

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



610

PROSTODONCIA TOTAL

T E S I S

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

ELEAZAR ARTURO MARICHI RODRIGUEZ



O T O Ñ O

1 9 8 1



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.

INTRODUCCION

Al iniciar este trabajo observe que el rápido crecimiento de la investigación protética a reafirmado la necesidad de comprender los procesos relacionados con el tratamiento del desdentado completo. A menudo las dentaduras confeccionadas con los mejores procedimientos clínicos y de laboratorio constituyen un fracaso, y ésto es por ignorar las funciones de los tejidos vivos de soporte.

Indudablemente una característica principal para obtener una prótesis satisfactoria, es elaborar una historia clínica completa, dedicándole el tiempo suficiente en una estrecha comunicación paciente-operador. Donde se refiere a las actividades pertinentes del paciente fisiológicas y psicológicas.

No quise profundizar todos los detalles en la elaboración de las dentaduras, sino la razón fundamental del tratamiento se expone antes que las técnicas de tratamiento. También quise expresar un sentir sobre este trabajo de una manera muy clara para que al ponerlo a la práctica les resulte fácil de comprender.

C O N T E N I D O

	Pág.
HISTORIA CLINICA	1
Exámen Bucal	2
Mucosa	3
Saliva	3
Musculatura	4
Hueso	4
Movimientos Mandíbulares	5
Fonética	5
Lengua	6
IMPRESIONES PRIMARIAS ANATOMICAS	7
Objetivos	7
Elección de la cucharilla	8
Materiales de Impresión	8
Compuestos para modelar	10
Impresiones Anatómicas del proceso inferior	11
Impresión anatómica del proceso superior	11
Pasos a seguir	12
MODELOS DE ESTUDIO	14
Pasos a seguir	14
Ventajas que ofrecen los modelos de estudio	15
PORTAIMPRESION INDIVIDUAL	17
Diseño del Portaimpresión Individual	18
Modelo inferior	18
Técnica de acrílico autopolimerizable	19
Rectificación de bordes de la mandíbula	20
Rectificación de bordes del maxilar superior	21
Inserción del Frenillo Bucal	22
IMPRESIONES FISIOLÓGICAS	23
Impresión Fisiológica de la Mandíbula	23
Impresión Fisiológica del Maxilar Superior	24

	Pág.
MODELOS DE TRABAJO	25
Instrumentales y Materiales	25
Encofrado de las impresiones	25
Vaciado de los Modelos	26
Arreglo de los Modelos	27
BASES DE REGISTRO CON RODILLO DE CERA	28
Rodetes de Oclusión	28
Líneas y Planos de Referencia	29
DIMENSION VERTICAL Y RELACION CENTRICA	33
Dimensión Vertical	33
Dimensión Vertical en Reposo	34
Dimensión Vertical Oclusal	35
Relación Centrica	36
Músculos que participan en la R.C.	37
Registro de la Relación Centrica	37
Conceptos entre relación centrica y O.C.	38
Retrusión de la Mandíbula hacia R.C.	38
MONTAJE EN EL ARTICULADOR	
Fijación de los modelos	40
Arco Facial	41
SELECCION DE LOS DIENTES ARTIFICIALES	43
Nomenclatura de los dientes artificiales	44
Selección de dientes anteriores	45
Tamaño de los dientes anteriores	46
Selección de la forma de dientes anteriores	47
Selección del color de los dientes anteriores	48
Selección de los dientes posteriores	50
ENFILADO Y ARTICULADO DE LOS DIENTES ARTIFICIALES	52
Colocación de dientes anteriores	52
Colocación de los dientes posteriores	53

	Pág.
ENCERADO Y PROCESADO	55
Requisitos que debe llenar el encerado	55
Borde Periférico	55
Encía Artificial	55
Espesor de los bordes vestibulares	57
Arreglo de la superficie palatina	57
Arreglo de la superficie lingual inferior	58
Emparejamiento y pulido	58
Técnica de la Prueba	59
Cargado de la mufia	60
ENTREGA Y CUIDADOS POSTERIORES	61
Comodidad	61
Lenguaje	62
Comidas	62
Ajustes	63
Cuidados a la dentadura	63
Salud de los tejidos	64
Exámenes	65
CONCLUSIONES	
BIBLIOGRAFIA	

HISTORIA CLINICA

El estudio del paciente como persona puede ser mucho más importante que una técnica determinada para hacer la dentadura. Por lo tanto es fácil ver la importancia que tiene la consulta o la entrevista que desempeña dos funciones importantes. Small (1960).

Primera, ayuda a establecer la relación entre el profesional y el paciente, y no sólo ayuda para el diagnóstico, sino que tiene valores terapéuticos muy importantes.

Segundo, la entrevista es el medio por el cual el dentista conoce las dificultades o éxitos del paciente actuales o pasados.

También es importante conocer tanto cuanto sea posible, sobre personalidad, carácter, medio familiar en que vive, tipo de trabajo que realiza, esposa, hijos, necesidades, impulsos y aficciones.

El conocimiento y la comprensión del médico de los factores psicológicos y físicos del paciente, afectarán el grado de éxito o fracaso de la prótesis, si el dentista acaba de iniciarse en la profesión como si goza de gran experiencia, la importancia de la entrevista no se puede pasar por alto. Para que el dentista y el paciente se lleguen a conocer mutuamente deben dedicarse bastante tiempo. El dentista deberá averiguar todo cuanto pueda acerca de las circunstancias sociales y profesionales del paciente, así como sobre su vitalidad, estado de salud mental, alimentación y sus condiciones orales. El dentista deberá animar al paciente para que le platique de su "Boca" o de su "problema", y este escuchará atentamente si el paciente refiere su problema con emoción o con exageración, si es concisa o lógica. También debe observar el pelo, el color de los ojos, la contextura, el peso y la comparación de la edad que aparenta con la que realmente tiene. Cualquier desviación de lo normal debe obligar a un examen más atento, los análisis de sangre y otras pruebas deberán hacerse cuando sea preciso.

Por consiguiente, el dentista deberá estar enterado de las molestias más corrientes que puedan afectar a la habilidad del paciente en llevar la dentadura, las enfermedades como, diabetes, anemia y avitaminosis. Si el paciente sufre una de estas enfermedades, es esencial para su terapia dental correcta y completa. Es natural y humano que el paciente quiera saber si el dentista le puede prometer un tratamiento con éxito, algunos pacientes incluso preguntan si el dentista les puede garantizar el resultado. Este tipo de pacientes piensa en la dentadura como si se tratara de alguna herramienta, por lo cual se le tiene que demostrar rápidamente que la dentadura es un agente invasor que puede ser aceptado o repudiado, dependiendo de la actitud de cada paciente.

Muchos dentistas creen que es mejor desanimar a los pacientes de dentaduras completas, así, cualquier éxito será inesperado.

Dentro del aspecto psicológico, House (1934) clasificó a los pacientes de acuerdo con la mentalidad que presentan en :

- 1.- mente filosófica
- 2.- mente exigente
- 3.- mente histérica
- 4.- mente indiferente.

Exámen Bucal

La cavidad es una parte muy importante del cuerpo humano, en ella se encuentran muchas clases de tejidos, desde los más duros, los dientes, hasta los más blandos, las glándulas salivales, estos tejidos y los líquidos de la boca constituyen un barómetro valioso de la salud y condición general del organismo, por eso debemos examinar todas sus características anatómicas, fisiológicas y patológicas para efectuar una terapia dental correcta y completa.

Mucosa

La cavidad oral tiene un lecho calloso considerablemente más grueso que la piel, además de esto, las opiniones están divididas acerca de la presencia o ausencia de un estrato córneo en la boca, los textos de histología proporcionan escasos y contradictorios datos sobre la callosidad de la mucosa oral. Algunos autores ,(1945) han demostrado que existe un lecho calloso en la mucosa del paladar y sostienen que es una reacción producida por llevar prótesis, hasta que ORBAN (1953) demostró que la encía está cubierta normalmente por un lecho callosos con un promedio de grosor de 13.2 M (micras), pero el aspecto y el grosor de la capa callosa varían en las diferentes partes de la boca, en zonas donde el esfuerzo mecánico debe ser mayor, por ejemplo alrededor de la encía y del paladar el lecho calloso es más grueso que el epitelio de las mejillas y que en el suelo de la boca.

Saliva

Odontólogos e investigadores dentales han aportado notables descubrimientos por ejemplo que la saliva, es uno de los líquidos que se encuentran en el organismo humano, de poseer numerosas funciones químicas y mecánicas y es un parámetro muy sensible de ciertas funciones del cuerpo, tiene variadas propiedades como son la cantidad, solubilidad, capacidad de pulimentar y viscosidad, también no hay duda de que este líquido oral tiene una intervención importante en la caries y está claramente asociada con la enfermedad parodontal a causa de su intervención en el desarrollo de cálculos, este fluido oral propor - ciona adherencia a la protesis completa, y al mismo tiempo protege de la fricción entre la dentadura y la mucosa.

Las glándulas salivales cubren la totalidad de la cavidad oral, dos de los tres pares más grandes se hallan situados en el suelo de la boca, el tercero está localizado en la mejilla alrededor del ramus ascendente de la mandíbula, las otras glándulas más pequeñas se encuen-

tran situadas en los labios, lengua y paladar.

Musculatura

Toda la musculatura implicada es músculo voluntario o estriado y bajo control consciente del sistema nervioso central, está directamente implicada en varias fases importantes del tratamiento de dentadura completa, la más importante es la acción de los músculos, como principales motores de la mandíbula y, por lo tanto, como facilitadores de la oclusión repetida de los dientes, además intervienen activamente en la masticación, deglución y conversación. Ejercen una influencia directa e indirecta sobre las extensiones periféricas, forma y grosor de las bases de la dentadura, posiciones horizontal y vertical de los dientes y aspecto de la cara.

La forma del músculo varía considerablemente, desde láminas finas a largos y pesados manojos. En general, cuanto mayor es el alcance del movimiento, más largas son las fibras musculares del músculo, y los músculos más potentes tienen un gran número de fibras cortas.

Hueso

El hueso es sumamente importante para el dentista, ya que todas sus terapéuticas pueden tener éxito, siempre y cuando la base ósea permanezca intacta y del grado de estabilidad que el hueso pueda mantener desde luego, no es difícil hacer una dentadura con éxito con grandes rebordes, y si éstos se mantienen, el tiempo de duración de dentaduras nuevas puede ser relativamente largo. Si, por el contrario, los rebordes o procesos se reabsorben rápidamente, las dentaduras deben ser reemplazadas pronto. Aún más, existe una relación directa entre la estructura del proceso alveolar y la retención y esta

bilidad de la prótesis completa. Cuando existen rebordes planos, es difícil obtener una dentadura retentiva y estable. Las personas mayores son más propensas a sufrir resorción del reborde alveolar que las personas jóvenes.

Movimientos Mandibulares

Una vez que se ha aceptado, que los movimientos de la mandíbula son complejos y variables, es imperativo aprender, tanto como sea posible acerca de sus movimientos con el fin de reproducirlos para el funcionamiento correcto de la oclusión. Existen amplios acuerdos sobre algunos aspectos de los movimientos mandibulares, por ejemplo; la mandíbula realiza movimientos habituales y movimientos bordeantes, movimientos de abrir y cerrar, movimientos de protusión y laterales, y aún más reconociendo posiciones o sitios de paro a lo largo de estos movimientos.

Fonética

El desarrollo del sonido vocal es un lenguaje con sentido, fué una de las mejores realizaciones que permitió al hombre alcanzar la cima del reino animal, y el lenguaje como medio de comunicación fundamental y básico, llegó a ser la primera piedra para el establecimiento y organización de la sociedad. Parte de la articulación del lenguaje, se efectúa dentro de la cavidad oral, por lo que cualquier alteración de las estructuras en el interior, afectará el lenguaje, la ocasa colocación de un diente puede ser obstáculo para el lenguaje y las prótesis mayores construídas impedirá el habla, hasta que se aprenda una forma adecuada de articular, por lo tanto el odontólogo deberá familiarizarse con la articulación del lenguaje dentro de la cavidad oral, para poder pronosticar los procedimientos terapéuticos.

Lengua

La lengua es el principal articulador del lenguaje, la posición que toma para emitir un sonido determinado, constituye la calve para poder hablar, el dorso de la lengua se divide en una porción posterior, que se aproxima al paladar blando, y una porción anterior que se aproxima al paladar duro, los lados se denominan borde de la lengua y el extremo posterior se llama punta o vértice lingual.

IMPRESIONES PRIMARIAS O ANATOMICAS

El procedimiento de la impresión es el medio por el cual se registran los detalle de la zona del asiento de la base, para que se pueda hacer una copia en yeso piedra. Ya que sin esa copia no se podrían formar ni la placa de prueba ni la dentadura.

Objetivos

- 1.- Obtener una impresión de toda el área de soporte protético de cada maxilar.
- 2.- Registrar la extensión total del surco vestibular.
- 3.- Obtener una impresión en la que se registren algunos reparos anatómicos de los maxilares desdentados.

Las técnicas y materiales que se utilizan para la toma de impresiones son diversas, la cucharilla es la parte más importante para tomar una buena impresión, si ésta es muy pequeña los tejidos limitantes se desplomarán hacia adentro, sobre el reborde residual, provocando que se reduzca el soporte adecuado de los labios del lado vestibular. Si la cucharilla es muy grande, deformará los tejidos alrededor de los bordes de la impresión, y separará del hueso los tejidos blandos de la superficie protética. Considero que la cucharilla es aquella que se ajuste a las necesidades del paciente en tratamiento. Los bordes de ésta se adopten para controlar los tejidos blandos que se puedan mover alrededor de la impresión, pero que no los deforme, al mismo tiempo dejando espacio dentro de la cucharilla de modo que se reproduzca la forma de los tejidos que recubre el reborde alveolar residual y el paladar con

la menor posibilidad de alteración.

Elección de la cucharilla

Para escoger la cucharilla que cubra las necesidades anteriores mencionadas se puede emplear la siguiente técnica:

- Se utilizará un compás para tomar la medida del ancho de las arcadas, para la cucharilla del maxilar superior, los extremos del compás se colocarán en el surco vestibular en la región de las tuberosidades y ésta distancia se mide con el ancho de los lados de la cubeta, al nivel de la zona correspondiente. En el caso de la mandíbula la medida se tomará colocando los extremos del compás en la cara lingual del reborde, justo por debajo de la zona retromolar, ésta medida debe compararse con la que existe en los labios linguales de la cucharilla.

Materiales de impresión

Se pueden utilizar para las dentaduras completas los materiales elásticos o inelásticos. Los materiales elásticos son hidrocoloides reversibles, bases de goma, alginatos y compuestos de silicón, los materiales inelásticos son; cera, yeso, pastas de óxido metálico y gádiva.

En las impresiones primarias ó anatómicas, a menudo se utilizan los alginatos, los materiales de base de gama se utilizan en pacientes desdentados, pero necesitan mucho tiempo de colocación, dificultando el ajuste apropiado del músculo, y los hidrocoloides reversibles no se emplean en las impresiones de desdentados a causa de las pequeñas ventajas que el material ofrece sobre los alginatos.

Los materiales de base de gama tienen olor agradable, pero tampoco ofrecen ventajas sobre los demás materiales, mientras que los materiales inelásticos presentan olor agradable son económicos y se colocan en un período de tiempo razonable, las ceras se utilizan como rebase para corregir la impresión primaria, las pastas de óxido metálico son probablemente los materiales que se utilizan con más frecuencia en las dentaduras completas.

La godiva, puede usarse como impresión primaria para vaciar un modelo en el cual se construye una cucharilla individual y debe cumplir con las siguientes especificaciones para ser considerada correcta:

- a) estar libre de ingredientes venenosos o irritantes
- b) poseer sabor aceptable
- c) tener escasa plasticidad a la temperatura bucal
- d) adquirir suficiente plasticidad a partir de los 45° C.
- e) sufrir retracción de enfriamiento menor de 0.5% entre los 40° y 25°C.
- f) poder cortarse a temperatura ambiente sin descomponerse.
- g) conservarse sin modificaciones a temperatura ambiente.

Compuestos para modelar

Requisitos para los compuestos de modelar:

- 1.- estar exentos de componentes nocivos o irritantes.
- 2.- Endurecer a la temperatura de la boca o ligeramente superior.
- 3.- ser plásticos a una temperatura tolerable por el paciente, de modo que no produzca quemaduras en los tejidos bucales.
- 4.- Endurecer uniformemente cuando se enfrían sin sufrir deformaciones ni distorsiones de ninguna naturalaleza.
- 5.- tener la temperatura de ablandamiento una consistencia tal que permita registrar todos los detalles, hendiduras y márgenes.
- 6.- ser de tal naturaleza que al retirarlas de la boca, no se deformen ni fracturen y reproduzcan por completo todos los ángulos muertos..
- 7.- presentar una superficie lisa y glaciada después de haber sido pasados por la llama.
- 8.- permitir una vez solidificadas su tallado con instrumentos filosos, sin quebrarse ni astillarse.
- 9.- no experimentar cambios de volúmen ni de forma durante ni después del retiro de la boca.

Impresiones anatómicas del proceso inferior

Se hace colocando la cucharilla en posición sobre el maxilar, apoyando los dedos índice y medio de ambas manos sobre el fondo a ambos lados, y los pulgares sobre el borde inferior de la rama horizontal, a derecha e izquierda, profundizada la cucharilla conviene hacer sacar la lengua para que delimite el piso bucal, centrar la cucharilla y traccionar los carrillos para asegurarse de que no queden atrapadas bajo la cucharilla cargada, mantener la cucharilla inmóvil mientras que el compuesto se enfría.

Los reparos anatómicos necesarios para la inspección son:

regiones retromolares
líneas oblicuas externas
líneas noisohiodeas
extención hacia el repliegue vestibular
extención hacia la bolsa lingual
frenillos lingual, labial y bucal deben ser registrados.

Impresión anatómica del proceso superior

La profundización de la impresión superior una vez centrada, puede hacerse presionando con una mano, en el centro, en dirección al medio del cráneo, ó bien, con las dos manos sobre las flancas laterales.

El corrimiento de un excedente sobre el paladar blando indica la profundización suficiente.

Pasos a seguir:

- 1.- trabajar por detrás del paciente
- 2.- llevar la cubeta cargada hacia la boca
- 3.- indicar al paciente que cierre levemente, y eleve el labio superior hacia arriba y hacia adelante.
- 4.- Llevar la cucharilla a su posición definitiva y elevarla de modo que la parte anterior del reborde alveolar contacte con el compuesto.
- 5.- asentar la cucharilla en la parte anterior permitiendo el escurrimiento de un pequeño exceso de compuesto en el surco vestibular.
- 6.- elevar la parte posterior de la cucharilla hasta que el compuesto toque los tejidos, indicar al paciente que respire por la nariz. Esto no sólo ayuda al paciente a distraer su mente, sino también ayuda al sellado posterior nasofaríngeo y previene el escurrimiento del material hacia atrás.
- 7'- aplicar sobre la cucharilla una presión hacia arriba y atrás ubicando el dedo índice de cada mano sobre la cara inferior de la cucharilla en los dos lados.
- 8.- continuar aplicando la fuerza hasta que el compuesto se escurra y llene el área vestibular emergiendo por detrás del borde posterior de la cucharilla.
- 9.- mantener la cucharilla inmóvil mientras el compuesto se enfría.

Inspección de la impresión. Los reparos anatómicos necesarios son:

- 1.- reborde alveolar.-debe ser totalmente registrado
- 2.- paladar: debe ser cubierto hasta la línea de vibración del paladar blando.
- 3.- extensión del surco hamular.- debe ser registrado
- 4.- extensión hacia el repliegue vestibular, debe ser total.
- 5.- extensión hacia la tuberosidad. Debe ser total.
- 6.- frenillos labiales y bucales. Deben ser registra
dos.

MODELOS DE ESTUDIO

Se toman impresiones de alginato "COE" en los dos maxilares y se preparan los modelos en yeso en el laboratorio. Es muy importante vaciar las impresiones de alginato lo más pronto posible después de su retiro de la boca, pues en caso contrario pueden producirse distorciones.

El yeso París por su adaptabilidad, resistencia y bajo costo es uno de los materiales más utilizados en la técnica protética, además es el de polvo más fino y por esto, el que se disuelve más fácilmente y el de fraguado más rápido, a igual grado de pureza y deshidratación.

El instrumental que se utiliza para el vaciado de impresiones para obtener modelos preliminares de estudio es, una taza de goma, espátula para yeso, (no menos de 8 a 10 cm de largo), azulejo o vidrio para el zécalo, si no se dispone de una mesa de mármol, vibrador, espátula para cera, lámpara de alcohol, yeso París, y agua corriente.

Pasos a seguir.

Lavar la impresión bajo un chorro de agua fría hasta que desaparezca todo resto de saliva, agitarla para eliminar exceso de agua, la cual también puede ser eliminada por un chorro de aire comprimido.

Delimitar el espacio lingual de la impresión inferior mediante un trozo de tejido o papel humedecido.

Mezclar yeso puro usando 60 mm. de agua y 180 grs. polvo (relacion polvo-agua 3.1) espatular la mezcla durante un minuto aproximadamente.

Hacer vibrar la mezcla en la impresión, agregando yeso en pequeñas cantidades, haciendo vibrar desde un extremo de la impresión hacia el otro. Cuando la impresión sea llenada con yeso, se deja momentaneamente a un lado, el resto del yeso se vierte sobre un azulejo para hacer vibrar la impresión después sobre esto.

Dejar fraguar el yeso durante una hora cubriendo el conjunto con un lienzo húmedo. No dejar la impresión sobre él por más del tiempo indicado.

Sumergir la impresión vaciada en agua caliente durante 5 minutos, no usar el agua muy caliente pues el compuesto se puede fundir o adherirse al modelo; la temperatura adecuada debe ser de 65°C, se retira la cucharilla y el compuesto junto con el alginato, recortar el modelo preservando completamente el repliegue del surco mediante un espesor de yeso de 3 mm como mínimo.

Dejar secar el modelo.

Ventajas que ofrecen los modelos de estudio

Se puede examinar de la mejor manera las condiciones de trabajo en la boca del paciente, se aprecian las formas y características anatómicas del maxilar y mandíbula.

También se obtienen los registros intermaxilares, los cuales

nos permitirán estudiar los problemas relacionados con la altura, estética y el dominio muscular, y estos modelos de estudio servirán también p-ra construir portaimpresiones individuales.

PORTAIMPRESION INDIVIDUAL

En el concepto habitual, son impresiones individuales preparadas especialmente para obtener los modelos más adecuados para construir las prótesis completas. Independientemente de como se hagan las portaimpresiones individuales, es necesario tener presente que las impresiones primarias pueden haber producido una excesiva deformación de los tejidos. Una impresión sobre extendida requerirá un considerable desgaste al probarla en la boca, por lo tanto el diseño de la impresión debe llenar las siguientes circunstancias:

Su forma fiel facilita el centrado

Su falta de exceso volumétrico contribuye a un trabajo más exacto.

Utilizar la cantidad mínima de material de impresión lo que facilitará también el centrado.

Obligan al material de impresión a extenderse por toda la superficie que se desea impresionar.

Al confinar el material de impresión entre el portaimpresión y la mucosa, ajustará expulsando el aire y la saliva.

Extendidas correctamente ellas mismas, permiten la delimitación funcional o recorte muscular aceptando de los bordes.

Diseño del Portaimpresión Individual

El diseño se hace en los modelos de estudio ó preliminares en el modelo superior se marca:

- a) marcar los surcos vestibulares post-tuberales de
- b) unir las marcas anteriores mediante líneas, algunos milímetros más altas que las de incursión.
- c) marcar escotaduras para los frenillos medio y laterales.

Modelo inferior

- a) marcar escotaduras para los frenillos medio anterior, laterales y lingual.
- b) hacer trazos anteroposteriores sobre las líneas oblicuas externas.
- c) hacer trazos transversales horizontales un centímetro por detrás de las inserciones delanteras de los cuerpos piriformes.
- d) trazar líneas anteroposteriores 3 ó 4 milímetros por debajo de las líneas milohioideas y paralelas a éstas.
- e) unir los trazos anteriores entre sí.

Para el odontólogo general el material de elección para la elaboración de portaimpresión individual es el acrílico autopolimerizable, acrílico termopolimerizable usado en la técnica de empujado y por último la godiva.

Técnica de acrílico autopolimerizable

- I.-Después del diseño a lápiz del contorno periférico siguiendo el fondo del saco vestibular se coloca separador de yeso acrílico al modelo y enseguida se coloca asbesto húmedo a dos milímetros de espesor, cubriendo todo el proceso hasta dos mm. antes de la línea del contorno periférico.

- II.-Se prepara el acrílico poniendo en un recipiente de vidrio o porcelana unos 6 cm³ de monómero y añadiendo de 20 a 25 cm³ de polvo (cuanto más polvo, fraguado más rápido). dejar reposar la mezcla plástica, y estará a punto cuando se desprende de las paredes del pote mezclador al revolver con la espátula.

- III.-Se coloca la mezcla plástica entre dos vidrios o azulejos mojados, se presiona hasta que tenga 2 milímetros de espesor.

- IV.-Se procede a la adaptación llevando la lámina de acrílico al modelo con una presión suave de los dedos para no adelgazar el acrílico a menos de 2 mm. en el caso del modelo superior se adapta primero sobre la superficie palatina y de inmediato por vestibular y en el modelo inferior se empieza por cortar la hoja plástica por el medio en dos tercios de su diámetro para poder abrirla y adaptarla a ambos lados.

- V.- Se recortan los excesos con bisturí cuidando pasar por los límites periféricos diseñados en el modelo.
- VI.- Antes de que avance mucho el fraguado conviene fijar un mango preferentemente de acrílico, el que se modela con los dedos y se pega en posición humedeciendo con monómero, ésto se hará en ambos modelos si lo necesitan.
- VII.- Una vez polimerizado el portaimpresión se retira del modelo, se recortan los excedentes y se pulen las superficies externas con piedra pomex. Su tiempo de fraguado hasta total endurecimiento es entre 10 y 30 minutos, pero en caso de urgencia se acelera poniendo el modelo unos minutos en agua del termostato para godiva de 55° a 60°C.

Rectificación de bordes de la mandíbula

Contorno y profundidad del fondo de saco.- Indicar al paciente que abra grande la boca para lograr que suba la mucosa del carrillo, con lo cual se obtiene:

Vestíbulo Bucal: se obtiene colocando la modelina en la cucharilla de acrílico, se le pide al paciente que baje la modelina con la punta de la lengua, ó colocando nuestros dedos índice y medio sobre la superficie de la cucharilla y que el paciente trate de morderlos ejercitando así la acción de los músculos mase^uteros.

Inserción del frenillo bucal; ,vestíbulo labial y frenillo labial, el paciente lleva varias veces el labio inferior hacia arriba, proyectando el labio hacia atrás dirigiéndolo hacia dentro de la boca.

Borde Lingual Posterior.- Su obtención se logra cuando el paciente repite varias veces el movimiento de deglución, con lo que se logra que se eleve el piso de la boca, influenciada principalmente por la contracción del músculo milohioideo.

Borde lingual Anterior.- Repetir varias veces el movimiento lateral de la lengua sobre el labio inferior y tocándose con la lengua la comisura de los labios.

Rectificación de Bordes del Maxilar Superior

El paciente debe realizar movimientos de succión sobre los carrillos para hacer el recorte muscular sobre la modelina, debe hacer movimientos de silbar y echar el labio superior hacia abajo, después de plastificar la modelina del borde anterior que nos determina su límite. El fondo del saco del vestíbulo Bucal, se obtiene haciendo que el paciente chupe el dedo índice del operador, con la cual la modelina sube por acción de los músculos del carrillo, después indicar al paciente que abra grande la boca, con lo cual se logra que la mucosa baje y determine el fondo o altura del vestíbulo bucal. Para definir el ancho del borde, se indica al paciente que con la boca menos abierta efectúe movimientos laterales de la mandíbula.

Inserción del Frenillo Bucal

Se indica al paciente que pronuncie varias veces la letra "E" y lleve la comisura de los labios hacia atrás y hacia adelante como al sonreír.

Borde Posterior del Paladar.- Colocar la modelina en la parte posterior del paladar con un grosor de 2 a 5 mm. de ancho. Marcar los movimientos del paladar blando para señalar la línea de vibración que servirá como límite posterior de la dentadura y que son; posición normal en descanso, que baja al tratar de expulsar el aire por la nariz, y sube al pronunciar la letra "A".

IMPRESIONES FISIOLÓGICAS

Estas impresiones se efectúan bajo acción muscular para obtener una réplica altamente funcional de las condiciones anatómicas que deberán llevar los modelos definitivos y por consiguiente la prótesis por elaborar, para que así se adquiera un mejor ajuste y adaptabilidad en el paciente.

Los materiales que disponemos para la toma de la impresión fisiológica se encuentran; el yeso París, pastas zincenólicas, hidrocoloides irreversibles, silicona y mercaptano.

Los compuestos zincenólicos su presentación es de un polvo de óxido de zinc y un líquido cuyo principal componente es el eugenol, pero en el mercado viene en forma de pastas envasadas en dos tubos, éstas se mezclan en proporciones iguales y se aplican extendiéndolas sobre la impresión que a servido como base, la indicación de la mezcla de éstas dos pastas es hacerlo sobre un papel impermeable al aceite, o en su defecto sobre unas lozetas de vidrio, como se mencionó anteriormente se ponen partes iguales de cada tubo y se mezclan durante un minuto aproximadamente flexible de acero inoxidable. La mezcla se aplica sobre la impresión preliminar y se lleva a la boca del paciente, esta se debe mantener firmemente en posición hasta que el material endurezca por completo y entonces se retirará la impresión de la boca.

Impresión Fisiológica de la Mandíbula

Es importante que los tejidos bucales estén sanos y descansados, se debe tomar la posición adecuada de la cucharilla en la boca, por lo que se deberá practicar varias veces antes de proceder con la impresión, durante el procedimiento, se lleva a la boca mediante el mango o asa anterior se centra sobre el

reborde residual inferior y se ubican alternativamente las eminencias retromilohioideas, puede ser necesario al iniciar éste paso mover un tanto la cucharilla en la boca más allá de su posición correcta, luego se mueve hacia adelante, se centra y se profundiza hacia su posición definitiva, se colocan los dedos índice sobre los mangos posteriores y mediante presión suave y alternada en los dos lados se profundiza hasta que los flancos vestibulares hagan contacto con la mucosa que tapiza la repisa vestibular. Se mantiene inmóvil la cucharilla sin hacer mayor presión necesaria para mantenerla en esa posición. Se le indica al paciente que abra al máximo la boca y que ponga la punta de la lengua bajo el labio superior. El movimiento de apertura producirá el modelado de los bordes mediante las mejillas y los labios de los flancos vestibulares, mientras que la acción de la lengua hará que el piso de la boca modele el flanco lingual. Por último se levantan las comisuras bucales con los dedos pulgares y se les mueve hacia atrás y hacia adelante en la región del frenillo lateral.

Impresión Fisiológica del Maxilar Superior

El reborde residual superior observando el frenillo central en relación con la escotadura vestibular. Cuando el frenillo esté a uno o dos mm. de su ubicación, los dedos índices se trasladan hacia la región del primer molar y mediante presión alternativa se introduce la cucharilla hacia arriba hasta que el sellado palatino posterior ajuste adecuadamente en los surcos anulares y a través del paladar.

El material se distribuye uniformemente, quedando todos los bordes cubiertos y se deja que chorree el exceso por el borde posterior de la cucharilla.

reborde residual inferior y se ubican alternativamente las eminencias retromilohioideas, puede ser necesario al iniciar éste paso mover un tanto la cucharilla en la boca más allá de su posición correcta, luego se mueve hacia adelante, se centra y se profundiza hacia su posición definitiva, se colocan los dedos índice sobre los mangos posteriores y mediante presión suave y alternada en los dos lados se profundiza hasta que los flancos vestibulares hagan contacto con la mucosa que tapiza la repisa vestibular. Se mantiene inmóvil la cucharilla sin hacer mayor presión necesaria para mantenerla en esa posición. Se le indica al paciente que abra al máximo la boca y que ponga la punta de la lengua bajo el labio superior. El movimiento de apertura producirá el modelado de los bordes mediante las mejillas y los labios de los flancos vestibulares, mientras que la acción de la lengua hará que el piso de la boca modele el flanco lingual. Por último se levantan las comisuras bucales con los dedos pulgares y se les mueve hacia atrás y hacia adelante en la región del frenillo lateral.

Impresión Fisiológica del Maxilar Superior

El reborde residual superior observando el frenillo central en relación con la escotadura vestibular. Cuando el frenillo esté a uno o dos mm. de su ubicación, los dedos índices se trasladan hacia la región del primer molar y mediante presión alternativa se introduce la cucharilla hacia arriba hasta que el sellado palatino posterior ajuste adecuadamente en los surcos anulares y a través del paladar.

El material se distribuye uniformemente, quedando todos los bordes cubiertos y se deja que chorree el exceso por el borde posterior de la cucharilla.

MODELOS DE TRABAJO

Son modelos llamados de trabajo los que se obtienen de las impresiones fisiológicas y que dan forma a la superficie de asiento de las bases protéticas para ello, el modelo debe conservar la profundidad y el ancho del surco. Para hacerlo con eficacia exige llenas las impresiones con yeso piedra de la mejor calidad, mediante una técnica bien reglada y correctamente realizada.

Instrumentales y Materiales

Para hacer modelos de trabajo bien realizada se requiere de: Cera, cuchillo, espátula para cera, pico bunsem o Lámpara de alcohol.

Encofrado de las impresiones

Primero se pone un rodete de cera a lo largo de la parte externa de los bordes de la impresión, con el objeto de asegurar su reproducción total en el modelo, además en las impresiones inferiores se añadirá en el rodete de protección que sigue las aletas linguales, una lámina de cera destinada a impedir que el espacio lingual sea ocupado por el yeso, después se procederá a colocar una hoja de cera alrededor del rodete con el fin de facilitar el vaciado de los modelos y darles una forma adecuada. En la actualidad, el encofrado sigue siendo una excelente medida, puesto que permite:

Vibrar mejor el material dentro de la impresión

Utilizar una mezcla más espesa

Utilizar la cantidad imprescindible

Obtener bordes de protección de espesor previsto

Terminar el modelo con ligeros retoques.

Vaciado de los Modelos

Se le aplica separador a la impresión fisiológica dejándolo que penetre bien, inmediatamente se llena de agua la impresión hasta que se elimina todo el aire y el exceso del medio separador.

El yeso piedra se mezcla en la práctica siguiendo la misma técnica para el yeso parís, batiéndolo hasta que la mezcla sea completamente homogénea. Para el vaciado del modelo se dejan correr pequeñas porciones desde las partes más altas de la impresión y agregando más yeso, siempre sobre el anterior, hasta llenar el encofrado a la altura necesaria para dar al zócalo un par de centímetros de alto. Antes de separar el modelo se dejará que el yeso frague aproximadamente 30 minutos.

Una vez separada la impresión del modelo, se recortan los bordes de éste para dejar una extensión del zócalo de medio cm. de ancho en la parte posterior y una extensión menor en la parte anterior. Se le dará una forma tal al modelo que siga la conformación de los bordes de la impresión y al mismo tiempo sea accesible para la adaptación de los materiales con los que se confeccionarán los rodetes de oclusión.

Arreglo de los Modelos

- Emparejar con el cuchillo afilado el borde periférico de protección, cuidando de no dañar el borde de la impresión.
- Perfeccionar la base del zócalo con la recortadora de modelos, haciendola paralela a la superficie oclusal.
- Perfeccionar el contorno del zócalo.
- En el modelo inferior, liberar el surco lingual, si es necesario, por desgaste de los bordes del exceso de yeso, con el cuchillo.
- Corregir en la superficie de impresión cualquier defecto proveniente de burbujas o rotura.

BASES DE REGISTRO CON RODILLO DE CERA

Las bases de registro corrientemente llamadas placas de mordida o articulación, tienen por objeto facilitar y registrar el estudio estético y funcional del desdental, en cuanto depende de las relaciones intermaxilares con el objeto de construirle prótesis. Es importante que calcen perfectamente sobre los tejidos subyacentes y que se extiendan correctamente alrededor del borde del modelo, deben ser rígidas, exactas y estables. Se pueden elaborar de base plate, cera o resina acrílica autopolimerizable.

Es preferible confeccionar la base protética de resina acrílica autopolimerizable mediante la técnica no comprensiva o de espolvoreo, ésta es aplicando el monómero y el polímero en forma alternada hasta lograr una base de resina de un espesor relativamente uniforme. En cualquiera de los casos que se utilicen, los modelos se colocan en un hervidor a presión durante 10 minutos, bajo la presión de 30 libras, esto hace que se efectúe una polimerización rápida, eliminándose el exceso de monómero, dando por resultado una base estable rígida y fácil de recortar y pulir. Las bases de registro de resina acrílica se obtienen los registros intermaxilares que son adaptaciones exactas y no se deforman fácilmente, pero su mayor desventaja es que a menudo ocupan el espacio necesario para el enfilado de los dientes, así mismo a veces resultan flojas por la necesidad de anular los acabados de los modelos, por esto se recomienda usar rodetes oclusales de cera de base extradora para el enfilado de dientes.

Rodetes de Oclusión

Se pueden preparar en el momento o bien utilizar rodetes prefabricados con ayuda de moldes especiales. Se pueden hacer rodetes de godiva o rodetes de cera, éstos últimos se prepa -

ran enrollando hojas de cera rosa, pero tienen el inconveniente de "descamarse" durante el trabajo al separarse las hojas. Es preferible fundirlos en moldes. Los rodetes de godiva a mano, se reblandece una cantidad suficiente de godiva en el termostato y se le dá forma de cilindro alargado de 10 cm. de largo por dos de diámetro y se aplica sobre la base puesta en el modelo procurando adaptarlo al contorno del reborde residual y aplanarlo en sentido vestibulo-Lingual, hasta dejar un rodete de unos 2 cm. de alto por uno de ancho.

Por último están los rodetes prefabricados que se expenden en el comercio en dos piezas metálicas con el nombre de conformadores o modeladores de rodetes.

Cualquiera de los anteriores rodetes de oclusión se utilizan para establecer:

- El nivel del plano oclusal
- La forma del arco, relacionada con la actitud de la -
bios, mejilla y lengua.
- Registros intermaxilares y una valoración de la distancia interoclusal.

Líneas y Planos de Referencia

Las líneas y planos de referencia más usadas que el odontólogo debe habituarse y considerarlas con atención para apreciar las posibles desviaciones respecto a las normas anatómicas y para dar a las restauraciones formas, posiciones y relaciones anatómicas correctas y estéticamente satisfactorias son las siguientes:

Líneas Bipupilar.- Une el centro de las pupilas, es habitualmente una línea de referencia horizontal para la cara vista de frente; ésta línea debe quedar paralela al piso y se aprecia colocando una regla apoyada en la parte alta del caballete nasal de manera que cubra la mitad superior de ambas pupilas, mientras el paciente mira al frente.

Línea de las cejas y la de la base nasal.-Son también líneas horizontales con las cuales tiene relación de carácter estético en especial los bordes de los dientes anteriores, todas son en principio, paralelas al plano de oclusión vistas de frente.

Línea auticulo-nasal.- Va de la base del conducto auditivo externo a la de la nariz es habitualmente paralela al plano de oclusión.

Línea Aurículo-ocular.- Va del centro de tragus al ángulo externo del ojo, éste se usa como referencia para localizar el polo condilar externo que suele ser "cortado" por ella a unos 12 mm. por delante del borde posterior del tragus.

Plano protético.- Es el plano determinado por las líneas auticulonasales derecha e izquierda, por ser más o menos paralelo al plano de oclusión, constituye una referencia excelente para la reubicación de éste. El plano protético es la proyección aproximada sobre la piel, del plano de camper que se aprecia en el cfaneo formado por la unión de los conductos auditivos con la espina nasal.

Plano de Frankfort.- Pasa por los bordes superiores de los conductos auditivos externos (puntos porion) y por los bordes inferiores de las órbitas (puntos infraorbitales). Este plano se utiliza además como referencia aproximada para trasladar los modelos al articulador con el auxilio del arco facial.

Plano de oclusión.- Es el más discutido de los planos, en primer lugar, por no ser plano y en segundo por localizar 3 puntos de referencia pero es sin embargo, el más importante para cualquier restauración con referencia a la prostodoncia total.

Resulta práctico aceptar como plano de oclusión al plano en que apoyan las extremidades inferiores de los dientes superiores.

- que el plano oclusal reciba el nombre de plano de orientación dado por Handu(1926)
- que el plano de orientación es en general, paralelo al plano de camper y al protético.
- que el plano protético está adecuadamente representado a cada lado por la línea que va del borde inferior a la nasa, al borde inferior del meato auditivo.

Lo que éstas referencias tengan de arbitrario para cada caso particularmente, debe ser resultado por el odontólogo observando a su paciente.

A continuación se citarán algunos controles que ayudan a establecer la relación vertical correcta de la oclusión mediante rodetes oclusales.

- 1.- soporte facial general
- 2.- observando visual del espacio disponible entre los rodetes con los maxilares en reposo.
- 3.- Pronunciando las palabras que contengan letras silbantes como son la (s,h,ch,j,y,z) que inducen al acercamiento de los rodetes sin ponerlos en contacto.
- 4.- mediciones entre puntos marcados en la cara con la musculatura del maxilar inferior en reposo.
- 5.- Conseguir que la superficie del rodete inferior se halle en el mismo nivel que el labio inferior en la comisura bucal.
- 6.- Paralelización en los rodetes superior e inferior una vez montados en articulador de modelos.

DIMENSION VERTICAL Y RELACION CENTRICA

Dimensión Vertical:

Para la confección de prótesis completa es muy importante seleccionar un grado apropiado de separación maxilar a la cual los dientes pueden contactar.

Los dientes son llevados a una posición de contacto por la c-ntacción de los músculos elevadores, y esa posición no puede mantenerse durante mucho tiempo. Durante la mayor parte del tiempo los músculos están en estado de reposo parcial y la mandíbula se encuentra suspendida en una posición de descanso. Cuando la mandíbula se encuentra en una posición de reposo, los dientes naturales están ligeramente separados, y este espacio se conoce como espacio libre interoclusal. La separación entre los maxilares también influye en la dimensión vertical de la cara, y como es más útil realizar medidas sobre la cara que en la boca, se seleccionarán dos puntos arbitrarios localizados uno sobre la boca y otro bajo la boca y se realizarán las medidas sobre estos puntos, la separación de estos dos puntos cuando los dientes ocluyen se conoce con el nombre de dimensión vertical oclusal, y la que se verifica cuando la mandíbula se encuentra en reposo se conoce con el nombre de dimensión vertical en reposo.

Para efectuar las medidas es importante la postura y el tono muscular por eso:

- 1.- es necesario que el paciente sostenga su cuerpo y la cabeza erectos totalmente.

2.- Asegurarse de que el paciente se encuentre relajado.

Al perder los dientes naturales, es difícil medir con precisión la dimensión oclusal vertical, pero la dimensión vertical en reposo si puede ser determinada y de ahí se puede deducir la dimensión vertical oclusal, que como promedio de 4 mm, es menor que la dimensión vertical en reposo en pacientes portadores de prótesis completa.

y esta medida garantiza por lo menos 2 mm. de espacio libre en la región premolar.

Dimensión Vertical en Reposo

Se pondra el paciente en posición bien ergido sin apoyar la espalda sobre el sillón, se coloca unicamente la base superior con el rodete de oclusión, la mandíbula se lleva a su posición de reposo inmediatamente después de tragar y de haber pronunciado ciertos sonidos o sílabas y que humedezca sus labios con la punta dela lengua y se relaje.

Se toman las medidas tomando puntos fijos sobre la cara y la mandíbula, se pueden emplear dos métodos:

Primer método:

- utilizar un calibrador de willis para medir la separación de los maxilares.
- anotar la medida obtenida con la mandíbula en posición de reposo.

Segundo Método:

- colocar una marca en la punta de la nariz y otra sobre el mentón.
- cuando la mandíbula se encuentre en reposo, registrar las medidas entre las marcas del mentón y la nariz mediante un compás o una tarjeta haciendo las marcas sobre ella.

Dimensión Vertical Oclusal

Para determinar la dimensión vertical oclusal se recomienda:

Colocar la base con el rodete inferior. Se utilizan los mismos puntos empleados en la dimensión vertical en reposo para anotar la dimensión vertical oclusal, se reduce el rodete inferior hasta que la separación entre las marcas sea la misma que de la posición en reposo.

Cuidar que la oclusión de ambos rodetes sea uniforme al cerrar la boca, prestando atención especial a la relación entre las bases en la región de las tuberosidades y las zonas retromolares.

Relación Centrica

Los principios de una oclusión óptima se aplican tanto al desdentado como al dentado, pero cuando se trata de la oclusión de prótesis completa, existen diferentes requisitos, pues los dientes artificiales no se unen al hueso de la misma manera que los naturales. Así una oclusión que es fisiológicamente aceptable para la conservación del aparato de inserción de los dientes naturales muchas veces no lo es para prótesis completas y para mantener la estabilidad de éstas prótesis los dientes antagonistas deben incluir uniformemente de los lados del arco dental cuando los dientes contactan dentro del márgen funcional del movimiento mandibular.

La relación centrica es la relación más posterior de la mandíbula con respecto al maxilar superior, a una relación vertical dada, ó sea que es una relación de hueso con hueso, y se clasifica como una relación horizontal porque las variaciones que parten de ella se producen en el plano horizontal.

Esta relación centrica es una relación constante para cada paciente, siempre y cuando las estructuras de tejidos blandos de la Articulación Temporo-Mandibular (ATM), estén sanos, porque si hay inflamación puede altera esta relación intermaxilar. La expresión relación centrica tiene muchas aceptaciones diferentes en su aplicación clínica, es factible eliminar su confusión aceptando una definición: La relación céntrica es la relación más posterior de la mandíbula respecto al maxilar superior a una

relación vertical establecida.

Músculos que participan en la Relación Centrica

Para la relación centrica se requiere de una determinada contracción muscular para mover y fijar la mandíbula en esa posición, las insercciones anatómicas posterior y media de los músculos temporal, genioideo y del digástrico, que son los músculos que mueven y fijan la mandíbula en su relación más recluída, respecto del maxilar. El temporal, el masetero y Pterigoideo interno, elevan la mandíbula a una relación vertical determinada, respecto al maxilar. Los pterigoideos externos tienen escasa actividad cuando la mandíbula está en relación centrica.

Registro de la Relación Centrica.

Los métodos que se utilizan para el registro de la relación centrica se clasifican en estáticos y funcionales y pueden ser mediante técnicas intra o extrabucales.

La técnica estática, está involucrada primero la colocación de la mandíbula en relación centrica con el maxilar superior y tomar después un registro de la relación de los dos rodetes de oclusión entre sí.

Estos registros de tipo estático involucran los registros interoclusales, que se toman con o sin un punto de soporte central. Pueden hacerse con o sin dispositivo de trazado intra o extra bucales para indicar la posición relativa de los dos maxilares.

Procedimientos funcionales, son aquellos que comprenden la actividad funcional ó movimiento de la mandíbula en el momento en que se toma el registro.

Los registro Interoclusales, se toman con material de registro adecuado entre los rodetes oclusales, los materiales que comunmente se utilizan son: yeso, cera pasta zincenólicas y resina acrílica de autopolimerización . El paciente cierra sobre el material de registro con el maxilar inferior en su posición más retruida y detiene el cierre a una relación vertical predeterminada.

Conceptos entre Relación Centrica y Oclusión Centrica

La relación centrica es una relación de hueso con hueso mientras que la oclusión centrica es la relación de los dientes superiores e inferiores entre sí. Una vez establecida la relación centrica se puede construir la oclusión centrica para que coincida con aquella.

Retrusión de la Mandíbula hacia Relación Centrica

- Se le instruye al paciente que afloje su mandíbula, llevarla hacia atrás y cerrar lenta y facilmente.

- Se le indica que sienta que está empujando el maxilar superior hacia adelante.
- Se le indica al paciente que protuya y retruya la mandíbula varias veces mientras éste mantiene los de dos ligeramente apoyados en el mentón.
- Se le indica que lleve la lengua hacia atrás y hacia el borde posterior de la prótesis superior.
- Se le indica que junte repetidas los rodets de oclu sión.
- Se inclina la cabeza del paciente hacia atrás mientras se ejecutan los diferentes ejercicios que se acaban de enumerar.
- Palpar los músculos temporal y masetero para relajar los.

MONTAJE EN EL ARTICULADOR

Los articuladores se utilizan para fijar los modelos en relaciones determinadas con fines de diagnóstico, enfilado de dientes artificiales y modelado de superficies oclusales de restauraciones fijas estos articuladores se clasifican de la siguiente manera:

- 1.- Tipos de Bisagra simple
- 2.- Tipos de Guías fijas
- 3.- Ajustables.

Fijación de los modelos

- Levantar la rama superior del articulador.
- Preparar yeso parís bien batido de consistencia de crema espesa.
- Con la espátula poner yeso sobre la base del modelo, hacerlo correr en las ranuras y muescas de guías poner yeso en el postamodelos superior.
- Cuando tenga consistencia para no caer agregue yeso sobre ambas superficies, cierre el articulador para que ambos yesos se unan.
- Con la espátula añadir más yeso, si es necesario retirar el que haya sobresalido hacia arriba del porta modelos, emparejar las partes laterales y posterior quitando excesos mientras fragua, alisarlo con el dedo mojado.

- Fraguado el yeso superior, abrir con cuidado el articulador , retire la moldina, godiva o plataforma de montaje. En éste último caso pegue en posición la placa inferior.

Hay dos procedimientos a seguir:

- Invertir el articulador y fijar el modelo inferior siguiendo la misma técnica que en el superior.
- Poner el yeso directamente sobre la rama inferior y cerrar el articulador y modelar el yeso con la espátula.

Arco Facial

Los arcos faciales, que derivan su nombre de su forma y de la zona de aplicación son instrumentos capaces de determinar y estudiar las relaciones entre los arcos dentarios y maxilares por un lado, y las articulaciones temporomaxilares por el otro pudiendo eventualmente transferirlas a los modelos y sus relaciones con los mecanismos condilares de los articuladores.

El arco facial fijo o se Snow, tiene por objeto determinar en la cabeza del paciente y transportarla al articulador, la posición del maxilar superior respecto a las articulaciones temporomandibulares.

El arco facial debe utilizarse para montar el modelo superior en cualquier articulador que tenga un eje de abertura fijo.

El arco facial o se Snow nos proporciona:

Una referencia más fija que el montaje arbitrario. Como procura una mejor reproducción del aparato maxilomandibular del paciente, permite conocer mejor algunas asimetrías y descubrir algunos errores en la horizontalidad del plano de orientación.

Permite introducir modificaciones en la altura intermaxilar con menor riesgo de error.

Produce un método comodo para montar el modelo superior en el articulador y permite trasmitir al mecanico una indicación clínica exacta de la porción que debe dar a los modelos en el articulador eliminando las interpretaciones.

SELECCION DE LOS DIENTES ARTIFICIALES

La estética facial es uno de los intereses para el odontólogo, sin embargo no podemos decir en que consiste la belleza e ignoramos que produce la emoción estética.

La belleza se siente, o no. Esencialmente se presenta como un sentimiento subjetivo aunque comprendemos que no depende exclusivamente de nosotros, algo está en el ser, el objeto, el sonido o el pensamiento bello que despierta en nosotros ese sentimiento.

Las costumbres y la educación influyen en ésta apreciación si se logra fijar una idea concreta respecto al factor que provoca el sentimiento de fealdad, que frecuentemente es posible corregirla.

Los dientes mas ubicados o coloreados y la edentación parcial o total sin incuestionables elementos de fealdad fisionómica. Por el contrario, dientes adecuadamente ubicados y coloreados en arcos dentarios íntegros constituyen para nosotros elementos de belleza , por lo menos es el consenso general dentro de nuestra civilización.

Además de los dientes caer en la zona de influencia protética la forma, posición y movilidad de los labios y mejillas y las posiciones y movilidad mandíbular, porque los elementos de fealdad mas frecuentes y evidentes son los relacionados con la integridad y belleza de los arcos dentarios.

Nomenclatura de los Dientes Artificiales

En general los nombres de los dientes y sus partes constituidas son los mismos que en los dientes naturales: corona, cuello, caras, borde incisivo, cúspide, surcos. Hay sin embargo, una nomenclatura especial para aquellas partes que no existen en los dientes naturales.

El talón, es la parte del diente artificial que en su superficie palatina o lingual, separa a ésta de los elementos de retención y los dientes anteriores carentes de talón son destinados generalmente a trabajos metálicos y se les denomina dientes planos.

Las espigas, son el elemento característico de los "dientes con espigas" generalmente delantero, los dientes de espigas lisas se emplean generalmente en prótesis metálicas y en prostodoncia total se utilizan casi exclusivamente espigas con cabeza, que se anclan en el material plástico de la base.

Dientes diatóricas, casi siempre posteriores, tienen una cavidad central que se abre en la cara gingival comunica por dos conductillos con las caras proximales del diente y el material de base que los rellena contribuye a la retención, y un surco gingival por debajo de los talones completa su capacidad retentiva.

Dientes a tubo., estos actualmente ya no se usan en prostodoncia total.

Selección de Dientes Anteriores

La selección de los dientes anteriores para el paciente desdentado una vez que se perdieron todos los datos referentes a la forma, color y tamaño, los vamos a elegir probandolos en la boca del paciente.

Esta selección de dientes para cada paciente tendrá mucho que ver con el éxito o fracazo de la prótesis completa.

La primera decisión de calidad respecto a los dientes artificiales está entre los cerámicos y los plásticos, porque la falta de resistencia de los dientes plásticos a la abrasión, no a sido superada, y predomina el empleo de los dientes cerámicos. Entre los buenos protesistas es el criterio más aceptado, es utilizar dientes cerámicos siempre que no exista indicación para los plásticos.

En términos generales los dientes plásticos están indicados:

- Para trabajos de gran urgencia, por su menor exigencia tecnológica
- cuando los antagonistas son dientes naturales o de acrílicos o puentes metálicos, para eliminar la capacidad abrasiva de los dientes cerámicos.
- En los maxilares débiles o sensibles, cuando se busca el mayor confort.
- Cuando las condiciones del paciente no permiten exactos registros intermaxilares.
- Cuando la exiguidad del espacio protético impide lograr con los dientes de porcelana prótesis de estructura

ra sólida.

-En sujetos que rompen los dientes de porcelana.

Tamaño de los Dientes Anteriores

Desde el punto de vista antropológica , se ha procurado en contrar entre los dientes y el resto del individuo cuyo valor sería inapreciable en prostodoncia si permitiera determinar el tamaño de los dientes artificiales. Hasta ah ora la clínica prostodóntica sólo ha derivado de éstos es - tudios ideas más bien arbitrarias y dogmáticas.

La investigación moderna parece mostrar más bien, que no existen proporciones de regularidad significativa entre el ancho y el largo de la cara y de los dientes.

La placa de registro superior bien trabajada, quede en forma correcta al labio y determine un plano de orientación sa tisfactorio, trae la línea de la sonrisa, y en la de los ca ninos son los indicadores más importantes para el tamaño de los dientes.

Otra referencia es la anchura de la base nasal que coincide con la de los cuatro incisivos en más del 90% de los casos, la línea del canino señala la posición del vértice del canino en el 80% de los casos, la medida entre las líneas de los caninos debe tomarse con una regla milimetrada flexible apli cada sobre la superficie anterior del rodete de la articulación.

En los pacientes de bora grande y movediza, puede ser pruden te colocar dientes algo más anchos, y en las mujeres se puede añadir un toque de feminidad si de eligen incisivos latera - les relativamente angostos.

El tamaño de los dientes anteriores inferiores surge de los superiores, puede determinarse a simple vista o eligiendo los tamaños en mm. según los catálogos de las fábricas.

Selección de la forma de dientes anteriores

En la forma de los dientes artificiales deben distinguirse dos aspectos esencialmente distintos, que son; el estético y el funcional.

En la selección de las formas estéticas es factible agrupar el contorno facial en tres categorías básicas que son:

- a).- triangulares
- b).- cuadradas
- c).- ovoides

Estas clases se subdividen sobre la base de la combinación de las características de ésta. Otras variaciones se presentan en las proporciones de la longitud y el ancho de la cara.

El problema del odontólogo consiste en seleccionar una forma de dientes que armonise con la forma de la cara de cada paciente con fin tiene que estudiar(las caras de las personas y la forma de sus dientes naturales.

Frush y Fischer, señalan que las características esenciales a destacar en el arco dentario artificial son la edad, el sexo y la personalidad. Según Bortheiry, la tendencia femenina al diente ovoide es evidente, pero la forma predominante en hombres y mujeres es la triangular, también se acepta que los incisivos laterales relativamente pequeños, son signos de femineidad. Mas en

cambio a una personalidad vigorosa se le caracteriza los dientes abrasionados.

Los autores modernos sin embargo, aplicando las ideas de Williams fundados en que la ley de armonía provee una técnica definida por ejemplo, prefieren elegir la forma y el tamaño de los dientes de acuerdo con los datos que puede obtenerse de modelos anteriores, radiografías, fotografías. En último caso se quedan con la armonía entre la forma facial y del incisivo central.

Selección del color de los Dientes Anteriores

Para dominar el problema de color de los dientes, se agregan en el tratamiento de la edentición total:

Que el color acertado es uno de los elementos más importantes para un buen resultado estético.

Que el carácter psicossomático del tratamiento exige la conformidad del paciente para el color elegido.

Que es bastante variable la agudez visual de las personas para la percepción de los colores.

En un 20% de las personas tienen visión defectuosa de los colores por lo cual uno de cada 5 dentistas y uno de cada 5 pacientes tienen visión cromática defectuosa que hay que seguir para ponerse en condiciones de elegir los colores del modo más certero posible.

Es preferible hacerlo a la luz del día, mejor a las horas de mayor luminosidad.

Sentar al paciente de cara a una ventada sin que reciba sol directamente y sin que el operador le proyecte su propia sombra.

Es preferible una habitación puntada con colores suaves preferentemente grises.

Evitar la presencia dentro del campo visual del operador, de objetos de color v iolento para evitar la formación de colores complementarios.

Si no es posible hacerlo a la luz diurna, buscar una luz artificial difusa no excesivamente intensa.

Mantener húmedos los dientes de porcelana que se prueban.

No mirar los colores más de unos pocos segundos y dejar descansar la vista para evitar engañosos fenómenos de acomodación.

Elegir el tinte y grado de saturación que aparecen más acordes con la complexión del sujeto y un brillo acorde con la edad.

Armar una prueba con un juego de 6 dientes del color elegido y examinar su efecto en la boca.

Mostrar la selección al paciente. si discute con escasa razón pidiendolos más claros, procurar disuadirlos con ayuda de los acompañantes para que los dientes

no tengan una salida de tono.

Selección de los Dientes Posteriores

La selección de los dientes posteriores se refiere especialmente a las caras oclusales de actividad esencialmente funcional. En consecuencia aunque también se habla de forma y tamaño, es ahora de las caras oclusales, las caras vestibulares cuya misión estética es incuestionable se determinan según los criterios ya vistos para sus dientes anteriores.

Por otra parte en cuanto a la calidad los dientes anteriores la selección quedó limitada a los dientes de porcelana o de acrílico, mientras que en los posteriores existen posibilidades para los metales con su gran resistencia, capaces de acrecentar la eficacia y la resistencia.

Los dientes posteriores se seleccionan en cuanto a tamaño según su superficie oclusal y la cara vestibular, los tamaños respectivos se aprecian mejor en:

Amplitud Oclusal:, el tamaño de la superficie oclusal se aconseja más reducido que el de los dientes naturales y debe estar en proporción con el volumen de los maxilares o su salud conviene reducir el tamaño oclusal de los dientes artificiales, para crear mayor espacio a los órganos bucales, reducir las presiones más tónicas, facilita que los dientes artificiales que den sobre sus bases, y ayudar a que las presiones más tónicas caigan sobre dichas bases.

Como norma general puede adoptarse el no permitir que los posteriores una vez enfilado dejen un espacio me-

nor de 12 a 15 mm. entre ellos y el borde posterior de la prótesis.

También es buena norma no curbir los cuerpos piri - formes con superficies masticatorias, las cuales por otra parte deben caer por delante y a nivel de ellos no más altas.

No se ha de vacilar para cumplir con éstas normas en suprimir los segundos molares o los segundos premo - lares.

Altura Vestibular.-En lo que se refiere a la altura de los dientes posteriores, el espacio disponible dicta la elección.

Formas Oclusales Posteriores.- Su articulación y su función quedan en evidencia los criterios para su selección.

Calidad de los Dientes Artificiales Posteriores.-Es fácil comprender que el principal punto débil de los dientes de acrílico y su falta de resistencia a la abrasión se pone de manifiesto esencialmente en los dientes posteriores es por ello que están contraindicados.

La posibilidad de incluir superficies masticatorias metálicas abre otras perspectivas ensayadas con éxito, también los dientes "masticadores" de Coe de 0° . Otra contribución metálica que contribuye a una solución es hacer superficies oclusales de metal colado que se fijan muy fácilmente a las caras oclusales de acrílico y que aumentar la resistencia, también pueden hacerse caras oclusales de amalgama.

ENFILADO Y ARTICULADO DE LOS DIENTES ARTIFICIALES

Colocación de Dientes Anteriores

Existen numerosas posibilidades para la colocación de los dientes por lo cuál es difícil sugerir un método en particular, lo importante es tener en mente la función que desempeñan los dientes anteriores que son las siguientes:

- a) estética
- b) incisión
- c) fonética

Lo que resulta a és-e respecto, es que los dientes tienen que aparecer como entidades separadas, se aconseja montar los laterales de modo que se inclinen hacia los centrales o colocar uno o ambos centrales ligeramente anteriores a los laterales. Algunas veces se puede utilizar un disco se parador delgado en los bordes incisales, otra norma general es evitar la simetría absoluta tanto del lado derecho como el izquierdo.

Para conseguir realismo en los dientes artificiales existe un medio muy sencillo en limar los bordes incisivos para imitar el desgaste que presentan los dientes naturales, este procedimiento se garantiza en pacientes de 35 años o más.

Examinando desde el aspecto incisal los dientes anteriores deben seguir una curva que se aproxime a la del reborde alveolar. Los dientes superiores se pueden colocar normalmente antes a las papilas incisivas, mientras los inferiores deben colocarse sobre el reborde, o por encima del pliegue mucobucal. Cualquier posición más adelantada producirá una

retención menor de la dentadura inferior. La curvatura del reborde o de la forma del arco servirá como guía para colocar los dientes para que el paciente no de la impresión de que tiene demasiados o pocos dientes.

Colocación de los Dientes Posteriores

Si la elección es de dientes anatómicos ó no anatómicos, existen requisitos básicos para su colocación, en el caso de los inferiores los dientes tienen que estar en tal forma que se logre todas las ventajas de retención por ser estos más susceptibles a las fuerzas de la masticación. Esto significa que los dientes no se pueden colocar bucalmente tan lejos, que las mejillas ó la lengua puedan levantar la dentadura, por lo tanto hay que colocar los dientes inferiores posteriores de modo que queden en el centro del reborde, mientras que los dientes posteriores superiores deben colocarse en forma que ocluyan con sus antagonistas.

Cuando se usan formas no anatómicas, los dientes superiores se pueden colocar de manera que ayuden a la retención de la dentadura del maxilar, esto es posible porque las superficies planas no exigen una posición bucolingual específica de los dientes antagonistas. Cuando se usan formas anatómicas los dientes superiores a causa de su intercuspidadación deben ser colocados en una determinada colocación bucolingual con respecto a los dientes inferiores.

Debemos decidir si se colocan primero los dientes superiores o los inferiores, esto es, si se empieza con los superiores, la anchura mesio distal de los primeros premolares inferiores debería ser disminuída por el contrario si se colocan primero los dientes inferiores, pueda haber un diastema entre el canino y el primero premolar de modo que todos los dientes deben ocupar

el espacio disponible sin alterar la forma para no causar diastemas.

ENCERADO Y PROCESADO

Requisitos que debe llenar el encerado

Se denomina encerado de las prótesis al procedimiento de laboratorio mediante el cual se da volúmen y forma a las bases y encías protéticas con ayuda de cera rosa. Se elige éste material por su economía, buen color, sufacilidad de moldeo y tallado y también para el desprendimiento y recolocación de los dientes, pero exige un manejo cuidadoso durante las pruebas, su reblandecimiento por el calor fácilmente provoca deformaciones especialmente en el período bucal. Un tercer inconveniente es el gran índice de retracción al enfriarse que cambia la posición de los dientes sacándolos de oclusión.

Borde Periférico

Los bordes de las bases de prueba deben producirse éstos exactamente, suelen hacer excepción los bordes anteriores gruesos en las impresiones con tendencia a levantar excesivamente los labios.

Cuando se trata de modelos de impresiones anatómicas como sucede en prótesis inmediata, los contornos deberán dibujarse con lápiz, sorteando frenillos e incersiones musculares.

Encía Artificial

Articulados los dientes artificiales podemos seguir la siguiente técnica para prepara la encía artificial normal:

Pesar todos los dientes cuidadosamente en su sitio fundiendo la cera en que se asientan con una espátula caliente.

Cortar a lo largo de una lámina de cera rosa una tira de 2 cm. de ancho (puede variar según la altura de la encía en cada caso).

-calentar la cera pasándola varias veces ligeramente a la llama doblándola a lo largo, rebatiendo un borde como de 1/2 cm.

-volver a pasar la cera a la llama para mantenerla plástica y adaptarla rápidamente con los dedos a la superficie vestibular y la parte doblada sobre la superficie gingival cubriendo también del tercio gingival de los dientes artificiales,

- con una espátula bien caliente fundir la cera frente a todos los espacios interdentarios y luego agregar cera en ellos abultándolos.

Con un cuchillo pequeño u filoso cortar el exceso de cera a lo largo del borde gingival de cada diente, el cuchillo debe mantenerse perpendicular a la superficie del diente conservar cubierto por la cera 1 mm. gingival de cada diente para que quede solidamente anclado.

-cortar lo que sobre a lo largo del borde periférico.

- con una espátula esculpir la superficie de la cera y del borde gingival, procurando imitar la anatomía normal de la encía.
- sobre los caninos superiores conviene añadir un poco más de cera rosa para producir las eminencias caninas.

Espesor de los bordes Vestibulares

Estos bordes deben tener un espesor proporcional al espacio vestibular que llenan, de modo que el aparato levante lo necesario a los tejidos de la cara, dándole un espesor de 3 mm. equivalente al de las impresiones y que es suficiente para la resistencia del material y para el cierre periférico funcional.

En las placas inferiores el borde vestibular posterior a partir de los frenillos laterales puede tener un buen espesor, pero que esté bien redondeado.

Se han propugnado bordes muy gruesos que llenen tanto como sea posible los espacios vestibulares, lo que daría mejor retención y estabilidad a las prótesis y también mejor función al impedir í al menos dificultar el paso de alimentos hacia vestibular.

Arreglo de la Superficie Palatina

En la anatomía palatina hay que distinguir dos regiones la que vendría a representar en el aparato propiamente dicho y lo que representa las superficies palatinas de los dientes en el paladar debe lograrse un espesor parejo y lo más delgado posible dentro de los límites de resistencia del material de base.

La reproducción de la anatomía palatina exacta de los dientes tiene dos indicaciones:

Algunas personas de lengua excepcionalmente inadaptable pueden tener dificultades fonéticas por la falta de anatomía lingual, sobre todo en los dientes anteriores en cuyo caso conviene reproducirla.

En los pacientes extremadamente sensibles a esta clase de detalles.

Por razones mecánicas, es importante la protección del estrechamiento gingival de los dientes diatóricos, engrosando la cera en esos puntos para que los dientes queden solidamente anclados en el acrílico. Cuando la porcelana ha sido desgastada, hasta eliminar el estrechamiento gingival, es menester reproducirlo con un disco de carborundo.

Arreglo de la Superficie Lingual Inferior

Debe ser lisa, con los espacios interdentarios ligeramente excavados, y dispuesta de modo que el borde periférico lingual tenga suficiente espesor para hacer redondeado.

Emparejamiento y Pulido

Terminado el recorte de la cera y hechos los rellenos que se juzgue necesarios, es muy fácil emparejar la superficie pasándole muy ligeramente una llama fina, (como la llama piloto de un pico de Bunsen)

Obtenido el emparejamiento con llama enfriar la cera bajo la canilla y luego frotarla repetidamente con un trapo de hilo, sin mucha presión, hasta sacarle brillo.

Técnica de la Prueba

Conviene habituarse a realizar las pruebas siguiendo cierto orden, siempre más o menos el mismo para no arriesgar distracciones y el olvido de algunos controles por ejemplo:

Elementos Mecánicos: asiento de las bases, corrección de los bordes relaciones base., dientes artificiales, longitud de los dientes, altura de la prótesis, disposición del plano de orientación.

Elementos Funcionales.-oclusión central, posición de reposo, oclusiones excentricas.

Elementos estéticos: altura morfológica, forma de la boca y los labios, relleno facial, sonrisa, risa y expresión.

Elementos Fonéticos: Todo esto exige tiempo, y es serio error clínico pensar que la prueba solo requiere unos instantes. Además, no se debe titubear en citar a los pacientes tantas veces como sea menester. Este debe saber, por otra parte, que la prueba final es la última oportunidad para hacer observaciones.

Cargado de la Mufla

Dése al material la forma de un cigarro después de haberse mezclado el polímero y el monómero, y adquirido éste la con sistencia adecuada, el rollo se coloca entre dos hojas de papel para separar y se le dá un espesor de 1/2 cm., se cor tan trozos de largo aproximado de los flancos y se colocan alrededor de las superficies vestibulares y palatina del molde inferior y alrededor del vestibular y lingual del molde inferior.

La mufla se transfiere a una brida con resorte, después de una esfera de 30 a 60 minutos, para dejar que el líquido penetre en el polvo. la mufla y la brida se colocan en la unidad decorada. La prótesis se polimeriza durante 9 hrs. en agua a temperatura constante de 70°C. y se deja que enfríe a temperatura ambiente.

ENTREGA Y CUIDADOS POSTERIORES

El paciente rara vez podrá retener toda la información que se le dá al terminar y colocársele dentaduras completas, por este motivo, se recomienda el uso de instructivos escritos que contengan los puntos mas importantes del tratamiento y cuidados que deberá darle a sus dentaduras.

El aprender a llevar dentaduras nuevas requiere de tiempo y paciencia, especialmente si éstas son primeras dentaduras. Aún cuando haya llevado anteriormente dentaduras, estas van a ser diferentes, por lo que tendrá que cambiar algunas costumbres.

Las primeras semanas , serán un período de ajuste, su dentadura nueva tendrá que ajustarse y el paciente tendrá igualmente que adaptarse a ella.

Comodidad

Las dentaduras nuevas se sentirán raras y voluminosas en la boca, provocarán sensación de volúmen en los labios y en la parte interna de las mejillas.

No adquirir el hábito de aflojar las dentaduras con la lengua o con los labios. A medida que sus músculos faciales se adapten, ayudarán a mantener las dentaduras en su lugar.

Si no ha llevado dentaduras en cierto tiempo, le resultará más difícil acostumbrarse a ellas que de haber estado llevándolas constantemente.

Después que hayan sido llevadas durante varias semanas, los tejidos que están en contacto con las dentaduras trabajarán con mayor naturalidad.

Es generalmente mucho más difícil acostumbrarse a la dentadura inferior que a la superior.

Durante los primeros días puede observarse un exceso de saliva hasta que las glándulas de la boca se adaptan a la presencia de las dentaduras.

Tendrá que decidirse a dominar sus nuevas dentaduras, esto lo logrará llevando las dentaduras más tiempo dentro de la boca que fuera de ella.

Lenguaje

El hablar correctamente con dentaduras no representa ningún problema. Tal vez hagan falta varias semanas para lograr dominar de nuevo el lenguaje.

Puede ganar confianza leyendo enfrente de un espejo, repitiendo cualquier palabra o frase que le resulte difícil.

Comidas

El aprender a masticar bien con dentaduras generalmente toma cuando menos 6 u 8 semanas.

Deberá empezar masticando relativamente blandos y cortando en pedazos pequeños, "NO" tratar de probar alimentos difíciles de masticar como cacahuates, filetes, vegetales duros o pan.

Sí se puede masticar sobre ambos lados al mismo tiempo, se reducirá la tendencia que tienen las dentaduras a inclinarse.

Cuando muerda, coloque los alimentos entre los dientes de adelante o empuje hacia abajo y hacia afuera como con dientes naturales. Este hábito solo aflojará las dentaduras y hará que la gente se dé cuenta que usted es un portador de dentaduras.

Ajustes

Aunque se ha tenido inmenso cuidado en fabricar unas dentaduras que serán especiales para su boca y tejidos, estas tendrán movimiento y probablemente lastimarán los tejidos durante cierto tiempo.

No trate de ajustar las dentaduras, deberá regresar a las 24 Hrs. y otra vez a las 43 hrs. para que se le ajusten antes de que los lugares lastimados se vuelvan graves. Por ese día mantenga sus dentaduras durante toda la noche, o por lo menos 4 horas antes de la visita, esto ayudará a ubicar los lugares en donde molesta la dentadura.

Cuidados a la Dentadura

Las dentaduras deberán cepillarse cuidadosamente cuando menos dos veces al día, después de retirarse de la boca se limpian con un cepillo blando y

detergente para lavar trastes. El detergente como agente limpiador desgasta menos la pasta dental, la cual podría rayar las dentaduras.

Las dentaduras deberán cepillarse sobre un re cipiente parcialmente lleno de agua o sobre un trapo húmedo, para reducir las probabilidades de romperlar en caso de que se cayeran.

Una o dos veces a la semana deberá sumergir las dentaduras en líquidos comerciales para lim pieza de dentaduras y eliminación de manchas, o en su defecto se puede emplear la siguiente solución: en un vaso casi lleno de agua poner 2 cucharaditas de ablandador de ropa común, después lave perfectamente las dentaduras en agua corriente.

Cuando se retiren las dentaduras en la noche coloquelas en un recipiente de agua para evitar que se sequen y pudieran cambiar sus dimensiones.

El uso de polvos y otros adhesivos no se recomiendan con sus dentaduras nuevas, porque generalmente crean demasiada retención de las dentaduras y las fuerzas desarrolladas pueden dañar los tejidos den de se asientan las dentaduras.

Salud de los Tejidos

Las dentaduras deben dejarse fuera de la boca durante la noche para que los tejidos que contactan con ellas logren descansar. Las investigaciones dentales han demostrado que una presión constante

sobre los tejidos blandos, es decir ejercida de día y de noche, contribuye a que se produzcan cambios y contracciones en estos tejidos.

Se recomiendan exámenes médicos periódicos, su salud general afecta los tejidos de la boca y las reacciones de sus huesos y tejidos a las dentaduras artificiales.

Exámenes

Los exámenes dentales periódicos son importantes si las dentaduras empiezan a estar mal ajustadas pueden lesionar los tejidos donde se apoyan, sin que usted se dé cuenta de ello; en la cavidad bucal pueden desarrollarse lesiones causadas directa e indirectamente por las dentaduras, deberá so meterse a un examen dental cuando menos una vez al año para que se le examinen sus dentaduras.

CONCLUSIONES

La comunicación con el paciente es indudablemente uno de los principales factores para la elaboración de una buena prótesis. Pero no hay que dejar afuera la posibilidad de que ésta pueda presentarse como un cuerpo extraño en el paciente y no aceptarla.

Las técnicas empleadas aquí considero que son muy sencillas y fáciles de entender, se puede emplear una técnica más inteligente, si se conocen las causas de su utilización, pero cuando se guía sólo por un método, el resultado será dudoso, siempre que las condiciones no sean las mismas que en el método.

Por último el paciente deberá aprender como masticar , hablar y a limpiar su prótesis, hasta que se vuelven automáticos los patrones de hábitos y su adaptación sea total.

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

- D.J. Neill.- Prótesis Completa
- R.I. Nairn Editorial Mundi S.A.I.C. y F.
1971.
- Apodaca Lugo A. Prostodoncia Total
Facultad de Odontología
- Ozawa Deguchi J. Prostodoncia Total
Dirección de Publicaciones U.N.A.M
Segunda Edición 1975
- Jack M. Buchman Dentaduras Completas y Ancladas
Ajax Menekratis
- Dr. Ralph Phillips La Ciencia de los Materiales Denta
les.
- Robert G. Craig Materiales Dentales, Propiedades y
William J. Brien Manipulación
Juán M. Powers
- Ram Fjord Ash Oclusión
- Dr. Pedro Saizar Prostodoncia Total
- C.D.M.S. Rogelio Sugerencias para quien lleva dentadu
Rey Bosch ras.