

312



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PROTESIS COMPLETAS DENTOSOPORTADAS

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

MARTHA PATRICIA FIGUEROA GARCIA



México, D. F.

1981



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.

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION	
CAPITULO I	
INDICACIONES.....	1
CONTRAINDICACIONES.....	2
VENTAJAS.....	3
DESVENTAJAS.....	7
TECNICAFIA.....	9
CAPITULO II	
SELECCION DE LOS DIENTES PILARES....	12
TECNICAFIA.....	16
CAPITULO III	
PREPARACION DE LOS DIENTES PILARES..	18
TECNICAFIA.....	23
CAPITULO IV	
IMPRESIONES PRIMARIAS.....	32
IMPRESIONES SECUNDARIAS.....	44
OBTENCION DE REGISTROS.....	50
MONTAJE EN EL ARTICULADOR.....	60
SELECCION DE DIENTES.....	60
BALANCEO DE LA DENTADURA.....	63
PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO.....	65
COLOCACION DE LA DENTADURA.....	75
CUIDADOS DE LA DENTADURA.....	77
CUIDADOS EN EL PACIENTE.....	78
TECNICAFIA.....	79
CONCLUSIONES.....	80

I N T R O D U C C I O N

Las prótesis completas dentosoportadas son; aquellas en las que se aprovechan los dientes, que se encuentran sanos dentro de la cavidad bucal.

Lo primero, si esta indicado, será un tratamiento en ododóntico, para realizar la reducción de la corona al mínimo, quedando aproximadamente 1.5 mm. por encima del margen gingival.

Ya preparados los dientes, se realizará la técnica usual de la prótesis completa convencional.

En las dentosoportadas existe una serie de ventajas, que le dará preferencia a su realización, cuando esté indicada.

CAPITULO I

PROTESIS COMPLETAS DENTOSOPORTADAS

INDICACIONES

CONTRAINDICACIONES

VENTAJAS

DESVENTAJAS

Las prótesis completas dentosoportadas van a ser una variante de las prótesis completas convencionales; la variante en las dentosoportadas será mantener los dientes restantes dentro de la cavidad bucal, en buen estado aprovechando su raíz ya que la corona será desgastada al mínimo quedando aproximadamente 1.5 mm. por arriba del margen.

INDICACIONES.-

1. Pacientes con defectos intrabucales.
 - a) Congénitos: paladar bifurcado, microdoncia, amelogénesis imperfecta, anodoncia parcial.
 - b) Adquiridos: La pérdida prematura de los dientes.

2. Pacientes con dientes muy desgastados.
 - a) Fisiológicamente: Abrasión dentaria.
 - b) Patológicamente: Bruxismo.

3. Pacientes que conservan unos pocos dientes en buen estado.

La membrana parodontal sana, ocl
sión favorable, estos dientes pue
den servir como retención al colo
car la prótesis.

4. Pacientes con buena higiene bucal.
Esto evitará el acumulamiento de
placa ó la formación de una bolsa
parodontal.

CONTRAINDICACIONES.-

1. Pacientes que presentan problemas
parodontales.

2. Pacientes con mala higiene bucal.

3. Pacientes con sensibilidad a la
caries.

4. Pacientes con dientes vitales a los
cuales no se les puede hacer un tra
tamiento endodóntico a causa de pro
blemas morfológicos de los conductos.

Son pocas las contraindicaciones ya que la mayoría de los pacientes, candidatos a la primera prótesis completa con 1 ó 2 dientes posibles de salvar. Mediante la desvitalización por tratamiento endodóntico, antes de desgastar al mínimo la corona de la pieza mejorando así la relación corona-raíz.

VENTAJAS.-

Considerando que el hueso alveolar, generalmente es un tipo de tejido óseo, especialmente sensible a las fuerzas físicas y que tiene un umbral de compresión especialmente bajo.

La tensión se considera generalmente como el tipo de estímulo que da por resultado aposición ósea y se considera la presión como fuerza que da por resultado absorción ósea.

Las reacciones biomecánicas y de remodelado afecta a la membrana parodontal y a los tejidos óseos inmediatos asociados con los procesos alveolares.

La absorción de los rebordes residuales y los cambios en relaciones oclusales y de maxilares, muestran gran varia

ción individual.

Se ha observado que hay una reducción pronunciada del reborde inferior en comparación con una leve reducción del reborde superior.

Se ha observado que el reborde inferior tiene más probabilidades de reaccionar a las fuerzas funcionales transmitidas a través de la dentadura que el reborde superior. En las prótesis completas convencionales vamos a encontrar este tipo de problemas.

En las prótesis completas dentosoportadas las ventajas serán:

1. La absorción ósea es menor.

La prótesis dentosoportada con 1 ó más dientes ayudará a mantener el reborde alveolar.

Se han realizado estudios comparativos al respecto llevando un control hasta de 5 años y se ha demostrado que la pérdida de hueso alveolar es menor en la prótesis dentosoportada que en la convencional.

En la prótesis dentosoportada la fuerza de la masticación se distribuye al reborde y los pilares.

2. La estabilidad es mayor.

Que la dan los dientes pilares a la base.

3. El soporte.

El soporte reduce al trauma de la base de la dentadura sobre el reborde alveolar. Así en la prótesis dentosoportada al no mo verse reduce el número de ajustes.

4. La retención es mayor.

Se puede usar aditamentos de semiprecisión.

5. Propioceptores.

Los propioceptores son núcleos sensitivos de tacto fino, receptores ubicados principalmente en el ligamento parodontal y músculos mandibulares, que darán la percepción de la textura de la comida, tamaño de esta, la posi-

ción de la mandíbula en el espacio y la relación maxilomandibular.

Se han realizado estudios comparativos al respecto y se ha observado que en pacientes con prótesis dentosoportadas, la respuesta de los propios ceptores es mejor que en pacientes con prótesis convencionales.

6. Psicológica.

El paciente responderá favorablemente, ya que es tará accesible y receptivo al tratamiento que se rá funcional y estético.

7. Los dientes naturales auxiliares.

Pueden ser usados como guía para la selección de color y posición de los de la prótesis.

8. Dimensión Vertical.

Se puede tomar la dimensión vertical de los dien tes permanentes, antes de efectuar la modifica ción del diente.

En prótesis inmediata ó cuando la prótesis va a tener antagonistas naturales.

9. Mantenimiento parodontal.

El mantenimiento parodontal será fácil y accesible alrededor del diente, ya que es necesario mantenerlo en óptimas condiciones.

10. Modificaciones.

En caso de que la prótesis completa dentosoportada perdiera 1 de los dientes pilares, la prótesis podrá ser modificada aceptando dicha pérdida. Si por alguna razón se perdieran todos los dientes pilares de la prótesis dentosoportada, se hace un rebase, quedando así una prótesis convencional.

11. Armonía de los arcos dentarios.

Si antes de la construcción de la prótesis se encontraba en disarmonía, al desgastar los dientes y colocar la prótesis se le da mejor armonía.

DESVENTAJAS.-

1. Suceptibilidad a la caries.

En los dientes pilares puede ser reducida con la aplicación del gel de flúor.

2. Hueso socavado.

Este se provoca por el cierre próximo entre la dentadura y el tejido.

3. Sobrecontorno.

Como no existe absorción de hueso el área donde permanezca el diente, al agregar acrílico en esta parte puede provocar un abultamiento del contorno facial.

4. Enfermedad parodontal.

Si en los dientes que sirven de pilares existe inflamación, bolsa parodontal, defectos del hueso ó problemas gingivales. No se debe hacer el tratamiento, por no ser predecible la permanencia de los dientes.

B I B L I O G R A F I A

- BOUCHER, HICKEY, ZARB PROTESIS PARA DESDENTADO TOTAL
PGS. 252-254 514-516 ED. MUNDI 7 - ED. 1977
- DE FRANCO ROBERT L. OVERDENTURES DENT. CLIN. N. AMERICA
PGS. 330-386 V.21 N.1 1977
- MAC. ENTEE MICHAEL OBTURATOR-OVERDENTURES RETAINED BY
NONRIGID ATTACHEMENTS
J.OF PROSTHETIC DENTISTRY P.A.G. 189 V.41 N.2 1979
- REY, PLATA Y SAAVEDRA ABSORCION OSEA EN PACIENTES EDENTULOS
PGS. 37-39 V.4 N.21 F.O. 1978
- HARLEY, THAYER MAINTENCE OF ALVEOLAR BONE WITH
OVERDENTURES
INTERNATIONAL JOURNAL OF ORAL SURGERY PGS. 243-355 V.6 N.6 1977
- LEVIN, SHIFMAN, LEPLEY PRESERVATION OF OCLUSAL VERTICAL
DIMENSION IN OVERDENTURES.

J.OF THE AMERICAN DENTAL ASSOCIATION

PGS. 838-839 V.95 N.5 1978

RESSIN, HOUSE, MAVLY, KAPUR CLINICAL COMPARASION OF MASTICATORY
PERFORMAN AND ELECTRONYOGRAPHIC AC-
TIVITY OF PATIENTS WITH COMPLETE
DENTURES, OVERDENTURES AND NATURAL
TEETH.

PGS. 508-511

V.39 N.5 1978

C A P I T U L O I I

SELECCION DE LOS DIENTES PILARES

En las prótesis completas dentosoportadas trataremos de conservar tantos dientes como sea posible.

Para la selección tomaremos en cuenta:

1. Evaluación radiológica observando:

a) El soporte óseo del diente en relación raíz hueso alveolar. Lo ideal es que el hueso mantenga una buena altura en relación con la raíz, porque al existir pérdida de hueso se forma una canal hacia la raíz.

b) Que a las zonas radiolúcidas y radiopacas del diente sean fisiológicas.

c) Restauraciones defectuosas.

d) Patologías de hueso, bolsas. parodontales, caries, etc.

e) Tratamientos endodónticos ya realizados.

Les daremos preferencia para la fabricación de la prótesis porque las modificaciones a reali-

zar serán mínimas.

f) Endodoncia: se realizará cuando no exista patología contradictoria, por la morfología de los conductos.

2. Evaluación parodontal, no debe existir en tejidos que circundan al diente pilar, ninguna patología como la inflamación ó bolsa parodontal.

3. La posición de los dientes remanentes; varía en cada paciente y debe considerarse:

a) Dar preferencia a los dientes anteriores sobre los dientes posteriores, porque el reborde anterior es más vulnerable a la reducción, que el reborde posterior.

b) Dar preferencia a los dientes inferiores sobre los dientes superiores, al elaborar la prótesis porque los patrones de reducción del reborde alveolar indican una afección mínima en el maxilar superior.

c) Los dientes más frecuentes de encontrarse en los arcos dentarios son los caninos y segundos pre

molares.

1. Al seleccionar los dientes pilares observaremos las estructuras alrededor, porque en ocasiones puede haber un inconveniente, al necesitar un tratamiento especial (como sería el caso de un torus) antes de construir la prótesis.

5. Los dientes anteriores no deben interferir en el espacio de la prótesis con la relación de con tacto entre maxilar y mandíbula. Ya que el es pacio mínimo para la base de la prótesis será de 2 mm.

6. En la región de la tuberosidad el es pacio mínimo requerido entre maxilar y mandíbula será de 3 a 4 mm. para la base de la prótesis, se puede hacer una corrección al mover los di entes post eriores.

7. En los dientes pilares si se observa suce ptibi li dad a la caries, se recomienda un tratamiento de control de higiene.

8. Para su conservación de los dientes se hará trata
miento endodóntico y recubrimiento, este último
no siempre es necesario.

B I B L I O G R A F I A

- BOUCHER, ZARB, HOCKEY PROTESIS PARA DESDENTADO TOTAL
PGS. 516-517 ED. MUNDI 7 - ED. 1977
- MORROW ROBERT M. HANDBOOK OF IMMEDIATE OVERDENTURES
PGS. 17, 30, 34, 37, 38 ED. MOSBY 1978.

C A P I T U L O I I I

PREPARACION DE LOS DIENTES PILARES

Seleccionados los dientes pilares, para su preparación encontraremos diversos sistemas y tipos de anclaje, cuyas bases son:

1. Que la raíz ó diente elegido esté rodeado de tejido parodontal sano.
2. Que la reducción de la corona sea aproximadamente 1.5 ó 2 mm. por encima del margen gingival estableciendo una relación corona-raíz, más favorable por lo tanto la interferencia será mínima al colocar los dientes artificiales.
3. Que los dientes sean desvitalizados endodónticamente para lograr la reducción coronaria. En algunos casos los dientes tienen una recesión pulpar avanzada que usualmente está acompañada de una pronunciada abrasión. Lo que permite efectuar la reducción coronaria sin la necesidad del tratamiento endodóntico.
4. Desvitalizado y reducido el diente se debe redondear y alisar la superficie. En algunas

ocasiones es necesario reconstruirlo con amalgama, ó usar attachments, esto varia según el tipo de paciente y necesidad al construir la prótesis den tosoportada. Considerando uno de los objetivos primordiales de esta técnica, la conservación de hueso alveolar, así que la preparación radicular más favorable es la de un pilar simple y convexo.

5. El paciente debe estar bien motivado para mantener la fase higiénica del tratamiento periodontal. Son impresindibles las visitas de control a inter valos regulares. Periódicamente se ven y se con trolan las medidas higiénicas y se prescribe la aplicación regular de gel de flúor en la superfi cie interna de la prótesis, que llevará al flúor en contacto directo con la estructura dental.

6. En caso de que uno ó más de los dientes pilares de ban ser extraídos (la causa más frecuente es un ab ceso parodontal), después de la extracción se reem plazará el diente con un relleno adecuado de la ca ra de contacto, siendo un procedimiento accesible en costo.

Respetando los principios básicos para la preparación de los dientes pilares a continuación se describen varias técnicas.

REDUCCIONES Y MODIFICACIONES SIMPLES DEL DIENTE PILAR

En este procedimiento el diente que había sido seleccionado como pilar se encuentra desgastado con una recesión pulpar avanzada, lo que permite hacer la reducción vertical al mínimo de la corona dándole forma de pilar que después soportará la prótesis. Para el éxito de esta técnica se debe motivar al paciente a una buena higiene bucal y considerar que no exista susceptibilidad a la caries.

Al hacer la reducción mínima del diente se debe evitar que exista algún grado de sensibilidad dejando la preparación lo suficientemente alejada para evitar los problemas de sensibilidad incluso al contacto de la dentadura.

Esta técnica se usa en pacientes que presentan una severa abrasión dentaria.

REDUCCION DEL DIENTE PILAR Y COLOCACION DE UNA COFIA

Este procedimiento es similar al anterior con la variante que se fabricará una cofia al diente pilar.

Siendo necesario cuando se encuentra susceptibilidad a la caries ó existe sensibilidad.

En estos no ha sido necesario el tratamiento endodóntico aunque hay la posibilidad de presentar un mínimo de sensibilidad.

El diente debe tener un adecuado soporte óseo y buen pronóstico parodontal para hacer posible la técnica.

TRATAMIENTO ENDODONTICO Y AMALGAMA

Esta es la técnica más común en la preparación de los dientes pilares de las prótesis completas dentosoportadas.

Está indicando cuando los dientes tienen la altura normal de la corona y la dimensión vertical no se ha perdido ó la diferencia es mínima, ésta se perderá al hacer la preparación del diente que se reduce aproximadamente 1.5 ó 2 mm. por encima del margen gingival ya realizado el tratamiento endodóntico y la reducción del diente se obtura el conducto radicular con amalgama. En este tipo de tratamiento habrá un acumulamiento de placa mínimo y será de fácil limpieza.

Está indicado cuando no existe susceptibilidad a la caries y aprovechar las condiciones favorables del parodonto.

Esta técnica se usa en prótesis completas dentosoportadas inmediatas con antagonistas total ó parcialmente con dentición natural. Ya que el día de la colocación de la prótesis se reduce el diente y se prepara y se coloca la prótesis.

TRATAMIENTO ENDODONTICO Y COFIA

Esta técnica es similar a la anterior se hace el tratamiento endodóntico y se prepara el diente sólo que en lugar de colocar amalgama se fabrica una cófia.

La preparación del diente se hará anticipadamente, se tomará la impresión de las preparaciones con material plástico y se hacen las cófias ya listos se cementan, la terminación del margen gingival es difícil por eso en ocasiones se presentan lesiones. La retención de la cófia se la dará con un pequeño pilar dentro del canal radicular.

TRATAMIENTO ENDODONTICO USANDO ALGUNA FORMA DE ATTACHMENT

Esto se usará cuando la estabilidad no es buena y se desea una mejor retención.

Este tratamiento aumentará tiempo, costo y riesgos.

Se realizará en pacientes con pronóstico favorable, no sea susceptible de caries con parodonto sano y con soporte óseo adecuado. Al preparar los dientes pilares no se reducirá tanto sólo lo que sea necesario para los attachments, se necesitará una cofia para la colocación del attachment, se alargará el poste dentro del canal radicular. El attachment requiere de la distancia aprovechable de su forma interna y el espacio suficiente para su construcción.

Algunos de los Attachment más usados:

- a) Dalbo Attachment - está compuesto por un macho que se encuentra ligado al diente y una hembra que se encuentra en la base de la dentadura.

El macho es de forma redonda el cual permite movimientos rotatorios alrededor de la dentadura. La hembra esta en la base de la dentadura al estar en contacto ambos van a permitir movimientos verticales de la base.

- b) Ceka Attachment - el macho se va a encontrar en el diente, será de forma redonda amplia en su superficie y se divide verticalmente dentro de cuatro secciones, estas son flexibles y capaces de ser comprimidas, en estas se adaptará la hembra que se encuentra en la base de la dentadura.

Este tipo de attachment sólo se podrá construir si hay espacio para la hembra y el macho. Van a permitir movimientos verticales de la base.

- c) Gerber Attachment - hay 2 tipos uno que permite movimientos verticales. Esta forma es una más con un soporte rígido alrededor y un attachment rígido éste no permitirá movimientos en la base. Está formado por un macho que se encuentra en el poste retenido por resorte y anillo, la hembra en la base. Este tipo de attachment se usará cuando la base presenta movimientos excesivos.
- d) Zest Anchor - estos attachment tendrán su retención en la raíz, la hembra será cementada en la raíz. El macho se hará en la base de la prótesis una cabeza de bola, la retención de la prótesis

dependerá del grado del macho al ser colocado en la hembra. La ventaja del uso de este tipo de attach ment es cuando en la prótesis dentosoportada hay pro blemas de espacio en la raíz.

Es fácil de fabricación.

Las desventajas serán al no poder hacer una cófia y que la raíz y el canal radicular sean susceptibles a la caries.

- c) Bar Attachment - estos varían en su fabricación, de be implicar al diente y aplicar la retención en la prótesis algunos dan soporte al aplicarse. Los más populares son:

Dolder Bar; sobre la cófia tiene forma de huevo el cual va a embonar en la prótesis, aumentará la re- tención y permitirá movimientos verticales.

Barker Clip; será similar a la anterior con una ele vación hecha sobre la barra de unos 8 a 12 grados.

- f) Quinlivant Attachment - Es de prefabricación un re cinto redondo se forma en la cófia que tendrá un

poste, ya listo se cementa, la caja del aditamento estará en la prótesis. Esto nos dará mayor retención será de fácil manejo y económico, el contacto de la caja con el diente será mínimo.

En el caso de un paladar fisurado se puede construir una prótesis completa dentosoportada que servirá para obturar nasopalatino y con el uso de attachment se tendrá mayor estabilidad y retención.

TRATAMIENTO ENDODONTICO Y RETENCION CON IMANES

No se han hecho muchos estudios referente a este tipo de retenedores, que estarán situados un polo en la base de la prótesis y el otro en el diente pilar.

Los requisitos para la colocación de los imanes serán:

1. El Imán no se deberá encontrar en hueso ó en tejidos blandos.
2. El Imán no deberá estar entre tejidos blandos.
3. El Imán no deberá interferir en las funciones normales.
4. El Imán deberá ser de fácil acceso y mantenimiento.

Se realizará el tratamiento endodóntico, terminado se realiza-
rá la reducción coronaria del diente a quedar 1.5 ó 2 mm. por

arriba del margen gingival dándole un terminado a la superficie del diente lisa y redondeado alrededor para que no exista interferencia alguna en su contorno del rededor. El canal radicular quedará a una profundidad de 2 ó 3 mm. La extensión de la cavidad dependerá del tamaño del diente y del tejido dental, lista la preparación se tomará la impresión de ésta con un elastomero y se hará la cofia tejiendo el imán cementado dentro de ésta luego se cementa la cofia, los otros polos del imán en oposición de la cofia dentro de la base de la prótesis. Que al estar los dos en contacto la base de la dentadura y la cofia nos proporcionarán mayor retención al atraerse ambos imanes.

C A P I T U L O I V

PROCEDIMIENTOS CLINICOS

- 1 - IMPRESIONES PRIMARIAS
- 2 - IMPRESIONES SECUNDARIAS
- 3 - OBTENCION DE REGISTROS
- 4 - MONTAJE EN EL ARTICULADOR
- 5 - SELECCION DE DIENTES
- 6 - BALANCEO DE LA DENTADURA
- 7 - PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO
- 8 - COLOCACION DE LA DENTADURA
- 9 - CUIDADOS DE LA DENTADURA
- 10 - CUIDADOS EN EL PACIENTE

Los procedimientos clínicos para la elaboración de la prótesis completa dentosoportada deberán respetar los principios básicos de la confección de la prótesis completa convencional.

Las impresiones en prótesis completa serán copias ó reproducciones de las formas bucales con sus relieves invertidos. Se logra poniendo en contacto con los tejidos, materiales en estado plástico capaces de consolidarse rápidamente y que puedan ser extraídos de la boca sin deformarse.

La técnica general aplicable a los procedimientos de impresiones dependiendo de material instrumental y procedimientos seguirán este orden:

TIEMPO PREPARATORIO - Preparación del instrumental y los materiales, preparación del paciente, prueba y ajuste del portaimpresiones, plastificación del material, cargado del portaimpresiones.

TIEMPO BUCAL - Introducción en la boca, centrado profundización mantenimiento mientras fragua el material, desprendimiento y retiro.

TIEMPO POSTBUCAL - Lavado de la impresión, examen crítico de la impresión y prepararla para el vaciado en yeso.

Impresión primaria ó anatómica; es la que se utiliza para fines de diagnóstico ó para la construcción de un portaimpresiones individual el cual se usará para la impresión final.

La impresión secundaria, fisiológica ó final; es la que se utiliza para la elaboración del modelo de trabajo sobre el cual se va a fabricar la base de la dentadura.

TECNICAS DE IMPRESION - Han sido desarrolladas numerosas técnicas para la toma de impresiones, basadas en diferentes teorias. Algunas de estas técnicas registran a los tejidos en las mismas condiciones en que estos se encuentran bajo la carga masticatoria. Otras tratan de registrar a los tejidos sin desplazarlos en lo más mínimo y otras aplican más presión en ciertas áreas seleccionadas.

PORTAIMPRESIONES - Es la parte más importante en la toma de una impresión sin importar la técnica que se utilice.

Las funciones de un portaimpresiones son:

- 1 - Mantener el material de impresión en contacto con los tejidos orales.

- 2 - Proporcionar fuerzas adicionales en regiones seleccionadas del proceso residual mientras que se impresionan otras regiones sin desplazar los tejidos.

- 3 - Sostener el material de impresión cuando éste es retirado de la boca para poder obtener el modelo de yeso correspondiente. Si el portaimpresiones es demasiado grande distorcionará la vuelta muscular, empujando los tejidos más allá de su inserción con el hueso. Si el portaimpresiones es pequeño la vuelta muscular se colapsa hacia el proceso residual, esto reducirá el soporte para la dentadura.

El portaimpresiones ideal será aquel que se ha hecho específicamente para cada paciente. Los bordes de este portaimpresiones podrán ser ajustados de manera que controlen los tejidos blandos móviles alrededor de la impresión con poca distorsión de estos tejidos al mismo tiempo se proporcionará espacio suficiente para las características del material de impresión que se use.

- 1 - IMPRESION PRIMARIA - Las dos técnicas de impresión más comunes utilizando la teoría de la presión selectiva para impresiones primarias son; una a base de modelina y la

otra con alginato.

a) Impresión primaria con modelina - ésta impresión permite hacer la rectificación de bordes completa y en una sola vez. Esta impresión puede ser usada para la obtención de un modelo primario donde se construirá el portaimpresiones individual para la toma de la impresión final. También se puede usar ésta impresión como portaimpresiones individual de modelina, para tomar la impresión final seguiremos:

1. Selecciona un portaimpresiones de metal para desdentados que deje aproximadamente unos 6 mm. de espacio entre los tejidos orales y el mismo. En inferior se debe incluir el área de la fosa postmiliodea. Se probará el portaimpresiones en la boca del paciente.
2. Se cubrirán los labios y las comisuras de la boca del paciente con vaselina.
3. Se calienta la modelina en un recipiente especial de acuerdo a las instrucciones del fabricante.

4. Con la modelina ya reblandecida se amasa y se carga el portaimpresiones. En inferior para cargarlo se hará un rodillo con la longitud aproximada del portaimpresiones y agregarle una pequeña cantidad de modelina en el área del frenillo lingual, papila piriforme y fosa postmilohioidea para evitar que se desplace al invertir el portaimpresiones.

5. Se coloca el portaimpresiones ya cargado en la boca del paciente de manera que quede paralelo a los procesos por impresionar. Sobre el centro del proceso se asienta y los dedos índices se colocan a la altura de los primeros molares. En la impresión superior se debe asegurar que no fluya material hacia la papila piriforme porque la modelina una vez endurecida en ésta área dificulta el retiro del portaimpresiones. En la impresión inferior mientras la modelina este en estado plástico se le indica al paciente que lleve su lengua hacia el área de sus dientes anteriores superiores, esto libera a la modelina de la retención por debajo de la

línea milohiodesa en el área lingual, también se vera si hay exceso de modelina desalojada del portaimpresiones en el área de la papila piriforme si existe deberá ser doblada sobre la superficie externa del portaimpresiones para permitir que que de suficiente espacio en dirección vertical para el retiro del portaimpresiones.

6. Se mantendrá el portaimpresiones hasta que enduresca la modelina.

7. Ya endurecida la modelina se retira el portaimpresiones de la boca del paciente y se enfriará en un baño de agua helada. Si hay retenciones en la boca, el portaimpresiones se deberá de retirar antes de que enduresca la modelina.

Los pasos siguientes varían de acuerdo al método: Uno será el de hacer la rectificación de bordes y después aliviar la parte interna de la impresión y usarla como portaimpresiones individual para la impresión final. Otro será el de correr la impresión y en el modelo obtenido fabricar el portaimpresiones individual de acrílico. Otro será la de aliviar la impresión, rectificar con una capa

ligera de alginato correr la impresión en yeso y en el modelo se fabricará el portaimpresiones de acrílico.

b) Impresión primaria con alginato - para la toma de la impresión se debe seguir:

1) Seleccionar un portaimpresiones para desdentados que deje un espacio aproximadamente de 6 mm. de espacio entre los tejidos orales y él mismo.

2) Rebordear los bordes del portaimpresiones con cera azul ó negra para bardear y asegurarse de que el material de impresión impresione todas las partes de la boca.

3) Colocar cera para bardear ó modelina en el área del sellado posterior del paladar, para reducir la cantidad de material que tiende a fluir posteriormente. Si el paciente tiene una bóveda palatina alta se colocó cera ó modelina en el área palatina.

4) Se probará el portaimpresiones en la boca del paciente tantas veces como sea necesario para estar seguro de que la cera para bardear ó modelina cumplen sus funciones.

5) Se pondrá algún adhesivo en la superficie interna del portaimpresiones para que el alginato se adhiera a él y a la cera.

6) Se le pide al paciente que se enjuague la boca para reducir la viscosidad de la saliva. La boca deberá de secarse con gasa.

7) Se prepara el alginato de acuerdo a las indicaciones del fabricante.

8) Sobrellenar ligeramente el portaimpresiones con el material, se colocará material adicional en la bóveda palatina y en los vestibulos bucal y labial del maxilar y en el área de la fosa retromilohioidea de la mandíbula.

9) Se colocó el portaimpresiones ya cargado en la boca del paciente y se centra sobre el proceso, se ve que exista un espesor adecuado en la parte anterior antes de que se asiente el portaimpre-
siones.

10) Ya asentado el portaimpresiones en la mandíbula se le pide al paciente que levante la lengua hacia

el espacio lingual del portaimpresiones. Es posible hacer en este momento una rectificación de bordes de los vestibulos labial del maxilar y mandíbula.

11) Se mantiene el portaimpresiones en su lugar por 3 minutos y después se retira con un movimiento enérgico.

12) Se enjuaga la impresión con agua corriente se crítica y se corre inmediatamente.

Después de obtener los modelos de estudio de yeso se observa la anatomía de la prótesis por construir y se verán también los dientes pilares. A continuación se hace la cucharilla individual y la rectificación de bordes para proceder a la toma de la impresión secundaria.

FABRICACION DE PORTAIMPRESIONES INDIVIDUALES

En el modelo se marcará con un lápiz rojo una línea a 2 mm. de distancia de la vuelta muscular, siguiendo la forma de las inserciones tisulares. Se marcará una segunda línea de

otro color a 2 mm. en dirección oclusal de la primera línea. Las áreas que no deben de ser aliviadas con cera son: El sellado posterior del paladar en el maxilar y los bordes bucales y fosa retromilohioidea en la mandíbula.

Ya marcados los modelos se procede a la colocación de una hoja de cera rosa a la altura de la segunda raya, excepto en el área del sellado posterior del paladar en el modelo superior y en los bordes bucales y fosa retromilohioidea en el modelo inferior. En la cera se cortan unos rectángulos a la altura de caninos y de los primeros ó segundos molares extendiéndolos tanto labial como lingualmente de la cresta del proceso, para que sirvan de topes anteriores y posteriores por su colocación funcionando como guía para la colocación correcta en sentido vertical del portaimpresiones, ya lista la capa de cera rosa. Se pondrá en el yeso, separador de yeso acrílico y en la superficie de la cera una capa delgada de vaselina. Se prepara el acrílico de autopolimerización siguiendo las instrucciones del fabricante, tan pronto como la resina alcanza su consistencia de masa, parte se conserva para los manguillos del portaimpresiones y la otra se da forma y se coloca sobre el modelo de manera que queda suficiente material para extenderse hasta los bordes periféricos del

modelo, se adapta el acrílico al modelo haciendo más presión en las áreas donde van a formarse los topes y el exceso de acrílico se recorta con un instrumento afilado para facilitar el retiro del portaimpresiones. Para darle el terminado; ya listo se hace el mango del portaimpresiones que estará centrado sobre la misma línea media extendiéndolo labialmente aproximadamente hasta la porción de los dientes anteriores naturales. Esta extensión hacia abajo el superior y hacia arriba el inferior no debe de obstruir la movilidad del labio pero debe de ser fácil de agarrar para asegurar la unión del mango y el portaimpresiones. Se humedecen ambos en el área que estarán en contacto. La posición del mango es importante al dar soporte al labio en la impresión.

Ya listo el portaimpresiones se probará en la boca de el paciente y se determinará que los bordes se extiendan correctamente y se procederá a hacer la rectificación de bordes con modelina de baja fusión, ésta se calienta en un mechero y se acondiciona la temperatura de la modelina para que no se lesionen los tejidos, en un baño de agua caliente antes de colocarse en la boca del paciente. Rectificada una sección, el portaimpresiones se coloca en un recipiente de agua fría, cualquier exceso de modelina debe ser cortado. Este procedimiento se repetirá cuantas veces sea necesario.

Rectificación de bordes de el maxilar - Se colocará modelina en el borde bucal de el portaimpresiones del ángulo bucal distal al área de el frenillo bucal de un lado, se acondiciona la temperatura de la modelina y se coloca el portaimpresiones en la boca de el paciente, se tira del ángulo bucal distal hacia arriba, afuera, abajo ligeramente hacia adelante, se retira el portaimpresiones y, se enfría en agua fría. Se coloca modelina en el borde bucal de el lado opuesto y se repite lo anterior. Se coloca modelina en la región de el frenillo bucal se acondiciona la temperatura de la modelina y se lleva el portaimpresiones a la boca se tira de los tejidos de la región de el frenillo bucal hacia arriba, afuera, abajo, adelante y atrás.

Para simular la acción de el músculo elevador del ángulo de la boca y se rectifica el frenillo bucal de el lado opuesto se coloca modelina en el borde labial del portaimpresiones de la escotadura para el frenillo bucal a la escotadura para el frenillo labial de un lado y se tira del labio superior hacia arriba, afuera y abajo se rectifica igual de el lado opuesto. Se agrega modelina en la parte anterior del portaimpresiones y se calienta toda el área del borde labial de ambos lados se acondiciona la temperatura de la modelina y se lleva a la boca. Se tira del labio hacia arriba, afuera y abajo y se le pide a el paciente lleve el labio superior hacia abajo sobre

los bordes labiales del portaimpresiones. Se calientan los bordes bucales distales de ambos lados se acondiciona la temperatura de la modelina y se lleva el portaimpresiones a la boca y se hace que el paciente mueva la mandíbula de un lado a otro. La acción del proceso coronoides durante este movimiento funcional se determina el grosor del borde bucal. Coloque modelina en la región del sellado posterior del paladar de escotadura hamular a escotadura hamular. La modelina debe tener una extensión aproximada de 2 mm. hacia adelante y 2 mm. hacia atrás de la línea de vibración se acondiciona la temperatura de la modelina y se lleva el portaimpresiones a la boca bajo presión, indicándoles al paciente que pronuncie la letra "a" varias veces se retira el portaimpresiones y se enfría en agua, se calienta la modelina del área de ambas escotaduras hamulares se acondiciona la temperatura y se lleva dentro de la boca y se le pide al paciente que abra ampliamente la boca para que se moldeen las regiones de las escotaduras hamulares. Haciendo presión con el dedo.

Rectificación de bordes de la mandíbula - Se coloca modelina en el área del borde bucal de un lado en el portaimpresiones del ángulo bucal distal a la región del frenillo bucal se acondiciona la temperatura de la modelina y se lleva a la boca.

manteniendolo bajo presión con una mano mientras que con la otra tira de la mejilla hacia afuera arriba y sobre el portaimpresiones. Se repite lo mismo del lado opuesto. Se coloca modelina en la región del frenillo bucal del portaimpresiones se acondiciona la temperatura de la modelina y se lleva a la boca se toma la comisura y se tira hacia afuera adelante y atrás esto permite espacio para librar la acción del músculo depresor del ángulo de la boca, se repite lo mismo en la región del lado opuesto. Se coloca modelina en el borde labial de un lado del portaimpresiones de la escotadura para el frenillo bucal a la escotadura para el frenillo labial. Se acondiciona la temperatura de la modelina y se coloca el portaimpresiones en la boca del paciente se tira del labio hacia afuera arriba y sobre la modelina. Se repite lo mismo del lado opuesto se calienta toda el área de ambos bordes labiales del portaimpresiones se acondiciona la temperatura de la modelina y se lleva a la boca se tira del labio inferior hacia abajo, afuera y arriba y luego se le pide al paciente que lleve su labio sobre los bordes labiales. Para los bordes linguales se pone modelina se acondiciona su temperatura en el borde lingual comprendido entre la región de los premolares de un lado a la región de los premolares del lado opuesto, ya colocado en la boca el portaimpresiones se

le pide al paciente que levante la lengua repitiendo este procedimiento cuantas veces sea necesario. Se coloca modelina en el borde lingual de la región de los molares, se acondiciona la temperatura y se lleva a la boca indicando al paciente que lleve su lengua de una mejilla a otra lo mismo se hace del lado contrario. Se coloca modelina en los dos extremos distales del portaimpresiones del ángulo buco-distal al ángulo linguo-distal y en el área de la zona retromolar se acondiciona la temperatura de la modelina y se lleva a la boca, indicándole al paciente: Abra ampliamente la boca, levante la lengua y cierre sobre los dedos del operador, ésto permitirá registrar la acción de los músculos masetero, pterigoideo interno y pterigo-mandibular. Ya realizada la rectificación de bordes, se procede a la toma de la impresión secundaria. Se desgasta previamente la modelina con una hoja de bisturí.

IMPRESION SECUNDARIA: El realizar una cuidadosa técnica para tomar impresiones secundarias, nos dará como resultado la impresión exacta para la construcción de una dentadura retentiva estable y estrictamente aceptable. Se le indicará al paciente, en caso de usar actualmente dentaduras, que por lo menos 24 hrs. antes de la toma de la impresión secundaria deje de usarlas para que descansen los tejidos, si no la impresión secundaria será una reproducción de los tejidos blandos adap

tados a las dentaduras actuales.

En el portaimpresiones individual se realizarán perforaciones del tamaño de una fresa de bola No. 6, para proporcionar vías de escape para el exceso de material de impresión y reducir la presión en las áreas que no requieran de tanta presión. En el portaimpresiones superior se hace una serie de perforaciones, con espaciamiento de 2 mm., a lo largo del rafé medio palatino, empezando por detrás de la fosa incisiva y terminando en el límite anterior del sellado posterior del paladar. Se hará una hilera de perforaciones paralelas a ambos lados del rafé medio palatino, con una distancia aproximada de 12 mm. En el portaimpresiones inferior se hace una serie de perforaciones espaciadas cada una a 12 mm. estarán a lo largo de la cresta, en todo el proceso alveolar residual, y la zona retro molar. Se reduce la modelina de los bordes del portaimpresiones aproximadamente 2 mm. con un bisturí. Si el material para la impresión es yeso, se practicará la colocación correcta del portaimpresiones en el frenillo labial y el área de sellado posterior del paladar sirviendo, como guías para la colocación correcta del portaimpresiones superior.

Para el portaimpresiones inferior se practicará la colocación correcta del frenillo labial y el área de los bordes bucales.

Se prepara el material de impresión de acuerdo a las indicaciones del fabricante y se coloca en el portaimpresiones, no se sobrellena el portaimpresiones y se coloca material de impresión sobre los bordes de modelina. Se coloca el portaimpresiones en la boca, valiéndose de las guías anteriores para centrarlo sobre el proceso, se presiona el portaimpresiones superior colocando el dedo medio en la parte media del paladar inmediata al borde anterior del área del sellado posterior del paladar. Para acentar el portaimpresiones inferior, se colocan los dedos índices sobre la región de los primeros molares.

Se rectifican los bordes del portaimpresiones superior alternando ambas manos y con el dedo medio en posición sobre el portaimpresiones tirando del labio superior hacia abajo y adentro y la región del frenillo bucal hacia atrás y adelante. Se le pide al paciente pronuncie la letra "A" varias veces.

Los bordes labial y bucal del portaimpresiones inferior se rectifican tirando del labio y mejilla hacia arriba y

adentro. Para el área del frenillo bucal se tira de la mejilla hacia atrás y adelante. Para los bordes linguales se le indica al paciente que abra ampliamente la boca, que mueva la lengua de mejilla a mejilla y que coloque la punta de la lengua en el área de la papila incisiva.

Estos movimientos se repetirán varias veces, mientras que endurece el material de impresión, se mantiene el portaimpresiones en su lugar hasta terminar el endurecimiento y luego se retira de la boca.

Se examina la impresión, si es satisfactoria se encajonará y correrá en yeso. Se encajonarán las impresiones tomadas con modelina, hule, yeso ó pasta zinquenólica, porque las impresiones con alginato ó hidrocoloide reversible no es posible encajonarlas pues las ceras que se usan no se adhieren a estos materiales.

Encajonamiento de las impresiones.- Se adapta una tira de cera periférica alrededor de la impresión, colocando una espatula caliente en el lado inferior de la cera, teniendo cuidado de que la cera se adapte de manera que su lado más ancho se extienda horizontalmente para asegurar un espesor de 3 a 5 mm.

En el modelo de yeso, esto es más importante en el área de la papila piriforme, en la impresión inferior y en la región de la escotadura hamular en la impresión superior.

En la impresión inferior se cubrirá el espacio lingual con un pedazo de cera rosa recortada y adaptada a ese espacio que se extenderá hasta la porción más posterior de la cera periférica. Esta cera también será sellada con una espátula caliente, posteriormente, se adapta a la cera periférica una tira de cera para encajonar ó cera rosa, para formar la base del modelo. La cera para encajonar debe extenderse de 1 a 1.5 cms. por arriba de la parte más alta de la impresión, para poder darle un grosor adecuado a la base. La cera para encajonar se sellará con cera periférica para que el yeso no se escurra en el momento de correr el modelo. Esto se puede verificar colocando la impresión contra la luz y observando si existen aberturas en el sellado de ambas ceras.

Vaciado de los modelos.- Se prepara el yeso piedra siguiendo las indicaciones del fabricante, evitando incorporar burbujas, cubriendo el material de impresión con el yeso, se coloca la impresión sobre un vibrador dejando que el exceso de ma

terial fluya hacia afuera, esto romperá la tensión superficial y reducirá la incidencia de burbujas y se llenará la impresión lentamente colocada sobre el vibrador hasta tener un grosor aproximado de 13 a 14 mm.

Y una vez listo el modelo se retirará cuidadosamente de la impresión, si es necesario, se seccionará el portaimpresiones con una fresa de fisura y el modelo deberá ser recortado para su terminación final, cuidando de conservar debidamente la profundidad y el ancho de la vuelta muscular, recordando la extensión en el área retromolar, en el modelo inferior y la extensión distal en el área de la escotadura hamular del modelo superior para permitir el montaje en el articulador sin interferencias en estas áreas. Como índices en el remontaje se hace necesaria la formación de surcos en "V" en las bases de los modelos.

Sellado Posterior del Paladar.- Se hará con el propósito de asegurar un buen sellado en el área posterior de la dentadura superior y para ayudar a compensar la contracción del acrílico en esta área, durante el procesado.

El sellado se realiza dibujando una línea que pase por la mitad de las escotaduras hamulares, aproximadamente a 4 mm. frente al área de las foveolas palatinas del modelo superior.

El sellado deberá quedar 2 mm. por delante del borde posterior de la dentadura ya terminada. Se hará un surco con 1 mm. de ancho y profundidad aproximadamente, quedando redondeado en el modelo para evitar un borde irritante en la dentadura. Se le podrá dar forma de alas de mariposa ó de bigote.

OBTENCION DE REGISTROS.- Un requisito para obtener correctamente las relaciones intermaxilares serán las placas bases y los rodillos de oclusión que reemplazarán a los dientes y estructuras adyacentes perdidas, mientras son establecidas dichas relaciones.

La placa base se define como una forma temporal de la base de la dentadura maxilomandibulares y el alineamiento de los dientes.

El material que se seleccionará para la fabricación de la placa base será el acrílico por las siguientes ventajas:

Su color rosa que es básico durante la prueba, su adaptación, que es bastante exacta, su estabilidad, su rigidez, no se rompe con facilidad, se puede pulir y recortar fácilmente. Dicha placa se realizará por el método de goteo, quitando las retenciones existentes en el modelo con cera, después se pasa sobre el modelo una ligera capa de separador yeso acrílico,

colocando sobre el modelo el monómero y el polímero alternativamente de acuerdo a las recomendaciones del fabricante hasta obtener una capa uniforme de grosor adecuado y se mantendrá en el modelo un mínimo de 20 a 30 min., tiempo en que ocurre la autopolimerización en su primera etapa y que se completará hasta después de varias horas. Retirada la base del modelo se eliminará el exceso de acrílico, se pulirá para aumentar la retención de los rodillos de cera, haciendo áreas retentivas con una espátula de cera, caliente, en la parte más alta de los procesos y se goteará cera pegajosa.

Los rodillos de oclusión hechos de cera se colocan en la base formando la parte activa de las mismas, teniendo una forma definida, la parte labial de canino a canino debe tener una inclinación hacia labial de la inserción muscular al borde incisal para darle un soporte adecuado al labio, la superficie bucal y lingual por atrás de los caninos debe tener una inclinación hacia la superficie oclusal.

El rodillo superior deberá medir en la región anterior aproximadamente 24 mm., el rodillo inferior en la región anterior deberá medir aproximadamente 20 mm., desde la región posterior hasta la papila piriforme.

La superficie oclusal de los rodillos será de 8 mm. en la región posterior, lo que es aproximadamente el ancho bucolingual

de los dientes posteriores y de 6 mm. en la región anterior.

El plano de oclusión estará establecido en el rodillo superior, la longitud del labio superior servirá como guía en la parte anterior quedando 2 mm. más largo, la parte posterior se orientará paralela a la línea que se marcará del borde inferior del ala de la nariz al borde superior del tragus de la oreja (plano protesico).

Colocando la plantilla de fox se observará a los lados dicho paralelismo y que el plano incisal sea paralelo a la línea interpupilar. Estando listo y correcto este plano el rodillo inferior será recortado de manera que contacte toda su superficie con el rodillo superior.

DIMENSION VERTICAL.- El propósito de establecer la dimensión vertical de oclusión es determinar la posición que los maxilares tenían antes de la pérdida de los dientes. Dimensión vertical se ha definido como una medida vertical de la cara entre dos puntos seleccionados arbitrariamente, uno arriba y otro abajo de la boca, casi siempre a nivel de la línea media. Reducido el rodillo superior hasta que los labios del paciente

toquen normalmente en posición de reposo se dará al rodillo una inclinación labial. Se verificará observando la mandíbula en posición de reposo, se separan cuidadosamente los labios y deberá existir una distancia interoclusal mínima de 2 mm. entre los rodillos en la región de los premolares.

Otra forma será el colocar una marca en la punta de la nariz y otra en la parte más prominente del mentón, se mide la distancia entre ambas marcas con el rodillo inferior fuera de la boca hasta que se obtiene la medida repetida en posición de reposo, se coloca el rodillo inferior en la boca y se le pide al paciente que cierre hasta que toquen ambos rodillos, la medida, estando en contacto estos, será menor 4 ó 5 mm. que la medida en posición de reposo con el rodillo inferior fuera de la boca, quedando la distancia interoclusal adecuada. También se le puede pedir al paciente que cuente rápidamente del 60 al 69 y ver la proximidad de los rodillos al estar contando.

Cuando se pronuncian sonidos silbantes los dientes naturales se aproximan bastante pero no se tocan, dependiendo de esto se reducirán ó aumentarán los rodillos.

RELACION CENTRICA.- Es una relación de la mandíbula con el maxilar, cuando ambos cóndilos se encuentran alojados en la cavidad glenoidea en su parte más posterior, superior y media. Para su registro se han desarrollado varios métodos que son:

- a) Registro Gráfico.
- b) Registros Funcionales.
- c) Registros Interoclusales.

Aunque hay algunos factores que pueden complicar los registros, como son la resistencia de los tejidos que soportan las placas bases, estabilidad y retención de las placas bases, la ATM y su mecanismo neuromuscular, la cantidad de presión aplicada al tomar el registro, la técnica empleada al hacer el registro, y la habilidad del operador.

REGISTROS GRAFICOS.- El trazo del arco gótico es la base de los registros gráficos para la obtención de la relación centríca. Estos métodos pueden ser intra ó extraorales. El extraoral se fijará una punta trazadora en una placa base y en la opuesta se colocará un medio para obtener el trazo, papel ó cera, en un plano horizontal, el maxilar y la mandíbula se separan por medio de un pin de soporte central que sirve como punta trazadora. En la técnica intraoral, en ambos métodos, el

paciente mueve la mandíbula en movimientos excentricos partiendo de la posición más retruída. El ápice en el trazo es la relación céntrica, los dos lados del trazo son movimientos laterales límite. Las placas bases son unidas con yeso blanco para así poder transferir el registro al articulador.

REGISTROS FUNCIONALES.- El método más usado es el de la deglución basado en la filosofía de que el acto de deglución se realiza en relación céntrica.

Los métodos de registro interoclusales de la relación céntrica se hacen colocando un medio de registro entre las placas base, cuando la mandíbula está en relación céntrica, los materiales más comunes son yeso, cera ó modelina. El paciente se colocará en una posición súpina y el operador detrás de el paciente colocando su cabeza firmemente entre el brazo y el pecho usando los dos pulgares para mantener el rodillo inferior en su sitio y los demás dedos se colocarán a lo largo del borde inferior de la mandíbula con una presión hacia abajo de los pulgares y hacia arriba con los demás dedos, la mandíbula es manipulada hasta la posición de bisagra. Se observará la relación de los rodillos al cierre en relación céntrica se pueden colocar líneas verticales en los rodillos con una espátula como referencia del cierre correcto de la mandíbula. Estando el paciente familiarizado con el procedimiento es el momento de tomar la relación

céntrica. Se harán dos surcos en forma de "V" sobre la superficie oclusal del rodillo superior, en cada lado de la región de premolares y molares, aproximadamente con 3 mm. de profundidad, y 5 mm. de ancho, cada uno sirviendo de llave para la reposición del registro intraoclusal, fuera de la boca del rodillo inferior se reducirá 2 mm. aproximadamente de la región del primer molar hacia atrás, esta reducción le dará cierto espesor al yeso sin abrir la dimensión vertical de oclusión. Se lubricará la superficie oclusal del rodillo superior con vaselina, asegurando que el registro interocclusal quede en el rodillo inferior. Se colocan los rodillos en la boca, se mezcla el yeso a una consistencia que mantenga su forma cuando sea colocada sobre el rodillo con una espátula, se distribuirá el yeso de la superficie oclusal del rodillo inferior en la región de premolares y molares a una altura de 5 a 8 mm. cerciorándose que las placas base estén correctamente colocadas sobre los procesos residuales. Se le indicará al paciente que lleve la lengua lo más atrás posible, tocándose el paladar y cerrando como se le había indicado, manipulándose la mandíbula como ya se describió, se esperará que el yeso frague, para indicar al paciente que abra la boca cuidadosamente, retirando los rodillos con el registro interoclusal.

ARCO FACIAL DE TRANSFERENCIA.- Es utilizado para colocar el mo
delo superior en la misma relación con el eje de rotación del
articulador, como lo está el maxilar con la ATM, éste se usará
en aquellos articuladores que estén diseñados para aceptar un
arco facial.

Los Arcos Faciales de transferencia se dividen en dos grupos:

- 1) El Arco Facial de Transferencia Arbitrario.
- 2) El Arco Facial de Transferencia Cinemático.

Con el Arco Facial Arbitrario, el eje de rotación es aproxima
do a 13 mm. del meato auditivo externo, sobre una línea que va
ya del ángulo externo del ojo a la parte más superior del trag
us de la oreja.

Este método sitúa el eje de bisagra arbitrario dentro de 2 mm.
del verdadero eje de bisagra (Fish).

Con el arco facial de tipo del WHIP-MIX, se usa el meato auditi
vo externo como la posición, del eje de bisagra, esta posición
es posterior a los cóndilos, se compensa porque la inserción del
arco facial en el articulador es de 6 mm. anterior a los cón
di los.

El arco facial cinemático requiere de la localización del verdada

pero eje de bisagra por medio de movimientos de cierre de la mandíbula, cuando esta se encuentra en la posición terminal de bisagra. Se establece a continuación un plano de orientación para ambos métodos por medio de un tercer punto de referencia, esto es, puede ser el agujero infraorbitario ó el nasión.

Los métodos para hacer el registro con arco facial de transferencia difieren de acuerdo al tipo de articuladores, pero, la filosofía para su uso es la misma.

Registro con Arco Facial de Transferencia Hanau:

- 1) Se coloca una regla milimétrica en la cara del paciente, de la parte superior del tragus de la oreja al ángulo externo del ojo, se coloca un punto a lo largo de esta línea aproximadamente a 13 mm. del tragus de la oreja.
- 2) La horquilla de mordida se fija al rodillo superior por medio de un rodete de cera y se centra de acuerdo a la línea media del rodillo de oclusión.
- 3) El Arco Facial se coloca en la horquilla de mordida y las varillas milimétricas del arco facial se colocan de manera que toquen el punto que se colocó en la piel

del paciente el arco facial es manipulado de un lado a otro hasta que quede centrado.

- 4) Si se utiliza una varilla infraorbitaria, ésta se coloca y se fija, a continuación el arco facial con la placa base superior, es retirado cuidadosamente de la boca.

La línea media será el punto de encuentro entre los incisivos superiores ya que una desviación de ésta hará defectos estéticos. Para marcarla se pone uno frente al paciente, viendolo frontalmente, se pondrá un instrumento recto como la espátula apoyado en medio de la superficie anterior del rodillo superior y se hace una pequeña marca. Se observa si la marca ocupa correctamente la línea media, si es así se profundiza con un cuchillo, observándolo por detrás del paciente.

Líneas de los caninos.- Se le indica al paciente que ocluya con los labios en contacto sin contraer los músculos de la cara, se pone la espátula verticalmente, se toma la división en 2 partes iguales del ángulo, que se forma con el ala de la nariz y con el surco nasogeniano, siguiendo esta línea se marca el rodillo superior. Lo mismo se hace del lado contrario.

Estas marcas corresponden normalmente a las cúspides de los ca ninos ayudándose de la distancia entre ellas para saber el an cho de los dientes anteriores.

Montaje en el articulador - se comprobará que el articulador este completo y funcionando. A los modelos se les pone una ca pa delgada de vaselina lo mismo que a las partes del articulador que vayan a estar en contacto con el yeso. En caso de que sea necesario se les bajará la altura de los zocalos a los mo delos para que quepan entre las ramas del articulador, se colocarán los modelos en las placas de registro comprobando que calzan a fondo, en caso que contacten la placa ó el modelo antagonista fuera de las superficies oclusales, se corregirá desgando las placas de registro ó en su caso los bordes de los mo delos, se pondrán marcas de guía en los zocalos, si no se usa arco facial se marcará la línea media a lo largo de la base del modelo superior. Para poder centrarlo en el articulador se pegarán con cera las placas de registro a los modelos a lo largo de sus bordes. Se procederá a fijar los modelos en el articulador siguiendo las indicaciones, según el tipo de articulador que sea, pudiendo así valerse del arco facial en los articuladores que permitan su uso.

Selección de los dientes - El desdentado va a requerir del co nocimiento y la comprensión de numerosos factores físicos y

Biológicos, que se relacionan directamente con cada paciente. La selección de los dientes anteriores, en este tipo de dentadura bucodentosoportada, al haber obtenido los modelos de estudio antes de la reducción coronaria de los dientes pilares nos podrán servir como guía para la selección de tamaño, forma, color de los dientes artificiales. Al encontrarse en el rodillo superior, las líneas de los caninos marcadas nos servirán para tener una idea del ancho total de los seis dientes artificiales anteriores, se medirá con una regla flexible la distancia entre las marcas de la línea de los caninos considerando que ésta marca la cúspide del canino y la altura es aproximada al largo del rodillo que se le dio al sacar el plano horizontal. Se debe considerar también la elección del color de los dientes, que el matiz del color del diente armonice con la cara del paciente.

Selección de los dientes posteriores - estos se eligen de acuerdo con el color, el ancho vestibulolingual, el ancho mesiodistal total, la longitud y el tipo de acuerdo a la inclinación cuspídea y el material, debiendo concordar con el tamaño y forma del borde residual. La inclinación cuspídea de los dientes posteriores dependen del plano de oclusión elegido al caso. Encontrando

dientes posteriores fabricados con vertientes cuspídeas, que varían desde planos relativamente enpinados hasta casi planos. Los de uso más difundido son de 33° , 20° ó 0° , la inclinación cuspídea se medirá según el ángulo formado por la vertiente de la cúspide mesiovestibular del primer molar inferior con el plano horizontal. Los de 33° serán los más favorables para la oclusión completa balanceada. Sin embargo la altura cuspídea efectiva va a depender de la inclinación de los dientes y de la altura del plano oclusal y curva de compensación.

El establecimiento de una trayectoria incisal plana compatible con la estética, permite el logro de una oclusión balanceada con poca altura cuspídea de los dientes posteriores, reduciendo así las fuerzas laterales sobre los bordes residuales. Investigaciones señalan que los dientes anatómicos no causan mayores cambios en los tejidos de soporte ó en la incomodidad del paciente como otras formas de dientes. Los de 20° son de forma semi-anatómica y su dimensión vestibulolingual será más ancha que la correspondiente a los de 33° , los de 20° están provistos de menor altura cuspídea para realizar contactos en balance, posiciones excéntricas de los maxilares que el de 33° . Son aconsejables los de 0° , este tipo de dientes no anatómicos debe usar

se cuando se transfiere al articulador el registro de relación céntrica, sin tratar de establecer los registros de lateralidad y la articulación balanceada de arco cruzado siendo también efectivos cuando es difícil ó imposible registrar con exactitud la relación céntrica del paciente ó cuando hay relaciones anormales entre los maxilares.

Seleccionados los dientes se procederá a su colocación en los rodillos para proceder a la prueba de la prótesis.

Balanceo de la Dentadura. - Montados los modelos en relación céntrica, estando los dientes de la prótesis articulados, en esa posición estará su oclusión central en relación céntrica en el articulador y en la boca. Si todos los dientes entran en contacto simultáneamente será la oclusión balanceada esencial en prótesis total. La articulación protésica balanceada es el equilibrio del tripode; el arco dental protésico debe tener un mínimo de 3 puntos de contacto con el antagonista: 2 laterales a ambos lados y uno anterior.

LEYES DE HAWAU - Tratan sobre la articulación balanceada que regula el juego de los principales factores cuya armonía mantiene el balanceo de la articulación: trayectorias condileas sagitales, entrecruzamiento incisivo, altura de las cúspides, curva de com

pensación y plano de orientación.

La trayectoria condilar sagital es anatómica, está en el articulator si es arbitraria y por registro si es adaptable teniendo que acondicionar la articulación de los dientes a las trayectorias condilares existentes.

La trayectoria incisiva es la tercera guía de los movimientos del articulador, no existe en el paciente y debe determinarse. La altura cuspídea esta relacionada con los dientes comerciales.

CURVA DE COMPENSACION - Elemento de guía de la articulación dentaria anterior, es la resultante que facilita el balance de la articulación al permitir compensar la falta de altura cuspídea, especialmente al usar dientes planos, estarán los primeros molares más o menos a media distancia de la plataforma incisiva y condilea del articulador y progresivamente preponderante hacia adelante y los segundos molares hacia atrás.

La plataforma incisal se ajustará en sentido sagital, si los rebordes residuales son buenos 20° , medianos 10° , y muy atrofiados (según algunos autores, pero lo mejor es dejarle a 0°) terminando los dientes de articular en los modelos, se procede a hacer la prueba, que es el control clínico de lo efectuado en materia de cierre, articulación y estética, ya lista se procesará en el laboratorio.

LABORATORIO - Como se ha dicho, la forma de las superficies pulidas de la prótesis, influye sobre su cualidad retentiva, además, tiene que ver con los valores estéticos de la misma. Las superficies de cera alrededor de los dientes se conocen como porciones artísticas de la superficie pulida, y por razones estéticas deben imitar la forma de los tejidos alrededor de los dientes naturales.

Todo tipo de festoneado artificial ó elaborado está fuera de lugar. Es necesario realizar una ligera proyección radicular para seguir cada uno de los dientes. La parte superior de la superficie pulida se conoce como la porción anatómica y se la modelará de manera tal que no se pierda nada del ancho original de los bordes de la impresión. Se admite un ligero exceso para proveer la pérdida de material durante el pulido.

Se modelará en tal forma la anatomía de las bases protéticas entre los dientes y en los bordes de la prótesis, que ayuden a la retención mediante las fuerzas direccionales mecánicas de los músculos y tejidos. En general, es favorable dar plenitud a las caras vestibulares de las prótesis superior e inferior, pero no en la superficie palatina de la prótesis superior, donde es preciso dar una mayor amplitud para los movimientos de la lengua. El habla del paciente se verá dificultada a menos que se le de al paladar forma semejante a la que tenía antes

de haberse perdido los dientes naturales.

El espesor de la parte palatina de la base varia de acuerdo con la cantidad de hueso perdido del reborde residual. El flanco lingual de la prótesis inferior tendrá el menor volumen posible excepto en el borde, que debe ser bastante grueso. Este espesor está bajo la porción más estrecha de la lengua y aumenta considerablemente el sellado al contactar con el repliegue mucolingual.

Un exceso de cera, de base, se agrega a las superficies vestibulares de las prótesis de prueba superior e inferior. La cera se recorta hasta el borde externo de la periferia del modelo, y después la punta más pequeña de una espátula se coloca en un ángulo de 45° , con la superficie del modelo para cortar la línea gingival. Hay una tendencia generalizada a cortar esta línea muy recta de un espacio interproximal a otro y no dejar suficiente cera en los espacios. Es conveniente dejar un exceso de cera a lo largo de la línea gingival en este momento y recortarlo cuando se haga el examen general del encerado terminado. Se hacen marcas triangulares para indicar la longitud y posición de las raíces, recordando que la raíz del canino superior es la más larga y que la del lateral es la más corta; el central es de una longitud intermedia entre los dos. En la prótesis inferior, la raíz del canino es la más larga, la del

incisivo central es la más corta y la del incisivo lateral es de longitud intermedia. Se raspa la cera entre las marcas de los espacios triangulares con lo cual la forma de las raíces comienza a insinuarse. Estos esbozos agudos y rugosos de las raíces se redondean con un raspador grande y con la espátula. No se las acentuará demasiado. La superficie lingual de la prótesis inferior se hace ligeramente concava sin que la cavidad se extienda debajo de la superficie lingual de los dientes. Una proyección del diente más allá de la superficie pulida actúa como un socavado en el cual se deslizará la lengua del paciente, causando el aflojamiento de la prótesis.

La superficie palatina de la prótesis superior se encerará hasta una superficie casi uniforme de 2.5 mm. al alisarse y pulirse la resina curada el paladar será tan fino como sea factible y, sin embargo, suficientemente grueso para que sea resistente. El festoneado lingual completa aquella parte de la superficie lingual del diente que no se reproduce en dientes artificiales. Se agrega cera y se la modela del lado lingual del diente artificial para imitar el contorno lingual de cada diente.

RESINAS ACRILICAS - El material que con mayor frecuencia se usa en la confección de las bases prótesicas es el polimetilmetacrilato (PMMA) comunmente denominado resina acrílica. El PMMA es

modificado mediante el agregado de monómeros en cadenas cruzadas que aumentan la resistencia al resquebrajamiento y la rigidez. Se agrega pigmento para colorear. El PMMA es un polímero sólido que se compone de cadenas largas rectas, de unidades moleculares de metil metacrilato. El metil metacrilato es un monómero líquido. Las resinas para bases protéticas son presentadas en forma de un monómero líquido y de un polímero en polvo. El líquido humedece el polvo y forma una pasta cuando endurece.

Hay dos formas de polimerizar ó endurecer la resina, el curado químico difiere unicamente en que el activador del líquido ataca el iniciador al ponerse en contacto el polvo con este.

Bases protéticas Metálicas - Las bases protéticas metálicas se hacen de numerosos materiales diferentes tales como oro, manganeso, aluminio, platino, aleaciones de cromo-cobalto y acero inoxidable.

Las ventajas de las bases protéticas metálicas principalmente son las siguientes:

1. Mayor conductividad térmica comparada con la de las resinas.
2. Mayor tolerancia de los tejidos a causa de una superficie

menos irritante y un aumento de estimulación por calor y frío.

3. Reducción de volumen palatino, factor importante para el paciente, puesto que se crea más espacio para la lengua.
4. Mayor exactitud de adaptación de la base protética a la mucosa de la superficie de asiento.
5. Mayor peso que aumenta la estabilidad de las prótesis inferiores.

Algunas de las desventajas de las bases metálicas son:

1. Mayor costo inicial y mayor costo de reparación.
2. Dificultad y costo elevado de rebasado y del reajuste oclusal de la prótesis metálica.
3. Menor margen admisible de error en el sellado palatino posterior en una prótesis metálica.

Formación y preparación del molde - Una vez enceradas las prótesis de prueba, se las prepara para la inclusión en mufla. Se usa una mufla eyectora de Hanau para facilitar el retiro de la prótesis después del curado sin riesgos de fractura.

La prótesis encerada se prueba en la mufla para determinar su altura en relación con la altura de la parte inferior de la mufla. Se coloca en su posición la parte superior de la mufla. Si los dientes estuvieran muy altos, se reduce la base del modelo dejándola más fina. El borde del modelo debe estar al mismo nivel de la parte inferior de la mufla para evitar una posible fractura del modelo al separarse más adelante las dos mitades de la mufla.

Es probable que los extremos distales del modelo inferior queden muy elevados respecto al resto del modelo y se extiendan cerca del ángulo posterior de la mufla. Esta condición hace que los extremos distales del modelo estén en un ángulo agudo respecto del borde de la mufla.

Se coloca una mezcla de yeso piedra en la parte inferior de la mufla y se ubica el modelo, que previamente se pincelo con medio separador, sobre el yeso hasta que el borde de el modelo este practicamente en el mismo nivel con el borde superior de la mufla. Se nivela y se alisa el yeso entre el borde del modelo y el borde de la mufla.

Después de aplicarse un medio separador al yeso expuesto de la mufla, se recubre con una película de yeso piedra de 2 a 4 mm.

de espesor alrededor de las superficies vestibulares de las dos prótesis de cera, en la superficie lingual de la prótesis de ce
ra inferior, y en la superficie palatina de la superior. La parte superior de la capa de yeso estará a 2 ó 3 mm. por debajo del plano oclusal de los dientes. Se practican ranuras en forma de "V" en estas coberturas, de modo que se separen con la contra
mufla.

Se aplica un medio separador sobre las superficies expuestas del yeso, y se coloca en su posición la con
tramufla ó la parte supe
rior de la mufla. Después, se vierte una mezcla de yeso piedra hasta el nivel de los bordes incisales de los dientes anteriores. El yeso expuesto se pinta con separador, se termina de llenar la mufla de yeso piedra, se coloca la tapa de la mufla.

La mufla se coloca en agua hirviendo y se le deja de 4 a 6 minu
tos, de acuerdo con el tamaño de la misma. Se la saca del agua caliente y se abre del lado contrario al mayor socavado del mode
lo. Una vez abierta la mufla, con un chorro de agua hirviendo, se eliminan los restos de la cera que puedan haber quedado. Conviene poner en el agua algunas gotas de detergente y luego la
var con agua caliente limpia. No se utilizan solventes, tales como el cloroformo, por su efecto sobre la resina acrílica.

Se espera hasta que se seque el yeso, pero que todavía este caliente, se pinta la parte interna de la mufla con separador con un pincelito de pelo de camello. El separador no debe ponerse en contacto con los dientes ni inundar el molde. Se le deja que se seque, y se pinta una segunda capa en el interior de la mufla.

Se enfría la mufla a la temperatura ambiente.

CARGADO O ENPAQUETADO DE LA MUFLA.- Se le dará al material la forma de un cigarro después de haberse mezclado el polvo (polímero) y el líquido (monómero) y adquirido este la consistencia adecuada. El rollo se coloca entre dos hojas de papel de separar y se le da un espesor de medio centímetro ó algo más y se cortan trozos del largo aproximado de los flancos y del paladar. Los trozos se colocan alrededor de las superficies vestibular y palatina del molde superior, y alrededor de las vestibular y lingual del molde inferior. Se cierra la mufla colocada en una prensa, con un trozo de papel de separar entre las dos mitades, hasta que casi se aproximen. Después se abre la mufla, se recorta el exceso de resina exactamente hasta el borde de la prótesis, y se agrega resina en todos los sitios que resultaran deficientes. Este procedimiento de prensado se repite hasta que el molde este lleno con poco exceso de resina. Entonces, se cierra definitivamente la mufla sin el

papel separador. La más ligera discrepancia en el cierre de las dos mitades de la mufla causará un error en la oclusión.

La mufla se trasfiere a una brida con resorte. Después de una espera de 30 a 60 minutos para dejar que el líquido penetre bien en el polvo, la mufla y la brida se colocan en la unidad de curado. La prótesis se polimeriza durante 9 hrs. en agua a temperatura constante de 70°C (165°F), ó mediante cualquier otro procedimiento de curado. Se deja que la mufla se enfríe espontáneamente a temperatura ambiente.

CONSERVACION DE LAS RELACIONES DE ORIENTACION.- Se termina el desmuflado y se deja las prótesis sobre los modelos. Los modelos con las prótesis se reubican en los montajes del articulador, y se observan los cambios que hubo por polimerización, generalmente, no se les corrige en este momento.

El modelo superior se ubica en el miembro superior del articulador, y se toma registro de su relación con el articulador con yeso paris sobre la guía de remontaje.

Se coloca yeso de fraguado rápido sobre la guía, los dientes superiores se cierran sobre este yeso blando mientras el modelo superior esta en su posición prefijada en el yeso de monta

je en el miembro superior del articulador. Se deja que frague el yeso sobre la guía.

DEBRASTADO Y PULIDO DE LAS BASES DE RESINA CURADAS.- Las prótesis se separan de los modelos de yeso piedra. La rebaba y sobrantes de las bases se recortan con limas, raspadas y piedras. Las rebabas alrededor de la línea gingival de los dientes se cortan mediante fresas y cinceles hasta obtener la forma que se deseé. Cualquier dificultad que se encontrará al pulir las prótesis se debe a su preparación inadecuada por el pulido. Con fresas, piedras, cinceles y raspadores filosos se modela la superficie hasta que este lisa y limpia.

No deben quedar trozos de yeso ni rayas profundas después de la preparación para el pulido. Para terminar la porción palatina de la prótesis superior se utiliza una rueda de tela y conos de fieltro con polvo de pómez. Un cepillo negro de hilera negra única y una rueda de tela, de más ó menos 1 cm. de ancho, se usan con pómez para alisar las superficies vestibulares de la prótesis sin destruir su forma. Un pulido de terminación de alto brillo se da a todas las superficies con rueda de tela y material de pulido (tripole, oxidome, zinc y agua, o shure shine) sin que sea demasiado brillo pues se desgasta al sellado de las bases.

REMONTAJE EN EL ARTICULADOR.- El remontaje de los modelos es un sistema exacto, conveniente, y que ahorra tiempo de reorientación de las prótesis completas en el articulador, para su corrección oclusal. Todas las superficies socavadas de la porción tisular de las prótesis se llena con papel mojado, motorite, ó pomez mojado. Los modelos de remontaje se vacían en las prótesis con yeso de fraguado rápido ó con yeso piedra. Una vez fraguado el yeso, el exceso se recorta hasta los bordes, y se retiran las prótesis de los modelos de remontaje. Se quita el material de relleno de las zonas de socavado, y se limpian las prótesis. Se examinan los modelos para comprobar que las impresiones que dejaron los bordes no tengan más de 1 mm. de profundidad. Su profundidad excesiva dificulta la colocación de las prótesis, cada vez que se las quite, recolóque en el articulador.

COLOCACION.- No suele entrañar dificultad si no hay errores mayores. Se debe examinar cada prótesis minuciosamente en su forma general, en sus bordes, superficie de asiento, dientes, bordes gingivales, superficie pulida y que todo este bien.

Para colocarla, ya listo el paciente, la prótesis superior entrada ira a su sitio.

ADAPTACION.- La prueba de soporte con una pasta reveladora ayuda a localizar los defectos de adaptación se extiende material sobre la zona sospechosa y se lleva la prótesis a su lugar bajo presión manual para evitar la acción de posibles cúspides de flectivas, se retirará con cuidado para evitar frotos y el punto de presión queda a la vista por desaparición de la pasta y se corrige con piedra ó fresa al tamaño adecuado.

RETENCION.- Estando en su sitio se tracciona suavemente para comprobar si ofrece retención activa, una presión discreta sobre los incisivos informa sobre la efectividad del Postdam.

PROTESIS INFERIOR.- Retirada la superior se coloca la inferior. La retención en la prótesis inferior es más escasa en una amplia abertura bucal, se enseña al paciente a mantener la prótesis en posición dejando que la lengua se apoye en ella, el soporte se prueba por presión a uno y otro lado, no debe vascular. Hecho el examen individual de cada prótesis se colocan las 2 y se hace cerrar la boca. Si la técnica es correcta las 2 prótesis inferior y superior intercuspidean en oclusión céntrica.

Observando si no hay defectos en oclusión céntrica que sean graves para requerir nuevos registros ó la repetición de la prótesis, ó si se pueden corregir de inmediato con ayuda de papel

de articular con desgaste selectivo, se debe observar que la prótesis se adapte a los dientes pilares y que no cause problemas en los tejidos adyacentes a estos, provocando una irritación gingival; la causa de estos factores es: Movimiento de la base protética más evidente en la inferior, con la formación de un factor de carga en los márgenes gingivales que rodean los dientes pilares que conducen a la formación de ángulos muertos que es una fuente potencial de inflamación.

CUIDADOS DE LA DENTADURA.- El paciente debe saber que sus prótesis sufren desgastes y no son irrompibles, debe mantenerlas en buen estado higiénico. El paciente debe limpiar su dentadura por medio de una limpieza química y mecánica.

Es aconsejable el uso nocturno de las prótesis durante los primeros días para más rápido acostumbramiento, fuera de esto se aconseja eliminar la prótesis en la noche para que descanse la mucosa, guardándolas en una caja ó en su caso en una solución antiséptica débil y enjuagandola muy bien antes de ponerla. Debe tener especial cuidado de una buena limpieza mecánica de la prótesis en la zona donde es el apoyo mucodental con la base para evitar que cause problemas parodontales.

CUIDADOS DEL PACIENTE .- Las prótesis debe usarlas todo el tiempo, leer en voz alta procurando separar las sílabas, usar la prótesis durante la noche en el período de acostumb^{ramiento}, y sólo durante este período, lavarlas y tener higiene bucal buena después de cada comida prestando atención a la zona de los dientes pilares. Regrese periódicamente a las citas de control

B I B L I O G R A F I A

- BOUCHER, HICKEY, ZARB
PGS. 519, 446, 456, 309, 311, 315
320, 324 - 326, 333, 344, 345, 310
- P. ZAIZAR
PGS. 270, 273, 344, 347, 370
413 - 417, 435 - 437, 168
- REY SAAVEDRA, PLATA, MARTINEZ R.
PGS. 50, 52 V.5 N.22
- REY, PLATA, SAAVEDRA, MARTINEZ R.
F.O. PGS. 40-43 V.6 N.24 1979
- REY, PLATA, SAAVEDRA, MARTINEZ R.
F.O. PGS. 14-16, V.7 N.25 1979
- REY, SAAVEDRA
SUA, FC, UNAN 1979
PGS. 20, 27, 29 - 31, 34, 35, 37,
46 - 50, 52, 54, 56 - 58
- PROTESIS PARA DESDENTADO TOTAL
ED. MUNDI 7 - ED. 1977
- PROSTODONCIA TOTAL
ED. MUNDI 1972
- IMPRESIONES F.O.
1978
- IMPRESIONES PRIMARIAS EN
PROSTODONCIA TOTAL
- IMPRESIONES SECUNDARIAS EN
PROSTODONCIA TOTAL
- REGISTROS DE RELACIONES
INTERMAXILARES
PROSTODONCIA TOTAL NUCLEO
III

CONCLUSIONES

Después de realizado este trabajo de las prótesis completas dentosoportadas, vemos que hay un mayor número de ventajas como; la menor pérdida de hueso del reborde, la respuesta de los propioceptores es favorable, una retención mejor, etc.....

Todo esto al lograr mantener dentro de la cavidad bucal los dientes en buen estado y por medio de la reducción de la corona para permitir que no exista mucha interferencia al colocar la prótesis.



Impresiones Lupita

MEDICINA No. 25

FRACC. COPILCO UNIVERSIDAD
CIUDAD UNIVERSITARIA, D. F.

TEL. 548-48-78