



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**SISTEMATIZACION PARA LA ELABORACION
DE LA PROSTODONCIA TOTAL.**

TESIS PROFESIONAL

**Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA**

p r e s e n t a

GUSTAVO ALONSO VILLARREAL VAZQUEZ

MEXICO, D. F.

1983



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.

INDICE

INTRODUCCION	1
------------------------	---

CAPITULO PRIMERO

1 HISTORIA CLINICA	3
1.1. FICHA DE IDENTIFICACION	3
1.2 INTERROGATORIO DE APARATOS Y SISTEMAS.	4
1.3 EXAMENES.	6

CAPITULO SEGUNDO

2 IMPRESIONES.	22
2.1 IMPRESION ANATOMICA	24
2.2 IMPRESION ANATOMICA SUPERIOR CON ALGINATO	26
2.3 IMPRESION ANATOMICA INFERIOR CON MODELINA	32
2.4 IMPRESION FISIOLOGICA	36

CAPITULO TERCERO

3 RELACIONES INTERMAXILARES	42
3.1 RELACION VERTICAL	43
3.2 RELACION HORIZONTAL	44

CAPITULO CUARTO

4 ARTICULACION DE DIENTES	46
4.1 SELECCION DE DIENTES	46
4.2 COLOCACION DE DIENTES ANTERIORES	47
4.3 COLOCACION DE DIENTES POSTERIORES	49

CAPITULO QUINTO

5 PROCESO EN LABORATORIO	54
5.1 ENCERADO	54
5.2 RECUBRIMIENTO	55
5.3 SEPARACION DE CERA	56
5.4 TERMINADO	58

CAPITULO SEXTO

6	CUIDADOS POSTOPERATORIOS	60
6.1	MOLESTIAS COMUNES	61
6.2	MOLESTIAS NO COMUNES	64

CAPITULO SEPTIMO

7	CONCLUSIONES	69
---	------------------------	----

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

Nos proponemos desarrollar en este trabajo el proceso a seguir en el tratamiento protesico en pacientes adéntulos.

La principal motivación en esta investigación tiene su origen en el reconocimiento de uno de los más importantes problemas de salud oral de la población de nuestro país. Los padecimientos de la cavidad oral de la mayoría de los pacientes, que los dentistas de este país debemos resolver son las enfermedades parodontales y las caries; la desatención a estos padecimientos provoca la existencia de una gran masa de desdentados que requieren tratamientos bastantes delicados para rehabilitar su función masticatoria e impedir que su vida productiva se vea afectada por los padecimientos colaterales a ésta afección.

Como es sabido la Prostodoncia es la rama de la Odontología encargada de el reemplazo de las piezas perdidas por medio de piezas artificiales.

Reconocemos que la principal orientación de nuestra profesión debe ser la prevención de los problemas de la cavidad oral, más que el tratamiento protésico. El criterio a seguir en la actualidad por los odontólogos, es trabajar para evitar que aparezcan las enfermedades bucales, más que su propio tratamiento aunque esto no debe llegar a pensar que podemos prescindir de la Prostodoncia.

La función del personal medico en las sociedades modernas es contribuir a la elevación del nivel de esperanza de vida de la población, y más particularmente a elevar el período de vida productivo de los individuos.

Uno de los grandes meritos de la medicina social en los últimos años ha sido precisamente el lograr satisfactoriamente este objetivo.

En nuestra profesión la odontología preventiva ha contribuido en forma destacada al mejoramiento de las condiciones de salud de la población -- económicamente activa y de las nuevas generaciones, que hoy día están menos propensas a las pérdidas de piezas que las generaciones anteriores.

HISTORIA CLINICA

Para llegar hacer un tratamiento adecuado a un paciente, requerimos de una organización sistematizada que ayude a valorar individualmente cada caso, ya que, si bien es cierto, cada paciente es diferente; psicológicamente, biológicamente; por lo mismo, la cavidad oral desdentada presenta características peculiares y distintas de cualquier otra cavidad oral, en el mundo.

Las necesidades de cada paciente deberán ser específicas y diferentes y estas abarcan una amplia gama de formas de tratamiento.

FICHA DE IDENTIFICACION

En una historia clinica completa se anotan los siguientes datos: sexo, edad, raza, estado civil, ocupación, dirección. Esta información ayuda a sistematizar el exámen para el plan de tratamiento.

Generalmente los pacientes juvenes se adptan a la protesis total con más facilidad que los adultos; los hombres trabaja más que las mujeres en algunos casos, la diferencia racial no tiene demasiada importancia pero la ocupación sí significa consideración para el tratamiento, ejemplificando; si un hombre trabaja en alguna dirección a su cargo sometido a muchas tensiones, podrá mostrar tendencias bruxistas a un obrero que labora en una fábrica en la que abunde el polvo abrasivo, sufrirá desgaste de sus dientes rapidamente. El conocimiento de los niveles socioeconómicos y educacionales también contribuirá a un buen diagnóstico en el aspecto de la comunicación operador paciente.

INTERROGATORIO DE APARATOS Y SISTEMAS

La importancia de saber si el paciente presenta o padece alguna enfermedad sistémica como por ejemplo, diabetes, discrasias sanguíneas o avitaminosis, es debido a que afectan la respuesta de la mucosa a las presiones de la dentadura y se considera conveniente posponer el tratamiento hasta por lo menos las fases agudas de estas enfermedades estén -- controladas.

En las alteraciones hormonales como la acromegalia el paciente requiere un cuidado especial ya que con frecuencia se harán ajustes a su prótesis total.

En el hipertiroidismo se puede manifestar en la cavidad oral reduciendo el flujo de saliva o quizá produciendo inflamación de la mucosa.

El hipertiroidismo puede causar un aumento de resorción alveolar, la diabetes puede disminuir el flujo de saliva y aumentar la resorción alveolar, y perjudicar la curación de las úlceras de las mucosas, la deficiencia de vitaminas o avitaminosis en pacientes adultos tiende a -- disminuir las defensas de las mucosas por lo cual pueden existir enfermedades infecciosas del tipo virulentas. Por ejemplo, la deficiencia de vit k pudierase manifestar en púrpura en la mucosa oral, de vitamina B sería la quelosis angular, de vit A puede dar como resultado la hiperqueratosis.

En las enfermedades infecciosas, la artritis puede afectar a la articulación temporomandibular en donde las relaciones de la mandíbula con-

el maxilar sean difíciles de obtener. Muchas de las enfermedades infecciosas sistémicas se manifiestan en la cavidad oral, una mucosa anormal puede deberse a la tuberculosis, sífilis, difteria, sarampión, escarlatina, etc. Las enfermedades locales, como la estomatitis aftosa, deberán tratarse antes de iniciar el tratamiento protésico.

E X A M E N E S

Examen de la cara; es muy importante para un buen diagnóstico en el -- perfil se puede mostrar una disminución o un aumento de la dimensión -- vertical, las relaciones horizontales de la clase II y III de ANGLE -- son evidentes a menudo si se ve al paciente de perfil. De estas obser-- vaciones, el dentista puede apreciar las dificultades del tratamiento y las posibilidades de éxito en la prótesis.

Examen Radiográfico; para tener un diagnóstico completo y exacto debe-- remos de llevar a cabo un examen radiográfico oral, este será para pa-- cientes desdentados o no. Aproximadamente una tercer parte de las bo-- cas desdentadas han retenidos restos radiculares, impactados, cuerpos extraños o alguna evidencia de lesiones que exigirán la biopsia o in-- formación sobre la hiperostosis, anquilosis, proximidad de las fo-- sas nasales, tamaño de los senos maxilares, trayectoria del conducto -- dentario inferior y altura de los agujeros mentonianos las radiografías deben tenerse a mano en cualquier momento del examen oral, muchos de los signos de un examen será apoyados por los mismos.

Examen oral: este se deberá hacer sistemáticamente. El método del examen será visual o digital este proporciona una valiosa información para el -- diagnóstico.

La fase inicial del examen debe incluir una completa revisión de todas -- las membranas mucosas de la cavidad oral y faríngea que se puedan obser-- var; la búsqueda ira dirigida a descubrir anomalías de color, tejido

contorno o continuidad que se puedan presentar como manifestaciones de la enfermedad. Tiene especial importancia el suelo de la boca de la lengua; estas zonas, mas difíciles de observar han demostrado tener una incidencia mas elevada de cancer que la mayor parte de las áreas que son examinadas. Por las mismas causas esta indicado un examen digital cuidadoso.

Asiento de la base: cuanto mas amplio es el arco mayor area superficial podrá ser cubierta y mayor será la posibilidad de retención y estabilidad. Además el tamaño del arco permite apreciar rapidamente el tamaño de los dientes que se requieren. Si el tamaño de la cara y el arco no son armonicos, es difícil obtener resultados esteticos favorables. Si el arco es pequeño con relación al tamaño de la cabeza y los musculos masticadores estan bien desarrollados y son poderosos, las exigencias funcionales de la protesis pueden causar pronto daños en los tejidos.

Los rebordes bajos en el asiento de base pueden causar problemas en la retención de la dentadura o en la inserción, por lo cual deben ser evaluados con relación al tamaño, número, forma, lugar, densidad de la mucosa y la estabilidad anticipada de la protesis. Los rebordes bajos grandes, agudos o contrarios ó convexos presentan mayores problemas. Los rebordes contrarios o bajos generalmente se tendrán que arreglar la cirugía.

En ocasiones inserciones del milohioideo no necesitaran el tratamiento quirurgico si se usa un espacio de inserción posterior para asentar la protesis.

La relación del arco puede ser normal, lo cual indicara un pronostico-favorable, o puede que haya una protusión mandibular o una protusión maxilar, disminuyendo las posibilidades de éxito.

La protusión maxilar es la circunstancia menos favorable; a menudo se encuentran relaciones de mordida cruzada extrema; el área de contacto-oclusal en las regiones molar y premolar esta disminuida y la mandibula frecuentemente busca mayor espacio para el movimiento y a menudo impide movimientos prafuncionales complicados.

La protusión mandibular incita a la rápida lesión en el tejido del reborde anterior maxilar; la tensión de las fuerzas funcionales tiende a concentrarse en esta zona. Esto es cierto cuando la dentadura maxilar es opuesta a una dentición natural mandibular o una dentadura parcial-inferior que sustituye solo los molares y premolares la retención de la protesis completa puede llegar pronto a constituir un problema, y se encuentra a menudo una verdadera dificultad si el reborde maxilar es escaso o si la capacidad de adaptación del paciente para llevar la protesis es inadecuada.

La forma de la boveda afecta a la retención de la dentadura maxilar. Una boveda plana resiste el desplazamiento vertical utilizando menor -

las fuerzas de adherencia y cohesión que son consecuencia de la superficie de contacto casi paralela entre la prótesis y la mucosa; pero -- proporciona poca resistencia al desplazamiento lateral en una boveda-- muy arqueada, el contacto entre la dentadura y la mucosa soportan una relación más vertical y, por lo tanto, resiste bien los esfuerzos laterales. Las fuerzas laterales tienden a desajustar fácilmente la prótesis completa.

Una boveda redondeada o en forma de V en la que tiene el pronóstico -- mas favorable, ya que soporta el desplazamiento lateral y vertical -- hasta su grado máximo.

Un torus maxilar en cualquier forma de boveda puede crear problemas -- de resistencia en el tejido de presión de la prótesis completa. Estos problemas son corregidos fácilmente durante la impresión y en las fases de tratamiento y ajuste. El tejido que cubre un torus es normalmente fino y no se desplaza raras veces es necesario extraer un torus maxilar pero en ocasiones se puede ver un torus que ha sido extirpado quirúrgicamente a causa de sus grandes traumatismos y lesiones.

Las tuberrosidades ofrecen la mejores oportunidades de éxito, permitiendo una protección amplia del área y proporcionando unas superficies buenas de soporte. Sin embargo, pueden presentar cierto número de problemas; usurpación en la distancia del entreborde; frenillos bajos -- grandes o contrarios, y, ocasionalmente superficies de soporte inesta

bles y oscilatorias. Cuando hay frenillos bajos expuestos, uno en la superficie lateral de cada tuberosidad tienen que ser extirpados. Si el declive labial del reborde anterior también presenta frenillos bajos, normalmente es más conservador quitar los frenillos expuestos en las tuberosidades. El reborde anterior está expuesto con mayor frecuencia a situaciones de hipertensión que las tuberosidades; por eso debería ser conservado el soporte óseo del reborde anterior. Los frenillos de la tuberosidad unilateral, si son grande a menudo deben ser reducidos. Una extensión correcta del reborde de la prótesis sobre el frenillo, con frecuencia encontrara resistencia en la opofisis coronaria en el movimiento lateral moderado de la mandíbula hacia el lado contrario causando desplazamiento de la dentadura o daño en el tejido.

Las tuberosidades maxilares a menudo se extienden inferiormente al ocluir con el tercer molar y las zonas retromolares de la mandíbula. Usualmente la tuberosidad maxilar es tratada con cirugía. Sin embargo, en alguna ocasiones, los senos maxilares se extienden profundamente dentro de la tuberosidad y complican la solución quirúrgica del problema. Raras veces ambas dentaduras no se extienden en toda el área de soporte, dando una solución práctica al problema. Cuando el área de soporte no se amplía anteriormente más allá del camino retromolar y este último está compuesto de una capa gruesa de tejido blando, fúctil y fácilmente desplazable, la prótesis mandibular no necesita cubrir la zo-

na retromolar, pero se extiende lo suficiente para terminar en los límites anteriores del tejido desplazable. En ocasiones, las tuberosidades maxilares están formadas por tejido fibroso que cuelga; este debe ser extirpado mediante la cirugía, ya que contribuye a un excesivo movimiento vertical y horizontal, comprometiendo seriamente la estabilidad de la dentadura.

La distancia entre rebordes resulta a veces difícil de determinar durante la fase inicial del diagnóstico y se aprecia con más exactitud después que los modelos hayan sido montados correctamente en el articulador. Deberá hacerse una prueba rápida, ya que es un elemento básico para el pronóstico.

El paciente tiene las mandíbulas cerradas y abre los labios cuidadosamente para comprobar esta distancia. Este procedimiento no siempre resulta factible, ya que el paciente a menudo cambia la relación cuando los labios están separados. Es conveniente que el dentista coloque el dedo pulgar debajo de la barbilla del paciente durante el examen para recordarle que no mueva la mandíbula.

La distancia entre rebordes, a causa de que cambia con frecuencia, debe ser examinada alrededor del arco completo. En ese momento la determinación más urgente que se debe adoptar es comprobar si hay suficiente distancia entre los mismos: cuando no la haya se tiene que obtener quirúrgicamente.

Una distancia entre rebordes pequeña, en contraste con una distancia grande entre los mismos, aumenta la retención y la estabilidad. La retención se incrementa a causa de la lengua, que pone en contacto la su superficies palatinas y linguales de las protesis, rellena la cavidad oral mas perfectamente, consiguiendo un cierre excelente. La estabilidad aumenta ya que las superficies actuales de los dientes se hallan junto al reborde minimizando la inclinación indeseable y las fuerzas de la lengua. Una distancia entre rebordes pequeña, causa algunos problemas a la hora de colocar los dientes. Una distancia grande entre los rebordes, cuando obedece a una gran resorción, también representa una amenaza para la retención y la estabilidad.

El borde posterior de la protesis del maxilar es el mas debil de todos los bordes del maxilar, causando mayores problemas para mantener el cierre durante la función. Su superficie palatinada es el único borde de la dentadura maxilar, sin la ventaja potencial de un contacto de tejido blando continuo.

Las muchas funciones de la lengua solo permiten un rápido e intermitente contacto con ese borde. El cierre palatino posterior, que debe hacerse con cuidado, esta localizado en esta zona. Estos limites del borde posterior no estan tan bien definidos como los otros bordes del maxilar. Frecuentemente se halla localizado inadecuadamente, si tenemos en cuenta las molestias de los pacientes.

Zona de cierre palatino posterior cuando es ancha es mas favorable por que se puede colocar un cierre sustancial. La anchura del cierre palatino posterior viene determinada por el grado de movimiento vertical del paladar blando. Cuanto menos movimiento, mas cierre palatino posterior. La anchura del cierre palatino posterior resulta mas aparente en la línea media.

La forma del reborde definitivamente afecta la retención y la estabilidad. La mas favorable es la forma de U. Su altura resiste, el desplazamiento lateral y el paralelismo de sus lados mantiene el cierre en una considerable distancia para resistir el desplazamiento vertical.

Los rebordes planos y lisos dan poca estabilidad lateral mientras que la anchura del reborde es importante para un resultado favorable.

Los rebordes en forma de V consiguen poca resistencia para el desplazamiento vertical, ya que el cierre puede romperse en todas las zonas simultaneamente.

El reborde afilado como un "cuchillo" ofrece el peor pronostico. Su cresta y sus lados ofrecen su superficie deficiente de soporte, disminuyendo el asiento de base utilizable. Usualmente, la mayor parte de la altura del reborde esta compuesta de tejidos fibrosos, que son facilmente desplazados. El tratamiento quirurgico es aconsejable.

Las espiculas oseas, afiladas en el reborde residual, presentan muchas variaciones de tamaño, agudeza, localización y número, todas son inde-

seables como origen potencial de daños al tejido y de crear incomodidad para el paciente. Es necesario palpar la mucosa y el reborde residual - subyacente para valorar la respuesta del paciente a las espículas óseas y, además, es útil para localizar las oclusas que no se descubren en un examen visual.

La mucosa que soporta la prótesis debe ser examinada para determinar su espesor. Una mucosa con un espesor medio y una elasticidad uniforme --- ofrece el pronóstico más favorable. Si se detecta las ulceraciones y la incomodidad aparecerán fácilmente en las zonas del asiento de base, pudiendo surgir problemas en el cierre palatino posterior con el cual es menos favorable la retención. Si la mucosa palatina es excesivamente gruesa, la estabilidad --- será más problemática en la retención. Como las fuerzas funcionales son aplicadas, a la dentadura esta se moverá con la mucosa resbaladiza, y la tolerancia del tejido en la periferia de la --- dentadura se verá amenazada. Las relaciones intermaxilares serán más difíciles de conseguir, y el cierre se efectuara mejor con una forma de --- dientes no anatómica o planos.

No es conveniente que la mucosa de apoyo tenga una elasticidad irregular marcada; las zonas endurecidas, más delgadas, presentan múltiples y cambiantes compresiones que causan daños en el tejido. Si la mucosa está inflamada, debe determinarse la causa de la inflamación y tratarse --- antes de empezar a tomar impresiones. A medida que la inflamación se detiene

las protesis presentes. Si es así el paciente debe ser instruido para no llevar la protesis de 5 a 7 días. Después de este período, la mucosa debiera presentar su aspecto normal. En los casos en que la inflamación de la mucosa sea demasiado extensa, se necesitara un plazo mas largo para obtener la recuperación del tejido.

Los tejidos colgantes o laxos en el reborde no son deseables, ya que -- contribuyen a la inestabilidad de la protesis. Cuando no son excesivos pueden ser manejados con técnicas de impresión adecuadas. Sin embargo, -- si otros factores señalan un mal pronostico, es aconsejable extirpar es tos tejidos quirurgicamente para obtener una área de soporte mas estable. Cuando se considere que el tejido colgante o laxo es excesivo en -- tal caso, desde luego, tiene que ser tratado mediante la cirugía. La re lación entre el pliegue mucobucal y el frenillo de la cresta del reborde constituye un indice de altura del reborde: cuanto mas alto es el re borde, mayor es la oportunidad del éxito. En ocasiones el pliegue mucobucal puede estar demasiado bajo, pero el frenillo puede encontrarse -- unido arriba, cerca de la cresta del reborde.

En este caso el pronostico mejorará con una frenilectomia. Una reducción en la altura del reborde y en la profundidad del vestibulo se considera -- desfavorable, se hallará una gran dificultad en construir un reborde de dentadura que sirva adecuadamente dentro de los limites de movimiento -- del tejido.

Es aconsejable el tratamiento quirúrgico de esa zona problemática. La lengua que frecuentemente presenta anomalías de tamaño, forma, función y posición, debe ser cuidadosamente examinada. Una lengua estrecha y pequeña contribuye a hacer la impresión con facilidad, pero compromete el cierre lingual para la dentadura mandibular. Por el contrario, una lengua gruesa y ancha, siempre en el medio cuando se hace la impresión, constituye un excelente cierre para la prótesis. Una lengua sumamente grande (Macroglosia) crea problemas adicionales cuando se hace la impresión y disminuye la estabilidad de la prótesis.

Cuando la posición de la lengua es baja en relación con la cresta del reborde mandibular, o retrocede con respecto al reborde anterior, la retención de la prótesis mandibular será mala. Esta relación de la lengua con frecuencia observada en pacientes desdentados que no han usado prótesis durante años, puede mejorarse educando al paciente.

El hábito de adelantar la lengua que realiza muchos movimientos exagerados y continuos, ofrece un pronóstico bastante malo.

Muchas enfermedades sistémicas y locales afectan a la lengua por lo cual el odontólogo tiene que estar siempre atento para descubrir su presencia.

El piso de la boca, presenta variaciones de forma, elasticidad y posición relativa a la cresta del reborde. Esto ocurre también en cada individuo entre la relación funcional y de descanso. Si el piso de la boca-

esta cerca de la cresta del reborde, la retención y la estabilidad de la protesis empeoran. Son deseables cambios minimos en la forma y elevación. Cuando estos cambios se producen con una fuerza muy potente, es posible que la protesis se desplace. Los cambios de considerable fuerza y desplazamiento ofrecen un pronostico demasiado pobre. Sin embargo el pronostico puede ser mejorado con la educación del paciente y será beneficiado mediante un tratamiento quirurgico.

Un pliegue sublingual bien desarrollado y un espacio de pliegue sublingual elastico son favorables.

La espina superior del tuberculo geniano puede ser prominente, disminuyendo la elasticidad del espacio del pliegue sublingual. En ocasiones es mas prominente que el reborde residual y esta afilado o cubierto con una mucosa muy fina. La reducción quirurgica de la espina superior disminuira los problemas de retención, la incomodidad del paciente y el daño en el tejido.

Los torus mandibulares deben ser extraidos mas frecuentemente que los torus maxilares ya que estan cubiertos con una mucosa muy fina; la ulceración ocurre a menudo y la curación es lenta.

A veces se puede extender la dentadura medialmente al espacio sublingual para conseguir retención adicional.

La hipertrofia de las glandulas sublinguales fuerza al piso de la boca hacia arriba, disminuyendo la oportunidad de exito. Lo cual se des

cubre pronto con la palpación. Si una porción de estas glándulas se ex tirpar quirúrgicamente, es factible mejorar el pronóstico.

El piso de la boca, en la zona del milohioideo, puede empujar hacia arriba y anular el reborde residual eliminando el surco alveolo lingual. Observando esta situación, parece que no hay espacio para el reborde - lingual.

Sin embargo, estos tejidos generalmente ofrecen poca resistencia y pueden ser manejados con la extensión correcta del reborde de la dentadura. En ocasiones estos tejidos ofrecen una resistencia marcada impidiendo seriamente la construcción de un reborde lingual adecuado. Los in tentos de hacer esto causarían un serio desplazamiento de la dentadura o daño en el suelo de la boca. Puede hacerse un diagnóstico diferente, palpando estos tejidos en descanso y funcionando. Si se libera el músculo milohioideo quirúrgicamente en su origen y se vuelve a ligar a un nivel más bajo, aumentar el éxito de la prótesis.

La saliva presenta muchas variaciones de cantidad y calidad de valor - diagnóstico. La saliva abundante y espesa interfiere con las técnicas de impresión y a menudo causa náuseas y a la vez que tiende a reunirse en zonas que despiertan estas sensaciones; pero proporciona un buen lu bricante contra la fricción y ulceración.

La articulación temporomandibular debe ser examinada cuidadosamente.

La disminución del movimiento puede ser reconocida observando el movi-

miento, se puede esperar dificultades al registrar la relación centrada a pesar de que estas dificultades no surgen siempre. Colocando los dedos en el meato auditivo externo y presionando con suavidad hacia adelante, el odontólogo puede notar las crepitaciones. Esto por sí solo, puede no crear dificultades en la terapéutica de la prótesis, ya que hay muchas personas que tienen crepitaciones durante toda su vida sin notar ningún síntoma de dolor o de restricción del movimiento. Sin embargo las crepitaciones deben de avisar al dentista para buscar una historia detallada de la zona próxima a la articulación temporomaxilar.

Las luxaciones del condilo pueden ser deducidas de la historia clínica, y estos enfermos deben tratarse con cuidado especial a la hora de tomar la impresión y dimensión vertical. Esta última debe hacerse de modo que el paciente no necesite abrir mucho la boca para ingerir los alimentos. Los pacientes que sufren luxación crónica puede encajar el condilo fácilmente, pero el proceso de luxación resulta doloroso.

La artritis de la articulación temporomaxilar puede limitar seriamente las técnicas de impresión. En ocasiones no se pueden hacer durante ataques agudos. Una artritis generalizada puede no incluir la articulación temporomaxilar, pero el odontólogo debe investigar particularmente en esa parte de la historia cuando aparece un paciente artrítico.

En ocasiones cuando el paciente haya utilizado prótesis es de gran utilidad saber la actitud del paciente durante el uso de esa prótesis ya -

una nueva no podría mejorarla. La protesis anteriores del paciente pueden ser modificadas de muchas maneras y apreciada la respuesta a las modificaciones hechas. La modificación del asiento de base, el cierre, la extensión del reborde, o la dimensión vertical oclusal pueden efectuarse por varias técnicas, sin alterar totalmente la protesis.

Algunos pacientes presentan problemas mayores o numerosos que otros, pero hay ciertos pacientes que tienen ambos problemas. Un cierto número de problemas pueden ser eliminados, otros minimizados, mientras que el paciente y odontólogo tendrán que luchar con cierta proporción de ellos. Además siempre habrá variación de niveles de ejecución, es una suerte para ambos que no sea siempre necesario conseguir un elevado nivel de ejecución para obtener un alto porcentaje de éxito.

Un buen tratamiento de una protesis total lograra un alto grado de estética, comodidad y función, proporcionará esperanzas al paciente dentro de las posibles limitaciones de ejecución, atenderá a las demandas funcionales de la protesis dentro de los terminos de capacidad metabolica de los tejidos de apoyo y requiere un esfuerzo armonioso y cooperativo por parte del paciente y el odontólogo para mantener el nivel de tratamiento que se realiza.

Cuando el pronostico es malo, resulta esencial una educación completa anterior al tratamiento para que se haga cargo de las circunstancias; la comprensión por parte del paciente hará que coopere en el tratamien

to, hecho que se considera esencial para conseguir el éxito. Un tratamiento, efectivo e inteligente atendera las necesidades específicas -- del paciente individual. Sin embargo para poder satisfacer estas necesidades, primero hay que identificarlas.

I M P R E S I O N E S

El objetivo de la impresión es registrar los detalles de la zona de -- asiento de la base, los rebordes residuales y estructuras adyacentes, -- reproduciendo un negativo exacto de modo que puede hacerse una copia -- de yeso.

Para llegar a este objetivo el método a seguir debe ser individualizado es decir aplicado según las condiciones y características de los teji-- dos, y no a una técnica determinada; los procedimientos a seguir en el registro deben modificarse y concretarse a cada situación en particular. La impresión debe incluir la mayor área posible de las zonas protesicas sin interferir en los movimientos normales del musculo y sus ligamentos esta condición hace que las fuerzas de masticación se distribuyan por -- la máxima superficie de apoyo, minimizando por lo tanto la fuerza de ca -- da milimetro cuadrado. Una impresión deberá proporcionar: 'soporte, es-- tabilidad, retención, estetica labial y salud para los tejidos orales. Existen diferentes técnicas para la toma de impresiones como son: con -- boca cerrada y con boca abierta.

Igualmente existen teorías de las impresiones por ejemplo: impresión -- con presión determinada, con presión mínima e impresiones con presión -- selectiva. Dentro de las cuales se encuentra los factores fluctuantes, -- como son: variación anatómica fisiológica, variaciones posionales, va-- riación volumetrica y las variaciones que requieren atención: inflama-- ción de la mucosa, distorsión de los tejidos de soporte, cantidad exce--

siva de tejido hipertrofico y espacio insuficiente entre los rebordes superior e inferior.

IMPRESION ANATOMICA

Es donde se inicia la fase clínica de registros de impresiones, con los tejidos bucales en posición pasiva o estática.

Estas impresiones conocidas también como preliminares o estáticas deben registrar la mayor superficie disponible, sin limitar el movimiento del músculo; obtener con nitidez, amplitud y fidelidad el negativo de las estructuras o detalles anatómicos de los tejidos y lograr la adaptación periférica. Para llevar a cabo esta impresión se requiere lo siguiente: porta impresiones convencionales lasos de aluminio para desdentados, na vaja con filo, pinzas de curación y espejo bucal, tijeras para metal -- curvas y rectas, vernier, lamapara de alcohol, tasa de hule, espatula a apropiada, limas planas y calentador de termostato.

De los materiales requerimos los siguientes alginato con proporcionador de agua y polvo, modelina de alta fusión, cera negra para encajonar torundas de algodón o gasa, agua destilada o astringente, lápiz tinto o -- plumon de punto mediano y la ficha clínica del paciente.

Para probar el porta impresiones superior: primeramente debe sostenerse con el asa dirigida hacia la derecha del paciente. Con un espejo o el -- índice de la mano se tracciona el labio superior, mientras que con la ma no derecha se hace girar el porta-impresión hacia el interior de la boca.

Se introduce el lado derecho y a medida que el porta impresiones gira, -- el borde externo del lado derecho ejerce presión contra el ángulo de la

boca.

Prueba del porta-impresiones inferior. El porta-impresiones inferior debe ser sostenido con el asa dirigida hacia la izquierda del paciente, - mientras que el porta-impresión esta en angulo recto con respecto a la posición que ocupara finalmente.

Se introduce el lado izquierdo del porta-impresión en la boca y despues mientras este se hace girar en la dirección de la agujas del reloj, se tracciona el angulo derecho de la boca para permitir que el lado derecho del porta-impresión se introduzca en la boca.

IMPRESION ANATOMICA SUPERIOR CON ALGINATO

Primeramente se coloca el porta-impresión en la boca y se levanta el borde posterior de modo que los flancos alcancen la hendidura pterigomaxilar en la parte de atrás, y un espacio de 2 a 4 mm. anteriormente: -- adaptar este borde, si es necesario con tijeras curvas, sin deformar el contorno.

Posteriormente se debe dejar una extensión de 2 ó 3 mm.

Segundo se levanta la parte anterior del porta-impresión y se observa la adaptación de la superficie basal y marginal con la boca semiabierta se recorta la altura de los flancos del vestibulo bucal y labial con tijeras rectas, se libran las inserciones musculares con tijeras curvas. Se observa el espacio de 2 a 4 mm. que debe existir entre la superficie de la mucosa y el porta-impresión.

Tercer se marca con un lápiz la ubicación de la línea vibrátil, se le indica al paciente que pronuncie varias veces "A" o siga las referencias anatómicas conocidas.

Se deja una sobre extensión, según el caso de 2 hasta 5 mm. en el margen posterior; el excedente se recorta con tijeras curvas, siguiendo el contorno señalado.

Cuarto se alisa con lima recta y curva los bordes recortados, se hace la prueba del porta-impresión en la boca; debe de quedar de uno ó 2 mm. más corto que el fondo de saco, sin interterir con las inserciones de los frenillos.

Quinto se prepara la cera negra para encajonar, hacer tiras cilíndricas de 2 ó 3 mm. de diámetro y 20 ó 25 mm. de largo.

Se aplican en todo el contorno recortado del porta-impresión, después se prueba en la boca.

Sexto preparar convenientemente el material de impresión que en este caso es el alginato.

Con el envase del alginato cerrado, se agita bien para asegurarse de que el polvo se ha condensado antes de medirlo.

Esto es importante por que la relación agua y polvo se determina por volumen y no por peso. Si el polvo se presenta muy compacto la mezcla resultara muy espesa.

Séptimo llenar el proporcionador que se suministra con una porción de polvo de alginato.

Retirar el excedente con un instrumento plano y seco, de tal manera que quede al ras; nunca empujar ni presionar el polvo.

Medir y colocar las porciones necesarias y adecuadas en una tas de plástico seco.

Octavo determinar las cantidades apropiadas de agua, el agua debe estar a una temperatura del agua la reacción se acelera y disminuyendola se retarda.

Cada porción de polvo corresponde a las marcas señaladas en el medidor, la proporción por peso es: 1 de polvo para 2.5 cm³ de agua.

Noveno vertir el agua en la tasa de plástico y anotar el tiempo en que comienza la mezcla usando un reloj.

Mezclar el polvo y el agua con una espátula plana y ancha de plástico, lentamente al principio para incorporar el polvo al agua; luego vigorosamente y contra las paredes de la taza hasta obtener una pasta de consistencia homogénea. La mezcla de efectuarse en 60 segundos.

Décimo llenar en forma uniforme el porta-impresión con el alginato y sostenerlo con la mano izquierda, mantener el asa dirigida hacia afuera.

Con los dedos humedecidos modelar el alginato con el índice extenderlo hacia fuera para engrosar los bordes, y marcar un surco en el material que corresponderá al reborde alveolar.

Décimo primero determinada la altura correcta del sillón y boca del paciente, el operador se coloca por atrás.

Indicar al paciente que cierre ligeramente la boca y lleve el labio hacia arriba y adelante.

Efectuar la retracción del labio superior colocando el dedo índice y el pulgar de la mano izquierda por debajo del labio y a los lados de la línea media.

Décimo segundo hacer girar el porta-impresiones ya preparado, hacia la boca del paciente.

Hacer girar el porta-impresiones ya preparado, hacia la boca del pacien

te. Centrar el porta-impresión a su posición definitiva, y elevarlo de modo que la parte anterior del reborde residual haga contacto con el alginato.

Asentar el porta-impresión en la parte anterior, permitiendo el escurrimiento de un pequeño exceso en el fondo de saco labial.

Décimo tercero subir la parte posterior del porta-impresión hasta que el alginato encuentre un contacto firme con los tejidos.

Indicar al paciente que respire por la nariz; esto ayuda al sellado posterior nasofaríngeo y previene el escurrimiento del material hacia atrás,

Aplicar una impresión controlada y equilibrada hacia arriba y atrás; - colocar el índice de cada mano sobre la superficie inferior del porta-impresión en los dos lados.

Décima cuarta continuar aplicando la presión ahora controlada por la resistencia del material.

Observar que el alginato se escurra y cubra el área vestibular; salga por detrás del borde posterior del porta-impresión.

Indicar "A" que provoca la acción del paladar blando y nos transfiere la posición de la línea de vibración sobre el material.

Décimo quinto mantener el porta-impresión inmóvil y esperar que el gelificado del alginato recordando que este no es uniforme porque lo acelera el calor en las partes que entran en contacto con los tejidos.

Indicar al paciente que cierre ligeramente la boca; comprobando con los excedentes de alginato vestibular y palatino, a falta de reloj, cuando la impresión pueda retirarse.

Levantar los carrillos para romper el sellado periferico y haga presión hacia abajo sobre el flanco de la impresión a la altura de la región -- del primer molar. Si se prefiere aplicar sobre el asa del porta-impre-- sión una fuerza hacia abajo y adelante.

Décimo sexto retirar la impresión de la boca del paciente, lavar la impresión del chorro de agua, recordando que el material solo alcanza su resistencia máxima 2 minutos despues de la gelificación.

Recortar y eliminar de inmediato, con un cuchillo, todos los bordes de alginato cuya movilidad dificultaria un modelo de estudio correcto.

Esta impresión deberá registrar todas las zonas y estructuras natomicas del nivel muscular.

El reborde residual, cubrir todo el paladar duro y prolongarse en el pa-- ladar blando incluyendo la línea vibrátil.

La extensión posterolateral registrando la profundidad del surco hamu-- lar.

La extensión vestibulo bucal alcanzando la profundidad del fondo de sa-- co, incluyendo la tuberosidad del maxilar.

En la extensión vestibulo labial alcanzara la profundidad del fondo de-- saco, incluyendo las posiciones de los frenillos bucales y el frenillo

labial superior.

En algunos casos encontramos errores ya que la toma de impresión con alginato debe registrarse con una técnica precisa y cuidadosa. Proporciona una fidelidad dimensional superior, pero es sumamente inestable y debe ser vaciada rápidamente.

Mencionaré algunos errores como por ejemplo: llevar a la boca un material parcialmente fraguado.

Movimientos del porta impresión durante el fraguado; deformaciones permanentes durante el registro.

Considerando también los defectos que se originan de la inestabilidad del alginato como son,

Sineresis y evaporación; cuando se espera mucho para hacer el modelo.

Inhibición cuando se deja mucho tiempo la impresión en el agua.

Modelo deformado por presión sobre paredes flexibles.

IMPRESIÓN ANATOMICA INFERIOR CON MODELINA

Primeramente se coloca el porta impresiones en la boca del paciente y se verifica su posición y extensión; se levanta la parte anterior y se verifica la región retromolar observando que el flanco posterior cubra estas zonas.

Se adapta el flanco se recorta con tijeras curvas, se deja una sobre extensión de 20 mm. en el borde posterior siguiendo la forma del contorno e incluyendo siempre la papila piriforme.

Segundo se baja el porta- impresión anteriormente y se observa la extensión de los flancos del vestibulo bucal y lingual.

Se recorta con tijeras rectas el flanco del vestibulo bucal 1 ó 2 mm. antes de su profundidad, incluyendo la línea oblicua externa; en la zona - lingual posterior se hace el ajuste digiral y en la zona lingual anterior se sigue el recorte con tijeras curvas, según la amplitud del contorno.

Desde el vestibulo labial inferior hasta la zona retromolar se observa - un espacio de 4 a 6 mm. entre la superficie del porta-impresión y el borde residual; los flancos recortados 1 ó 2 mm. del fondo de saco y libres las inserciones musculares.

Tercer alisar con lima recta y curva los bordes recortados, hacer la --- prueba del porta-impresión en la boca del paciente; primero hacia el fondo para apreciar el ancho, y haciendo girar luego hasta la posición centrada para apreciar los flancos.

Cuarta con el agua calentada en el termestato a 60° c, se amasa 1.5 de -

modelina lamina hasta que adquiriera una consistencia plastica y homogenea alargarla en forma de un cilindro de 1.5 cm. de diametro y lo suficiente mente largo para que abarque todo el porta-impresión a la flama de un me chero de Bunsen o lampara de alcohol y se carga el material.

Quinto se adapta la modelina al porta-impresión, marcando en el con los- dedos humedos, un surco que corresponderá al reborde alveolar.

En la parte anterior el material debe profundizarse por lingual 3 mm. -- más que por labio bucal, en la zona posterior, el espesor debe ser de 6- mm. se hace el modelado del material comenzando siempre en la línea medi a, empujando los excesos hacia lingual, vestibular y distal.

Se tendrá que evitar las grietas en la superficie del material.

Sexto se invierte y se pasa rapidamente bajo un chorro de agua fría para enfriar un poco el porta-impresión.

Flamear la superficie de la modelina pasandola rapidamente dos o tres ve ces a traves de la flama de la lampara de alcohol o mechero de Bunsen; - esto aumenta la platicidad y la reproducción exacta de los tejidos; se pa sa por el termostato para templar la superficie y se lleva a la boca.

Séptimo determinada la altura correcta del sillón y boca del paciente se coloca frente a él.

Se hace girar el porta-impresión preparado hacia la boca, indicando al - paciente que cierre ligeramente y eleve la lengua, centrar el porta-impresión y traccionar los carrillos para asegurar de que estos no queden - -

atrapados bajo el porta-impresión. Indicar al paciente que relaje la lengua.

Asentar firmemente el porta-impresión con un movimiento hacia abajo.

Octavo, colocar el dedo pulgar derecho debajo del menton del paciente y los dedos índices y medios sobre el borde superior del porta-impresión, en la zona correspondiente a los premolares derecho e izquierdo, respectivamente, aplicando despues una presión moderada.

Se le pide al paciente que saque y proyecte la lengua hacia adelante; se coloca el pulgar debajo de la rama horizontal y los dedos índices y medios sobre el porta-impresión, en la región de los premolares a derecha e izquierda.

Noveno, mantener inmovil el porta-impresión mientras se enfria la modelina, indicar al paciente que cierre ligeramente la boca y separe primero el labio para permitir la rotura del menisco salival y la entrada de aire; luego los carrillos para romper el sellado obtenido en los bordes de la impresión; tomar el asa del porta-impresión firmemente entre el pulgar y los dedos indice y medio de la mano derecha, aplicando una fuerza hacia arriba y atras, es decir, en dirección inversa a la de entrada.

Se lava la impresión y se seca, no debe presentar arrugas ni grietas recortando los excedentes.

Esta impresión deberá registrar todas las zonas protesicas y estructuras anatomicas del nivel muscular, también de las regiones retromolares, pro

fundidad del piso de la boca, la extensión del vestibulo bucal y labial. Entre los errores más comunes encontramos: exceso de modelina, extensión inadecuada hacia la bolsa lingual, carrillos atrapados por la modelina, - por falta de tracción durante la aplicación del material. Considerando que este material tiene bastante tolerancia y permite así - algunas correcciones.

IMPRESION FISILOGIA

Una vez efectuada la impresión anatómica correctamente y se construyo un porta-impresión individual, se procede a delimitar y a registrar las zonas de reflexión muscular en el contorno periférico, o sea, procede a la impresión fisiológica o definitiva.

Primeramente se procede a limitar y a registrar las zonas de reflexiones musculares paraprotésicas o rectificación de bordes; después registrar las estructuras residuales de las áreas alveolares de soporte o impresión fisiológica.

Para esto necesitaremos, un porta-impresión individual de acrílico, una lámpara de alcohol, espátula de cera y un lápiz, también utilizaremos barras de modelina de baja fusión.

En el maxilar superior identificaremos las zonas periféricas como son: - vestibulo bucal superior, frenillos bucales superiores, vestibulo labial superior y frenillo labial, línea vibrátil o sellado posterior.

Para la rectificación de bordes de maxilar superior se procede a lo siguiente: se hablanda la modelina y se coloca en el borde del porta-impresión, se coloca la cantidad suficiente en la zona.

Vestíbulo bucal derecho se calienta con agua a una temperatura de 58° a 66° c. y se lleva a la boca del paciente, después de haber realizado la toma de impresión y una vez que se haya enfriado el material se saca de la boca; se examina cuidadosamente para ver si hay errores, inmediatamente después se continúa con el lado opuesto y se sigue el mismo procedi-

miento.

Inmediatamente después se rectifica la posición y desplazamiento de los frenillos laterales o bucales superiores derecho e izquierdo, se introduce el porta-impresión en la boca, se hace y se coloca de que el borde con modelina alcance su posición sin ser arrastrado por esos tejidos, luego se saca de la boca; después se rectifica la profundidad del vestibulo labial y posición de desplazamiento y altura del frenillo labial superior: se sostiene el porta-impresión en la boca y se le indica al paciente que proyecte varias veces sus labios, lateralmente, hacia adelante en forma circular. Posteriormente se rectifica el sellado posterior; se coloca en el borde posterior del porta-impresión la cantidad suficiente de modelina y el grosor necesario 2 mm. por 5 mm. de ancho, se le indica al paciente que abra la boca y repita el sonido de la vocal "A" que provocará la vibración del velo palatino y se marcará la línea vibrátil que nos determinará el límite posterior.

Después de haber realizado la rectificación muscular de los bordes periféricos y el sellado posterior observaremos si cumple con las condiciones que requiere el registro de la impresión fisiológica o definitiva como son: soporte y retención, si estos errores existieran, sería el momento de corregirlos.

En la mandíbula encontraremos las siguientes zonas protésicas: vestibulo bucal inferior, frenillos bucales inferiores, vestibulo y frenillo-

lingual.

Primeramente haremos la rectificación de bordes haciendo el procedimiento del maxilar superior con respecto al material.

Se lleva el porta-impresión preparado con modelina en la zona vestíbulo-bucal inferior a la boca del paciente, apoyar suavemente el borde opuesto al material sobre una comisura, mientras el espejo distiende la comisura del lado opuesto y con un movimiento de giro terminar de introducirlo, centrandolo sobre las áreas residuales de soporte, ejercer una presión uniforme a la altura de los premolares.

Se le indica al paciente que trate de modelar el material con la punta de la lengua, tocando el punto retrómolir, o sea, la escotadura maseterina, obteniendo el contorno curvo que forma el relleno del buccinador, se pide al paciente que abra al máximo la boca varias veces, este movimiento ayuda a determinar el contorno y profundidad de la reflexión maxilo-bucal.

Después se continúa con la rectificación de los frenillos bucales inferiores; vestíbulo u frenillo labial inferior, se le indica al paciente que mueva el labio inferior hacia arriba y hacia adentro por encima de la modelina, según abra la boca y mueva la mandíbula de un lado a otro. Luego, la zona lingual posterior del piso de la boca, está el tercio lingual general hasta el área premolar.

El paciente una vez introducido el porta-impresión en la boca se le indica

ca que proyecte la lengua hacia afuera y efectue varias veces el movimiento de desglución, se toque con la comisura opuesta a la zona que se rectificó, luego el carrillo opuesto y con la boca muy abierta la parte anterior del paladar. Posteriormente se registra el nivel del espacio distolingual o retromilohioideo que será la retención de la dentadura inferior. Ahora le corresponde a la zona lingual anterior que va de una región premolar a la otra, pasando por la inserción del frenillo lingual. El paciente se tocará con la punta de la lengua una comisura y otra pasando por el labio inferior, y tocar la lengua en el paladar anterior. Una vez efectuados los procedimientos de esta impresión fisiológica inferior con modelina, deberá tener los siguientes requisitos: soporte, estabilidad y retención.

Una vez efectuada la impresión fisiológica se procede a realizar el registro final de la impresión fisiológica.

Para la impresión superior utilizaremos pasta zinquenolica.

En el porta-impresión individual anterior se hacen unas perforaciones en las zonas de alivio en donde se desee una mínima presión, que permitirá la salida de aire reduciendo la posibilidad de atrapar aire en la impresión, también la salida de pasta zinquenolica.

Se procede a envaselinar los labios del paciente para evitar que los excedentes de la pasta zinquenolica se adhieran a los tejidos. Se prepara la cantidad suficiente de pasta zinquenolica en una lozeta se aplica

y se distribuye el material cubriendo todos los aspectos internos y periféricos del porta-impresión individual. Se lleva el porta-impresión a la boca del paciente ubicándolo primero en la zona anterior; mientras que - la mano opuesta separa el labio y permite que el material de impresión - cubra todo el surco vestibular anterior.

Sellado posterior. Se añade cera en la línea vibrátil, se indica al paciente que emita el sonido de la letra "A", se tapan la nariz y la boca, e intente expulsar el aire por la misma con el fin de asegurar el sellado posterior; la impresión deberá de durar de 5 a 7 minutos. Para retirarla es necesario separar el labio, facilitar la entrada de aire y traccionar firmemente para romper la adhesión de la pasta zinquenólica sobre los tejidos.

El material ajustado al nivel fisiológico de los músculos y frenillos debe estar cubierto por lo menos de 1 mm. de pasta y debe mostrar el rechazo hecho por los tejidos, esta impresión deberá mostrar gran nitidez en los detalles de la superficie.

Impresión mandibular con pasta zinquenólica.

Primero se hacen unas perforaciones al portaimpresión individual a la altura de la cresta del reborde residual en el área de los premolares y molares que permitan la salida del compuesto zinquenolico.

Se prepara y se aplica el material suficiente en el porta-impresión a la altura de la cresta del reborde residual en el área de los premolares y -

se procede en forma semejante, descrita para el maxilar superior. Se cubre la superficie interna de los bordes periféricos del porta impresión individual y se lleva a la boca del paciente y se procede al registro de la impresión definitiva; para separarlas se levanta el labio inferior, se colocan los dedos índices en ambas manos a cada lado y -- por debajo del porta-impresión individual, lo más verticalmente posible para no distorsionar las impresiones. Después se lleva a cabo el vaciado con yeso piedra no pasándose más de una hora.

RELACIONES INTERMAXILARES

La masticación, el lenguaje y el aspecto estético dependen de las relaciones intermaxilares que son las relaciones horizontales y vertical, cuando estas relaciones no están correctamente establecidas, registradas o transmitidas a un articulado, la prótesis puede fracasar.

Relaciones verticales. Esta relación está unida a la horizontal en la misma medida, el éxito o fracaso de la prótesis completa dependen del buen registro de ambas.

RELACION VERTICAL O DIMENSION VERTICAL

Puede describirse como un área, más que como un punto porque los cambios de 0.5 a 1 mm. no son desastrosos. La descripción del llamado espacio libre es de 2 a 4 mm. de la posición oclusal. El hecho de que se afirme -- que sean de 2 a 4 mm. sugiere la posibilidad de variación de esta dimensión. El establecimiento de la posición oclusal dependen de la posición de descanso en su referencia vertical cuando se determina la posición de descanso se establece en la posición oclusal de 2 a 4 mm. por encima de la mandíbula cuando los músculos de abrir y cerrar están en equilibrio.

RELACION HORIZONTAL O RELACION CENTRICA

Esta definida como la relación más retrazada de la mandíbula al maxilar cuando los condilos están en posición posterior menos forzada en la fosa glenoidea, desde la cual los movimientos laterales se pueden hacer a cualquier grado determinado de separación de la mandíbula.

Esta misma se usa para establecer en el articulador una orientación maxilomandibular horizontal similar a la de la boca, de modo que los dientes colocados en el articulador ocluyan de manera similar en el paciente.

Los objetivos de las relaciones intermaxilares determinarían la distancia vertical morfológica correcta en relación centrada.

Establecer funcional y estéticamente dicha distancia a los requerimientos del caso.

Registrar esta posición mediante las bases y rodillos de relación para transferirla a los modelos de trabajo y al articulador.

Lograr transferencias correctas al articulador cuyas referencias nos indicarán la posición de los dientes artificiales en lo que se refiere a función, fonética y estética.

Registrar los movimientos o posiciones mandibulares céntricos y excéntricos necesarios para adaptarlos al articulador semiajustable o totalmente ajustable.

Para lograr estos objetivos se requiere lo siguiente: establecer el plano, de orientación superior y contorno del labio.

Determinar la distancia vertical maxilomandibular en sus dos posiciones de reposo y de contacto, y entre ambos el espacio libre.

Transferir al articulador la posición del modelo superior de trabajo -- orientado y referido al arco facial estático.

Establecer el plano de orientación inferior incluyendo el espacio libre y las posibilidades fonéticas.

Registro de la relación céntrica y excéntrica, transferir al articulador el modelo de trabajo orientado y referido con el trazo del arco gótico.

Determinar las referencias anatómicas dentofaciales siguiendo estas sugerencias y de acuerdo a un método seleccionado según lo requiera el caso trataremos de lograr una prótesis completa de gran aceptación por parte del paciente.

ARTICULACION DE DIENTES

Considerando que los modelos de trabajo han sido transferidos al articulador con sus rodillos de cera su dimensión vertical y su relación centrada correctamente, se proseguirá a la articulación de los dientes, anteriores y posteriores.

Para esto debemos seguir con los siguientes pasos:

SELECCION DE DIENTES:

Primeramente la selección de los dientes para cada caso ya que con ello conseguiríamos una estética bastante aceptable y sobre todo su funcionalidad, que es lo más importante.

En los dientes anteriores que son los de la estética, para su selección se sugiere que la forma de los incisivos sean de acuerdo a la forma de la cara del paciente.

Hoy en día encontramos en el mercado las formas de dientes, cuadrados, ovalados, afilados y redondos como es comúnmente la forma de cara de los seres humanos. Para seleccionar su color, también será por el color de la piel del paciente, para su tamaño, será al de su boca en relación con el tamaño de la cara.

Sin embargo estos dientes anteriores deberán cumplir ciertas necesidades funcionales tanto superiores como inferiores, en los anteriores inferiores los dientes deben ir colocados de modo que los músculos intervengan en la retención por su escaso potencial retentivo de la dentadura completa mandibular.

En los casos de clas II ó retrusivos y clase III ó protusivos, los dientes superiores deben de ser colocados en una posición ligeramente posterior (en una relación de clase II) ó anterior (en una relación de clase III) en el reborde superior a la que consideremos ideal, con el fin de evitar una inclinación excesiva.

La función de la incisión se puede realizar si los dientes anteriores superiores se pueden poner en contacto con los dientes anteriores inferiores, cuando se realizan los movimientos protusivos. Este contacto no necesita ni debe ser forzado. Esta incisión están solo una combinación de cortar y rasgar.

COLOCACION DE DIENTES ANTERIORES:

Es muy variable, iniciaremos con la colocación de los incisivos centrales superiores.

Primeramente se observara la relación que tienen los ejes mayores de estos dientes con el eje mayor de la cara y es necesario mantener la armonía entre el eje longitudinal de los dientes artificiales y el de la cara para que el plano de los incisales sea paralelo y concuerde a la línea imaginaria interpupilar, y la línea media se ubique próxima a la mitad de la cara.

Ahora bien; para que exista un aspecto agradable y natural de las dentaduras completas de deben de seguir este procedimiento.

PARA EL INCISIVO CENTRAL SUPERIOR: eje longitudinal, casi vertical al-

plano de orientación, la cara vestibular es paralela a la línea del perpendicular. Estará girado respecto al paralelismo a una tangente a la línea del contorno del arco.

INCISIVO LATERAL SUPERIOR: Su eje longitudinal estará inclinado más distalmente pues cualquiera de los otros dientes anteriores. La cara vestibular estará más profunda en su porción cervical que la de los dientes contiguos.

Tendra su cara distal girada lingualmente en un ángulo considerable a una tangente de la línea del contorno facial.

CANINO SUPERIOR: su eje longitudinal estará distalizado en el cuello es mayor que el del incisivo central y menor que el del incisivo lateral, la cara vestibular sobresale en el extremo cervical más que en los demás dientes anteriores superiores. Esta girada de manera que la mitad distal de la cara vestibular mire en la dirección de la porción posterior del arco.

INCISIVO CENTRAL INFERIOR: su eje longitudinal es casi perpendicular al plano de orientación, la cara vestibular esta más hacia adentro en un extremo cervical que la del incisivo lateral o canino. Tiene una posición de rotación que generalmente es paralela a la tangente del contorno del arco.

INCISIVO LATERAL INFERIOR: su eje longitudinal, es casi perpendicular al plano de orientación. La cara vestibular es más prominente en su extre-

mo cervical que el incisivo central, así que es casi perpendicular. Tiene una posición de rotación casi paralela a la tangente del contorno del arco.

CANINO INFERIOR: su eje longitudinal con inclinación distal referido a la línea media. La cara vestibular sobresale en su extremo cervical con el mismo grado de inclinación que el superior. Está girado de manera que la mitad distal de la cara vestibular mire en la dirección de la porción posterior del arco.

DIENTES POSTERIORES: para su selección del color deberán ser igual a los dientes anteriores. Del tamaño; la altura se determinara midiendo la distancia del arco interno y luego eligiendo el diente más largo que llenará el espacio sintallar. La longitud mesiodistal de los dientes posteriores puede escogerse midiendo la distancia entre el canino inferior y el límite anterior de la senda retromolar.

El objetivo de la colocación de los dientes posteriores artificiales es obtener la oclusión balanceada bilateral, que significa el contacto bilateral simultaneo de los dientes que pasan de posición oclusal centrica a oclusal excentri sin obstaculos ni interferencias. Este equilibrio debe estar en armonía con las articulaciones temporomandibulares y la actividad neuromuscular.

Estos dientes deben ocupar posiciones equilibradas en el espacio neutro, sin interferir con las estructuras limitantes que puedan actuar como fuer

zas desplazantes, es decir no se pueden colocar bucalmente tan lejos que la lengua pueda vencer la retención.

La colocación de los dientes posteriores superiores deben hacerse de tal forma que ocluyan con sus antagonistas. Cada diente posterior representa una parte de una unidad funcional y su colocación individual debe estar de acuerdo con esa unidad que funcionará cuando intervenga todos los dientes posteriores con antagonización, es decir, no solo los superiores, ni solo los de un lado, sino todos los dientes posteriores en ambas dentaduras, superior e inferior.

Para esto, existen cinco factores que determinan la colocación de los dientes posteriores superiores:

a) Dirección del plano de relación b) Centro del reborde inferior c) Trayectoria cateral de las cúspides d) Inclinación de las vertientes de protusión e) Inclinación de las vertientes de trabajo.

Después de esto se procede a la colocación de los dientes en el articulador totalmente inmovilizado y ajustado las esferas condilares.

PRIMER PREMOLAR SUPERIOR: se recorta un segmento de cera de rodillo superior para colocar el primer premolar; se reblandece con una espatula caliente la cera del sitio correspondiente y colocamos el diente con su tuberculo bucal y nivel del plano de relación, y su eje interbecular buco-palatino paralelo a la trayectoria lateral de las cúspides, que se proyecta hacia la base palatina, y hacer que su borde distal sea paralelo a la inclinación de las vertientes de protusión que se marca en el borde bu--

cal del rodillo inferior.

SEGUNDO PREMOLAR SUPERIOR: hace que el angulo mesial quede a la misma altura que el angulo distal del primer molar, el tuberculo bucal a la altura del plano de relación y respetando el paralelismo, con la trayectoria lateral y la inclinación en protusión.

PRIMER MOLAR SUPERIOR: este deberá cumplir con los mismos requisitos de paralelismo con las trayectorias e inclinaciones; observando que se inicia y se desarrolla la curva de compensación necesaria e individual para cada caso, definiendo la dirección de las vertientes de protusión y continuamos el nivel correcto de su angulo mesial, al mismo nivel del angulo distal del segundo premolar.

SEGUNDO MOLAR SUPERIOR: se respetan los mismos principios observados de paralelismo de los tuberculos mesiales con los factores marcados, y la continuidad de los angulos proximales. Al colocar este molar vemos como se contempla la curva de compensación que se proyecta individualmente hacia atras y hacia arriba.

Esto de deben de observar las siguientes indicaciones: se deberá de respetar el paralelismo de las referencias oclusales de los dientes posteriores con los factores determinantes obtenidos.

Establecer con nitidez los angulos proximales mesiodistales en el plano transversal, y el nivel proximal mesiodistal en el plano anteroposterior.

Mantener la continuidad de los angulos y altura proximal que nos desarrollaran la curva individual de compensación.

Colocar el surco interbubercular o fosa central de desarrollo de los premolares y molares posteriores superiores en posición vestibulolingual correcta sobre el borde bucal del rodillo de orientación inferior.

La colocación de los dientes superiores se hace de la misma manera para ambos lados, derecho e izquierdo.

Cuando estan colocados los dientes superiores se prosigue a la colocación de los dientes inferiores para que su posición este en relación con las superficies oclusales de dichos dientes (superiores).

PRIMER MOLAR INFERIOR: se coloca en posición para conservar la dirección de la cresta del reborde residual en lo que resta del mismo. Se recorta un segmento de cera del tamaño aproximado del diente.

Al colocar primero este diente sin la presencia de los contiguos, clínicamente se puede determinar con mayor precisión la posición anteroposterior correcta.

SEGUNDO MOLAR INFERIOR: se coloca en su posición, que tiene una sola interferencia posible al tomar su ubicación anteroposterior correcta.

SEGUNDO PREMOLAR INFERIOR: se coloca en su posición, recortando otro segmento necesario de cera en su sitio correspondiente.

PRIMER PREMOLAR INFERIOR: es el último diente que se coloca y generalmente requiere desgaste proximal para compensar todas las variaciones de en-

tracruzamiento (vertical) y del reslate (horizontal) de la región anterior. Otra razón por la cual se elige el primer premolar inferior como el último diente a colocar, es que únicamente ocluye su cúspide vestibular y no afecta la estética en forma notoria como sucedería si se redujera el tamaño del primer premolar superior que es más visible al contraerse los labios.

Todo este procedimiento implica un esfuerzo mínimo para lograr una adecuada acción de palanca, así como de estética.

PROCESO EN LABORATORIO

ENCERADO:

Una vez colocados los dientes en el modelo de trabajo las dentaduras de prueba si tienen que encerar para reproducir los tejidos normales. Se debe de elegir una cera de buen color y realizar un cuidadoso encerado, antes de la prueba. Es posible encerar la dentadura de modo que un buen alisado seguido de la aplicación de un compuesto de pulir proporciona un amplio pulimiento en el acrílico.

El proceso convierte la prótesis de prueba en una dentadura en su fase final.

La fase del proceso ejerce un profundo efecto en la prótesis terminada. Se registrarán las relaciones de la mandíbulo y en la colocación estética de los dientes el éxito depende de la calidad de la dentadura.

Las planchas de base de cera se utilizarán para encerar los contornos de la encía. Que debe producir el aspecto de la encía adherida o marginal, las papilas interdetales. Se realiza colocando un rollo blando de cera en las superficies bucales y linguales, tallarlo hasta que tenga proporciones correctas.

Se encera el paladar para lograr un grosor adecuado. Por último se sella con cera derretida la base de prueba al molde para que la dentadura encerada no se separe del molde durante el enmoldado, y evitar que el yeso se introduzca entre la base y el molde. Se puede pulir frotando la cera enfriada con algodón mojado o con un trapo de material de nylon.

RECUBRIMIENTO:

Después del encerado, los moldes se separan del yeso que lo sujeta al articulador. Este se deja a un lado para usarlo más tarde en los procedimientos de remontaje. La dentadura maxilar encerada en su molde humo se coloca en la parte inferior de la mufia que ha sido parcialmente llenada con yeso. Se fuerza dentro del yeso hasta que el suelo del molde está relativamente nivelado con los lados de la mufia. El yeso blanco se alija desde el borde de la mufia hasta el suelo del molde, de modo que no existan retenciones, y se limpia todo el yeso del borde de la mufia. Cuando el yeso ya ha fraguado, se pinta el yeso y el molde con una película de separador; esto separa a una capa de la siguiente. El molde mandibular se maneja de la misma manera, excepto que los talones o extremos del molde se extenderán por encima del nivel de la mufia. En este caso el revestimiento de yeso se amontona cuidadosamente, desde el borde de la mufia al borde de dicho talón. Las mufias que están especialmente diseñadas para dentaduras mandibulares son más altas por la parte de atrás y por eso ayudan considerablemente a evitar que se rompa el molde en esta zona durante los anteriores procedimientos del proceso.

La mitad superior de la mufia se coloca ahora en posición asegurándose de que está completa asentada la mitad de abajo. La parte que queda para rellenar será de piedra o escayola. Se recomienda una continuación -

los dientes y el material de base, pero todas las superficies del molde de yeso deben ser pintadas. El molde mismo no se pinta en ese momento - porque el empaquetado de prueba descolocará la película.

La hoja de estaño se puede elegir como material separador. En este caso se aplica normalmente en la dentadura encerada después de revestirla en la mitad inferior de la mufia y se usa hoja de estaño de 0,0003 pulgadas. Generalmente el material indicado es la resina que polimerizan con el color. Se mezcla el monomero y el polímero de acuerdo con las instrucciones de fabricante. Se coloca en un tarro de mezcla con tapa hermética. Se añade la cantidad necesaria de polímero, removiendo constantemente durante 30 segundos y entonces se coloca la tapa mientras avanza en la polimeración. La masa se separa después de 3 minutos que estará lista para empaquetarla. Luego se enrolla la masa blanda en forma de cilindro y se coloca en la sección de los dientes de la mufia. Se coloca un rollo más pequeño en la zona del cierre posterior.

Para la dentadura mandibular. Se usa un solo rollo más.

Se ponen dos hojas de celofán humedecidas encima de la masa, y se coloca la contramufia, y que se cierra despacio por medio de una prensa, -- hasta que el exceso de material aparezca alrededor de los bordes de la mufia, se espera a que deje de fluir antes de cerrar la mufia. Se abre la mufia, se quita el celofán y el exceso de refujo también se retira. El proceso se continua hasta que el molde esté completamente lleno con-

la masa y los bordes que las secciones superiores e inferiores de la mufla estén en contacto metal con metal sin que se produzca reflujó. Cuando la mufla está a punto de su cierre final, se aplica el sustituto de papel estaño, se pinta una capa en el molde.

Cuando se hace el cierre final de mufla en la prensa deberán permanecer de una a cuatro horas en el medio ambiente. Esto proporciona un período de flujo mayor para la masa, permitiendo, por tanto, una igualdad de -- precisiones por todo el molde. Después se coloca en agua (para un tipo-resina; lenta) es de 9 horas a 55°C. el agua, y en la rápida es de 1.5- horas en agua a 53°C. seguido de media hora en agua hirviendo, al termino del ciclo de polimerización se quitan las muflas con sus prensas del agua y se dejan enfriar. Las prensas no se deben aflojar hasta estar seguro que el centro de la mufla haya alcanzado una temperatura ambiente. Después se abre; el revestimiento que debe romper limpiamente, dejando la dentadura en el medio intacto, a punto para se colocada; después se coloca en el articulador para observar los cambios que ocurrieron en -- los dientes durante este proceso y permitir así, una restauración de la oclusión en caso de que lo hubiere. El papel de articular se coloca entre los dientes y articulador abierto y cerrado en la posición céntrica. Las zonas marcadas con el papel deberán ser limitadas. Esto se continúa hasta que la dimensión vertical original ha sido devuelta.

TERMINADO:

Las dentaduras se retiran del articulador con sumo cuidado para no romperlo. Después se ajusta el relieve con fresas colocadas en el motor dental los bordes deben ser redondeados, debiendo corresponder en grosor a los bordes de la impresión final.

Los bordes así, como las demás zonas reducidas por las fresas. Se pulirán, usando una mezcla de piedra pómez, en un motor con fieltro y cepillos. Para las zonas que no son accesibles al motor dental se utilizarán conos de fieltro.

Las zonas interproximales pueden ser pulidas usando un cepillo profiláctico en una pieza de mano de baja velocidad. El pulimento final se hace con uno de los compuestos de pulimento de resina aplicado con un cepillo seco.

Finalmente la parte interior de la prótesis debe ser examinada cuidadosamente, y todas las proyecciones afiladas deben ser suavizadas o quitadas. Las prótesis se deben limpiar con agua templada, jabón y un cepillo fuerte y conservadas en agua hasta que se entreguen al paciente.

CUIDADOS POSOPERATORIOS

Dada la gran diferencia que existe de un paciente a otro, nos encontramos con problemas para la colocación de la prótesis total y los cuidados posteriores.

Estos problemas sefan, por las necesidades físicas, fisiológicas y psicológicas de un determinado paciente.

Las físicas: incluyen, la entrega de la prótesis que funcionará sin --traumatismo para los tejidos fundamentales.

Las fisiológicas: se encuentran cuando las dentaduras suministran la estructura y el apoyo que los músculos del sistema estomatognático necesitan en la masticación eficaz de todo tipo de alimentos.

Las psicológicas: estas requieren una representación tal, que las prótesis que cree conveniente para cubrir las necesidades técnicas y clínicas y los que desea el paciente. Deberán ser cómodas, no deben apretar. Se le debe convencer al paciente que la prótesis total entregada cubren las necesidades estéticas y funcionales, claro, el dentista deberá tener gran destreza y conocimiento psicológico del paciente.

Una vez colocadas las dentaduras al paciente, viene ahora el llamado -cuidado posoperatorio, que incluye: un establecimiento de un programa de visitas.

Nueva apreciación de las dentaduras.

La observación de la reacción de los tejidos

Dentro del programa de visitas: al paciente se le cita, 10 días después

de su colocación, para tener una observación interrogatorio más exacto de todo lo que haya sucedido en este período. No habiendo ninguna alteración en su cavidad oral, se le citará 3 meses después, luego 6 semanas y por último otros 3 meses. Es conveniente la revisión anual del paciente para la búsqueda de neoplasias orales ya que existen datos de mortalidad bastante altos por esta alteración y así tratar de detectar con tiempo y combatir esta fatal enfermedad.

Después de un examen, se encuentra inflamada la mucosa debajo de la dentadura, se le preguntará al paciente: si usa la prótesis por la noche, si corta con los dientes anteriores, bruxismo y consumo de alimentos resistentes.

Es mejor dormir por la noche sin prótesis, para dejar que se recuperen los tejidos.

El paciente no debe de cortar con los anteriores, porque se puede inflamar el área palatina posterior y la región del reborde anterior.

Cuando se encuentra una inflamación sin causa evidente, se debe sospechar de un bruxismo. En este caso se le recomienda que vaya con un psiquiatra con fin de averiguar la causa psicogénica.

MOLESTIAS COMUNES:

Comunmente el paciente se queja de:

Volúmen excesivo.

Dificultades al hablar.

Deficiencias masticatorias.

Retención insuficiente.

Irritación de la mucosa.

Aspecto poco atractivo.

El volúmen excesivo puede ser el origen de la queja inicial, esto es por cubrir el paladar y las porciones de reborde con el material protésico, pero esto desaparece al cabo de un tiempo, cuando la sensibilidad del -- contacto del paciente hacia la prótesis queda superada.

En lo referente al habla: el paciente se le dificultará, por el cambio - estructural dentro de su cavidad oral. Es conveniente que el paciente ha ga ejercicios de lectura en voz alta, mínimamente una hora diaria, esto- es para acostumbrarse a su prótesis, que serán ahora sus dientes.

En la deficiencia masticatoria: cuando esto ocurre, es necesario cierto- período de adaptación, antes de que este mecanismo pueda funcionar con - las dentaduras unidas laxamente a la mucosa, en vez de unidas periodon-- talmente y con dientes naturales incrustados como el pasado.

Se le indica al paciente, la masticación simultánea bilateral como ayuda para superar las dificultades masticatorias. Se les dice que mastiquen - alimentos quebradizos no pegajosos e ir gradualmente cambiando a comidas más resistentes.

Retención insuficiente: es muy común la queja, de que la prótesis supe-- rior ó inferior le falta retención. Para esto se deben de hacer la reten

ción suficiente para permitir una función adecuada; en una dentadura inferior se mejora por la inclusión en la forma del contorno de la dentadura del espacio del pliegue sublingual.

La irritación de la mucosa; puede obedecer a varios factores por ejemplo: el resultado de una dimensión excesiva con la disminución u obliteración correspondiente del espacio libre. Como consecuencia de una inestabilidad causada por una relación horizontal incorrecta de la dentadura maxilar a la mandibular, por un contacto prematuro en oclusión céntrica, ó por colocarse los dientes posteriores más allá del soporte óseo.

Sin embargo la irritación en la mucosa en la zona periférica, es debida normalmente a la sobre-extensión de los bordes de la dentadura y puede ser facilmente corregida reduciendo estos bordes.

En la estética: el paciente generalmente piensa que su dentadura será de un aspecto agradable; pero existen ocasiones en que los dientes anteriores deben de ir más grandes o más pequeños, esto es con el fin de buscar su funcionabilidad adecuada y no con el propósito de dar un aspecto poco atractivo, o que los pliegues y arrugas de la boca y en los labios no se pueden eliminar. El prostodoncista es capaz de hacer mucho para restaurar, y a veces para mejorar el aspecto de la boca. El contorno cuidadoso del reborde labial, más la colocación planeada, y la fijación de los incisivos centrales superiores preservarán el con-

torno del philtrum y el tubérculo del labio superior deforma más joven y atractiva.

El caso de hacer imposible este tratamiento, se tratará de convencer al paciente de que su prótesis es la más adecuada para su cavidad oral. Claro, esto depende de la experiencia del prostodoncista.

MOLESTIAS NO COMUNES:

Las molestias descritas anteriormente se consideran más comunes. A continuación mencionaré algunas que no son muy comunes pero en ocasiones se presentan.

Por ejemplo: silbidos, dolor de oídos, dificultad a la deglución, restos alimenticios debajo de las dentaduras, saliva debajo de la prótesis, pérdida de la sensación del gusto, sabores extraños, desprendimiento de la prótesis al estornudar babeo en la comisuras de la boca, superficies ásperas y afiladas dientes romos que se muerden las mejillas, la lengua y los labios halitosis, sequedad en la boca, dientes ruidosos, náuseas, temblor del labio inferior, ardor en la boca, incapacidad para masticar con la misma fuerza en ambos lados.

a) Silbidos: a veces se silba cuando se usan las prótesis por primera vez; gradualmente esto desaparece cuando el paciente se acostumbra a manejar la prótesis. En caso de no desaparecer, se examinará la prótesis maxilar para determinar si la bóveda del paladar es demasiado alta. Rebajando el contorno del paladar, se ayudará a suprimirlo.

- b) Dolor de oídos: es probable que sea la articulación temporo mandibular la que duela a lo prematuro de la oclusión. Especialmente cuando este hecho está asociado con una abertura vertical excesiva.
- c) Dificultad a la deglución: el dolor es causado por la irritación de la mucosa en el límite posterior de la prótesis superior ó inferior -- también a la disminución del flujo de la saliva.
- d) Restos de alimento debajo de la prótesis: no existe solución para este problema, aunque esta molestia no es al inicio de adaptación de la prótesis. La única manera es que el paciente se acostumbre a ello.
- e) Saliva debajo de las prótesis: es probable que las glándulas mucosas en el tercio posterior del paladar, sean estimuladas para una acreción excesiva a causa del cubrimiento de la prótesis. Se le indicará al paciente que con el tiempo se le producirá una atrofia y se eliminará este problema, pero mientras esto sucede el paciente se quitará la prótesis superior y enjuagarse el paladar con agua elada.
- f) Sensación de pérdida del gusto: cuando la comida no es pasada por el paladar no artificial, puede interferir con el sentido del gusto. Algunos pacientes pierden el sentido del gusto por la atrofia de las papilas gustativas en edad adulta. Se le debe recomendar que como sus comidas bien condimentadas (si no existen contraindicaciones médicas) También al consumir alimentos muy fríos o muy calientes para estimular a las papilas que restan.

g) Sabores extraños: la causa más común es la mala higiene oral. Indicar al paciente un programa intenso de limpieza de la prótesis, mucosa lengua, varias veces al día para erradicar esta alteración. Aunque --- existen enfermedades que ocasionan este mal sabor de boca. Para ello - el paciente deberá acudir con el médico para tratarlo.

h) Desprendimiento de la dentadura al estornudar: un estornudo fuerte, en el borde posterior puede desprender la prótesis más retentiva: al - oaciente se le debe de advertir de este hecho; se le indicará que al - estornudar se tapaná la boca y la nariz con un pañuelo.

i) Desprendimiento de la prótesis al tomar líquidos: al paciente se le advertirá que las primeras veces que use las prótesis es posible que - se le desprendan las prótesis al beber. Sin embargo esto no ocurrirá - cuando los carrillos, mejillas, labios y lengua aprendan a manipular - las prótesis.

j) Babeo en las comisuras de la boca: puede ser causada a una dimen- - sión vertical disminuída, si es correcta, será prudente engrosar el re borde labial de la dentadura inferior en la zona del modíolo o freni-- llo.

k) Superficies asperas o afiladas: el flujo de saliva disminuye en los pacientes ancianos. Por lo tanto el acabado de las prótesis debe ser - sumamente suave.

l) Dientes romos: por falta de habilidad neuromuscular del paciente se

rá la molestia del paciente. Se le indicará que percevere y el problema se resolverá por él mismo.

m) Mordedura de labios, mejillas y lengua: esto es por la falta de inclinación horizontal en la oclusión posterior. Una disminución de la dimensión vertical también morderá la mejilla, porque las mejillas tienden a colapsar dentro del área oclusal.

n) Halitosis: en estos pacientes pueden tener problemas sistémicos y deben consultar con el especialista y si es por mal higiene de su boca y prótesis se les debe instruir para una adecuada limpieza de ambas diariamente.

ñ) Sequedad de boca: las quejas son de los pacientes neuróticos y psicóticos por estar sometidos a tensión y por eso existe la sequedad de boca. Cuando estos se alivien de la sensación de ansiedad, el flujo salival recuperará su volumen normal.

o) Dientes ruidosos: el espacio de vía libre tiene que ser suficiente para impedir el contacto de los dientes al hablar.

p) Náuseas y arcadas: es por la consecuencia de un límite posterior sobre-extendido, pero también a prótesis mal retenidos ó inestables. Aunque puede haber un factor psicológico que las provoque.

q) Temblor de labio inferior: es debido a que su mandíbula está reabsorbida. Si la presión se ejerce en el área donde sale el nervio matoniano desde el canal mandibular, puede sobrevenir una parestesia benigna y tem

bior de labio inferior. Se puede eliminar rebajando la prótesis en la zona del agujero mentoniano.

r) Ardor de boca: las prótesis estables ayudarán a minimizar esta sensación que puede estar asociada con el climateria, estados de ansiedad, ó-con arrivoflamínosis. En este último caso serán de utilidad dosis elevadas de un complejo de Vit.B. Si esto no le causa dificultades, se le dice al paciente que no se ponga la prótesis durante el día. Un trozo de hielo en la boca le aliviará temporalmente.

s) Incapacidad para masticar con la misma fuerza en ambos lados: el paciente puede quedar satisfecho cuando se le explica que la incapacidad para masticar bien por ambos lados es la normal. Incluso los pacientes con dientes naturales mastican mejor por un solo lado. Aunque no se debe sorprender de masticar por un solo lado.

Sin embargo periódicamente debe tratar de usar el lado contrario.

Estas molestias son tan solo algunas de las existentes en la actualidad que se presentan en los pacientes con prótesis completa. En la práctica dental debemos defendernos contra la tendencia a ignorar estas dolencias menores.

La simpatía y la comprensión y un sincero esfuerzo para ayudar a estos pacientes, no solamente representan el deber del dentista sino el ser más humano con sus semejantes.

CONCLUSIONES

Primero; para llegar a un buen diagnóstico del paciente en la prótesis total, debemos recurrir a una serie de exámenes que nos darán con exactitud la situación real del paciente, y así decidir la prótesis adecuada que requiere nuestro paciente.

Es por eso que la historia clínica desempeña un papel importantísimo en esta cuestión.

Se debe elaborar cuidadosamente sin dejar pasar ningún renglón. Como son: la ficha de identificación, padecimiento actual, interrogatorio de aparatos y sistemas, exámenes orales, exámenes radiográficos, fotografías, factores biológicos general, regional y local. Y sobre todo, que en algunas veces es uno de los más importantes para el éxito de la prótesis es el factor psicológico.

Segundo; una vez elaborada la historia clínica y llegado a un diagnóstico veraz y teniendo el pronóstico y plan de tratamiento, se llega a un proceso técnico; que es el que nos dará la estructura y el apoyo, y el reemplazo de los dientes para la masticación y estética: las impresiones son en sí, una copia nítida de lo que es la estructura anatómica y fisiológica de la cavidad oral. Es por ello que debemos poner énfasis en el cuidado del procedimiento de una toma de impresión.

Si fallamos un paso en las técnicas de impresión, sería desastroso para la elaboración de una prótesis completa, que también están incluidas algunas otras especialidades, aún teniendo todo el procedimiento -

bien realizado. Una impresión cuidadosamente tomada, se considera un porcentaje bastante alto para el éxito de la prótesis completa.

Tercero: nuestro compromiso como prostodoncistas es deber proporcionar una funcionalidad adecuada; una fonética y estética aceptable para nuestro paciente. Debemos transmitir con exactitud todos los movimientos por mínimos que sean, las relaciones horizontales y verticales, dimensión, en fin todo lo concerniente en las relaciones intermaxilares al articulador en donde van a ser colocados los modelos de trabajo. El paciente espera recibir una prótesis, que no le vaya a molestar, que se le vea, que pueda masticar satisfactoriamente, tener los movimientos de lateralidad suficientes; bueno, para esto, las relaciones intermaxilares llevadas exactamente serán factor importantes para que el paciente tenga lo que desea.

Cuarto: habiendo registrado correctamente nuestros modelos de trabajo, se requiere de una técnica y destreza para la colocación de los dientes artificiales. En igual forma que los puntos anteriores, jugar un papel importante. Ya que con ello obtendremos la estética y la fonética requerida por el paciente también depende de su relación fosa cúspide ó pieza, para no desalojar la prótesis en su mecanismo de masticación. Ya que esto podría traer como consecuencia el rechazo de la prótesis por parte del paciente y llegar a un fracaso rotundo.

Quinto: después de haber desarrollado todo el proceso anterior satisfactoriamente, debemos considerar la relación laboratorista-dentista para lle

gar a un acuerdo de como elaborar una prótesis. Si el odontólogo tiene los conocimientos técnicos para el terminado de una prótesis sería de gran utilidad; para la explicación al laboratorista y llegar así a una conclusión para la elaboración de dicha dentadura. Porque sería una lástima después de haber desarrollado una serie de procedimientos, ya sea por necesidad del laboratorista ó el dentista, no llegar a un acuerdo, tener un fracaso de la prótesis dental.

Sexto: es sumamente importante los cuidados posteriores para la preservación de la prótesis total de el paciente. Porque si bien es cierto, nosotros hemos realizado una dentadura adecuada a las necesidades de nuestro paciente y no ponemos atención a estos cuidados que deberá seguir nuestro paciente, nuestra prótesis podría fracasa. Es por ello que las indicaciones deben ser precisas y concretas; para llevarse a cabo al pie de la letra. En esto el dentista debe tener gran conocimiento y experiencia para convencer al paciente, de que si no sigue estas instrucciones, el trabajo y el gasto fueron inútiles.

