



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TESIS DONADA POR  
D. G. B. - UNAM

CONCEPTOS FUNDAMENTALES EN  
PROSTODONCIA TOTAL

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

*Mario Arturo Sánchez Gómez*



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.

# I N D I C E

Pág.

## PROLOGO

### C A P I T U L O I

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| 1. Antecedentes Históricos ..... | 1 |
| 2. Definición y objetivos .....  | 3 |

### C A P I T U L O II

- |   |   |
|---|---|
| 1. Elementos anatómicos .....           | 4 |
| 2. Músculos masticadores .....          | 4 |
| 3. Articulación témporo mandibular .... | 6 |
| a) Ligamentos de la articulación ...    | 7 |
| b) Funciones de la articulación ....    | 7 |

### C A P I T U L O III

- |   |    |
|---|----|
| 1. Diagnóstico, pronóstico y tratamien-<br>to ..... | 9  |
| 2. Historia Clínica .....                           | 10 |
| a) Exploración visual y palpación ..                | 10 |
| b) Modelos de estudio .....                         | 10 |
| c) Estudio radiográfico .....                       | 10 |
| 3. Indicaciones y contraindicaciones ..             | 12 |

C A P I T U L O IV

1. Zonas protésicas .....	14
a) Maxilar superior .....	14
b) Maxilar inferior .....	15

C A P I T U L O V

1. Materiales de impresión .....	16
a) Características .....	16

C A P I T U L O VI

1. Materiales de laboratorio .....	17
Yesos dentales .....	17
Ceras para base .....	17
Resinas acrílicas .....	17
Materiales de desgaste y pulido ....	18
Papel para articular .....	19
2. Instrumental y equipo de laboratorio	19

C A P I T U L O VII

1. Impresiones .....	20
a) Definición .....	20
b) Selección del material de impre- sión .....	20

	Pág.
a) Arbitrario .....	40
b) Arco facial estático .....	40
c) Arco facial dinámico .....	40
ADITAMENTOS DE TRANSPORTACION .....	41
PREPARACION DEL MONTAJE EN ARTICULADOR ..	41

## C A P I T U L O      X I V

1. Articulación de las piezas anteriores superiores .....	43
2. Factores para la colocación de las piezas posteriores superiores .....	44
a) Plano de relación .....	45
b) Centro del proceso inferior .....	45
c) Dirección lateral de las cúspides .....	46
d) Inclinación de las vertientes de protusión .....	46
e) Inclinación de las vertientes de trabajo .....	47
3. Colocación de las piezas superiores posteriores .....	47
4. Articulación de las piezas posteriores y anteriores inferiores .....	48
5. Overjet y overbite .....	48
6. Angulación de las cúspides .....	49

	Pág.
7. Prueba en la boca del paciente .....	49
8. Rectificación de las bases .....	50

## C A P I T U L O      X V

TERMINADO EN EL LABORATORIO .....	51
-----------------------------------	----

## C A P I T U L O      X V I

CONCLUSIONES .....	53
BIBLIOGRAFIA .....	54

## P R O L O G O

HONORABLE JURADO:

La finalidad de esta Tesis que presento an te sus apreciables personas, es para proporcionar a las futuras generaciones una pequeña guía que complementa los conocimientos que adquirieran en la trayectoria de su Carrera.

La inquietud al escoger este tema, es por que considero que la protodoncia total es de su ma importancia en la práctica odontológica, que ejerceré en la vida profesional.

Es por lo que pongo a su consideración es te sencillo trabajo, pidiendo su benevolencia - al juzgarlo.

Anticipadamente reciban mi sincero agradecimiento por la atención prestada a la presen- te.

## CAPITULO I

1. Antecedentes históricos.
2. Definición y objetivos.

### ANTECEDENTES HISTORICOS

El cuidado de la cavidad bucal es tan antiguo como el hombre mismo. En algunas mandíbulas que datan del paleolítico se han descubierto los estigmas de afecciones dentales; es posible que al verse acosado por odontalgias, el hombre de Neanderthal se haya limitado a arrancarse la pieza afectada, como todavía lo hacen hoy en día los hombres en algunas tribus primitivas.

El epigramista Marcial, tomó como blanco de sus burlas a quienes usaban dentaduras postizas queriendo hacerla pasar como natural. Su coetáneo Plinio el viejo fue prodigio en fantásticos remedios para conservar los dientes y curar las odontalgias.

En las ciudades de la Europa Medieval, la odontología estaba en manos de los barberos, quienes usaban el son de las trompetas para acallar los alaridos de quienes se sometían a una extracción dentaria.

Un eminente clínico francés, el doctor Pierre Fauchard, ha pasado a la posteridad como el



iniciador de la odontología gala, merced a la publicación, en 1728, del primer tratado sobre cirugía dental: *Le Chirurgien Dentiste*. El doctor Fauchard utilizaba para los empastes estaño o plomo; diseñó varios instrumentos para tratar las irregularidades dentarias, de manera que puede ser considerado como el primer ortodontista; fue también un ardiente propugnador de que los dentistas tuvieran una preparación más amplia. Casi medio siglo más tarde, John Hunter contribuyó al progreso de la anatomía, fisiología y patología con su obra, *The Natural History of the Human Teeth* (1771).

En aquellos días los orfebres eran quienes hacían las dentaduras postizas; sobre una base de marfil montaban dientes de seres humanos o de animales. Los profanadores de tumbas se encargaban de surtirlos de los primeros. Las piezas de animales despedían un tufo desagradable, cambiaban de color y se echaban a perder. En 1744, un farmacéutico francés llamado Duchateau, quien vivía cerca de la célebre manufactura de porcelana de Sevres, comenzó a fabricar dentaduras de porcelana.

En 1855, Charles Goodyear realizó una importante contribución a la odontología: descubrió la ebonita, derivado del caucho, que al abaratar

el costo de las dentaduras postizas, las puso al alcance de todos.

## DEFINICION Y OBJETIVOS

**DEFINICION.**- La palabra prostodoncia, se deriva de las raíces griegas prothesis, que significa en lugar de; y de odontos, diente; agregándose la terminación cia o sea, relativo a.

Prostodoncia total es la rama de la odontología que se encarga de reemplazar mediante aparatos protésicos, a todos los dientes y estructuras asociadas ausentes del arco superior e inferior.

**OBJETIVOS.**- La prótesis completa restaura la masticación, estética, fonética y demás deficiencias que provoca el desdentamiento.

Para lograr estos objetivos, deben: ser útiles, de buen aspecto y cómodas.

La falta de adaptabilidad de las dentaduras artificiales completas puede deberse a factores locales o generales corregibles por tratamientos quirúrgicos o médicos, o ser de origen mental, - modificable por tratamiento psicológico apropiado.

## CAPITULO II

1. Elemento anatómicos.
2. Músculos masticadores.
3. Articulación temporomandibular.

## ELEMENTOS ANATOMICOS

Los elementos anatómicos de importancia que es necesaria conocer en prostodoncia total, son:

Estructura ósea del maxilar superior; estructura ósea de la mandíbula; mucoperiostio del maxilar y mandíbula; músculos cutáneos o faciales; músculo canino; músculo buccinador; músculo cuadrado del mentón; músculo borla de la barba; músculo risorio; músculo triangular de los labios; músculo cutáneo del cuello; músculos compresores del orificio bucal; músculo orbicular externo; músculo orbicular interno; músculo compresor de los labios; músculos del piso de la boca (ligamento pterigomandibular; músculo palatogloso o glosioestafilino; músculo geniogloso; músculo geniohiodeo; músculo milohiideo); glándula submaxilar; glándula sublingual; innervación e irrigación.

## MUSCULOS MASTICADORES

Son el temporal; masetero; pterigoideo interno; pterigoideo externo.

**TEMPORAL.**- Tiene forma de abanico y se inserta por arriba de la cresta del temporal y de ahí dirige sus fibras de arriba a abajo y de --- atrás hacia adelante para insertarse en la apófisis coronoides de la mandíbula. Tiene tres tipos de fibras: verticales, oblicuas y horizontales.

Acción.- Lleva la mandíbula hacia arriba y atrás.

**MASETERO.**- Tiene forma cuadrangular, compuesto por dos haces, uno interno y otro externo. El haz interno se inserta en el borde inferior y cara posterior de la apófisis cigomática, de ahí dirige sus fibras de arriba hacia abajo y ligeramente de atrás a adelante para insertarse en la cara externa del cuerpo de la mandíbula. El haz externo se inserta en la parte inferior de la -- apófisis cigomática y de ahí dirige sus fibras - de arriba hacia abajo y de adelante hacia atrás para insertarse en el ángulo de la mandíbula.

Acción.- Lleva la mandíbula hacia arriba.

**PTERIGOIDEO INTERNO.**- Se inserta en la apófisis pterigoides, su inserción inferior es en la cara interna y borde inferior del cuerpo de la mandíbula.

Acción.- Cuando se contraen los dos pteri--

goideos internos llevan la mandíbula hacia arriba y cuando se contrae uno solo da movimientos de lateralidad.

**PTERIGOIDEO EXTERNO.**- Tiene forma triangular con base interna y vértice externo. Se inserta en la apófisis pterigoides y en el ala del esfenoides, de ahí dirige sus fibras de arriba hacia abajo y de adentro hacia afuera para insertarse en el cuello del cóndilo y algunas fibras atraviesan la cápsula articular de la articulación temporomandibular.

**Acción.**- Cuando se contraen los dos pterigoideos externos llevan la mandíbula hacia adelante y cuando se contrae uno solo da movimientos de lateralidad.

Intervienen también en la masticación el vientre anterior del músculo digástrico que va de la parte interna de la sínfisis mentoniana al hioides, sus fibras se dirigen de arriba a abajo y de adelante hacia atrás; otros músculos son el estilohioideo; músculos del paladar blando; músculos de la lengua; músculos de la faringe y músculos propios de la laringe.

#### ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

La articular temporomandibular pertenece al género de las bicondileas. Esta articulación -

tiene movimientos precisos, los cuales podemos medir. Tiene dos superficies articulares, una superior inmóvil correspondiente a la cavidad --glenoidea del temporal que es cóncava y a la emnencia del temporal o cóndilo del temporal que es convexa.) La otra superficie articular inferior es el cóndilo de la mandíbula que es la parte móvil.

Interpuesto entre estas dos superficies articulares se encuentra el menisco articular o --disco interarticular, Este tiene cuatro inserciones; dos superiores y dos inferiores, dividiendo así a la articulación en dos porciones, una suprameniscal y otra inframeniscal.

Este menisco es más grueso en la parte posterior que en la anterior, a veces puede estar perforado y entonces existe comunicación entre las partes supra e inframeniscales.

Cubriendo a toda la articulación se encuentra la cápsula articular. Esta cápsula mantiene a la articulación en su lugar y evita que se salga el líquido sinovial que es el lubricante de la articulación.

Ligamentos de la articulación temporomandibular.

Ligamento articular; ligamento transverso;

ligamento estilomandibular; ligamento pterigomandibular.

Funciones de la articulacion temporomandi-  
bular.

Tiene tres funciones: Rotación, traslación  
y combinada.

## CAPITULO III

1. *Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.*
2. *Historia clínica.*
3. *Indicaciones y contraindicaciones.*

### DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y TRATAMIENTO

**DIAGNOSTICO.**- Es la interpretación de los -  
síntomas, todo dato o información que pueda in-  
terpretarse como indicativo del estado del pa--  
ciente, tanto en lo que se refiere a su integri-  
dad física y a sus funciones orgánicas como a su  
estado constitucional.

Podemos agrupar a los pacientes que requie-  
ren dentaduras artificiales completas, en tres -  
grupos:

- a) *Personas que aún conservan dientes.*
- b) *Personas desdentadas que nunca han usado --  
dentaduras.*
- c) *Desdentados portadores de prótesis.*

El diagnóstico bucal expresa simplemente el  
estado del paciente; en cambio el diagnóstico --  
protético expresa las condiciones con respecto a  
determinada terapéutica.

**PRONOSTICO.**- Es un complemento del diagnós-  
tico. Ambos integran el concepto que se hace so  
bre el paciente y su estado. El pronóstico anti



cipa el futuro.

**Pronóstico en tratamiento protético.** - Comprende dos partes: el pronóstico próximo y el -- pronóstico mediato.

El pronóstico próximo en el tratamiento de los desdentados es satisfactorio, especialmente en personas jóvenes, con su buen estado general, procesos sanos y carentes de trastornos psicomotores.

### TRATAMIENTO

a) Las medidas preprotéticas quirúrgicas o médicas.

b) Tipo de prótesis, especificando calidad y extensión de las bases, disposición de la enca artificial y tipo de dientes artificiales.

c) Plan de transición, si es necesario; prótesis inmediatas, rebasados, prótesis parciales transitorias, etc.

### HISTORIA CLINICA

- a) Exploración visual y de palpación.
- b) Modelos de estudio.
- c) Estudio radiográfico.

En la historia clínica vamos a anotar: datos personales del paciente, sexo, edad, estado,

ocupación, dirección y observaciones objetivas.

**Exploración visual y de palpación.**- La exploración visual puede ser interna o superficial, en donde observamos el tamaño de los procesos alveolares, altura, contorno, forma del paladar, - caída del velo del paladar, existencia de frenillos y color de la mucosa.

En la palpación observaremos si existe dolor o irregularidades.

Con la exploración visual y la palpación nos daremos una idea exacta del estado general de la cavidad oral.

**Modelos de estudio.**- Estos se obtienen de las impresiones anatómicas, son una réplica tridimensional de las zonas sobre las que se apoyará la dentadura artificial; podemos observar en ellas las crestas alveolares, forma, tamaño, relieves, grado de reabsorción y la proporción relativa entre el maxilar y la mandíbula. Son importantes para el diagnóstico y es el primer contacto con la boca del paciente.

**Estudio radiográfico.**- Es necesario para lograr un buen diagnóstico; por las piezas incluidas como terceros molares, caninos y restos radiculares, también observaremos si existen quistes y neoplasias. Debemos ver la anatomía, posición

del seno maxilar, fosas nasales y posición del agujero mentoniano.

## INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

### INDICACIONES

a) Estado de salud bucal, con buena tonicidad muscular.

b) Regularidades simétricas de los arcos alveolares.

c) Rebordes alveolares residuales no retentivos.

d) Altura mínima del reborde, por lo menos de cuatro milímetros.

e) Arrugas palatinas poco marcadas.

f) Ausencia de torus palatino y mandibular.

g) Mucosa que cubre a los procesos, firme, elástica y de espesor uniforme.

h) Distancia mínima intermaxilar suficiente para la colocación estética y funcional de las piezas artificiales.

i) Calda suave del velo palatino con respecto al paladar duro.

### CONTRAINDICACIONES

a) Neoplasias.

b) Sífilis.

c) Ciertas formas tuberculosas.

- d) Enfermos mentales.
- e) Epilépticos e histéricos.

## CAPITULO IV

## 1. Zonas protésicas:

- a) Maxilar superior.
- b) Maxilar inferior.

Las zonas protésicas son las regiones anatómicas que quedan incluidas o en relación con las prostodoncias totales y son:

## MAXILAR SUPERIOR:

- a) Zona principal de soporte.- Es la parte más prominente de la cresta alveolar.
- b) Zona de sellado periférico.- Se encuentra en la periferia de la prostodoncia y se localiza en el fondo del saco vestibular.
- c) Zona de alivio.- Incluye la papila incisiva y el rafe medio sutural, y puede llegar hasta los agujeros palatinos superiores.
- d) Zona de sellado posterior.- Va de región hamular a región hamular pasando por delante de los huecos foveolares.
- e) Zona secundaria de soporte.- Es todo --- aquel tejido que queda fuera de las otras zonas.

## MAXILAR INFERIOR:

a) Zona principal de soporte.- Es la parte más alta de la cresta alveolar.

b) Zona de sellado periférico.- Está dada por el borde posterior y curvatura de la aleta lingual.

c) Zona de alivio.- Es la papila piriforme.

d) Zona de sellado posterior.- Está dada por el músculo milohioideo.

e) Zona secundaria de soporte.- Es todo aquel tejido que queda fuera de las otras zonas.

## CAPITULO V

### MATERIALES DE IMPRESION

Los materiales de impresión necesarios en -  
prostodoncia deben tener ciertas características:

a) Que permitan la reproducción de la zona impresionada.

b) Que tengan cambios dimensionales de va-  
lor clínico.

c) Que sean elásticos para poder eludir re-  
tenciones, o en su defecto, que se fracture con  
nitidez para luego unir sus partes y construir -  
posteriormente el modelo.

d) Que sea de fácil manejo y conservación.

Los materiales de impresión más usados se -  
clasifican en:

Rígidos.- Yeso soluble y modelina.

Semi-rígidos.- Pasta zinquenólica.

Elasticos.- Alginatos, hules y silicones.

Rígidos) Al endurecer en la boca no tienen  
elasticidad.

Elasticos) Son los de mayor uso, debemos co  
nocer según las características de cada uno cuán  
do debemos usarlo y conforme a sus propiedades,  
darle una correcta manipulación.

## CAPITULO VI

1. Materiales de laboratorio.
2. Instrumental y equipo.

## MATERIALES DE LABORATORIO

Los materiales que utilizamos en el laboratorio para protodoncia total son:

a) Yesos dentales.- El yeso se encuentra en la naturaleza como sulfato de calcio dihidratado, para uso dental, deberá ser químicamente puro. - Mas sin embargo, ha de sufrir un proceso de calcinación después de triturado.

La calcinación habrá de hacerse a  $110^{\circ}\text{C}$  y  $130^{\circ}\text{C}$ , obteniéndose sulfato de calcio hemihidratado.

El fraguado se realiza al agregarle agua y mezclarlo; sucede que el hemihidrato se convierte en dihidrato y desarrolla una reacción exotérmica igual a la cantidad de calor utilizado para la calcinación.

b) Ceras para base.- Se utilizan para confeccionar rodillos de relación y para bardear las piezas en donde se construyen las dentaduras artificiales totales.

c) Resinas acrílicas.- Se usan en proporción de tres de polvo por una de líquido.



Los estadios de la polimerización de las resinas acrílicas son:

Granulado

Filamentoso

Elastico

Plástico y

Rigido.

Las resinas acrílicas autopolimerizables se trabajan en el estadio filamentosos y las termopolimerizables en el estadio elastico.

d) Separadores acrílicos.- Impiden que se opere algún cambio entre el acrílico y las superficies de yeso que forman el molde en el que serán curadas las dentaduras. El mejor y más eficaz de los separadores son las hojas de estaño - de 0.025 a 0.075 mm. de grueso.

e) Materiales de desgaste y pulido.- Son -- las limas, fresas, buriles, raspadores, tornos, cepillos, fieltros, badanas, mandriles, etc.

Los materiales se utilizan en forma de polvo con algún vehículo como el alcohol, agua, glicerina, aceite, etc., en pastas, también con un vehículo como las grasas y los aceites, y en piedras, o sobre telas o papel con un elemento cementante.

Los principales materiales para pulido son:

el esmeril; el granate; la piedra pómez; el tripoli; el rojo congo; el óxido de estaño; la tiza; el óxido de cromo; los carburos de silicio y el diamante compuesto por chispas de diamante que es el más efectivo para el esmalte dentario.

f) Papel para articular.- Se emplea en protodoncia para marcar las partes del diente que sobresalen en el momento de articular, están provistas de una substancia de color negro, azul o rojo.

#### INSTRUMENTAL Y EQUIPO DE LABORATORIO

Para realizar los trabajos prácticos o de construcción en el laboratorio, vamos a disponer de:

Tazas de hule, espátulas, reloj de tiempo, termómetro, pinceles, cuchillos, tijeras, recordador de modelos, lámparas, motores, presiones, - piedra de rebajar, buriles, pincho, pulidores, - cepillos, mantas y conformador de rodillos.

## CAPITULO VII

## 1. Impresiones.

- a) Definición.
- b) Selección del material de impresión.
- c) Posición del paciente y del operador.
- d) Selección, prueba y adaptación del porta impresiones.
- e) Características generales de los porta-impresiones.
- f) Características particulares de los porta-impresiones para alginato.
- g) Características particulares de los porta-impresiones para modelina.
- h) Característica específica de los porta-impresiones para los desdentados, inferiores.
- i) División de las impresiones.

## DEFINICION

Impresión.- Es la huella que dejan los procesos alveolares en un material, que en el momento de ser utilizado tiene menor consistencia que la región anatómica por impresionar.

## SELECCION DEL MATERIAL DE IMPRESION

Las impresiones pueden registrarse con mate

riales como el yeso soluble, compuestos de modelar, cera, alginato, agar-agar o por procedimientos mixtos: compuestos de modelar con yeso soluble, pasta zinquenólica, alginato, hule o silicon.

### POSICION DEL PACIENTE Y EL OPERADOR

El paciente deberá estar recto en el cabezal colocado en la región occipital; la boca del paciente debe llegar más o menos, entre el codo y el hombro del operador.

El operador deberá de trabajar en una posición vosterolateral en una impresión superior y en una impresión inferior el operador deberá estar en una posición lateral, y va a detener la impresión con los dedos índice y medio apoyando los pulgares en el borde inferior de la mandíbula.

### SELECCION, PRUEBA Y ADAPTACION DEL PORTAIMPRESION

Seleccionamos el portaimpresión comercial del tamaño adecuado; en caso necesario deben adaptarse doblando, recortando y modelando sus lados con la ayuda de tijeras, pinzas y piedras; se prueba llevando el portaimpresión a su sitio en la boca, con ayuda del espejo si la boca es -

chica y difícil en el caso superior; se baja luego el asa o mango del portaimpresión, para observar el alcance posterior y la superficie del diámetro transversal; en el caso inferior, levantamos el mango para observar el alcance posterior de la región retromolar.

#### CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS PORTAIMPRESIONES

a) Que abarque toda la región anatómica por impresionar.

b) Que preste un espacio lo más uniforme posible de dos o tres milímetros para dar cabida al material.

#### CARACTERISTICAS PARTICULARES DEL PORTAIMPRESION PARA ALGINATO

Deben tener retenciones y éstas pueden ser de dos tipos: el usual con perforaciones; y el menos usual colocando un alambre en toda la ceja del portaimpresión soldado en su parte interna.

#### CARACTERISTICAS PARTICULARES DEL PORTAIMPRESION PARA MODELINA

a) Que sean lisos.

b) Que no tengan retenciones.

c) Que sean contruidos de una sola pieza.

chica y difícil en el caso superior; se baja luego el asa o mango del portaimpresión, para observar el alcance posterior y la superficie del diámetro transversal; en el caso inferior, levantamos el mango para observar el alcance posterior de la región retromolar.

#### CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS PORTAIMPRESIONES

a) Que abarque toda la región anatómica por impresionar.

b) Que preste un espacio lo más uniforme posible de dos o tres milímetros para dar cabida al material.

#### CARACTERISTICAS PARTICULARES DEL PORTAIMPRESION PARA ALGINATO

Deben tener retenciones y estas pueden ser de dos tipos: el usual con perforaciones; y el menos usual colocando un alambre en toda la ceja del portaimpresión soldado en su parte interna.

#### CARACTERISTICAS PARTICULARES DEL PORTAIMPRESION PARA MODELINA

a) Que sean lisos.

b) Que no tengan retenciones.

c) Que sean contruidos de una sola pieza.

## CARACTERISTICA ESPECIFICA DEL PORTAIMPRESIO NES PARA DESDENTADOS INFERIORES

Deberá tener una curvatura posteroascendente para impresionar la papila piriforme de frente.

### DIVISION DE LAS IMPRESIONES

Las impresiones las dividimos por: Su finalidad y por su técnica.

Por su finalidad, en primarias y definitivas.

Por su técnica en:

Anatómicas (sin presión, poca presión y mucoestáticas).

Funcionales (por presión digital, por presión masticatoria y en función masticatoria).

## CAPITULO VIII

1. Impresión anatómica superior e inferior.
2. Encajonado de la impresión anatómica.
3. Obtención de los modelos de estudio.
4. Características de las impresiones anatómicas.

## IMPRESION ANATOMICA SUPERIOR E INFERIOR

Tomamos una cubeta de aluminio perforado -- por ser fácil de modificar, elegimos la más adecuada a la boca del paciente; las probamos y --- adaptamos lo mejor posible, ayudándonos con tijeras y alicatas; conseguido este objetivo colocamos un reborde de cera blanda en todo el contorno de la cubeta.

Después de haber elegido las cubetas superior e inferior, tomamos las impresiones con alginato respetando las proporciones del agua para que no resulte demasiado blando ni demasiado seco.

Ya obtenidas las impresiones pasamos al encajonado.

## ENCAJONADO DE LA IMPRESION ANATOMICA

## TECNICAS:

- a) Rodear la impresión con una tira de pa--



pel encerado, con cera rosa o con cera negra, -- unir sus extremos y correr cera derretida entre la periferia de la impresión y la parte interior del papel o de la cera; se deberá cubrir el hueco lingual en su parte inferior para que el yeso no escurra.

b) Con bardas prefabricadas, diseñadas en distintos tamaños a base de hule rojo, o hule espuma. Se toma la barda y se encajona la impresión.

#### OBTENCION DE LOS MODELOS DE ESTUDIO

a) Después de manipulado el yeso, se coloca en la parte más prominente de la impresión una porción de éste, y se vibra para evitar la formación de burbujas.

b) Agregue más yeso y repita la maniobra -- hasta cubrir la impresión.

c) Espere el fraguado, elimine el encajonado y recorte los bordes del modelo.

d) Separe metódicamente el material de impresión hasta que libere por completo el modelo de estudio.

e) Recorte los excedentes de yeso y elabore el zócalo.

**CARACTERISTICAS DE LAS IMPRESIONES ANATOMICAS**

- a) Deben ser amplias y nítidas.
- b) Que copien los bordes y detalles anatómicos.

## CAPITULO IX

1. Elaboración del portaimpresión individual.
2. Prueba del portaimpresión.
3. Características del portaimpresión.

## ELABORACION DEL PORTAIMPRESION INDIVIDUAL

*Tipos de portaimpresiones individual:*

*Holgado.- Cuando el material queda adaptado con un espaciador entre el modelo y el material del portaimpresión.*

*Ajustado.- Vamos a construir directamente sobre el modelo el portaimpresión individual.*

*Elaboración.- Con un lápiz marcamos en los modelos el contorno que deseamos que tenga la cubeta individual; que debe ser dos milímetros por arriba del contorno periférico.*

*Va obtenido esto, en dos cristales engrasados ponemos dos barras de cerra en los extremos de éstos para que nos sirvan como tope, en medio de los dos cristales colocamos el acrílico para forma una tortilla; llevamos la tortilla al modelo y recortamos el excedente con una tijera; luego, con un bisturí recortamos hasta 2 mm. por -- arriba del diseño; con el excedente fabricamos - el mango inclinándolo  $88^\circ$  y con 10 mm. de largo y un grosor de 4 mm., se retira el portaimpre---*

sión del modelo y se recortan los excesos con -- piedra para acrílico, luego se pulen las superfi-  
cies externas con piedra pómez.

### PRUEBA DEL PORTAIMPRESION

Una vez que tenemos los portaimpresiones in  
dividuales terminados y pulidos, los llevamos a  
la boca del paciente y los probamos de la misma  
forma que hicimos en la impresión anatómica; el  
portaimpresión debe quedar adaptado a los proce-  
sos, ya sea por su propia retención o con una --  
suave presión del dedo, con el estiramiento de --  
labios y carrillos, o cuando el paciente hace --  
una apertura suficiente o movimientos de latera-  
lidad.

### CARACTERISTICAS DEL PORTAIMPRESION INDIVIDUAL

- a) Deben ser resistentes a las fracturas.
- b) Que no se deformen a la temperatura a la  
que se trabaja.
- c) Que sean de fácil manipulación.

## CAPITULO X

1. Rectificación de bordes.
2. Toma de las impresiones fisiológicas.
3. Obtención de los modelos definitivos.

## RECTIFICACION DE BORDES

## CASO SUPERIOR:

Vestíbulo bucal.- Abrir, cerrar, succionar y movimientos de lateralidad.

Vestíbulo labial.- Que lleve su labio superior hacia abajo y hacia adentro.

Frenillos bucales.- Que eleve su labio y lo lleve hacia atrás.

Zona de sellado posterior.- Tapamos la nariz al paciente y que éste trate de expulsar el aire por la misma, y que diga la letra "A".

## CASO INFERIOR:

Vestíbulo bucal.- Que abra, que cierre y que trate de mordernos los dedos.

Vestíbulo labial.- Que lleve sus labios hacia arriba y atrás.

Lingual posterior.- Que degluta.

Lingual anterior.- Que saque la punta de la

lengua y que se moje el labio superior de lado a lado.

Esta rectificación de bordes se llevará a cabo con modelina de baja fusión previo calentamiento de ésta.

### TOMA DE LAS IMPRESIONES FISIOLÓGICAS

Utilizaremos pasta zinquenólica o hule en cantidades proporcionales, que serán de 4 a 5 cm. de cada uno de los tubos.

Sobre una loseta se colocan las dos porciones y se espátula hasta lograr una mezcla homogénea, quedando una pasta cremosa. Sobre el portaimpresión se coloca la pasta, teniendo cuidado que quede lo más uniforme posible y que los bordes del portaimpresión estén cubiertos por la mezcla; se lleva a la boca del paciente, se centra y se asienta en forma rotatoria, después, tanto en el caso superior como en el inferior se le indica al paciente que realice los mismos movimientos que efectuó en la rectificación de bordes.

Después de que fragüe el material se retira la impresión en forma cuidadosa y procedemos a la obtención de los modelos definitivos.

## OBTENCION DE LOS MODELOS DEFINITIVOS

Con las impresiones fisiológicas previamente encajonadas, procedemos a obtener los modelos definitivos, haciendo el vaciado con yeso, piedra en proporciones correctas de agua-yeso debidamente espatulado y bajo vibración mecánica; esperamos el fraguado del material entre 45 minutos y una hora, antes de separar los modelos.

Al separar los modelos, éstos se recortan cuidadosamente dejándoles un grosor adecuado para las presiones del enfrascado; les labramos -- unas ranuras en las bases, de aproximadamente 5 mm. de ancho por 3 mm. de profundidad, que nos servirán como retención del yeso al montar al articulador.

Con un lápiz marcamos el contorno periférico, incluyendo los elementos anatómicos y el diseño del borde posterior.

## CAPITULO XI

1. Construcción de las bases.
2. Conformación de los rodillos.
3. Características de los rodillos.

### CONSTRUCCION DE LAS BASES

Las bases las podemos construir con acrílico autopolimerizable o con placa base sencilla o de Graff. Estas bases deben llegar exactamente hasta el contorno periférico.

### CONFORMACION DE LOS RODILLOS

Los rodillos de relación se pueden hacer con cera rosa del número 7 con la ayuda de un conformador de rodillos o con modelina.

Se coloca un rollo de cera rosa reblandecido en el conformador abierto y envaselinado, se cierra fuertemente las dos mitades, para comprimir la cera rosa en su lugar. Se corta el sobrante de la cera al ras del conformador y con un cuchillo; una vez endurecido se separan las dos mitades del conformador y se retira el rodillo hecho en cera. La superficie más ancha del rodillo se sujeta a la placa base con una espátula caliente y se le da la forma y el contorno que siguen las periferias de las placas bases.



## CARACTERISTICAS DE LOS RODILLOS

a) La altura de los molares visto por oclusal debe de ser de 10 mm.

b) La altura de los premolares visto por oclusal debe de ser de 7 mm.

c) La altura de los dientes anteriores visto por oclusal debe de ser de 5 mm.

d) Visto de lado, el rodillo superior debe tener una inclinación más o menos de  $88^{\circ}$  y una altura de 10 mm., la parte anterior y la parte posterior de 7 mm.

e) Visto de lado, el rodillo inferior debe tener una altura de 10 mm. en la parte anterior y la parte posterior debe continuarse con el sellado posterior inferior.

## CAPITULO XII

## RELACION INTERMAXILAR

- a) *Dimensión vertical.*
- b) *Dimensión horizontal o relación céntrica.*
- c) *Punto central de apoyo.*
- d) *Equilibrio de la presión.*
- e) *Relaciones excéntricas.*
- f) *Datos accesorios.*

## RELACION INTERMAXILAR

Es la posición correcta que guardan el maxilar superior e inferior cuando los cóndilos quedan alojados en la cavidad glenoidea en su parte más superior, posterior y media, con equilibrio muscular y facilidad para desarrollar movimientos laterales.

## DIMENSION VERTICAL

La dividimos en:

*Dimensión vertical en descanso.*

*Dimensión vertical en oclusión.*

Técnicas para obtener la dimensión vertical.  
Creaneométricas; por fatiga muscular; de medidas de escultores y por electromiografía.

**Dimensión vertical en descanso.**- Empleando la técnica "Por fatiga muscular"; se marca un -- punto en la parte más alta de la nariz y otro en la parte más alta del mentón. Se indica al paciente que abra varias veces hasta lograr la fatiga muscular; después de obtenida ésta, le pedimos al paciente que cierre la boca ligeramente; entonces, con una regla medimos la distancia entre los puntos marcados, volvemos a medir varias veces y así obtenemos una medida media, que será la dimensión vertical en descanso.

**Dimensión vertical en oclusión.**- Se obtiene restando 2 mm. de la dimensión vertical en descanso. A estos 2 mm. de diferencia se le conoce como espacio interoclusal.

Una vez determinadas las posiciones de la dimensión vertical, procedemos a orientar los rodillos superior e inferior.

**Orientación del rodillo superior.**- Vamos a usar para la orientación la platina de Fox, que tiene tres reglas, dos laterales y una anterior. Llevamos el rodillo a la boca del paciente y éste visto por delante debe sobresalir 2 mm. del borde libre del labio; esto es con la finalidad de dar estética a los dientes. Introducimos la platina de Fox quedando la regla anterior paralela a una línea imaginaria interpupilar y visto -

de lado la regla plateral de la platina debe que dar paralela al plano protético (plano de Cam---per), que va del tragus de la oreja al ángulo inferoexterno del ala de la nariz.

Orientación del rodillo inferior.- Como referencias anatómicas para la orientación del rodillo inferior tenemos al borde del bermellón -- del labio inferior; la orientación está dada --- cuando toque en toda su superficie con el borde del rodillo superior, para obtener esto es necesario que el paciente cierre con la relación anteroposterior correcta y desgastamos el rodillo en los sitios convenientes hasta lograr la dimensión y el contacto perfecto con el borde del rodillo superior.

Una vez logrado esto, lo verificamos con la dimensión en descanso que se tomó anteriormente; esta posición de contacto de los rodillos deberá estar disminuida en 2 mm. correspondiente al espacio interoclusal.

#### DIMENSION HORIZONTAL o RELACION CENTRICA

Se obtiene por medio del arco gótico de Gysi; para el trazo de éste existen tres métodos y son:

Intraoral.- Cuando colocamos los aditamen--

Los dentro de la boca del paciente. e inferior  
 queda en posición superior a la inferior.  
**Extraoral.** - Los aditamentos van por fuera.

**Combinado.** - Un aditamento va por fuera de -  
 la boca y otro por dentro de ésta.

Podemos utilizar el sistema gárgico o el de  
**Técnica del doctor Honorato Villa.** - Coloca  
 mos un alfiler en el rodillo inferior; el rodi-  
 llo superior se recorta para que sirva de traza-  
 dor; ya colocados los aditamentos se le dice al  
 paciente que realice los movimientos de lateral-  
 dad o de Bennett que son los siguientes:

De céntrica a lateral derecho y regreso a -  
 céntrica.

De céntrica a lateral izquierdo y regreso a  
 céntrica.

De céntrica a protusión y regreso a céntri-  
 ca.

Así obtenemos en el rodillo superior un tra-  
 zo en forma de punta de flecha llamado arco góti-  
 co de Gysi; siendo la intersección de las líneas  
 la "relación céntrica".

#### PUNTO CENTRAL DE APOYO Y EQUILIBRIO DE LA PRESION

Se van a lograr en el rodillo inferior; to-  
 mamos un alambre grueso y lo introducimos a la -  
 altura del primer molar de un lado a otro. En -  
 el rodillo superior vamos a insertar un gancho -

que al hacer contacto con el alambre inferior -- quede perpendicular a éste.

## RELACIONES EXCENTRICAS

Podemos utilizar el sistema gráfico o el de posiciones para obtenerlas, y corresponde a los movimientos de lateralidad o de Bennett.

### DATOS ACCESORIOS

- a) Línea media.
- b) Línea de los caninos.
- c) Altura de los dientes anteriores.

LÍNEA MEDIA. - Se localiza tomando como referencia el centro del tabique nasal, esta línea nos sirve para colocar las caras mesiales de los incisivos centrales superiores.

Línea de los caninos. - Se marca incidiendo la espátula de Lecrón en el sitio del ángulo de la comisura en ambos lados para obtener la dimensión por distal de los caninos, esta línea nos sirve para saber el ancho total de los seis anteriores superiores que debe ser más de 4.5 mm.

Altura de los dientes anteriores. - Se obtiene ya montado en el articulador, retirando la placa base y el rodillo superior y medimos con una regla flexible la distancia que existe entre

# TESIS DONADA POR

39

## D. G. B. - UNAM

*el proceso superior y el plano de relación del -  
rodillo inferior, a esta distancia le disminuiremos  
1 mm.*

## CAPITULO XIII.

1. Transporte y montaje al articulador.
  - a) Arbitrario.
  - b) Arco facial estático.
  - c) Arco facial dinámico.
2. Aditamentos de transportación.
3. Preparación del montaje en el articulador.

## TRANSPORTE Y MONTAJE AL ARTICULADOR

Existen tres sistemas:

*Arbitrario.*- La trayectoria del cóndilo es recta y la articulación de las piezas dentarias artificiales se va a realizar en un articulador no adaptable como es el New Simplex.

*Arco facial estático.*- Se coloca en el rodillo superior y nos sirve para transportar al articulador la distancia que existe entre los cóndilos y los rodillos de relación, este método se emplea cuando hay una trayectoria condilar curva; los articuladores que se utilizan son el Hanau y Snow.

*Arco facial dinámico.*- Se coloca en el rodillo inferior y se utiliza en articulador ajustable como el pantógrafo y cinemático.



## ADITAMENTOS DE TRANSPORTACION

Los aditamentos que utilizamos para transportar los movimientos relativos entre la mandíbula y el maxilar superior al articulador, a la vez el plano de orientación y las líneas accesorias: de los caninos y de la sonrisa.

Material: vaselina, yeso, blanca nieves, cera azul para incrustaciones media barra y una lámina de cera rosa.

### PREPARACION DEL MONTAJE EN EL ARTICULADOR

a) Mojar los modelos y hacer las retenciones a éstos, de 3 mm. de profundidad y 5 mm. de ancho, una vertical en el centro del modelo y otro horizontal cruzado la anterior para obtener una mejor unión con el yeso.

Limpiar los modelos con agua tibia para eliminar residuos de cera (nunca debe eliminarse éstos con cuchillo). Al secarse los modelos se  fijan las placas bases en el modelo con cera pegajosa en 3 ó 4 puntos.

b) Montaje de los modelos en articulador:

Método arbitrario.- En la platina horizontal hay una marca en forma de cruz, en esta línea colocamos el modelo superior en la parte más interior. En el sentido anteroposterior cruza a

nuestro modelo, y la línea anterior queda a nivel del rodillo superior. Una vez colocado, se prepara yeso para modelos, previo humedecimiento -- del modelo; y con marcas para su retención en -- forma de cruz se coloca el yeso y se deja que -- fragüe, en el caso inferior se voltea el articulador y se coloca el modelo inferior, se coloca el yeso en la misma forma que en el superior.

## CAPITULO XIV

1. *Articulación de las piezas anteriores superiores.*
2. *Factores para la colocación de las piezas - posteriores superiores.*
3. *Colocación de las piezas posteriores superiores.*
4. *Articulación de las piezas anteriores y posteriores inferiores.*
5. *Overjet y Overbite.*
6. *Angulación de las cúspides.*
7. *Prueba en la boca del paciente.*
8. *Rectificación de bases.*

## ARTICULACION DE LAS PIEZAS ANTERIORES SUPERIORES

Al escoger los dientes debemos tomar en cuenta la raza, sexo, edad, profesión, forma de la cara, movimientos, forma y tamaño de los labios, color de la piel y de la mucosa bucal.

Tomando en consideración esto, procedemos a colocar primero los incisivos centrales superiores, fijándonos en la estética, posición y forma del arco alveolar. Retiramos un fragmento de cera del rodillo y colocamos la pieza, quedando el borde incisal al ras con la superficie recortada del plano de relación del rodillo inferior; visto de frente, el eje longitudinal del diente pre

senta una angulación de  $88^\circ$  con la línea media, visto de lado, que el cuello se incline ligeramente hacia atrás, es decir, hacia palatino con una inclinación de  $87^\circ$ ; visto de arriba, que el ángulo disto-incisal siga la curvatura señalada y se fija reblandeciendo la cera con la espátula caliente, se procede a fijar el otro central considerando los mismos principios.

Después continuamos con el incisivo lateral y el canino de un lado. El lateral debe quedar  $3/4$  de mm. arriba del plano de relación, visto de frente su eje longitudinal se inclina hacia distal de  $87^\circ$  a  $85^\circ$ , visto de lado el cuello queda 2 mm. hacia atrás que el central, visto de arriba, que continúe la curvatura señalada.

La alineación del canino debe hacerse con especial cuidado, ya que influye en la colocación de las piezas posteriores, su cúspide debe tocar el plano de relación; visto de frente su eje longitudinal tiene una inclinación media entre el central y el lateral, visto de lado el cuello queda a la altura del borde frontal del rodillo, casi perpendicular al plano, visto de arriba que continúe con el curvatura señalada, fijados convenientemente, se procede de igual forma con los del lado opuesto.

Factores para la colocación de las piezas -

posteriores superiores.

- a) Plano de relación.
- b) Centro del proceso inferior.
- c) Dirección lateral de las cúspides.
- d) Inclinação de las vertientes de protusión.
- e) Inclinação de las vertientes de trabajo.

Plano de relación.- Está dado por el contacto del rodillo superior con el inferior, y se toma por primera vez cuando el rodillo se encuentra paralelo al plano de Camper quedando relacionados los bordes y cúspides de las piezas dentarias.

Centro del proceso inferior.- En la línea media del modelo se marcan dos puntos, uno a nivel de molares en ambos lados y otro a nivel de caninos uniéndose con una línea que se transporta hasta el zócalo del modelo por detrás y por delante. Se colocan los rodillos con su base marcando dos líneas convergentes de atrás hacia adelante sobre los rodillos. Posteriormente, se hace una marca del surco de la línea de desarrollo a la parte más alta de la cúspide, el rodillo inferior se recorta aproximadamente 2 mm. obteniéndose así el centro del proceso inferior. - Una vez recortado se cierra el articulador y se

pasa la marca al rodillo superior recortándose 2 mm. por fuera de esa marca.

*Dirección lateral de las cúspides.* - Estas se obtienen colocando en el rodillo inferior uno o dos alfileres a nivel de los premolares éstos deben sobresalir aproximadamente 1 mm., posteriormente se cierra el articulador haciendo movimientos de lateralidad, dándonos en el rodillo superior trazos en forma de "V" en el que la trayectoria externa es la trayectoria de trabajo y el trazo interno es la trayectoria de balance.

Obtenidas las trayectorias de balance y trabajo se trazan paralelas hacia la zona palatina de la base en ambos lados.

*Inclinación de las vertientes de protusión.* - Se obtienen recortando una lámina de 8 por 10 mm., a la cual le doblamos las cuatro esquinas, dos de las puntas se insertan en el rodillo superior y las otras dos tocan únicamente el rodillo inferior. Posteriormente se hace un movimiento re-trusivo marcándonos dos líneas que son las trayectorias de protusión, haciéndose esto en ambos lados.

El brazo distal del premolar debe coincidir con las trayectorias de protusión y el eje intertubercular debe quedar paralelo a la línea de -

trabajo lateral de las cúspides.

El surco de desarrollo debe caer en el centro del proceso inferior, obteniendo así la curva de compensación.

Inclinación de las vertientes de trabajo. - Se obtiene usando una lámina de aproximadamente 4 por 10 mm., a ésta se le dobla sólo dos extremos, y colocamos las dos puntas en la parte inferior del rodillo inferior, en donde el borde libre debe quedar al ras del mismo. Posteriormente se hacen movimientos de lateralidad y la cúspide de lateralidad debe resbalar sobre esta lámina, de acuerdo a esto colocamos las demás piezas.

#### COLOCACION DE LAS PIEZAS SUPERIORES POSTERIORES

Pasamos a la colocación de las piezas posteriores superiores fijando el articulador en posición céntrica y cerrando las tuercas para evitar movimientos.

El primer premolar se coloca reblandeciendo un fragmento de cera en donde el surco central de desarrollo debe quedar arriba y sobre el borde externo del rodillo inferior.

El segundo premolar se coloca en la misma forma siguiendo el ángulo distal del primer pre-

molar, coincidiendo en altura en el plano oclusal.

Seguimos recortando segmentos del rodillo superior para colocar el primer y segundo molar, siguiendo las reglas establecidas y coincidiendo el nivel y altura de los ángulos distales en las posiciones sagital y oclusal.

#### ARTICULACION DE LAS PIEZAS POSTERIORES Y ANTERIORES INFERIORES

A elección se pueden colocar primero las piezas anteriores o las posteriores. Si empezamos con las piezas posteriores, colocaremos inicialmente el primer molar en donde la cúspide mesio bucal del primer molar superior debe coincidir con el surco bucal del molar inferior.

Se colocan los dos molares de ambos lados, después el segundo molar y el segundo premolar, dejando al último la colocación del primer premolar.

#### OVERJET Y OVERBITE

Overjet.- Es cuando en posición céntrica la relación de las piezas anteriores superiores e inferiores no están en contacto, habiendo una separación o distancia horizontal de los bordes incisales de cuando menos 1 mm.



**Overbite.**- Es el cruzamiento o distancia -- vertical que existe entre los bordes incisales - de las piezas anteriores superiores e inferiores.

La combinación de overbite y overjet, nos - dará la trayectoria que debe recorrer el diente inferior para ponerse en contacto con el diente superior en los distintos movimientos, y en la - trayectoria de las vertientes de protusión.

#### ANGULACION DE LAS CUSPIDES

Está dada por las leyes de Hanau y son:

- a) Trayectoria condilar.
- b) Plano de relación.
- c) Angulación de las cúspides.
- d) Curva de compensación.
- e) Trayectoria incisal.

Para disminuir la altura de las cúspides, - disponemos de tres recursos:

- a) Utilizar la curva de compensación.
- b) Variar la inclinación del plano de relación.
- c) Disminuir la inclinación de la guía incisal.

#### PRUEBA EN LA BOCA DEL PACIENTE Y RECTIFICACION - DE BASES

Prueba en la boca del paciente.- Antes de - introducir las dentaduras completas de cera en -

la boca del paciente, se procura endurecerla en agua fría; que estén limpias, que no presenten distorsiones ni perforaciones ni otra imperfección.

Se introduce la dentadura en la boca y cuando se comprueba su retención y se colocan ambas en su lugar, pidiéndoselo al paciente que cierre en relación céntrica, luego comprobamos la forma en que se reproduce en el articulador.

Rectificación de bases.- La rectificación de las bases se hace con pasta zinquenólica. Tomamos las bases habiendo colocado previamente el material, se lleva a la boca del paciente y se le indica que degluta y que lleve sus labios de delante a atrás, se espera a que fragüe el material y se retiran de la boca.

CAPITULO XV  
TERMINADO EN EL LABORATORIO

El terminado de las dentaduras completas en el laboratorio se logra mediante los siguientes pasos:

- a) Encerado de la dentadura.
- b) Festoneado de las superficies de cera.
- c) Estañado de la dentadura superior.
- d) Estañado de la dentadura inferior.
- e) Enfrascado de la dentadura.
- f) Eliminación de la cera.
- g) Preparación de la masa acrílica (proporción correcta del material).
- h) Polimerización de la masa acrílica.
- i) Recuperación de la dentadura y el modelo.
- j) Recorte y pulido de las dentaduras.
- k) Remontaje al articulador.
- l) Verificación de la articulación.

## CAPITULO XVI

## INDICACIONES AL PACIENTE

Al colocar la dentadura artificial en la boca del paciente se le dan las siguientes indicaciones:

a) Que tenga paciencia y perseverancia, sobre todo en la primera etapa, hasta adquirir mayor habilidad para usarlas.

b) Que durante los primeros días no mastique cosas duras ni pegajosas, sino alimentos blandos o semilíquidos.

c) Se le indica un aseo minucioso, tanto en la cavidad bucal como en su dentadura.

d) Debe evitar caídas o golpes que puedan producir la fractura de los dientes y las bases acrílicas.

e) Si siente alguna molestia, que no trate por sí mismo de corregirla, sino que debe acudir al consultorio para que el cirujano dentista modifique las zonas que le causen molestia.

f) Se le indica que las dentaduras no son permanentes, y que debe hacerse otras en un período no mayor de 5 años.

## CONCLUSIONES

La persona desdentada tiene problemas anat6 micos, funcionales, est6ticos y ps6quicos a causa de la falta de sus piezas dentarias; he aqu4 la importancia de la prostodoncia total que cumple el gran objetivo de devolver al individuo -- sus funciones normales, est6tica y sobre todo la seguridad en s4 mismo.

La satisfacci3n del cirujano dentista, radica en haber contribuido a lograr ese objetivo.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ito Aray Alejandro, C.D. *Apuntes de Prosto doncia Total*. 1974-75. México.
- 2.- Martorelli Héctor, C.D. *Técnica de Próte-- sis completa equilibrada*. Primera Edición. 1967; Editorial Mundi, S.A.C.I.F. Buenos - Aires, Argentina.
- 3.- MD en español. Volumen XIII, número 7, Ju- lio de 1975.
- 4.- Ozawa Deguchi José V., C.D. *Prostodoncia - total*; primera edición, 1973. México.
- 5.- Ramfjord-Ash. *Oclusión*, segunda edición, - 1972; Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V.
- 6.- Rosado Vela Angel, C.D. *Apuntes de Prosto- doncia Total*; 1973074. México.
- 7.- Schwartz-Capusselli. *Tratamiento del Des-- dentado total*. Primera edición. 1973.
- 8.- Swenson M.G. *Dentaduras Completas*.