de dientes con cúspides anatómicas en la construcción de dentaduras, es preferible por una serie de razones.

- 1). Estética.
- 2). Oclusión balanceada.
- 3). Eficiencia funcional.

Los dientes anatómicos disponibles en la actualidad - podemos dividirlos en tres grupos.

- 1). Dientes con cúspides muy pendientes. (45°)
- 2). Dientes con pendientes promedio (33°).
- 3). Dientes con cúspides reducidas (20°) y formas modificadas de ellos.

Hay varios métodos de articulación de dientes anatómicos para lograr una oclusión equilibrada; el método apropiado dependerá del tipo de dientes utilizados. Pero sea el que fuere, la posición de estos dientes con relación a las mejillas, a la lengua y al reborde alveolar, debe establecerse antes de la articulación la relación horizontal de los dientes al reborde alveolar puede determinarse según las normas estéticas o en la relación a los límites anatómicos, también puede situarse en relación con la acción funcional de la lengua por una parte y de las mejillas por otra.

La utilización como referencia de la cresta del proceso alveolar residual para disposición de las piezas en la articulación no es aconsejable pues la posición de la cresta del reborde queda modificada por el grado de reabsorción del mismo ritmo en el lado bucal y en el lingual. Si -- las normas las establecemos en relación con la estética y la cresta del milohioideo con los mejores puntos de referencia cuando se sigue el método del Dr. Russel Teach se -- hace una marca sobre la porción lingual del reborde en la-

región milohioidea, la distancia promedio es de 2 mm. lingualmente a la cresta milohioidea, y la distancia medida distalmente desde el canino está determinada por la anchura de los dientes utilizados, midiendo desde el mesial del primer bicúspide al distal del segundo molar, con su línea ángulo distolingual directamente sobre la marca situada -- lingualmente a la cresta del milohioideo y la foseta central de la molar se dispone en la línea con la cima de la cresta del reborde alveolar, esto es, paralela al reborde-residual. Se coloca ahora una tira de cera desde la porción distal del canino, casi a los dos tercios enfrente de su cara labial la porción mesial del segundo molar, al centro de su superficie mesial, esta tira de cera se utiliza ahora como una guía para la alineación de las cúspides linguales de los dientes superiores.

TECNICA DE ARTICULACION DE DIENTES SIN CUSPIDES

Como preparación para el montaje de los dientes se deben marcar unas líneas guías sobre el modelo inferior. Si viéndonos de una regla marcaremos sobre el modelo inferior unas líneas siguiendo la mitad del espacio bucolingual del proceso o centro de la cresta del reborde, tanto de un lado como del otro, estas líneas serán marcadas especialmente sobre la región posterior y anterior a la superficie -- que cubre la placa, pues como continuación de su extensión se marcarán sobre el reborde. De tal manera que cuando miremos el modelo con la placa base y la cera sobrenuestrada no nos seguir el centro del proceso gracias a la continuación de estas líneas y sobre ellas colocaremos el centro bucolingual de las piezas dentarias.

Debido a que la dentadura inferior es menos estable -- que la superior generalmente es conveniente colocar sus -- dientes de modo que le de mayor estabilidad.

PRIMER PREMOLAR INFERIOR

Se coloca distalmente al canino y en una posición bucolingual que sea satisfactoria en apariencia. Si con esto no se logra que el centro bucolingual del diente coincida con la línea marcada sobre el proceso, entonces este diente debe ser deprimido de la línea oclusal de modo que toda la línea oclusal quede suboclusal.

SEGUNDO PREMOLAR Y PRIMER MOLAR

Se disponen de modo que la superficie oclusal sea paralela al reborde del proceso alveolar subyacente y su superficie oclusal de trabajo quede lingual al centro de la cresta del reborde. Una vez montadas las pizas de un lado se montan las del lado opuesto.

PREMOLARES SUPERIORES Y PRIMER MOLAR

Cuando se han colocado todos los dientes inferiores - excepto el segundo molar, se montan los superiores.

La superficie distal del primer molar debe coincidir con la primera molar inferior o todavía un poco más atrás, si se omite el segundo molar superior habrá bastante dificultad para conseguir el balance lateral. La inclinación bucolingual de los dientes sobre los cuales se hace la masticación está regida por el ángulo que asegure una mejor estabilidad.

SEGUNDO MOLAR INFERIOR

El grado de inclinación del segundo molar inferior para obtener el balance en protrusión depende de la sobremordida vertical y resalta horizontalmente de los incisivos - así como la trayectoria condílea. Se articula con cierta inclinación anterior.

SEGUNDO MOLAR SUPERIOR

En algunos casos no hay suficiente espacio, aunque -- existe espacio suficiente la estabilidad de la dentadura - generalmente aumenta suprimiéndolo, o si se usa debe colocarse tan alto para que no haga oclusión.

LA CURVA DE ESTABILIZACION

Esta curvatura no está concebida en función del balance protrusivo, como en el caso de dientes anatómicos, sino para mantener la estabilidad de las dentaduras bajo las cargas masticatorias.

En todo caso el balance en protrusión se obtiene mediante la inclinación anterior del segundo molar inferior y el balance lateral por la inclinación lingual de la misma pieza.

CAPITULO VIII

ELABORACION DE LA MATRIZ TRANSPARENTE

Se hará mediante la técnica indirecta de la siguiente forma:

Se construye con cera blanda una especie de pared de retención alrededor de la dentadura, se llena esta caja -- así formadas con alginato de modo que se forme sobre la región palatina un grosor de 5 a 6 mm., cuando el alginato se ha endurecido, se retira y se corta dejando lo que ha de ser la base, uniforme se asienta sobre una hoja de papel y ahora se hace una especie de impresión de escayola o sea yeso piedra la cual representa un símil del proceso al volcar, pero que corresponde exactamente a la superficie interior de la dentadura ya terminada cuando esta escayola se ha endurecido se baña su superficie interna con un separador y se vacía sobre ella una mezcla de escayola dura la cual una vez fraguada nos proporciona una reproducción del modelo obtenido con alginato.

Se coloca en la mufla este modelo, teniendo en cuenta que si hay retenciones en su flanco labial, se debe poner alta la parte anterior.

Cuando se ha secado la escayola de fijación en la mufla se recubre este molde de escayola dura como una hoja de estaño la cual se emplea también en parte sobre la escayola de la mufla y se bruñe adaptándola bien. Sobre esta hoja de estaño se adapta una hoja de cera fina cuya forma y dimensiones deberán ser las que nos proponemos para la matriz, se coloca otra hoja de estaño más gruesa sobre la cera bien adaptada se monta la otra porción de la mufla y se rellena de escayola como se hace habitualmente.

Cuando ya está dura, se abre la mufla y se saca la cera, este es el espacio correspondiente a la matriz transparente recubiertas ambas partes por la hoja de estaño se rellena con acrílico transparente con ligero exceso se polimeriza bajo presión continua, enfríese y senárese ambas partes de la mufla retirando fácilmente la matriz de las hojas de estaño. Se recortan los bordes en sus excesos y se pule la superficie externa poniendo gran atención sobre la zona correspondiente a los seis dientes anteriores. Una vez completada, la matriz tendrá la misma forma que tiene la dentadura.

CAPITULO IX

COMPROBACION ANTE EL PACIENTE

Esta parte de la elaboración de la prótesis es muy importante para la satisfacción posterior tanto del profesional como para el paciente.

Se le muestra al paciente los modelos duplicados sostenidos en oclusión montada en el articulador. Conviene señalar cualquier detalle que pudiera ser discutido cuando ya se haya colocado la dentadura, se puede comprobar con el modelo testigo.

Después de esta comprobación ante el paciente es conveniente colocar un poco más de cera en la región labial de los incisivos centrales para darle más fortaleza a la dentadura.

En esta comprobación se le hace observar que así va a quedar la prótesis es el momento de decir que no le gusta, es necesario insistir en esto.

CAPITULO X

PREPARACION QUIRURGICA Y COLOCACION DE LA PROTESIS

Se debe practicar con iguales precauciones para toda intervención quirúrgica se inyecta el bloqueador local, se van a realizar dos incisiones en la parte distal de la última pieza existente siguiendo una dirección oblicua hacia el surco vestibular en ambos lados uniendo estas dos incisiones por otra que deberá seguir exactamente el margen gingival de los dientes en la región gingival. Se levantan con legra el tejido mucoperióstico, se evita rasgar o traumatizar el tejido blando el siguiente paso es hacer la avulsión de las piezas existentes y se procede a recortar las crestas óseas con el osteotomo esto es cuando es necesaria después se alisa con la lima quirúrgica hasta dejar una superficie lisa y regular para comprobar esto es por medio de la palpación para observar esto se confrontan los colgajos de tal manera que no haya sobrantes si hay se recortan. El siguiente paso es hacer el toilet de esta zona con agua bidestilada a presión por medio de jeringa.

Se lleva a la boca la matriz transparente que es una reproducción de la base de la prótesis que ha sido sumergida en una solución antiséptica, se observa si hay puntos de presión en los cuales se forma la lengua, se retira la guía y en ese lugar se recorta hueso por medio de la lima quirúrgica, esto se va hacer cuantas veces sea necesario se pueden aplicar medicamentos desinfectantes. Se efectúan los puntos de sutura necesarios, y se procede a colocar la prótesis que también se ha tenido en una solución desinfectante cualquiera que sea esta antes de colocarse se limpia la superficie con mucha precaución.

En esta sección se pueden hacer los arreglos necesarios, se le pide al paciente que cierre para comprobar si el contacto oclusal en ambos lados sea simétrico.

CAPITULO XI

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

Este es un punto muy importante para el buen éxito o fracaso de la prótesis, debe estar colocada en la boca todo el tiempo durante las primeras 24 horas por ningún motivo se quite la prótesis de su lugar, provocaría un fracaso seguro, solo se la puede quitar el profesionista, se le advierte que dejar la dentadura fuera de la boca al principio puede producir inflamación que haga imposible y extremadamente posible colocar nuevamente la dentadura.

Los enjuagatorios deberán ser suaves con solución salina se puede efectuar masajes con hielo seguidos con masajes de agua caliente; esto es solo una medida de precaución.

Se prescribirán analgésicos acordando con el paciente no abusar de ellos, en lo que corresponde a los antibióticos hay controversia si se deben o no prescribir por lo que se deja al criterio del Cirujano Dentista por regla general el paciente no sufre dolor ni incomodidad excesiva.

Lo que se refiere a la dieta se le instruye al paciente para que no mastique nada durante las primeras 24 horas por lo tanto consistirá en líquidos principalmente.

La cita subsiguiente será a las 24 horas de colocada la prótesis, la cual va hacer quitada y lavada, se quitan las suturas si tiene alguna ulceración se va a rebajar la prótesis en sitio.

A los 2 ó 3 días que ha cedido la inflamación se corrige la oclusión y la dentadura puede ser quitada sin mucha incomodidad.

La comodidad aumenta gradualmente después de corregidas las imperfecciones observadas en la oclusión.

Al paciente debe citársele cada tres meses para determinar la cantidad de cambio que se ha operado, si el paciente encuentra mucha dificultad para manejar su dentadura durante los tres primeros meses a causa de adaptación de -

la retención se coloca una mezcla de Janformax en la superficie interior de la dentadura, este material conserva su plasticidad durante largo tiempo, valiosa propiedad porque ayuda a equilibrar la presión en los tejidos y en la oclusión, al cabo de algún tiempo el material se endurece y -- luego soportará los esfuerzos de la masticación varias semanas.

Este reajuste de carácter temporal reduce la necesidad de los cambios de bases y permite el uso de la dentadura durante los cambios rápidamente de los tejidos.

El cambio de bases es una de las operaciones mas arriesgadas en la construcción de dentaduras completas inmediatas porque es casi imposible cambiarle la base a una dentadura sin alterar la oclusión.

Cuando se ha producido un cambio considerable en la boca se debe tomar una relación oclusal en el momento en que se hace la impresión para el cambio de base ya terminada e insertada en la boca se toman nuevos registros antes de obtener el equilibrio final.

CAPITULO XII

CONCLUSION

El comportamiento humano está dictado por las necesidades orgánicas y sociales; estas necesidades se hayan dirigidas por los principios de homeostasis o equilibrio mediante las cuales el individuo trata de mantener un estado normal, tanto psíquico como físico, su comportamiento está dictado por estímulos, los cuales constantemente se derivan tanto del medio externo como del interno; las respuestas apropiadas a estos estímulos constituyen los ajustes y adaptaciones, los cuales le mantienen en un estado estable.

Hay muchos factores inhibidores, que dificultan una adaptación o acomodación satisfactoria a este equilibrio; estos factores son miedo, ansiedad, tensión, y frustración los cuales dificultan una acomodación óptima. Cuando los pacientes están bien inducidos o motivados para el tratamiento dental puede inhibir estas dificultades y lograr un adecuado ajuste para recibir atenciones dentales; muchas veces, sin embargo, los pacientes presentan aberraciones orgánicas a síntomas de las mismas; estos problemas psicosomáticos crean dificultades en el tratamiento.

Así pues, por razones psicológicas, las dificultades que pueden surgir incluyen desde problemas funcionales, en los cuales los síntomas comprenden un ciclo psicocomático-vicioso que comienza con una reacción emocional que lleva a un conflicto y que motiva alteraciones funcionales en los órganos derivados de tal conflicto a más reacción funcional más incapacidad funcional, etc., hasta el derrumbamiento del organismo humano, con la producción de estados patológicos.

Corresponde al dentista romper este círculo vicioso para tratar de dar unas atenciones óptimas a sus pacientes.

BIBLIOGRAFIA

FISIOLOGIA	TUTTLE SCHOTTELIUS
PROSTODONCIA TOTAL	JOSE Y. OZAWA DEGUCHI
PROTESIS	TENENBAUM LEON
PROTESIS ARTICULADA Y SUS INDICACIONES	AUGUSTO BIAGGI - HANS JOACHIM
DENTADURAS COMPLETAS	SWESON MERRIL G.
ARTICULADORES	HONORATO VILLA
LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA PRÁCTICA GENERAL	ALVIN L. MORRIS HARRY K. BOHANNAN
PROTESIS DENTAL	R. J. NAGLE - V. H. SEARS
PROTESIS COMPLETA	NEIL D. J.