

Ref. 628



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**TESIS DONADA POR
B. G. B. - UNAM**

DENTADURA INMEDIATA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A:
MA. DEL ROSARIO MEZA PEREZ

MEXICO, D. F.

1980



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

SUMARIO

I.- *Introducción.*

II.- *Elementos anatómicos-fisiológicos del Sistema Masticador.*

III.- *Ventajas y Desventajas de una Dentadura Inmediata.*

IV.- *Diagnóstico e Historia Clínica.*

V.- *Técnica para la construcción de una dentadura inmediata artificial.*

VI.- *Cirugía e Inserción de la dentadura.*

VII.- *Resumen.*

VIII.- *Bibliografía.*

INTRODUCCION

Hoy en día los pacientes tienen más conciencia del importante papel que desempeñan sus dientes en su experiencia exterior, así como el efecto que su sonrisa tiene sobre las demás personas en encuentros sociales y comerciales. Es por esto que un tratamiento restaurador que pretenda tener éxito debe implicar tanto la estética como la función.

El odontólogo debe recordar siempre que detrás de los dientes hay un ser humano, merecedor de los mejores esfuerzos artísticos y científicos que la odontología pueda ofrecerle.

Se han destacado considerablemente el correcto tono y color cuando se discute sobre la estética en odontología, aunque en realidad éstos no tienen importancia fundamental. El color es crítico sólo cuando se hacen una o dos restauraciones anteriores, puesto que deben imitar a los propios dientes del paciente. En general para obtener un buen efecto estético se deben crear restauraciones anteriores que armonicen con la línea de la sonrisa del paciente y con su musculatura y no que se destaque como hilera de lápidas dentales.

Por todo esto, en este trabajo de presentación de Tesis; he querido hacer una breve exposición de la Prótesis Total Inmediata.

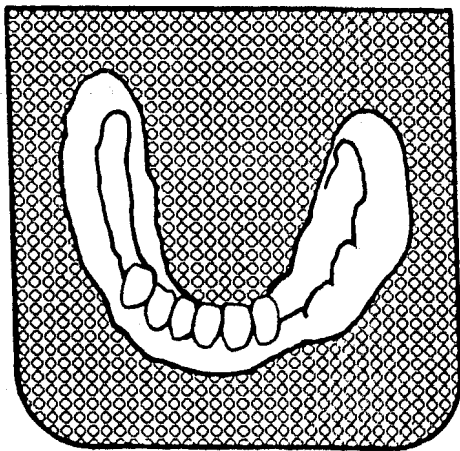
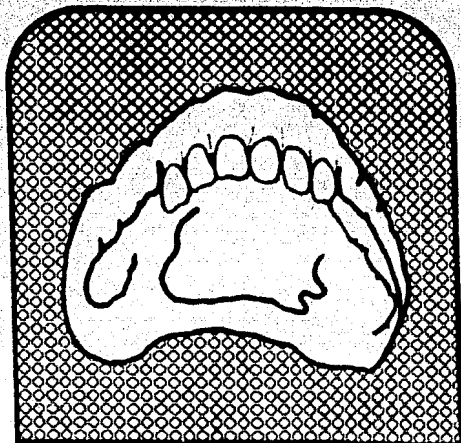
Que fundamentalmente evitara al paciente la angustia de pasar unos días totalmente edéntulo. Lo que le beneficiara ampliamente en su vida social y en el aspecto salud también.

Habiendo expuesto lo anterior me brindo a su benevolencia como respetable Jurado.

A t e n t a m e n t e .

Dra. del Rosario Meza Pérez.

DENTADURA IMEDIATA



CAPITULO II

Elementos anatómicos-fisiológicos del Sistema Masticador.

a).- Maxilar Inferior o Mandíbula.

b).- Maxilar Superior.

c).- Músculos Masticadores.

1.- Músculo Temporal.

2.- Músculo Masetero.

3.- Músculo Pterigoideo Externo.

4.- Músculo Pterigoideo Interno.

d).- Músculo Digiétrico.

e).- Músculos faciales o Músculos de la Expresión.

1.- Depresores del labio inferior y sus comisuras.

2.- Elevadores del labio superior y sus comisuras.

f).- Articulación Temporomandibular.

g).- Dientes.

h).- Labios, Carrillo y Lengua.

i).- Ligamentos.

j).- Paredes.

MAXILAR INFERIOR O MANDIBULA

Situado en la parte inferior y parcialmente en la parte posterior de la cara, el maxilar inferior es un hueso impar que presenta - para su estudio una parte central llamado cuerpo y dos partes laterales o ramas.

Cuerpo.- Tiene la forma de herradura y presenta una cara anterior, una cara posterior, un borde superior y un borde inferior.

Cara anterior.- En esta cara destacan los siguientes detalles anatómicos:

- a).- En la línea media se localiza la sinfisis mentoniana, que - marca la unión de las dos porciones del hueso que durante - la vida fetal eran independientes.
- b).- A ambos lados de la línea media destaca una línea rugosa - que termina confundiéndose con la rama del hueso, es la línea oblicua externa, que presenta inserción de algunos - músculos.
- c).- Inmediatamente por arriba de la línea oblicua, se encuentra el agujero mentoniano por el cual pasan los vasos y nervios del mismo nombre.

Cara posterior.- En esta cara destacan los siguientes detalles anatómicos:

- a).- En la línea media encontramos las cuatro apófisis geni; sobre las dos superiores, se insertan los músculos genioglo-

cos, sobre las inferiores los parotídeos.

b).- La línea oblicua interna del maxilar que presenta la misma trayectoria y terminación de la línea oblicua externa, en ella se inserta el músculo milohioides, que forma sin duda alguna, el mayor porcentaje del piso bucal.

c).- Por debajo de la línea oblicua se localiza dos fosetas, la más anterior se llama foseta sublingual que aloja a la glándula sublingual, la más posterior es la foseta submaxilar - que aloja a la glándula submaxilar.

Borde superior.- Se encuentra tapizado por las cavidades o alveolos, que están destinados a alojar las piezas dentarias inferiores.

Borde inferior.- Presenta a ambos lados de la línea media la foseta digástrica, que sirve de inserción al músculo del mismo nombre.

RAMAS DEL MAXILAR INFERIOR O MANDÍBULA

Presenta dos caras y cuatro bordes:

Cara externa.- Un poco rugosa, sirve básicamente para dar inserción al músculo masetero.

Cara interna.- Presenta los siguientes detalles anatómicos:

a).- Tiene en su posición central un orificio superior del conducto dentario, para el paso de los vasos dentarios inferiores.

b).- Adelanta y abajo del orificio antes mencionado destaca la -

espina de Spix donde se inserta el ligamento esferomaxilar,
la articulación temporomandibular.

- c).- A partir del orificio dentario superior se origina un canal oblicuo hacia abajo y hacia adelante el canal alveolar, que aloja a los vasos y nervios del mismo nombre.
- d).- Por atrás del canal alveolar se inserta el músculo pterigi-
guido interno.

Borde posterior.- Ligamente contorneado, se relaciona íntima-
mente con la glándula parótida.

Borde anterior.- Se confunde hacia abajo y hacia adelante con
ambas líneas oblicuas del maxilar inferior.

Borde superior.- Presenta dos grandes salientes:

- a).- La apófisis coronoides y el condilo del maxilar, entre
ellos, se encuentra la escotadura sigmoidea.- La apófisis co-
ronoides tiene una forma triangular y da inserción al múscu-
lo temporal.
- b).- El condilo, se articula con la cavidad glenoidea del tempo-
ral (para formar la articulación temporomandibular), y se
une al resto del maxilar por una porción estrecha llamada
cuello del condilo.

La escotadura sigmoidea sirve para dar paso a los vasos y ner-
vios maseterinos al mismo tiempo que comunican la fosa zigomática con
la región maseterina.

El punto de unión entre el borde posterior de la rama ascendente y el borde inferior del cuerpo se llama ángulo del maxilar, adelante de él, se encuentra un pequeño surco que da paso a la arteria y venas faciales.

MAXILAR SUPERIOR

El maxilar superior está situado en la parte central de la cara, su forma se aproxima a la cuadrangular, siendo algo aplanada de fuera a dentro, presentando: dos caras, cuatro bordes y cuatro ángulos.

Cara Interna.- Destaca en esta cara, a nivel de su tercio inferior una gran saliente que se dirige hacia la línea media de la cara: la apófisis palatina del maxilar superior, dicha apófisis presenta — una cara posterior, que forma parte del piso de las fosas nasales; — una cara inferior, que interviene en la constitución de la bóveda del paladar; un borde interno, que se articula con el homólogo de la apófisis palatina opuesta; un borde externo, que se continúa con el resto del hueso; un borde anterior que contribuye a formar parte del orificio anterior de las fosas nasales; y un borde posterior, que se articula con el borde anterior de la rama horizontal del palatino. En el tercio anterior de la apófisis palatina del maxilar superior sobre su cara interna, destaca la presencia de un canal que al articularse con el del opuesto, forma el conducto palatino anterior, por el que pasa el nervio esférico palatino interno y una rama de la arteria esfenopalatino.

Inmediatamente arriba y adelante de la apófisis palatina, destaca la cara interna de una gran saliente vertical llamada apófisis ascendente del maxilar superior. Su cara interna presenta dos crestas anteroposteriores: la superior se articula con la masa lateral del etmoides, en tanto que la inferior lo hace con el concha inferior.

Hacia arriba de la apófisis palatina y hacia atrás y abajo de la apófisis ascendente, el resto de la cara interna del maxilar superior está formado por lo siguiente :

- a).- Canal nasal (continuación del canal lacrimal) situado atrás de la apófisis ascendente.
- b).- Orificio del seno maxilar, cerrado parcialmente por cuatro huesos que se sitúan a su alrededor: arriba, las masas laterales del etmoides, abajo, el concha inferior; adelante, el unguis y atrás la porción vertical del palatino.
- c).- Tuberosidad del maxilar o borde posterior, que se articula con el palatino.

Cara Externa.- Destaca antes que nada, una gran saliente que forma parte del esqueleto del pómullo o mejilla: la apófisis piramidal — del maxilar superior.

Esta apófisis presenta una base, un vértice y tres caras con sus bordes. La base se conjuntó con el resto del hueso, el vértice se articula con el hueso malar, la cara superior se llama orbitaria y contribuye a formar parte del piso de dicha cavidad. Sobre esta cara destaca la presencia del canal suborbitario, que más adelante queda convertido en conducto, el cual termina en un orificio localizado sobre la cara anterior de la apófisis piramidal, este orificio (agujero suborbitario) da paso al nervio suborbitario así como a la arteria y vena del mismo nombre.

La cara anterior presenta la abertura del conducto suborbitario,

sobre el espesor óseo de esta pared se encuentra el conducto dentario anterior, que se dirige hacia los alvéolos dentarios y da paso al nervio anterior.

Borde anterior.— Que presenta abajo la parte anterior de la apófisis palatina con la espina nasal anterior. Más arriba muestra una escotadura que, con la del lado opuesto, forma el orificio anterior de las fosas nasales y más arriba aun, el borde anterior de la rama o apófisis ascendente.

Borde posterior.— Es grueso, redondeado y constituye la llamada tuberosidad del maxilar, su parte lisa superior forma la pared anterior de la fosa pterigomaxilar. En su parte baja, el borde lleva rugosidades, articulándose con la apófisis piramidal del palatino y con el borde anterior de la apófisis pterigoideas. Esta articulación está provista de un canal que forma un conducto palatino posterior, por donde pasa el nervio palatino anterior.

Borde superior.— Forma el límite interno de la pared inferior de la órbita y se articula por delante con el unguis, después con el etmoides y atrás con la apófisis orbitaria del palatino.

Borde inferior.— Llamado también borde alveolar, presenta una serie de cavidades cónicas o alvéolos dentarios, donde se alojan las raíces de los dientes. Los alvéolos son sencillos en la parte anterior mientras en la parte posterior llevan dos o más cavidades secundarias, su vértice perforado deja paso a su correspondiente paquete vascular.

nervioso del diente y los diversos alvéolos se hallan separados por oblicuos óseos, que constituyen las apófisis interdentarias.

Ángulos.— El maxilar superior presenta cuatro ángulos, de los — cuales dos son superiores y dos inferiores. Del ángulo anterosuperior se destaca la apófisis ascendente del maxilar superior, de dirección — vertical y ligeramente inclinada hacia atrás. Aplanada en sentido — transversal, esta ensanchada en la base, donde se confunde con el hueso que origina. Su extremidad superior presenta rugosidades para articularse con la apófisis orbitaria interna del frontal. La cara interna de esta apófisis ascendente forma parte de la pared externa de las fosas nasales, mientras su cara externa, más o menos lisa y cuadrilátera, presenta una cresta vertical llamada cresta lagrimal anterior; — por delante de esta cresta se inserta el músculo elevador común del ala de la nariz y del labio superior; por detrás de la cresta forma la — parte anterior del canal lagrimal. Sus bordes que son en número de 2, se articulan, el anterior, con los huesos propios de la nariz, en — tanto que el posterior lo hace con el vnguis.

MÚSCULO TEMPORAL

Ocupa la fosa temporal y se extiende en forma de abanico, cuyo vértice se dirige a hacia la apófisis coronoides del maxilar inferior.

Inserciones.- El temporal se fija por arriba en la línea curva temporal inferior, en la fosa temporal, en la cara profunda de la aponeurosis temporal y mediante un haz accesorio, en la cara interna del arco cigomático.

Desde estos lugares sus fibras convergen sobre una lámina fibrosa, la cual se va estrechando poco a poco hacia abajo y termina por constituir un fuerte tendón nacarado que acaba en el vértice, bordes y cara interna de la apófisis coronoides.

Si en alguna ocasión llegamos a disecar con cuidado las fibras musculares del temporal, podríamos apreciar las superficies que se fijan sobre la cara externa de la aponeurosis de inserción, mientras que las profundas lo hacen en la cara interna de la misma; se originan así dos capas musculares, de las cuales la externa está más desarrollada que la interna.

Relaciones.- Por su cara superficial, este músculo se relaciona con la aponeurosis temporal, los vasos y nervios temporales superficiales y el arco cigomático y la parte superior del masetero.

La cara profunda se encuentra en contacto directo con los huesos de la fosa temporal, se halla también en relación con los nervios y arterias temporales profundas anterior, media y posterior y las venas correspondientes; en su parte inferior esta cara se relaciona por dentro con los músculos pterigoides, buccinador y la bola grasosa de —

Músculo.

Inervación.- De la Inervación del temporal se hallan encargados los tres nervios temporales profundos, que son ramos del maxilar inferior.

Acción.- Consiste en elevar el maxilar inferior y también en — dirigirlo hacia atrás; en esta última actividad del temporal interviene en sus haces posteriores.

Palpación.- Este músculo se palpa por vía extraoral en toda la extensión de la región temporal hasta el límite con el arco cigomático, con el pulgar colocado en la fosa retromolar y desplazado el dedo hacia afuera o adentro se podrá localizar los fascículos superficial y profundo del tendón terminal.

MASCULO MASETERO

Se extiende desde la apófisis cigomática hasta la cara externa del ángulo del maxilar inferior, se halla constituido por un haz superficial, más voluminoso dirigido oblicuamente hacia abajo y atrás y otro haz profundo, oblicuo hacia abajo y adelante.

Amos haces se hallan separados por un espacio relleno por tejido adiposo, donde algunos investigadores han señalado la existencia de una bala serosa.

Inserciones.- El haz superficial se inserta superiormente sobre los dos tercios anteriores del borde inferior del arco cigomático e inferiormente en el ángulo del maxilar inferior y sobre la cara externa de éste.

Su inserción superior se realiza a expensas de una fuerte aponeurosis, la cual se origina mediante numerosas láminas aguzadas hacia el tercio medio de la masa muscular.

El haz profundo se inserta por arriba en el borde inferior y también en la cara interna de la apófisis cigomática; sus fibras se dirigen luego hacia abajo y adelante, yendo a terminar sobre la cara externa de la rama ascendente del maxilar inferior.

Relaciones.- La cara externa del masetero se halla recubierta to-

almente por la arteria maseterina, por fuera de la cual se encuentra tejido conjuntivo con la arteria transversa de la cara, la prolongación maseterina de la parótida, el canal de Stenon, los ramos nerviosos del facial y los músculos cigomáticos mayor y menor, risorio y culmeo del cuello.

La cara profunda del masetero está en relación con el hueso donde se inserta y además con la escotadura sigmoidea y con el nervio y arteria maseterina, que la atraviesan, con la apófisis coronoides, con la inserción del temporal y por último con la bala adiposa de Bichat, interpuesta entre este músculo y el buccinator.

La parte inferior del borde anterior se relaciona con la arteria y la vena facial, en tanto que su borde posterior se halla con la arteria y la vena facial del maxilar y la glándula parótida.

Inervación.— Por su cara profunda penetra el nervio maseterino, el cual es un ramo del maxilar inferior y que atraviesa, como ya se ha dicho, por la escotadura sigmoidea.

Acción.— Como la del temporal, la misión del masetero consiste en elevar el maxilar inferior.

Palpación.— Este músculo se palpa colocando el pulgar en el borde anterior de la mandíbula y los cuatro dedos restantes en su borde posterior, mientras que el dedo índice de la mano presiona el cuerpo muscular en busca de áreas dolorosas o espásticas.

MUSCULO PTERIGOIDES EXTERNO

Se extiende de la apófisis pterigoidea al cuello del cóndilo del maxilar inferior. Se halla dividido en dos haces, uno superior o esfenoide y otro inferior o pterigoideo.

Inserciones.- El haz superior se inserta en la superficie cuadrilátera del ala mayor del esfenoides, la cual constituye la bóveda de la fosa cigomática, así como en la cresta esfenotemporal.

El haz inferior se fija sobre la cara externa del ala externa de la apófisis pterigoidea.

Las fibras de ambos haces convergen hacia afuera y terminan por fundirse al insertarse en la parte interna del cuello del cóndilo, en la cápsula articular y en la porción correspondiente del menisco interarticular.

Relaciones.- Por arriba el pterigoideo externo se halla en relación con la bóveda de la fosa cigomática, con el nervio temporal profundo medio y con el maseterino, entre sus dos fascículos pasa el nervio bucal.

Su cara anteroexterna está en relación con la escotadura sigmoidea, con la inserción coronóidea del temporal y con la bola grasosa de Bichat.

Su cara posterointerna se relaciona con el pterigoideo interno, con el cual se entrecruzan por la cara anterior de éste y también con los nervios y vasos linguales y dentarios inferiores.

Su extremidad externa corre paralela con la arteria maxilar interna, la cual puede pasar por su banda inferior o entre sus dos fascículos, bordeando el cuello del órdilo.

Inervación.- Recibe dos ramos nerviosos procedentes del bucal.

Acción.- La contracción simultánea de ambos pterigoideos externos produce movimientos de proyección hacia delante del maxilar inferior.

Si se contraen aisladamente, el maxilar ejecuta movimientos laterales hacia uno y otro lado; cuando estos movimientos son alternativos y rápidos, se llaman de diducción y son los principales en la masticación.

Palpación.- La palpación digital de este músculo se hace imposible dado la situación muy profunda de este, lo único que se alcanza a palpar son las inserciones del fascículo inferior de este músculo mediante el deslice del dedo índice sobre el alvéolo del tercer molar y después contorneando la pared posterior del maxilar (su tuberosidad).

MUSCULO PTERIGOIDES INTERNO

Este músculo comienza en la apófisis pterigoides y termina en la porción interna del ángulo del maxilar inferior.

Inserciones.- Superiormente se inserta sobre la cara interna del ala externa de la apófisis pterigoides, en el fondo de la fosa pterigoides, en parte de la cara externa del ala interna y por medio de un fascículo bastante fuerte denominado fascículo palatino de Jivara, en la apófisis piramidal del palatino.

Desde estos lugares, sus fibras se dirigen hacia abajo, atrás y afuera para terminar en láminas tendinosas que se fijan en la porción interna del ángulo del maxilar inferior y sobre la cara interna de su rama ascendente, sus fibras se prolongan a veces tan afuera sobre el borde del maxilar, que producen la impresión de unirse con los del músculo masetero.

Relaciones.- Por su cara externa se halla en relación el pterigoides interno con el externo y con aponeurosis interpterigoides.

Con la cara interna de la rama ascendente del maxilar constituye este músculo un ángulo diedro, por donde se desliza el nervio lingual el dentario inferior y los vasos dentarios.

Entre la cara interna del pterigoides interno y la faringe se en-

cuenta el espacio maxilofaríngeo, por donde atraviesan muy importantes vasos y nervios; entre estos el neumogástrico, glossofaríngeo, espinal e hipogloso y entre aquellos, la carótida interna y la yugular interna.

Inervación.— Por su cara interna se introduce en el músculo el nervio del pterigideo interno; el cual procede del maxilar inferior.

Acción.— Es principalmente un músculo elevador del maxilar inferior pero debido a su posición, también proporciona a este hueso pequeños movimientos laterales.

Palpación.— Su palpación de este músculo es idéntica a la del músculo masetero por lo que el índice de la mano opuesta se introduce en la boca y presiona la parte media de pterigideo interno que se proyecta en su superficie sobre el centro del masetero, en la extremidad superior el dedo percibe el surco orbital y las inserciones inferiores se palpón a nivel del ángulo de la mandíbula.

MUSCULO DIGASTRICO

Es un músculo compuesto por dos vientres musculares siendo uno anterior y otro posterior y un tendón intermedio, se extiende del tem poral al maxilar inferior.

El tendón intermedio se relaciona por fuera con la glándula submaxilar y por dentro con el milohioides y el gran hipogloso.

Inserciones.- El vientre posterior del digástrico se inserta en la ranura digástrica de la apófisis mastoidea del temporal, ya directamente o bien por medio de láminas tendinosas, dirigiendo sus fibras hacia abajo y hacia adelante para terminar en el tendón intermedio, - atravesando el tendón estilohioides sobre el cuerpo del hueso hioides.

Relación.- Este vientre posterior está relacionado por su cara externa con la apófisis mastoidea, el esplenio y el esternocleidomastoideo, su cara interna con el estilogloso con los ligamentos estilohioides y estilonaxilar.

Inervación.- El vientre posterior recibe un ramo del nervio facial y otro del glossofaríngeo.

acción.- Cuando se contrae el vientre posterior, se eleva el hueso hioides, si permanece fija la cabeza; o por el contrario se inclina la cabeza el hioides permanece fijo.

Inserción.- El vientre anterior es continuación del tendón intermedio que finalmente va a insertarse en la fosa digástrica del maxilar inferior.

Relación.- El vientre anterior se relaciona por su cara externa con la aponeurosis cervical superficial, con el cutáneo del cuello y con la piel; por dentro se halla en contacto con el milohioideo.

Inervación.- El vientre anterior está inervado por su ramo del milohioideo, nervio procedente del maxilar inferior (trigémino)

Acción.- La contracción del vientre anterior hace descender al maxilar inferior cuando permanece fijo el hueso hioides, por el contrario eleva el hueso hioides cuando es el maxilar el que permanece fijo.

MÚSCULOS FACIALES O MÚSCULOS DE LA EXPRESIÓN

DEPRESORES DEL LABIO INFERIOR Y SUS COMISURAS

Músculo.	Cuadrado del cuello.	Risorio de Santorini.	Triangular de los labios.	Cuadrado de la barba.
Origen.	Aponeurosis superficial sobre la parte superior del pectoral y el del trapecio.	Aponeurosis que cubre el maxilar.	Línea oblicua de la mandíbula.	Línea oblicua de la mandíbula. Nivel superior del triangular.
Inserción.	Las fibras posteriores penetran en la mandíbula por debajo de la línea oblicua, la piel y los tejidos subcutáneos de la cara inferior. Las fibras se entremezclan.	Piel y comisura de la boca.	Comisura de la boca.	Tegumento del labio inferior.
Función.	Mueve la comisura de la boca hacia atrás y hacia abajo. Baja la mandíbula.	Mueve hacia atrás la comisura de la boca.	Mueve hacia abajo la comisura de la boca. Con el conino, tira de la comisura.	Tira del labio hacia abajo y lateralmente.
Inervación.	Nervio facial (rama cervical).	Nervio facial.	Nervio facial.	Nervio facial.
Irrigación.	Rama de la arteria maxilar externa.	Arteria maxilar externa.	Arteria maxilar externa.	Arteria maxilar externa.

MUSCULOS FACIALES O MUSCULOS DE LA EXPRESION

ELEMENTOS DEL LABIO SUPERIOR Y SUS COMISURAS.

Músculo.	Elevador del labio superior.	Canino	Cigomático
Origen .	Lado de la nariz al hueso cigomático.	Fosa canina.	Hueso molar frente a la sutura cigomático-temporal.
Inserción.	Algunas fibras del músculo orbicular, en la nariz, las demás, en el labio superior.	Comisuras de la boca, entremezclándose con fibras del triangular de los labios, cigomático y orbicular de los labios.	Comisuras de la boca.
Función.	Eleva y mueve hacia adelante el labio superior, es dilatador de las aberturas nasales, eleva la comisura de la boca y contribuye a la formación del surco nasolabial.	Formación del surco nasolabial.	Tira de la comisura de la boca hacia arriba y hacia afuera.
Inervación.	Nervio facial.	Nervio facial.	Nervio facial.
Irrigación.	Arteria maxilar externa.	Arteria maxilar externa.	Arteria maxilar externa.

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

Es una articulación con movimientos precisos que pertenece al grupo de las bicondíleas y forma parte del componente posterior de la articulación de la mandíbula, ya que el componente anterior está representado por la articulación de los dientes.

Aspectos anatómicos de esta articulación son:

La porción ósea de la articulación temporomandibular constituye por la fosa glenoidea del hueso temporal y del cóndilo del maxilar inferior.

La fosa está situada adelante y debajo del conducto auditivo y avanza hasta el tubérculo cigomático, que está en la parte posterior del arco cigomático.

La fosa aproximadamente es de 25mm., de largo anteroposterior y 20mm., de ancho de afuera hacia línea media, está colocada oblicuamente desde el arco cigomático hacia adentro y llega hasta abajo y atrás del conducto auditivo.

El lado externo de la fosa y la parte ósea del temporal, adelante del conducto auditivo son paralelos, esto es el cráneo, se hace más angosto hacia el conducto auditivo, esta convergencia del hueso explica el que los cóndilos sobresalgan en la parte distal de la fosa y se les pueda palpar bajo los tejidos blandos adelante del conducto auditivo.

extremo, esta condición es normal y no anormal como han dicho algunos -
 otorrinolaringólogos.

La apófisis estiloides está situada en el temporal, inmediatamente
 atrás de la fosa, estando dividida esta fosa en dos partes por la fisura
 petrotimpánica (Fisura de Glasser), por la cual pasa la rama timpánica
 de la arteria maxilar interna.

La cuerda del timpano emerge de la cavidad timpánica por un agujero
 situado en el extremo interno de la fisura petrotimpánica, este foramen
 es el canal de Huguier o interchordae anteriores.

La porción anterior de la fosa es la principal área de apoyo, sobre
 la cual presiona el cóndilo por medio del menisco y de otras estructuras
 como se explica.

La porción es casi perpendicular.

El cóndilo no descansa jamás directamente en la fosa, porque está
 separado de ella por las membranas sinoviales y por el menisco articular.

Con mucha frecuencia se cree que el registro de la trayectoria con
 dilatar es una reproducción de la forma del hueso, pero en realidad es —
 una reproducción del movimiento creado por el deslizamiento del cóndilo
 y del menisco en la superficie articular.

En otras palabras estamos registrando la influencia de la inclinación del hueso, del menisco, la influencia de los ligamentos y de la tracción muscular.

El cóndilo no toma la forma de la cavidad glenoidea, la llena lateralmente, siendo aproximadamente de 20mm de ancho; pero tiene menos de 133 mm de adelante atrás y no llena la fosa a más de la mitad de la dimensión anteroposterior de ésta.

La extremidad externa del cóndilo se extiende unos 13mm. más allá de los límites óseos del conducto auditivo y por lo tanto sus movimientos se perciben en la porción blanda del oído. La forma de los cóndilos varía grandemente sin embargo las prolongaciones en sentido longitudinal se cruzan en el agujero occipital.

La extremidad externa del cóndilo está casi al ras de la superficie de la rama ascendente y se proyecta hacia adentro.

El cuello del cóndilo está adelgazado en direcciones anteroposterior y lateral casi hasta la mitad de tamaño de la porción máxima.

El ligamento capsular está insertado en esta área estrecha.

Los ligamentos de la articulación son cinco:

Ligamento Capsular.

Ligamento Temporomandibular.
 Ligamento Esfenomandibular.
 Ligamento Estilomandibular.
 Menisco Articular.

La cavidad glenoidea está revestida por una membrana sinovial, la cual separa el cóndilo de la fosa, empieza anteriormente en la cabeza del cóndilo en su anchura y lo cubre hasta el cuello en la parte posterior.

El menisco es un disco cuya superficie superior es convexa para adaptarse al cóndilo este menisco se extiende hacia adelante sobre el tubérculo cigomático. La posición y movimiento del menisco está regulado por su inserción al ligamento capsular y en la parte anterior por el tendón del músculo pterigoideo externo.

El menisco tiene muy poco movimiento al iniciarse el movimiento de apertura del maxilar, cuando el cóndilo no hace más que girar; sin embargo tiene movimientos extensos cuando el maxilar desciende en amplia abertura en los movimientos laterales o de protrusión.

Entonces el menisco se mueve con el cóndilo, el ligamento capsular envuelve la articulación, se inserta por arriba en el borde de la cavidad glenoidea y en el tubérculo cigomático.

En su parte inferior envuelve el cuello del cóndilo, la dirección de sus fibras es hacia abajo y hacia atrás.

El ligamento temporomandibular (ligamento lateral externo) tiene dos porciones, la anterior y la posterior.

Se inserta por arriba en el tubérculo cigomático, en el borde inferior del arco cigomático, sus fibras se dirigen hacia abajo y hacia atrás para insertarse en el borde externo y posterior de la parte superior de la rama ascendente.

El ligamento esferomandibular se inserta por arriba en la espina del esfenoides y desciende hasta la cara interna de la rama ascendente para insertarse en la espina de Spix.

El ligamento estilomandibular se inserta en la apófisis estilóidea y desciende hasta la cara interna de la rama ascendente para insertarse en la espina de Spix.

El ligamento estilomandibular se inserta en la apófisis estilóidea en el ángulo del maxilar y en el borde posterior de éste.

Los movimientos del maxilar inferior en la articulación temporomandibular están regulados o influidos por los dientes, ligamentos, músculos y estructuras de la articulación.

Por ser una articulación condílea sus movimientos son necesariamente muy complejos, la articulación puede hacer movimientos de charnela, laterales, bilaterales, de protrusión y combinaciones de todos ellos.

El comienzo del movimiento de apertura es de rotación alrededor de un eje, esto es que el cóndilo no se dirige hacia adelante inmediatamente.

El primer movimiento que es de charnela generalmente no se entiende bien, pues la mayor parte de las teorías sobre la articulación suponen que el cóndilo se dirige inmediatamente hacia adelante al principio el primer movimiento, encontrando el eje cigomático de este movimiento de rotación, es posible el registro exacto para el arco facial.

Gray describe los movimientos de la articulación temporomandibular del modo siguiente:

"Esta articulación permite muy variados movimientos, así el maxilar inferior puede descender y ascender, avanzar y moverse hacia atrás también es posible un pequeño movimiento de lado a lado, hay tener presente que hoy dos articulaciones diferentes en esta articulación.

Una entre el cóndilo y el menisco, otra entre el menisco y la cavidad glenoidea, cuando la boca está ligeramente abierta, como en la conversación el movimiento se hace únicamente en la articulación inferior.

Cuando la boca ampliamente está abierta las dos articulaciones intervienen en el movimiento, en la articulación inferior el movimiento es de rotación, el cóndilo se mueve alrededor de un eje —

transversal situado en el menisco en la articulación superior el movimiento es de deslizamiento, el menisco juntamente con el cóndilo se desliza hacia adelante el tubérculo cigomático alrededor de un eje que pasa por los agujeros dentarios inferiores.

Estos dos movimientos se efectúan simultáneamente, el cóndilo y el disco se mueven hacia adelante en el tubérculo cigomático y al mismo tiempo el cóndilo hace rotación en el disco.

Al cerrar la boca se efectúa una acción inversa, el menisco se desliza hacia atrás, llevando consigo el cóndilo y este al mismo tiempo se mueve hacia su posición primitiva.

Cuando el maxilar inferior es llevado horizontalmente hacia adelante, como el movimiento de llevar los dientes inferiores adelante de los superiores, el movimiento se hace principalmente en la articulación superior, el menisco y el cóndilo se deslizan hacia adelante en la cavidad glenoidea y en el tubérculo cigomático.

El movimiento de masticar o de moler se produce deslizando un cóndilo con su menisco alternativamente hacia adelante y hacia atrás, mientras el otro cóndilo se mueve en la dirección opuesta.

Al mismo tiempo el cóndilo efectúa una rotación vertical en el disco, un cóndilo va hacia adelante y hace movimiento de rotación y el otro cóndilo va hacia atrás y hace movimiento de rotación en forma alternada."

DIENTES

Los dientes del ser humano, son órganos de estructura complicada que constan, en parte de tejido duro, conteniendo en su interior la pulpa dentaria, rica en vasos y nervios.

Se encuentran hundido parcialmente, en cavidades de forma adecuada que ofrecen los maxilares, a cuya masa ósea quedan sujetos por un aparato propio de contención, el resto del diente sobre sale libremente en la boca.

La masa principal del diente está constituida por la dentina, — esta en la zona dentaria que sobresale en la boca, se encuentra recubierta por otro tejido duro y de origen epitelial, llamado esmalte, — mientras que en la parte oculta de los maxilares se halla, para su mejor fijación envuelta en el cemento, substancia dura análoga al hueso donde se insertan las fibras conjuntivas, terminadas por otra parte en el maxilar.

La porción del diente recubierta por el esmalte se le designa — anatómicamente con el nombre de corona, llamándose raíz a la parte — envuelta con el cemento.

Cuello o cerviz es la zona casi siempre marcada con una estrangulación, a cuyo nivel se unen la cubierta del esmalte y la del cemento.

La pulpa ocupa una cavidad de forma idéntica en su conjunto a la que el diente ofrece visto por fuera. Esta cavidad comienza en el vértice de la raíz por el agujero apical continuando a lo largo de toda la raíz formando el canal de la pulpa y se amplía finalmente la corona para formar la cámara pulpar.

LABIOS

Los labios son masas musculares recubiertas hacia afuera por la piel, e interiormente por la mucosa, engrosada considerablemente por la capa glandular submucosa.

El labio superior colinda por arriba con la nariz y está delimitado lateralmente con las mejillas por los dos surcos nasolabiales, que desde las alas de la nariz descienden oblicuamente hacia las comisuras de la boca.

Por el lado de la barba el límite del labio inferior forma un surco convexo hacia arriba, el surco mentolabial que desaparece poco a poco hacia afuera por lo cual suele faltar a este labio inferior, un límite preciso con respecto a la mejilla.

La piel de los labios superior e inferior, pasan mediante una línea bien precisa, a la porción roja de los mismos, formación que solo se encuentra en el hombre.

El color rojo de los labios es debido a que una parte la queratinización está aquí disminuida y muy aumentada la vascularización.

La zona vascularizada se estrecha en uno y otro labio hacia las comisuras bucales, sobresale hacia abajo en la parte media del labio superior superior donde forma el tubérculo labial resultando así esa línea ondulada característica de la hendidura bucal cuando está cerrada.

Desde la raíz del tabique nasal movable hasta el tubérculo que mencionamos, recorre la parte cutánea del labio un surco vertical de-

nominalo Poittrun.

Frente al tubérculo labial superior, el labio inferior muestra una ligera depresión dentro de cuyos límites se estrecha un poco la zona vascularizada.

A los lados esta depresión, dicha zona se ensancha primero, para estrecharse de nuevo hacia las comisuras labiales. En el nivel de la hendidura labial respecto de los dientes corresponde en condiciones normales, al tercio inferior de los incisivos superiores.

En cuanto a las comisuras labiales corresponde al límite entre el canino y el primer premolar superior.

Consiguientemente poseen también numerosas glándulas sebáceas e intercaladas con estas, glándulas sudoríparas sobre todo en el labio superior.

El rojo de los labios provisto muchas veces de pliegues transversales que se continúa con la mucosa labial, junto a glándulas sebáceas aisladas, no siempre constantes, contienen un gran número de glándulas seromucosas.

Forman estas una capa siempre continúa que descansa sobre la cara profunda de la capa muscular, la piel se halla íntimamente unida a la capa muscular, a la mucosa y al estrato glandular, siendo por consiguiente inmóviles sobre su plano de apoyo.

CARRILLOS

Las mejillas constituyen las paredes del vestíbulo de la boca — como sustrato de su parte móvil el músculo buccinator.

Vistos por dentro, están limitados en sus bordes superiores e inferiores por la línea de reflexión de su mucosa con la prolongación alveolar y en su parte posterior por el pliegue pterigomandibular que corresponde aproximadamente al borde anterior de la rama ascendente del maxilar inferior.

La mucosa de la mejilla posee en su zona que depende de la abertura bucal, una estrecha faja que se diferencia del resto de la mucosa por el hecho que contiene algunas veces glándulas sebáceas.

De esta manera la parte a que nos referimos muestra su estrecho parentesco con la mucosa labial y de hecho corresponde filogenéticamente a la zona de crecimiento de la herida bucal inicialmente — mucho más amplia.

Aproximadamente en la región del segundo molar superior encontramos la desembocadura del conducto parotídeo de Stenon el cual asciende a veces sobre una ligera elevación de la mucosa.

El límite posterior del carrillo está representado por el pliegue pterigomandibular, este muy visible, cuando se abre ampliamente la boca, comienza por detrás del extremo posterior de la prolongación alveolar superior y termina por detrás del extremo posterior de la prolongación alveolar inferior.

La mucosa del carrillo dispuesta de pliegues finos cuando la boca

cuenta cerrada y lisa, si se mantiene la boca abierta se halla unida a la superficie interna del músculo buccinador mediante un tejido conjuntivo delgado y firme que no permite su desplazamiento.

Sólo en la región posterior del carrillo se interponen entre la mucosa y el músculo gruesas glándulas molares (salivales).

Debemos citar todavía una formación denominada bola adiposa de Bichat.

Esta bola especialmente pronunciada y limitada de las partes que la rodean mediante una fascia, está situada en la cara externa del músculo buccinador, de tal manera que una pequeña parte del extremo anterior sobresale por delante del borde maseterino.

Hacia atrás, la bola adiposa continúa entre el masetero y el buccinador y envía prolongaciones a la superficie interna del músculo temporal y por detrás de la tuberosidad del maxilar superior hacia llegar a la apófisis pterigóidea y a los músculos que se insertan en la misma.

LENGUA

Distinguimos en ella, la punta libre, el cuerpo y la base lingual; el límite entre punta y cuerpo es arbitrario pues las partes laterales de este último sobresalen también libremente en la cavidad bucal, en cambio el límite entre el cuerpo y la base es claramente definible en forma de "Y" abierta hacia adelante que ofrece la línea de las papilas calciformes.

Fuera de esta división, se manifiesta únicamente la superficie, las dos partes deben ser separadas según su orientación, pues sólo el cuerpo de la lengua tiene una disposición horizontal dentro de la boca en tanto que su base casi verticalmente desciende hacia la faringe.

La superficie inferior de la lengua en tanto, está cubierta por la mucosa, es en general lisa en la línea media se tiene entre la cara interna un pliegue mucoso sagital, denominado frenillo lingual que termina antes de llegar a la punta a partir del extremo apical del frenillo discurren hacia afuera por la cara inferior de la lengua dos pliegues, que a causa de sus bordes irregularmente festoneados reciben el nombre de pliegues frangidos o fimbriados.

En la zona del cuerpo, la superficie lingual está ocupada por papilas muy próximas entre sí y que según su forma se distinguen en:

- a).- Papilas Filiformes.
- b).- Papilas Funiformes.

LIGAMENTOS

Los ligamentos de la articulación temporomandibular comprenden - los siguientes elementos anatómicos:

- a).- Ligamento temporomaxilar.
- b).- Ligamento esfenomaxilar.
- c).- Ligamento estilomaxilar.
- d).- Los llamados accesorios.

El ligamento temporomaxilar se extiende desde la apófisis cigomática del temporal, oblicuamente hacia abajo hasta el cuello del cóndilo.

El ligamento esfenomaxilar se dirige desde la espina del hueso esfenoides hacia abajo y hacia afuera hasta la región de la espina de Spix o lingula del maxilar.

El ligamento estilomandibular va desde la apófisis estiloides - hasta el borde posterior de la rama ascendente y el ángulo del maxilar.

El ligamento temporomaxilar es el más directamente relacionado - con la articulación y su importancia reside en limitar los movimientos del maxilar.

Sin embargo, sería erróneo suponer que el maxilar se encuentra - suspendido únicamente por ligamentos y que los músculos masticadores - no intervienen en cada fase de las posiciones y movimientos del mismo.

La dirección de las fibras de los ligamentos temporomaxilares: -

interno y externo hace pensar que dichos ligamentos intervienen en forma importante en la limitación de los movimientos retrusivos del maxilar.

La cápsula y algunas porciones del ligamento temporomaxilar posiblemente sean de importancia para marcar el límite de los movimientos laterales externos de la abertura forzada sin embargo en la abertura moderada, los movimientos laterales se encuentran limitados por el contacto del borde enterointerno de la rama con los dientes posteriores del maxilar superior, especialmente cuando existe protusión del maxilar inferior.

Los movimientos laterales se encuentran limitados incluso en la condilectomía bilateral, cuando sería ineficaz la influencia limitada de la cápsula y del ligamento.

No se sabe el papel que desempeña los receptores en la articulación y los músculos en la limitación de los movimientos.

Datos recientes sugieren que los receptores sensoriales existentes en la cápsula articular pueden influenciar el núcleo motor del nervio trigémino, pudiendo resultar de importancia en el control de la actividad de los músculos de la masticación.

Se está presentando cada vez más atención al papel de los ligamentos con sus receptores nerviosos como fuente de impulsos para guiar la función muscular, por lo tanto, resulta dudoso que los ligamentos por sí solos restrinjan los movimientos laterales del maxilar en forma mecánica.

Sin embargo, se ha aclarado que la amplitud funcional posterior del maxilar o relación central en un aparato masticador normal se en-

cuenta limitado por los ligamentos de la articulación temporomandibular y por el nrisco, por tal motivo la relación central se puede considerar "Posición Ligamentosa".

PARODONTO

Es el término genérico de la unidad funcional de los tejidos que sostiene al diente y éstos son:

Encla.— Es la parte de la mucosa que recubre los procesos alveolares de los maxilares rodeando los cuellos de los dientes que se inserta en los espacios interproximales o interdentarios.

Ligamento Parodontal.— Es el tejido conectivo que recubre la raíz del diente y lo une al hueso alveolar.— Es de origen mesodérmico y ha recibido entre otros nombres, el de membrana parodontal, periocemento, membrana alveolar dentaria o periostio dental.

Cemento.— Es el tejido conectivo calcificado, especializado, de origen mesenquimatoso, que cubre la superficie de la raíz anatómica del diente, siendo su función principal insertarse en la superficie del diente las fibras de la membrana parodontal.

Apófisis Alveolar.— Es la parte de los maxilares o de la mandíbula en que forma y sostiene los alveolos donde se encuentran colocados los dientes, en la apófisis alveolar se pueden distinguir dos partes siendo estas: Hueso alveolar y el Hueso de soporte.

CAPITULO III

Ventajas y Desventajas de una Dentadura Inmediata.

INDICACIONES, VENTAJAS Y DESVENTAJAS.

Definición:

Se llama *dentadura inmediata* a la prótesis que se construye antes de que se le efectúen las extracciones necesarias al paciente y se inserta inmediatamente después de que se hayan hecho las extracciones al paciente ya sea para una prótesis fija o en una prótesis parcial y sobre todo en la construcción de una dentadura completa — ya sea de un solo arco o de ambos maxilares.

Es aconsejable que si se van a construir la placa superior e inferior, se construyan ambas al mismo tiempo para evitar algún error en la colocación de los dientes superiores cuando exista una mala posición de los dientes presentes.

No siendo requisito necesario la ausencia total de los dientes anteriores para colocar una dentadura inmediata, pero nos será de gran utilidad si un canino permanece en el maxilar superior, siempre que sus condiciones de salud sean óptimas, puesto la duplicación de este nos permitirá orientar los dientes anteriores en sus posiciones vertical y anteroposterior, en el arco de la parte anterior del arco, siendo que el canino superior opuesto podrá ser colocado en relación simétrica con el canino natural.

Por tal motivo los cuatro incisivos serán colocados en absoluta armonía con el canino.

La presencia de este diente o de los dientes anteriores será como una guía para la colocación de los dientes artificiales restantes, tomando en cuenta que los seis incisivos en su totalidad no estarán presentes.

Existiendo algunos puntos de divergencia en la construcción de una dentadura completa que deben ser tenidos en cuenta cuando se presenta a dentado que son una dentadura completa y una dentadura completa...

- 1.- Que el paciente se resista estar adentro dentro el período de adaptación, ya que esta es una situación muy desagradable y desagradable para las personas cuya profesión o actividad es necesario el trato con el público.
- 2.- Generalmente el dolor disminuye porque la dentadura protege las heridas y a su vez ayuda a que la cicatrización es más rápida que de costumbre.
- 3.- El paciente se recupera de la inflamación quirúrgica y al mismo tiempo aprende a manejar sus dentaduras, ya que en el procedimiento ordinario el dolor y la incomodidad deberían ser superadas en dos etapas diferentes.
- 4.- Existiendo seros cambios en las músculos y en las diferentes estructuras, no variando la dimensión vertical.
- 5.- Disminuyendo el tiempo en que el paciente esta expuesto a que su salud sea afectada por la retención de algunos dientes, como sucedería en una construcción ordinaria de las dentaduras, ya que el período de dentado es mas extenso.
- 6.- Será más duradera su estabilidad y elasticidad de los tejidos, puesto una boca desdentada carente de una cubierta protectora perderá su elasticidad y el hueso se reabsorbe con mayor facilidad cuando falta una estimulación necesaria que es la que proporciona la dentadura.

- 7.- Es menor la dificultad de la reposición de los tejidos alig-
centas, puesto es conocido que la lengua tiende a ensancharse
se a falta de contacto con los dientes y los carrillos se
hunden cuando el paciente está un tiempo largo edéntulo.
- 8.- El éxito más grande que tiene el odontólogo es disuadir -
el arte de una construcción de dentadura inmediata porque -
sera una colocación de dientes tan perfecta como la tienen
los naturales.

DESVENTAJAS

- 1.- Que el paciente tendrá que estar conciente que sera neceso-
rio un reajuste o duplicación en el termino de unos cuantos
meses de su dentadura inmediata y esto implicara un gasto -
extra al anterior que habia efectuado, motivo por el cual -
tanto el odontólogo como el paciente deben de estar de su-
tuo acuerdo antes de empezar este tratamiento.
- 2.- Las personas más exigentes deberán de tener un juicio extra-
de su dentadura, no importando el procedimiento que haya -
efectuado en su construcción, a fin de evitar que el pacien-
te llegase a quedar edéntulo por falta de su dentadura ya
sea porque se rompio o extravió etc.

La construcción de una dentadura inmediata no es tan sencilla -
como parece ser, ya que el paciente tendrá que hacer una serie de vi-
sitas a su doctor en los primeros meses, debido al cambio de oclu-
sión por el asentamiento desigual de las bases, si por algún motivo -
el paciente no acudiera las consultas con su doctor el no podria ha-
cer estas observaciones, su dentadura podria adquirir mala oclusión
por variaciones en los tejidos y esto causara hipertrofia en el te-
jido anterior.

Si existiese una profunda mordida en los dientes anteriores la

reproducción de este cara negativa para la estabilidad de la dentadura completa ya que permitiría una guía incisal muy aguda.

La estética del caso debe conservarse aumentando la distancia horizontal entre las bordes de los dientes anteriores de arriba y de abajo (overjet o sobremordida horizontal) esto se hace reduciendo el espesor labiolingual de los dientes anteriores, manteniéndose la posición anteroposterior de la cara labial y también la dimensión vertical.

Cuando se ha decidido hacer una dentadura inmediata se van a efectuar las extracciones de las piezas dentarias posteriores dejando únicamente dos bicuspides antagonistas que nos servirán como topes oclusales para impedir el cierre de la relación durante el período de cicatrización.

A falta de orientación en el borde anterior, un sellador correcto en el borde posterior mejora las posibilidades de éxito.

En las dentaduras inmediatas casi siempre se obtienen los registros tales como el tamaño, forma y posición de los dientes y la dimensión vertical se obtiene automáticamente.

El color de los dientes naturales varía con la colocación, espesor, obturaciones y la edad, variando también el color en la distribución en los dientes anteriores individualmente.

Existiendo en bordes incisales un azul extremadamente a causa de lo delgado del diente, puede curvarse las reproducciones de ciertas mucosas.

El aspecto de artefacto de los dientes de porcelana puede ser disminuido por medio de manchas o adiciones para simular obturaciones de silicato.

Si las manchas que anteriormente mencionamos se hacen delicadamente la estética mejor, si hacemos puntos opacos y obturaciones de silicato en clase III se hacen fácilmente por la adición de un material de baja fusión como la porcelana y manchas de S.S. W.

Preparamos el diente para obturaciones de III rebajando el contorno y profundidad con una piedra de carbono, se adicione porcelana de baja fusión para reemplazar la porción desgastada y es cocida a temperatura de fusión de las manchas que se este usando, el tono de la porcelana de baja fusión debe ser ligeramente más claro o más oscuro que el tono del color del diente, para que haya contraste.

Los puntos descalcificados se imitan poniendo porcelana blanca pura y llevando el diente al punto de fusión de la porcelana, estas áreas descalcificadas no deben exceder del tamaño de la cabeza de un alfiler.

CAPITULO IV

Diagnóstico e Historia Clínica.

DIAGNOSTICO E HISTORIA CLINICA

Un registro completo de la boca del paciente desdentado ayuda — grandemente a formarse una reproducción mental del problema, lo cual es muy necesario para el éxito en la construcción de dentaduras, sin ese registro de las estructuras, muchos factores pueden pasar inadvertidos.

La salud general tiene una importancia grande en el éxito del — caso y debe discutirse con el paciente antes de comenzar la dentadura el paciente no apreciará esta discusión si se usa como disculpa para las dificultades después de la construcción de la dentadura, cualquier enfermedad orgánica general puede hacer el éxito más difícil.

La mayor parte de las personas en edad de usar dentaduras comple — ta pueden tener muchas causas que contribuyan a dificultar la cons — trucción de la dentadura.

Una discusión completa de estos factores, en relación a los re — sultados, es apreciada por el paciente, cuando se hace antes de la — construcción y no después que las dificultades se han hecho patentes.

La regeneración de las estructuras subyacentes es siempre neces — aria para evitar la destrucción de los tejidos. Es anormal para es — tos tejidos el estar cubiertos y presionados por la dentadura artifi — cial, algunos factores específicos, tales como áreas de infección —

residual, deben ser considerados cuidadosamente, especialmente con respecto a la parte de las bocas dentadas tiene fragmentos de resaca — resacas o áreas de infección residual, de toda boca dentada debe tomarse un juego completo de radiografías.

La edad es un factor importante, pues cuanto más joven es la persona más rápidamente se adaptará a esta condición anormal, teniendo en cuenta que la mayoría de las pacientes de la dentadura no son jóvenes, es preciso saber convencerles de que no aprenderán rápidamente a manejar sus dentaduras.

La posición social de una persona tiene mucho que ver con las necesidades estéticas, cuanto más alta es la posición, más exigente será la actitud del paciente; una discusión con respecto a lo que el paciente espera traerá a la luz de la experiencia pasada del paciente en comparación con la experiencia de otros para establecer sus puntos de vista hacia las dentaduras.

Algunas personas esperan que la dentadura los alivie de todos sus achaques relativos a la comodidad y la apariencia; otras lo esperan todo menos un éxito, tales actitudes deben ser corregidas de antemano procurando dar al paciente una idea de lo que puede esperar.

En general, se nota que el optimismo de los pacientes va en aumento; esperan mucho más que antes en estos días de grandes invenciones y comodidades.

Para colocar correctamente los dientes artificiales, debe hacerse un estudio de las posiciones de los dientes restantes. Si éstos no son agradables no pueden ser corregidos tanto como pudiera desearse.

Estas dificultades de estético deben ser explicadas al paciente, mientras conserve los dientes naturales, a fin de evitar que luego se produzca un mal entendido, si las posiciones de los dientes artificiales cambian mucho con relación a la posición del arco, se sacrifica la posición del orbicular de los labios y de los músculos que se le insertan. Si los dientes naturales están enormemente bajos o altos, esta desviación no pueden ser corregida gradualmente sin otras pérdidas.

Los dientes y todas las estructuras que se les relacionan, están tan ligados entre sí, que el restablecimiento de sus posiciones es — conveniente para la comodidad y para la apariencia agradable, los labios varían gradualmente en longitud y en contorno.

Estos hechos deben ser explicados antes de la construcción de la dentadura, de manera que el paciente sepa lo que debe esperar.

El inconveniente de los labios delgados y cortos o enormemente largos es muy difícil de vencer por el protodoncista.

Cuando los dientes posteriores no tienen oponentes, a causa de la pérdida de los dientes del otro maxilar, se produce en ellos un mo-

vimiento de extrusión, la apófisis se mueve también con ellos, de modo que resulta una cresta abollada que hace imposible la correcta colocación de los dientes artificiales, esta es la causa de muchas dificultades en la construcción de dentaduras que sólo pueden ser remedias reduciendo la apófisis alveolar en el momento de la extracción de los dientes.

Las áreas desdentadas se reabsorben en proporción al tiempo que los dientes han faltado. La reabsorción extrema es una seria desventaja y el odontólogo debe darse cuenta e informar al paciente del pronóstico.

Rara vez se pierden todos los dientes en un corto espacio de tiempo, generalmente se van perdiendo en el transcurso de muchos años y las apófisis y estructuras adyacentes sufren las consiguientes modificaciones, cuanto más vieja es la apófisis en el estado edéntulo más reabsorbida está. La lengua y los carrillos descansan en los dientes y a la pérdida de éstos sigue la ocupación de los espacios por la lengua y los carrillos. Los dientes inferiores posteriores suelen perderse primero y la lengua asume una forma anormal.

Cuando el maxilar está en reposo y existen todos los dientes, la lengua llena completamente la cavidad y existen todos los dientes, la lengua llena completamente la cavidad bucal, pero con la pérdida de los dientes se altera la forma de la lengua. Ha de pasar considerable

tiempo para que la lengua vuelva a la forma normal después de colocar la dentadura, este factor debe ser bien discutido con el paciente para que él se dé cuenta de la cantidad de tiempo que tardará en acostumbrarse al cambio, los tejidos tienen menos elasticidad en las bocas desdentadas de antiguo que en los casos de extracción reciente, otro factor de la boca desdentada es la pérdida de la posición central porque la falta de función causa en la mandíbula un movimiento de protrusión. Consecuencia de ello es la mala posición en las estructuras de la articulación, las cuales se recuperan con dificultad en proporción al tiempo que el paciente ha estado sin dientes. El área de soporte está disminuida porque los tejidos marginales tiran hacia la cresta de la epifisis cuando no hay dientes. Por este razón, lleve más tiempo la creación de un área de soporte adecuada.

Si el paciente ha usado inútilmente una prótesis, ello puede ser debido a la falta de cooperación por parte del paciente o a la construcción defectuosa de la dentadura, esto debe ser investigado desde un principio.

Si se proyecta hacer un cambio en la dimensión vertical, la dentadura vieja es una guía de la cual partir. La experiencia que el paciente ha adquirido al usar dentadura es una gran ayuda para el uso de la dentadura nueva.

La sustitución de dientes que faltan por dentaduras parciales --

sirve para mantener la posición de las estructuras adyacentes y evitar la alteración motivada por los espacios vacíos, el uso de una dentadura parcial le sirve al paciente para adaptarse luego fácilmente a una dentadura completa.

Cuando el paciente ha estado usando dentaduras, la razón para — construir una nueva dentadura es de importancia en el pronóstico, el — resultado será dudoso si no hay una razón clara para la construcción — de la dentadura nueva.

La forma y tamaño de la apófisis, el tamaño de la boca son de — gran importancia y varían grandemente, la apófisis de buenas condicio — nes es ancha en su superficie de soporte y tiene sus lados casi parale — los, la apófisis que tiene retenciones en varios puntos causa notables — dificultades, porque no puede hacerse una impresión bien sellada y los — puntos prominentes pueden lastimarse por las repetidas inserciones de — dentadura. La apófisis en forma de "V" no es favorable, porque un lige — ro movimiento de la dentadura inmediatamente destruye la adaptación.

En la apófisis alta y angosta la superficie de soporte es limita — da, y por ello se lastiman fácilmente los tejidos, por el contrario, si — es baja y plana, ofrece mejor soporte, pero menos estabilidad contra — las fuerzas laterales. La cresta aguda es fuente constante de molestias, — pues los tejidos blandos se comprimen entre la superficie dura de — la placa y el borde agudo del hueso, y naturalmente estarán constan —

mente irritados hasta que el paciente aprenda a limitar la presión masticatoria que acostumbra ejercer con sus dientes naturales, el -
 protodonista que no informa a su paciente y lo prepara para esta -
 dificultad, es seguro que sufrirá intermaxilar excesivo, en estos ca-
 sos, el espacio que debe llenarse entre la apófisis y el plano ocu-
 sal es muy grande y forma una acción de palanca desfavorable, la fal-
 ta de espacio intermaxilar suele ser causada por una apófisis alveo-
 lar gruesa alrededor de dientes naturales cortos y muy desgastados.

Esto origina después de la extracción de los dientes una apófi-
 sis demasiado llena como se ha dicho anteriormente, la extracción de
 los dientes naturales reduce el espacio intermaxilar y la temprana pè-
 dida de los dientes naturales causa el endurecimiento del maxilar in-
 ferior dejando un espacio insuficiente para colocar la dentadura.

Siendo conveniente la extensión máxima en la dentadura inferior, -
 esta falta de espacio es una dificultad.

El tamaño del área de soporte determina en gran parte el pronósti-
 co de la dentadura completa, cuya estabilidad y resistencia a la presi-
 ón masticatoria están en relación directa con la extensión de la su-
 perficie en que descansa la dentadura. La condición más desafortunada
 que se encuentra en la construcción de dentaduras completas, es un -
 área de soporte extremadamente pequeña en la mandíbula contra un área
 de soporte grande o de tamaño normal en el maxilar superior, o la in-
 versa. Otra condición desfavorable es la coexistencia de un fuerte do-

carrello alveolar y papilas superficiales de soporte, las relaciones entre los arcos maxilar y mandibular son constantes, porque son afectadas por las enfermedades de los huesos y por la relación de los dientes naturales en oclusión.

El dentista debe reconocer estas condiciones y siempre estar listo para variar el arreglo de los dientes con vistas a la estabilidad, una discusión completa de cómo deben tratarse las relaciones anormales se encontrará en el momento de hacerse la distribución de los dientes en la dentadura.

*Los tejidos que no son comprensibles no permiten buena adaptación de la dentadura ni el cierre correcto, la profundidad excesiva del tejido blando permite demasiado movimiento con perjuicio de la estabilidad en el momento de morder, la porción anterior de la apfi-
sis superior suele estar formada por tejido hipertrofiado esponjoso que resulta del uso de una dentadura superior contra unos cuantos dientes restantes en el maxilar inferior, la saliva tiene un papel importante en el cierre de las dentaduras y debe ser de una viscosidad media, la saliva flúida no ocluye como la de la consistencia normal, la saliva espesa cierra bien, pero es molesta para el paciente.*

La lengua, como se ha dicho, está incómoda durante un lapso considerable y el paciente debe ser advertido de esta dificultad.

HISTORIA CLINICA

A.- Salud.

- 1.- Salud general.....
- 2.- Tono muscular.....
- 3.- Metabolismo del hueso.....
- 4.- Interpretación de las radiografías para las raíces retar-
das, infecciones residuales y densidad del hueso.....

B.- Edad.....

C.- Sexo.....

D.- Ocupación.....

E.- Actitud Mental.

1.- Esperanza.

- a).- Normal.....
- b).- Exagerada.....
- c).- Pesimismo.....

2.- Indiferente.....

3.- Supercrítica.....

4.- Nerviosa.....

5.- Adaptabilidad.

- a).- Torpe.....
- b).- Capaz.....

6.- Influencia de la familia y amigos.....

F.- Posición de los dientes que deben extraerse en relación a cómo:

- 1.- Puede afectar la posición estética de los dientes artifi-

ciales.

2.- Pueden afectar la posición de los dientes posteriores de la dentadura.

G.- Tiempo que faltan los dientes.

- 1.- Reposición inmediata.....
- 2.- Menos de tres semanas.....
- 3.- Menos de tres meses.....
- 4.- Más de un año.....
- 5.- Portador de dentadura vieja.....
 - a).- Tipo de dentadura usada.....
 - b).- Dentadura vieja satisfactoria.....
 - No satisfactoria.....
 - Por qué.....

H.- Oportunidad estética.

- 1.- Favorable.....
- 2.- Desfavorable.....

I.- Longitud y espesor de los labios.....

J.- Forma de la apófisis (hueso alveolar).

- | | | |
|------------------------|--------|--------|
| 1.- Retentiva | S..... | I..... |
| 2.- Llena y prominente | S..... | I..... |
| 3.- De caras paralelas | S..... | I..... |
| 4.- En forma de V | S..... | I..... |

5.- Alta	S.....	I.....
6.- Baja (plana)	S.....	I.....
7.- Angosta	S.....	I.....
8.- Ancha	S.....	I.....

R.- Espacio Intermaxilar.

- 1.- Favorable.....
- 2.- Pequeño.....
- 3.- Grande.....

L.- Tamaño del área de soporte.

- 1.- Grande S..... I.....
- 2.- Mediano S..... I.....
- 3.- Pequeño S..... I.....

M.- Relación de las apófisis.

- 1.- Normal.....
- 2.- Prognatismo.....
- 3.- Ortognatismo.....
- 4.- Articulación invertida A.....
- 5.- Articulación invertida B.....

N.- Forma de la cara (de frente y perfil).

O.- Apófisis cigomática.

- 1.- Arriba del borde.....
- 2.- Mediana.....
- 3.- Muy baja.....

4.- *Bucosa resistente sobre la epifisis cigomatica.....*P.- *Forma de la lámina palatina.*1.- *Alta.....*2.- *Mediana.....*3.- *Baja.....*4.- *Tono palatino.....*a).- *Anchura mediana.....*b).- *Anchura considerable.....*c).- *Prominencia baja.....*d).- *Angosto.....*e).- *No hay tono.....*Q.- *Tuberosidades.*1.- *Grandes.....*2.- *Medianas.....*3.- *Pequeñas.....*R.- *Espacio bucal.*1.- *Alto.....*2.- *Mediano.....*3.- *Bajo.....*S.- *Forma de velo del paladar.*1.- *Area del postdam, archa.....*2.- *Area del postdam, mediana.....*3.- *Area del postdam, muy angosta.....*

T.- Condiciones del tejido blando.

1.- Profundidad normal	S.....	I.....
2.- Duro y resistente	S.....	I.....
3.- Blando y esponjoso	S.....	I.....
4.- Inflado a causa de la dentadura vieja	S.....	I.....

U.- Repliegue mucobucal.

1.- Alto	S.....	I.....
2.- Bajo	S.....	I.....
3.- Medio	S.....	I.....

V.- Inserciones musculares.

1.- Frenillo superior.....		
2.- Inserción superior del bucinador D.....	I.....	
3.- Frenillo labial inferior.....		
4.- Inserción inferior del buccinador D.....	I.....	
5.- Frenillo lingual.....		
6.- Hilohiaideo	D.....	I.....

W.- Tono muscular de los músculos de la expresión.....

X.- Desarrollo muscular (músculos de la masticación).....

Y.- Tamaño de la lengua.....

Z.- Condición de la saliva.

1.- Viscosa.....	2.- Normal.....
2.- Delgada.....	4.- Cantidad.....

CAPITULO V

Técnica para la construcción de una dentadura inmediata artificial.

TÉCNICA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA DENTADURA IMEDIATA ARTIFICIAL.

Primer paso.- Es la A.C. que ya tratamos en un capítulo anterior.

Segundo paso.- Es la selección adecuada de las cucharillas que vamos a utilizar para la toma de impresión primaria. La cucharilla deberá de ser de acuerdo al tamaño y forma del proceso del paciente, debiendo ocupar una cucharilla para pacientes dentados, cuando en el proceso existan dientes; en este caso será el proceso superior y - en el proceso inferior que está edéntulo (dedentado) - se deberá usar una cucharilla para pacientes dedentados (sin perforaciones). fig. 1 y 1A.

La impresión superior deberemos hacerla con alginato o un material elástico, porque existen dientes; la impresión inferior deberá ser realizada con un material al-gido, como son las modelinas, aunque también pueden hacerse con un material elástico.

Al obtener nosotros la impresión primaria con estas - cucharillas vamos a sacar los modelos de estudio que - son unos modelos en yeso que es nuestro segundo paso, - y que nos van a servir para hacer la construcción de - nuestras cucharillas individuales. fig. 1B y 1C.

Tercer paso.- Efectuaremos la fabricación de las cucharillas individuales en acrílico bajo la misma técnica de una cucharilla para una prótesis total, debiendo dejar el espacio suficiente para el material de impresión. fig. 2

Cuarto paso.- Cuando ya tenemos las cucharillas individuales, vamos

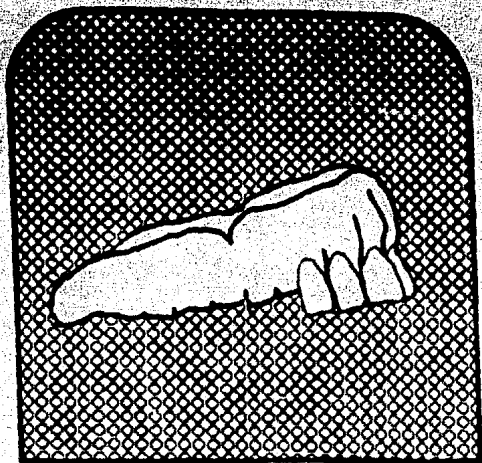


Fig. 1

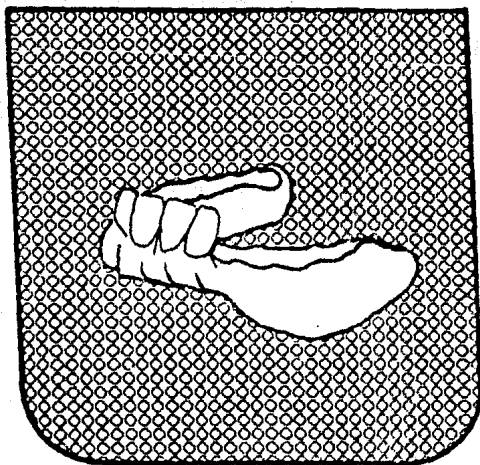


Fig. 1A

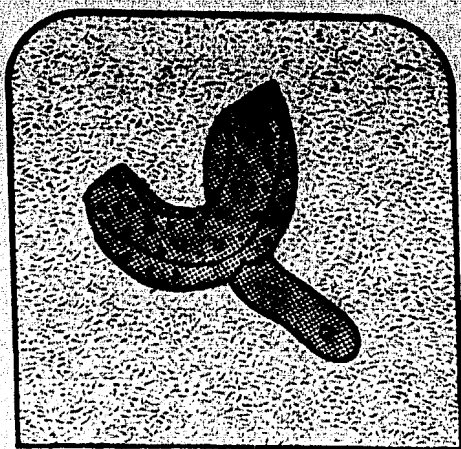


Fig. 1B

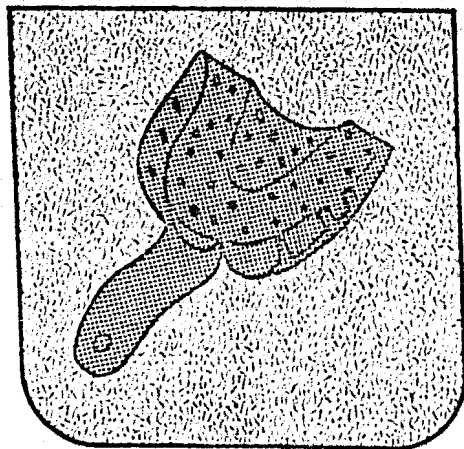


Fig. 1C

CUCHARILLAS INDIVIDUALES EN ACRILICO

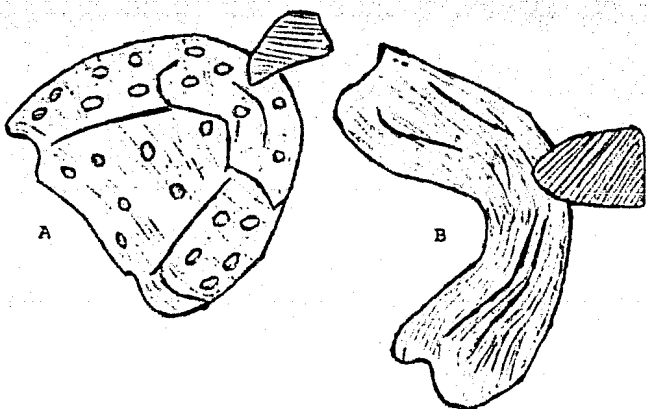


Fig. 2

A.- Para impresión superior, perforada.

B.- Para impresión inferior, maxilar desdentado.

a proceder a la rectificación de bandas, que deberá hacerse con modelina y en croquis en la boca del paciente haciéndolo primero en el maxilar superior y en seguida lo haremos con el inferior.

Quinto paso.- Realizaremos la rectificación de bandas procederemos a tomar la impresión fisiológica o impresión de trabajo con silicon o hules de poliamiluro y la impresión inferior si no es retentiva con pasta zincfosforicafig. 3, 3A

Sexto paso.- En modelo de trabajo nosotros vamos a trazar con un lápiz las líneas hasta donde vamos a fabricar nuestra placa base que deberá hacerse en acrílico también y sobre ella construiremos los rodillos que le daremos una inclinación de 85 en su parte anterior y una altura de 10 mm., el ancho del plano de oclusión o relación debe ser de 5mm., en la parte de los incisivos, 7 mm., en la parte de los premolares y 10 mm., en los molares para rodillo superior y para el rodillo inferior con la altura anterior 10mm. y de ancho 5 mm., variando la altura posterior que se continúa con la altura del tubérculo retromolar, estas medidas standard varían de acuerdo a la técnica.

Séptimo paso.- Colocados los rodillos en las placas bases efectuaremos dentro de la boca de nuestro paciente la toma de la dimensión vertical y de la relación céntrica.

Dimensión vertical: trazaremos una línea que vaya del ala de la nariz al trocuz del oído y esta tendrá que ser paralela a la platina de fox que colocaremos al paciente en medio de los rodillos obteniendo este paralelismo obtendremos el plano de oclusión que sustituye -

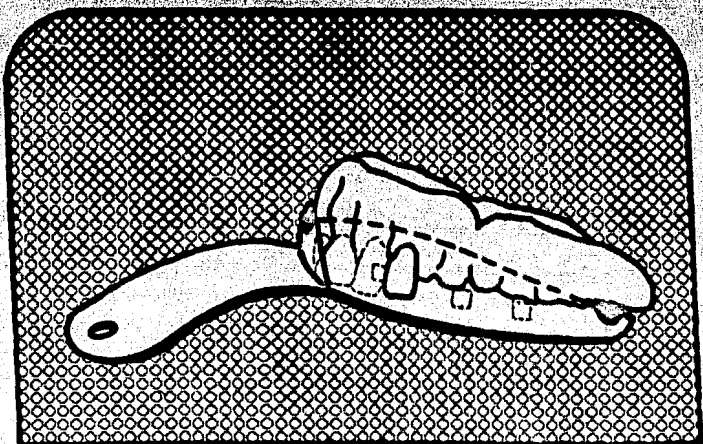


Fig. 3

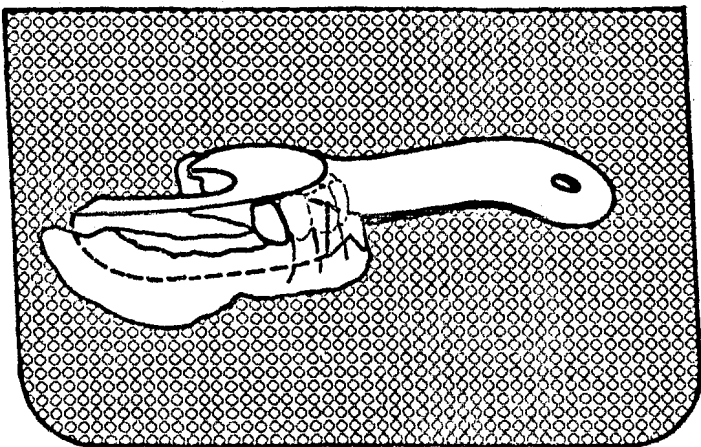
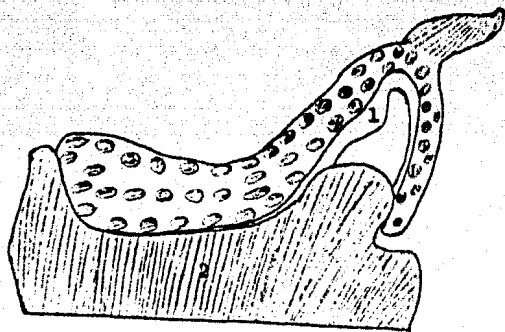


Fig. 3A

CORTE VERTICAL



Para apreciar el espacio y la forma que debe llevar la cucharilla

- 1.- Espacio libre.
- 2.- Zona Palatina.

plano de Camper (que es el equilibrio para movimientos de protrusión y retrusión, que debere ser transportado al modelo inferior.

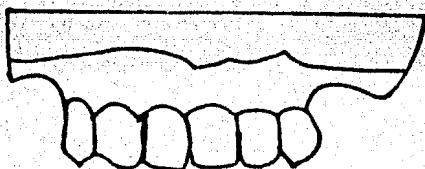
Relación céntrica.- Esta se obtiene mediante el trazo del arco facial de Gysi.

Estos procedimientos serán idénticos a los que se efectúan en una construcción de una dentadura completa; aquí tenemos la ventaja de que vamos a gular por los dientes que existen en la boca, entonces vamos a tener menos problemas en cuanto a la selección de tamaño y color de los dientes, estos mismos nos van a ser de mucha ayuda para que nuestra relación céntrica y dimensión vertical no exista error alguno en su obtención.

Octavo paso.- Es la selección de dientes en el modelo y en la boca del paciente de acuerdo al tamaño, forma y color de los dientes existentes en la cavidad oral del paciente. Uno de los puntos importantes de la dentadura inmediata es que los dientes artificiales que se van a colocar, deberán estar exactamente iguales y colocarse en la misma posición en que están los dientes naturales, debiéndose reconstruir deformaciones del diente, así como defectos estructurales y si existe alguna restauración operatoria en el diente deberá hacerse también. fig. 4

Cuando ya tenemos nuestros dientes seleccionados procederemos a la articulación de los dientes de acuerdo a la técnica seleccionada colocándose en su posición original. fig. 4 A y B.

Noveno paso.- 1a.- Técnica será quitarlo los tres dientes de un lado y después colocarlos en seguida empezaremos por el con-






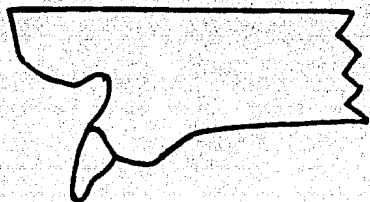
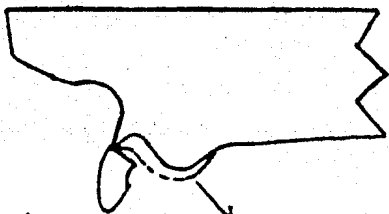
C. L.	TRUBYTE	L. C.
		

Fig. 4 Selección de dientes.

Fig. 4



A)



B)

Retracción del Proceso

tral, lateral y canino haremos lo siguiente en el lado opuesto, tendríamos la ventaja de esta técnica es que podemos colocar los dientes de un solo lado como especifica anteriormente, y llevarlos al modelo, comparar con los dientes naturales y verificar si los dientes artificiales se encuentran en la misma posición que los naturales. fig. 58 y 68.

2a.- Técnica en cuanto a la colocación de los dientes es alternadamente (como se ve en la figura 5,6A) primero quitaremos un central, luego el canino del lado opuesto, luego el otro lateral quitando los dientes alternadamente.

Esta técnica en mi concepto reúne mayor ventaja, porque se va colocando el diente en la misma posición vestibular, a un nivel vestibular a la misma altura que están los dientes.

Procederemos al enfilado de los dientes posteriores y luego procederemos a la articulación de los dientes inferiores bajo la angulación que hayamos escogido ya sea de 20°, 30°, 33°.

Décimo paso.- Pasamos a nuestro festoneado y se procede a la técnica de laboratorio.

Último primer

paso.-Antes de efectuar el enfilado a nuestro modelo de trabajo se le tomará una impresión, para obtener una copia y sobre esta, fabricaremos una cucharilla de acrílico transparente que deberá llenar las características de una placa base, y que nos servirá como guía para efectuar la cirugía y regularización de proceso.

Fig. 5

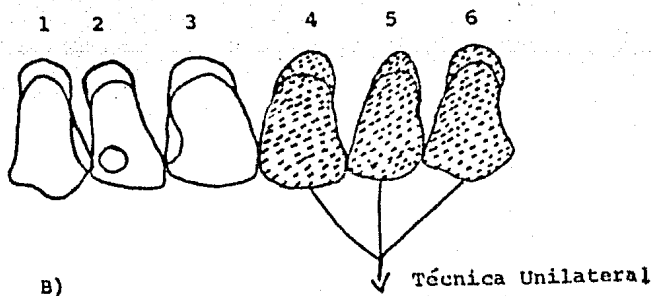
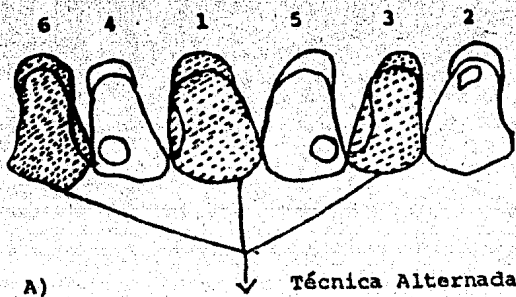
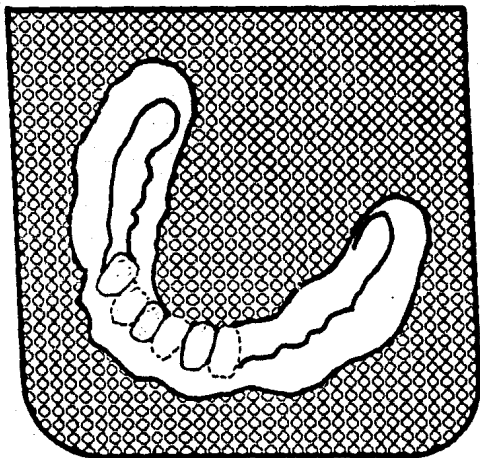


Fig. 6



A)



B)

Décimo segundo paso.- Cirugía e inserción de la dentadura es tratada - esta técnica por separado en un capítulo. La férula o placa base transparente nos servirá para chequear las zonas de Lippincott al estar efectuando la regularización de proceso. Cuando esta placa gula esta adaptada al proceso, estaremos en condiciones de insertar la dentadura.

Hechos colocado a nuestro paciente la dentadura inmediata, ahora es preciso recomendarle que deberá asistir a cita con nosotros después de 3 a 6 meses de colocada su dentadura por si es necesario efectuar un rebase o rectificación de su dentadura.

CAPITULO VI

Cirugía e Inserción de la dentadura.

a).- Regularización de procesos.

Cirugía e Inserción de la Dentadura.

Después que la dentadura se ha completado y está lista para su inserción, se coloca al paciente en el sillón y se le prepara para la extracción de los dientes y para la preparación quirúrgica de la boca.

Los seis dientes anteriores se anestésan por infiltración local usando la menor cantidad de anestésico, para disminuir el traumatismo.

Se levanta un colgajo mucoperiosteico antes de la extracción de los dientes, para quitar algunas de las prominencias de hueso. En este caso es necesario quitar cantidad considerable de hueso, a causa de la prominencia de la lámina labial. Haciendo esto antes de quitar los dientes, éstos son extraídos con mayor facilidad y menor traumatismo.

El colgajo de periostio sólo llega hasta la altura del hueso que va a ser quitado, despegar demasiado el periostio ocasiona la formación de tejido cicatrizal a lo largo del borde e inflamación inmediata, posiblemente con formación de un coágulo, si esto se evita, el borde de la dentadura puede desconser en tejido normal, y se salva la gran dificultad con que se tropieza en la cirugía para dentaduras inmediatas y en otras intervenciones para dentaduras.

El hueso se corta con cincel o bien con fresa quirúrgica, desde la lámina labial para facilitar la extracción de los dientes y disminuir

mir al traumatismo, en seguida se extraen los dientes.

Las proyecciones altas y agudas de la apófisis se reducen con pinzas gubias o alveolótomo, las puntas agudas pequeñas se eliminan con limas para hueso.

Se abate el colgajo y se coloca la guía transparente de acrílico, apretadamente en la porción posterior de la apófisis para probar su asentamiento en la parte anterior y ver si no hay compresión de los tejidos.

Si se ven zonas de isquemia a través de la guía, se corta un poco más el hueso en estos puntos altos, esta prueba se repite hasta que la guía asienta firmemente sin comprimir los tejidos, si el colgajo resulta de longitud excesiva al colocarlo suavemente en su sitio, se corta el exceso con unas tijeras.

Hay que recordar que este tejido debe tener longitud suficiente para que debajo de él se forme un coágulo y que resulte la cresta de la apófisis bien redondeada. Si se estira el colgajo para que cubra el hueso, puede resultar una cresta angosta y aguda.

Es suficiente fijar el colgajo con un punto de sutura a la derecha o a la izquierda en la línea media. Más puntadas podrían estirar demasiado el colgajo, la sutura no debe hacerse en la línea media, para evitar los nervios y los vasos que salen del agujero palatino anterior.

Muchas veces el colgajo sobre el hueso quedará en posición sin ninguna sutura y cicatrizará sin dificultad, pero a veces se desprende, y la cicatrización se retarda mucho.

Por eso lo más seguro es colocar una sutura, que se hace fácilmente y no causa ningún dolo, ahora la dentadura se esteriliza en una solución de bicloruro y se coloca en la boca. Se hace que el paciente cierre para la inspección de la oclusión, si no se aprecian puntos de contacto, se le dan al paciente las instrucciones finales y una nueva cita.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE.

La dentadura debe estar colocada en la boca todo el tiempo las primeras 24 horas, se le permite al paciente algunos períodos de descanso en las siguientes 24 horas, se le advierte que dejar la dentadura fuera de la boca al principio, puede producir una inflamación que haga imposible o extremadamente doloroso el colocar la dentadura nuevamente.

El dolor debido al traumatismo de la extracción no se aliviará quitándose la dentadura, durante las primeras veinticuatro horas, puede ser ventajoso usar compresas heladas sobre la cara quince minutos de cada hora. Esto es sólo una medida de precaución, porque, por regla general, el paciente no sufre dolor ni incomodidad, se administrará un sedante al paciente cuando este nos comunique que el dolor no lo dejara dormir.

La dentadura inmediata actúa como una férula que protege el campo operado y evita la rotura del coágulo sanguíneo, con frecuencia se destruye por las secreciones de la boca; por lo tanto, la hemorragia es muy rara, si el tiempo de coagulación del paciente es muy largo y se produce escurrimiento sanguíneo que no cesa, la superficie interior de la dentadura se rocía con ácido fólico.

Se instruye al paciente para que no mastique nada durante las primeras 24 horas y se prescribe una dieta líquida, la mordida no ha sido ajustada y la dentadura no tiene estabilidad, la cual ha de mejorar al perfeccionarse la oclusión, esta corrección no puede hacerse hasta que la inflamación ha desaparecido, lo cual ocurre a los dos o tres días.

A las 24 horas se examina la boca para ver si no oprimen los bordes y si no hay áreas de presión excesiva en el lugar de las extracciones. No es difícil encontrar los puntos que no han sido bastante recontados después de la extracción de los dientes. Estos puntos altos se manifiestan por su color rojo cereza, se marcan haciendo una circunferencia a su alrededor con lápiz tinta y la señal se pasa a la superficie interna de la dentadura, al colocarla en su sitio.

El área así marcada se reduce con una piedra. Después de que han transcurrido 48 horas, se examina nuevamente el caso para ver si hay extensión excesiva de los bordes.

CIRUGIA O REGULANZACION DE PROCESOS

En este capítulo se tratará de la cirugía que se le habrá de practicar al paciente en la cavidad oral, después de efectuadas las extracciones de sus piezas dentarias bajo la técnica usual, para evitar algún obstáculo en la adaptación de una dentadura inmediata o dentadura completa, designándose a esta intervención quirúrgica con el nombre de Regularización de Procesos.

La regularización de procesos se realizará siempre por cuadrantes.

Pasos para realizar la regularización de procesos:

1o.- Se le hará su H. C.

2o.- Realizando los principios básicos de la Intervención quirúrgica que son:

- a).- Campo bien iluminado (ya sea luz natural o artificial).
- b).- Tener bien definida la técnica que se va a usar y llevar la paso a paso.
- c).- Cohibir alguna hemorragia si llegase a presentarse.
- d).- Traumatizar lo menos posible al paciente.
- e).- Tener el instrumental como medicamento necesario en estado aséptico.

3o.- Se le tomará una serie de radiografías en el proceso que se vaya a intervenir.

4o.- Se le tomará un modelo de estudio.

5o.- Se efectuarán las exodoncias necesarios de las piezas por cuadrantes.

- 60.- *Realizaremos una incisión en la parte superior media del proceso que vamos a intervenir.*
- 70.- *Efectuaremos el logro que será bajar la oncia en vestibular 4 mm.*
- 80.- *Procederemos a hacer la regularización del proceso mediante la ejecución de líneas nuestro hueso de dentro hacia afuera.*
- 90.- *Nos guiaremos para efectuar este paso con ayuda de nuestra radiografía tomada así como de nuestro modelo primario y de nuestro tacto digital para ver que tanto tienen las esquirlas o deformaciones óseas de nuestro proceso.*
- 100.- *Procederemos a colocar nuestra oncia en su lugar y recortar los excedentes de ella con toda la asepsia posible para evitar alguna infección siempre realizando los principios básicos de una intervención quirúrgica para que ésta sea todo un éxito.*
- 110.- *Suturaremos con puntadas continuas, nuestro proceso intervenido.*
- 120.- *Colocaremos enseguida nuestra derivadura inmediata o en otros casos se insertará una férula de acrílico, o un apósito muy consistente de Monex Pac.*
- 130.- *Se le recetará algún analgésico al paciente en caso de que llegase a existir dolor.*
- 140.- *Le daremos al paciente un antiinflamatorio y unas compresas de agua fría el primer día y después serán de agua caliente colocado en la piel crema o vaselina para evitar que llegase a sufrir quemadura alguna o irritación.*
- 150.- *Se le dará dieta líquida al paciente durante los 3 primeros —*

días de realizada la intervención.

16o.- A los 4 días después de efectuada la regularización de proceso, el paciente tendrá que asistir a consulta y siempre y cuando no se presente problema alguno antes de su cita.

ALGUNOS

Como resultado a través de esta tesis la importancia que tiene la construcción de una dentadura inmediata, para el paciente alérgico que por necesidades de su trabajo y estética no le permiten estar un tiempo sin sus piezas dentarias.

Para que se realice una dentadura es importante que exista una confianza y opina misma entre paciente y doctor, lo cual es muy importante que exista una historia Clínica bien definida la cual contenga antecedentes hereditarios, patológicos y no patológicos así como sus padecimientos actuales, los cuales deberán ser contestados sin reserva alguna por el paciente.

El Cirujano Dentista dará a conocer ampliamente al paciente las ventajas y desventajas que existen en la construcción de la dentadura inmediata, siendo necesario que se conozca la entonada como su fisiología del aparato masticador, para que el paciente no se sienta defraudado por el Odontólogo.

Es muy importante que el proceso del paciente se encuentre en óptimas condiciones de salud y tenga la retención necesaria para que su dentadura no se desplace, en caso de que existiese alguna anomalía en el proceso será necesario una intervención quirúrgica (regularización de procesos) el doctor se lo deberá de comunicar al paciente para que éste se encuentre consciente de que si desea una dentadura inmediata satisfactoria se tendrá que someter a esta intervención a la mayor brevedad posible.

Deberá existir una selección tan perfecta en color y tamaño de las piezas dentarias, así como las restauraciones operatorias que —

existieron con anterioridad en los incisivos del paciente.

Las funciones tanto masticatoria como fonética no deberán ser alteradas en ningún aspecto por la presencia de la dentadura inmediata artificial.

El odontólogo construya una dentadura inmediata que parezca — tan natural, que el paciente sienta que ésta es como si fuese una — realidad construida artificialmente.

Sera necesario que se le haga un rebase a la dentadura a los — 3 ó 6 meses después de efectuada la inserción de esta.

En la actualidad han aparecido en el mercado, polímeros o acrílicos autorrebasables para el rebase directo, eliminando algunos pasos para el rebase ortodoxo.

Por otra parte también existen las Dentaduras Modulares.

Que consisten en dentaduras prefabricadas que vienen en tres ta — ños, chica, mediana y grande. Tienen una base blanda que es la que se puede moldear y la técnica para su elaboración es parecida a la — que hemos tratado, pero tiene muchas variaciones y esto es otro tema completo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- *Sicher Harry, Tomley Julius.*
Anatomía para Dentistas.
Editorial Labor, S.A.
- 2.- *José Y. Osawa Deguchi.*
Prostodoncia Total.
Texto Universitario.
- 3.- *Ries Caritens G.A.*
Cirugía Bucal.
Séptima Edición.
Editorial "El Ateneo".
Buenos Aires.
- 4.- *Svensson Merrill G.*
Dentodinas Completas.
Editorial Uteha.
- 5.- *Skullensha.*
Manual de técnicas de
Laboratorio dental.
Nueva Editorial Interamericana.