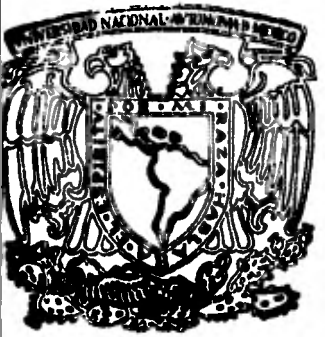


*2ej. P25*

# Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



## CONSTRUCCION DE UN APARATO DENTO PROTESICO TOTAL PARA PROTESIS INMEDIATA

*Dirigido a Beatriz Saracibar Gil  
por el Dr. [Signature]*

**T E S I S**

PARA OBTENER EL TITULO DE:

**CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A:**

**BEATRIZ SARACIBAR GIL**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONSTRUCCION DE UN APARATO DENTO PROTESICO  
TOTAL PARA PROTESIS INMEDIATA

I N D I C E

	Pág.
DEDICATORIAS.	
I. INTRODUCCION.....	1
II. GENERALIDADES.....	3
III. TIPOS DE PROTESIS INMEDIATA.....	10
IV. HISTORIA CLINICA.....	12
a).- Recomendaciones para un buen diagnóstico y pronostico efectivo.....	26
b).- Plan de tratamiento.....	29
V.- IMPRESIONES PRELIMINARES, CONSTRUCCION DE PORTAIMPRESIONES INDIVIDUALES.....	31
a).- Prueba del portaimpresión.....	35
b).- Delimitación del portaimpresión.....	37
VI.- TECNICA PARA LAS IMPRESIONES FUNCIONALES O DEFINITIVAS.....	40
VII.- CONSTRUCCION DE LA DENTADURA .....	42
a).- Construcción y adaptación de la placa base.....	42
b).- Construcción de rodillos.....	43
c).- Registro de relaciones de posición de los máxi- lares para dentaduras inmediatas.....	44

	Pág.
d).- Montaje en el articulador.....	46
e).- Distintos tipos de dientes. ....	47
f).- Colocación de los dientes.....	51
g).- Prueba.....	52
h).- Cirugía del modelo.....	52
i).- Encerado y enfrascado... ..	53
j).- Pulido y terminado.....	58
<b>VIII. - PREPARACION QUIRURGICA Y COLOCACION DE LA PROTESIS.....</b>	<b>60</b>
a).- Fallas impredecibles.....	63
<b>IX. - INSTRUCCIONES AL PACIENTE.....</b>	<b>65</b>
<b>X. - POSTOPERATORIA.....</b>	<b>66</b>
<b>XI. - DURACION Y PRIMER REBASADO DE LA PROTESIS INMEDIATA.....</b>	<b>67</b>
<b>XII. - CONCLUSIONES.....</b>	<b>69</b>
<b>XIII. - BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>70</b>

## CAPITULO I

### INTRODUCCION.

La prótesis inmediata, es un método de tratamiento tanto — del desdentado total, como del parcialmente desdentado, cuyo diagnóstico propone la necesidad de extraer la totalidad de las piezas dentarias de un maxilar o de ambos.

Con frecuencia estos pacientes no están dispuestos a esperar la etapa de la cicatrización necesaria, para la construcción de la prótesis inmediata, debido a que su profesión u ocupación les exige estar — en contacto con los demás y al encontrarse desdentados se acompleja-- rían.

Este tipo de pacientes serán tratados con prótesis inmediata, que consiste, en la construcción del aparato dentoprotésico antes — de efectuar las extracciones y que será colocado inmediatamente des-- pues de realizado el acto quirúrgico.

La prótesis inmediata siempre ha sido una maniobra poco-- común porque se tiene la idea de ser un trabajo difícil y en el cual no vemos un resultado paulatino y satisfactorio antes de colocarlo, sino-- hasta que se ha realizado todo el trabajo. Ahora bien es necesario — alcanzar una perfecta armonía de los pasos a seguir, abarcando desde el aspecto técnico, mecánico de laboratorio y finalmente el quirúrgico, tomando en cuenta las sorpresas y modificaciones que puedan surgir--

durante el transcurso del tratamiento.

Es importante una perfecta planeación del caso, gran conocimiento del paciente, y prevención del post-operatorio.

Sin embargo mi finalidad es hacer sentir a los demas esa-- inquietud de realizar estudios y técnicas nuevas, ya que cada caso de-- prótesis total inmediata es diferente, y hasta cierto punto nos salimos de la rutina diaria, dandonos oportunidad de sentir satisfacción ante un servicio bien prestado y no aquella sosobra de un sentimiento mediocre, que no debe existir en el profesionista.

## CAPITULO II

### GENERALIDADES.

La prótesis inmediata se inició en el siglo pasado, cuando se esperaba solamente que la sangre dejara de correr para tomar la impresión y colocar los dientes artificiales, en los lugares de los extraídos o bien se tomaban las impresiones antes de extraer los dientes, se hacia la cirugfa del modelo para la construcción del aparato que era colocado posteriormente al hacer las extracciones.

El valor estético de la prótesis dental a sido reconocido desde hace mucho por las sociedades, hoy el individuo medio que vive bajo la presión y dinamismo que parece caracterizar a nuestra sociedad moderna, obrero o vendedor, maestro o actor, muy raras veces puede --- sufrir la humillación y desagradable experiencia del estado desdentado, si desea mantener su posición en la sociedad.

El paciente dental es portador de esta presión de la vida moderna, la introduce en el consultorio y la transfiere al Odontólogo. Como consecuencia, el odontólogo enfrenta hoy mucho más pedidos de dentaduras inmediatas que en el pasado.

La Prótesis Inmediata no es el tratamiento más eficaz para todos los casos que el odontólogo quiera desarrollar, ya que es necesario una evaluación científica de las características del caso, mayor tipo de conocimientos, habilidad y criterio, para no provocar en el pa--

ciente respuestas indeseables.

**A). - Concepto.**

**Prótesis Inmediata.** Es el procedimiento que consiste en la construcción de la prótesis antes de la extracción de los dientes que - se inserta inmediatamente después de las extracciones.

**B). - Utilidad.**

La utilidad de este tipo de prótesis estriba principalmente, - en que el paciente no tendrá que sufrir alteraciones anatómicas, fisiológica, estéticas y psíquicas.

1. - El paciente no necesita estar desdentado durante el período de cicatrización, situación especialmente desagradable para las personas de negocios cuya profesión los obliga al trato con el público.

2. - Generalmente hay menos dolor, porque la dentadura, -- protege las heridas y ayuda a la cicatrización, el paciente se recupera de la intervención quirúrgica y, al mismo tiempo, se acostumbra al -- uso de la dentadura.

3. - El aspecto se afecta menos, porque hay menos cambios en los músculos y en las diferentes estructuras y las dimensiones craneométricas no varían.

4. - El paciente está menos expuesto a poner en peligro su - salud por la retención durante un tiempo demasiado largo de los dientes afectados, porque hay menos temor a las dentaduras completas y al --- período desdentado que acompaña a la construcción ordinaria de las den



taduras.

5.- Es probable que la estabilidad sea más duradera y que sea mayor la elasticidad de los tejidos, la boca desdentada carente de una cubierta protectora pierde su elasticidad, y el hueso sufre una resorción mas fácilmente por falta del estímulo necesario que da la dentadura para la reconstrucción funcional.

6.- Hay menos dificultad en la reposición de los tejidos adyacentes. Es sabido que se produce el ensanchamiento de la lengua a causa de la falta de contacto con los dientes, y el hundimiento de los carrillos cuando los pacientes están sin dientes largo tiempo.

7.- En la prótesis inmediata se pueden colocar los dientes en la misma posición que tenían los naturales, por lo tanto, es posible tener el mismo contorno en el arco, la misma posición en el arco, el mismo tamaño y forma e inclinaciones que tenían los dientes naturales.

### C).- Indicações y Contraindicaciones

#### Indicaciones

1.- Que la edad y estado general del paciente permitan la o las intervenciones quirúrgicas que se requieran.

2.- Que el estado de la boca y dientes admitan la espera requerida para el trabajo preparatorio.

3.- Que el paciente desee este tipo de servicio y esté dispuesto a aceptarlo, con todo su contenido implícito.

### Contraindicaciones.

Esta contraindicada en personas hemofílicas, diabética que no estén en tratamiento y que su índice de glucemia sea difícil de disminuir, en individuos anémicos, en sífilíticos con lesiones terciarias o cuaternarias, en cancerosos con lesiones bucales, en todos aquellos pacientes que presenten manifestaciones patológicas que alteran la estructura bucal; en pacientes con descrasias sanguíneas o deficiencias nutritivas, debe establecerse primero un tratamiento y no actuar en ellos hasta no estar perfectamente bien evolucionados. También encontramos contraindicada la prótesis en enfermos mentales y en casos de invalidez crónica.

### D).- Ventajas y Desventajas.

#### Ventajas.

1.- Control de la hemorragia. Una dentadura con su base ajustada, al cubrir las heridas abiertas en los tejidos, actúa como un vendaje y reduce la pérdida de sangre en los mismos.

2.- Protección contra el trauma. Los tejidos heridos son protegidos de la irritación de todo orden y especialmente de la irritación de la lengua.

3.- Protección contra infecciones del exterior. Estos tejidos son heridas abiertas no quedan así expuestos al material infeccioso que entra en la boca o con los alimentos, que pueden facilitar el crecimiento bacteriano.

4.- Rapidez en la curación. Los alvéolos dentarios se rellenan y curan mucho más rápidamente.

5.- Mejor soporte para las placas. Los rebordes alveolares resultantes son más grandes y más regulares que cuando se les deja sin protección.

6.- Mayor Comodidad. Esta protección contra la irritación, y especialmente contra el acceso del aire a los tejidos abiertos, disminuye el dolor del paciente.

7.- Mejora la fonación. La restauración inmediata de los dientes especialmente de los anteriores, hace posible al paciente hablar con más claridad.

8.- Mejor aspecto. Este punto es uno de los que mas influyen en la decisión del paciente para quitarse sus dientes.

9.- Pérdida de los dientes naturales no apreciable. Con las dentaduras inmediatas a menudo ni los mismos familiares del paciente, ni los individuos con quienes diariamente se relaciona, son capaces de advertir que han sido quitados los dientes naturales.

10.- No hay pérdida de tiempo en aprendizaje, ni ausencia de los negocios habituales, ni del medio social.

11.- Ayuda para comer. A pesar de que la masticación se haga con cuidado en el período inicial, el paciente comerá mejor con dientes que sin ellos.

12.- Supresión del colapso. El estar un largo período sin dientes motiva que las mejillas caigan colapsadas, aún cuando se está--

un corto periodo sin dientes puede causar daño a la articulación temporo mandibular.

13.- Periodo de aprendizaje más breve. Cuando se permanece sin dientes durante un largo periodo de tiempo se hace mas difícil-- acostumbrarse a ellos de nuevo; el paciente desarrolla hábitos especialmente con la lengua, que más tarde le causan dificultades en el uso de las dentaduras.

#### Desventajas.

1.- Un trabajo adicional, tanto en la clínica como en el laboratorio se requieren más detalles y diversos procedimientos que señalen a los habituales de la construcción de las dentaduras ordinarias, también se necesitan más visitas para los reajustes.

2.- Costo adicional. Además de necesitarse más tiempo en su construcción, los gastos de los materiales a utilizar.

3.- No hay pruebas. Al tener aún sus dientes naturales en la boca, no tenemos la posibilidad de colocar las placas para comprobar sus efectos en la boca antes de terminarla.

4.- Menor ajuste del asiento. Las bases no se fijan a los tejidos con tanta exactitud, especialmente en las zonas donde se han quitado los dientes.

5.- Perdida temprana de esta fijación debido a los cambios subsiguientes a la eliminación de los dientes, las dentaduras inmediatas por lo general necesitan rebases muy pronto, a diferencia de las denta-

duras construidas sobre impresiones de unos tejidos ya curados y esta  
bilizados.

## CAPITULO III

### TIPOS DE PROTESIS INMEDIATA

#### A).- **Protesis Parcial Aditiva**

Puede ser transformación de la que usa el paciente, es la **prótesis** en la que se van agregando dientes después de las extracciones. Tiene ventajas definidas, que la indican en muchos casos; evita las extracciones masivas, permitiendo un desdentamiento gradual. Por lo mismo, facilita la extracción previa de los dientes posteriores, sirviendo como transición hacia la **prótesis inmediata completa**. Puede hacer mas económico el servicio o facilitar su financiación y a veces prestar servicios duraderos.

#### B).- **Ferula Transitoria.**

(Meyers, 1962; Loo, 1968). Es algo así como una **prótesis-económica**. Los dientes posteriores son reemplazados con férulas de **acrílico** que se articulan directamente en boca añadiendo **acrílico auto-polimerizable**; los dientes anteriores se hacen rápidamente por vaciado de los dientes en la impresión con **acrílico de color adecuado**. Puede ser una solución en ciertos casos, por su rapidez y economía de ejecución.

#### C).- **Prótesis Inmediata con encaje Completa.**

Es la más exigente en técnica de construcción y la preferida

por la mayoría, pues reduce el peligro de retención deficiente, que puede presentarse en las prótesis sin enca artificial y es más fácil atender al paciente.

**D).- Prótesis sin flanco vestibular.**

**(Casi siempre sin el anterior)**

Simplifica la construcción. Basta escavar el alvéolo en el modelo e introducir en éste 2 o 3 mm. del diente de reemplazo (de ahí el nombre de intra-alveolar) El resultado inmediato suele ser espectacular, al mostrar los dientes emergiendo en la enca. Tiene la ventaja de permitir la atrofia vestibular sin perturbación, y el inconveniente de requerir la enca artificial al cabo de 15 a 20 días. En la experiencia de Kelly (1960) en que se usó prótesis inmediatas sin flancos de un lado y con flanco del otro, al cabo de 30 días este último aparecía mejor.

## CAPITULO IV

### HISTORIA CLINICA.

La historia clínica es de gran importancia ya que nos va a permitir conocer orgánica y psicológicamente a nuestro paciente, y con esto formular un diagnóstico mas amplio y completo que nos de como resultado un reporte de un pronostico certero y razonable para el tratamiento de una prótesis inmediata.

La historia clínica se fundamenta desde el momento en que el paciente se presenta en el consultorio, vamos a observar las faces - Ejem. Entra al consultorio solo o con ayuda, enfermedad de parkinson, enfermedades mentales, etc.

La historia clínica proporciona principalmente una técnica - mediante la cual pueden investigarse los síntomas del paciente. Con frecuencia los síntomas son las primeras manifestaciones de la enfermedad, perceptibles mucho antes de que los signos físicos o alteraciones significativas puedan aplicarse al diagnóstico por este motivo al análisis de una historia clínica, cuidadosamente elaborada y organizada constituye más a la obtención de un diagnóstico adecuado que cualquier



otro método de investigación, incluyendo la mayor parte de las técnicas físicas y de laboratorio que se llevarán a cabo.

Dicha historia clínica debe comprender los antecedentes hereditarios familiares, sociales, ambientales y personales que se consideren de interés mas los datos que surjan por medio de exámenes radiográficos etc. Todo esto tiene por objeto no solo descargar al odontólogo de la necesidad de memorizar la situación de cada paciente con todos los riesgos de error que esto implica, sino además la formación de un archivo para futuras referencias sobre el mismo paciente y la posibilidad de una presentación correcta en caso de litigio o pericia legal, técnica y hasta científica.

#### **Ficha de Identificación.**

Es indispensable comenzar cada entrevista con el material biográfico básico, incluyendo el nombre del paciente, dirección, teléfono, fecha de nacimiento, sexo, raza, ocupación, estado civil. El valor potencial de estos datos no deberá ser subestimado ya que muchas enfermedades afectan específicamente a personas de determinada edad, sexo o raza. La ficha del examen deberá ser incluida, también en esta introducción.

### Interrogatorio.

En el interrogatorio se establece la comunicación entre el odontólogo y el paciente. La mecánica de esta entrevista suelo proporcionar al paciente una imagen del odontólogo que afectara a todas las relaciones posteriores entre los dos. Una mala impresión en este momento será muy difícil de remediar en el futuro. Así el contacto inicial con el paciente deberá ser conducente al establecimiento de comunicación entre el odontólogo en la medida que sea posible.

No siempre se logra obtener del interrogatorio una opinión definida, no por ello se debe alargar el interrogatorio, si el paciente no habla se le debe estimular mediante preguntas convenientes, se habla en exceso se le debe orientar mediante interrupciones y preguntas convenientes. Ejem: Motivo por el que se perdieron las piezas, fecha de las últimas extracciones, antecedentes protésicos, hereditarios, quirúrgicos, padecimiento actual.

### Inspección Bucal.

Parte por parte deberán de examinarse todas las características anatómicas que permitan conocer factores probables de dificultad,

utilidad o simplemente características personales que deben tenerse en cuenta. Esta inspección debe hacerse visual y por palpación digital de los caracteres constitucionales de la cavidad bucal, estructuras adyacentes y estructuras faciales.

### Cavidad Oral.

El exámen de la cavidad oral revela el carácter de la membrana mucosa; el odontólogo debe señalar la presencia de zonas inflamadas, de zonas o manchas blanquecinas (leucoplasia, líquen plano o ulceraciones causadas por dentaduras viejas), el carácter de estas alteraciones de color nos interesa mucho por que puede existir alteraciones malignas. Este exámen debe comprender también la superficie lingual e inferior así como los bordes de la superficie lingual y vestibular de los rebordes residuales, contorno, forma y tamaño de los mismos, grado de resorción, profundidad del fondo de saco y las inserciones de los frenillos labiales, bucales y lingual; musculos y tejidos móviles. La mucosa que las cubre cuya elasticidad puede ser normal, esponjosa o flácida, presentar hipertrofia, crecimientos abrasiones y otros estados de enfermedad. Posición de la línea de unión entre el paladar duro y blando, forma de la sutura palatina, posición del agujero palatino ante-

rior y posterior, pilares anteriores de las fauces y pared posterior de la faringe.

En el piso de la boca investigaremos si existe infarto ganglionar, submaxilar y sublingual, así como la región amigdalina.

El estado de las glándulas salivales puede notarse por la sialorrea, xerostomía, etc. La saliva puede ser de consistencia inadecuada o de color o aspectos peculiares. Si es abundante y viscosa será -- favorable para la retención.

Tiene mucha importancia tanto la absorción visual como la palpación digital, pues ésta con una presión suave pero firme con el -- pulpejo del dedo índice, es muy reveladora en cuanto al carácter del -- hueso subyacente, de la mucosa y submucosa, de los tejidos glandula-- res y grasos y demás características de estas estructuras. La inspec-- ción solo nos informa que la topografía y contornos generales de los - tejidos de la cavidad oral; el examen digital revela la presencia o ausencia de resistencia, así como dolor.

La inspección facial del enfermo es una fuente importante - de información para el odontólogo; tiene importancia observar el estado de las comisuras apreciando si hay humedad o inflamación crónica en - ellas, el contorno del borde bermellón de los labios, el carácter de -- los surcos faciales nasolabial y geniolabial y la presencia o ausencia - del filtrum.

Los pacientes a menudo solicitan que el surco nasolabial -- sea elevado o eliminado. Es difícil eliminar este surco, pues la gra--

vedad desempeña un papel importante en su desarrollo; en algunos casos podremos modificarlos mediante rellenos, pero estos debemos usarlos con cuidado, pues, si bien mejoran la estética, a veces dificultan-- el juego muscular.

El surco geniolar de configuración más o menos curva, - en ocasiones forma un ángulo y en otros casos es casi plano; esta curvatura indica generalmente el carácter de las relaciones maxilo mandibulares.

La observación del filtrum es de importancia, porque es una formación que tiene unas relaciones muy estrechas con la presencia de dientes, pues cuando el paciente pierde hueso alveolar en la arcada labial, la cual sirve de sostén para el orbicular de los labios, el filtrum se pierde; esta depresión de la dentadura natural se pierde casi por entero en los desdentados, la colocación inadecuada de los dientes anteriores es motivo a veces de su desaparición, mientras que una dentadura con sus dientes colocados correctamente en una forma de arcada apropiada restaura el contorno del filtrum es muy poco tiempo de tal manera que poco después de colocada se prueba la presencia de la depresión debajo de la nariz y sobre el labio.

#### Estudio Radiográfico,

El estudio radiográfico es necesario para hacer un buen --- diagnóstico del caso, planear el tratamiento y la intervención en el mo

delo. Este debe constar de una serie de radiografías periapicales de toda la boca, incluso en los espacios desdentados. Para descubrir cualquier posible infección oculta y otro tipo de lesiones patológicas no visibles o inaccesibles al tacto, como área infectada o de rarefacción, raíces y dientes retenidos, densidad ósea; forma, tamaño del seno maxilar, fosas nasales, posición del canal dentario inferior localización de los agujeros mentonianos, altura del hueso alveolar, etc.

#### Exámenes del laboratorio.

Para establecer un buen diagnóstico son necesarias las pruebas de laboratorio específicas y adecuadas. Cuando se tenga duda con respecto al estado general del paciente. Los exámenes de orina y de sangre deben pedirse si se sospecha diabetes, leucemia, infección focal, deficiencia de la coagulación, ya que es en la práctica diaria es frecuente que algunos padecimientos se inicien con síntomas específicos, en estas circunstancias un conjunto de pruebas químicas seleccionadas puede darnos una pista para llegar al diagnóstico.

#### Diabetes Mellitus.

La diabetes Mellitus es un padecimiento en el que hay una deficiencia absoluta o relativa de insulina que da como resultado un menor aprovechamiento de glucosa por la mayoría de las células del organismo por lo cual la concentración de este carbohidrato se eleva en san

gre. Existe además combustión predominante de grasas y degradación de proteínas tisulares, ya que al encontrarse la célula incapacitada para utilizar la glucosa, tiene que hacer mano de estos metabolitos para la obtención de energía.

Como resultado de las alteraciones primamente mencionadas se manifestará un aumento en la ingestión de los alimentos (polifagia). -- Debido al aumento de glucosa sanguínea, la cual rebasa el umbral renal y hay eliminación de esta por orina (glucosuria) y salida de gran cantidad de agua (poliuria), acompañándose de cuerpos cetónicos (catobolismo de las grasas y nitrógeno urinario degradación de proteínas) dando como consecuencia deshidratación; por lo que aumenta la ingestión de agua -- (polidipsia).

Antes de emprender cualquier tipo de tratamiento o intervención de cirugía dental en esta clase de pacientes, es necesario considerar.

1° Las medidas necesarias para evitar el aumento de la glucemia.

2° La elección del anestésico.

3° El empleo de procedimientos preventivos de las complicaciones postoperatorias.

La anamnesis sistemática hará conocer al odontólogo los casos de diabetes o le permitirá descubrir síntomas de esa enfermedad. -- En diabéticos sin tratamiento no deberá realizarse extracciones dentarias

sin la cooperación del médico.

Medidas que deben tomarse para evitar que aumente la glucemia.

Es importante por parte del odontólogo mantener una actitud serena e infundir confianza. Antes de intervenir quirúrgicamente deberán establecerse la medicación adecuada. La nerviosidad y la excitación -- emociones que acompañan a las mas pequeñas intervenciones, aumentan la concentración de glucosa sanguínea, para producir secreción de adrenalina.

Elección del anestésico. Es preferible la anestesia local sin adrenalina. El uso de la adrenalina aumenta la glucemia y la isquemia intensa que ocasiona predispone a la lesión de los tejidos e infección -- postoperatoria, también esta contraindicada la adrenalina en las infecciones de las arterias coronarias, bastante frecuentes en los diabéticos.

Prevención de las Complicaciones Postoperatorias. Todas las intervenciones quirúrgicas en esta clase de enfermos deberán ser lo -- menos traumáticas posibles. Es frecuente la necrosis marginal alrededor de la herida de la extracción, el primer signo de diabetes puede -- ser la necrosis o gangrena extensa consecutiva a una operación de la -- boca.

Se tiene la impresión de que en los diabéticos hay tendencia-



a las hemorragias. Sin embargo, no presentan grandes variaciones en los tiempos de hemorragia y coagulación, la tendencia ocasional a las hemorragias puede ser consecuencia de carencias vitamínicas o infección secundaria del coágulo sanguíneo.

**Hemofilia.** Enfermedad hereditaria de la sangre en que la coagulación es lenta o no se produce, lo que representa una perpetua amenaza de muerte por hemorragia. En las personas normales, cuando se produce una herida superficial y aflora sangre, ésta se coagula y forma una masa sólida en término de 5 a 6 minutos, con lo que se taponaba la herida. En la hemofilia, por el contrario, la sangre no se coagula debidamente y el individuo puede perder cantidades considerables e incluso por una herida insignificante.

La primera hemorragia de la hemofilia se puede atajar pero las siguientes pueden resultar más graves. Por esto es importante descubrir a las personas hemofílicas antes de hacer extracciones o la más pequeña intervención quirúrgica, a fin que pueda disponerse de sangre del tipo adecuado para realizar transfusiones. Cuando la hemorragia no es abundante puede contenerse con compresas frías, presión adecuada o aplicación local de trombina, factor básico de la sangre o de plasma conservado puede reducirse el tiempo de coagulación casi a lo normal.

**Purpuras.** Comprenden un grupo de enfermedades que se caracterizan por petequias con equimosis y hemorragias cutáneas o mucosas.

El diagnóstico se establece basándose en los antecedentes, - exámenes clínicos y alteraciones hemáticas características. Las modificaciones sanguíneas incluyen:

1. - Prolongación del tiempo de hemorragia
2. - Reducción manifiesta del número de plaquetas.
3. - Tiempo de coagulación normal
4. - Formación de un coágulo no retráctil
5. - Prueba de Lee positiva.

El primer signo de púrpura suele ser una hemorragia gingival grave, dicha manifestación puede localizarse en zonas de inflamación o traumatismo por ser generalizada. La descomposición de la sangre en la hendidura gingival y espacios interdentarios produce olor fétido y constituye un medio favorable para el desarrollo microbiano.

Pueden aparecer pequeñas manchas submucosas de color rojo oscuro en toda la cavidad bucal en la unión paladar duro con blando, tales manchas no palidecen por compresión.

En general las hemorragias gingivales pueden cohibirse con hemostáticos locales no cáusticos, como la esponja de fibrina de gel-foam o la celulosa absorbible con trombina.

Cuando hay síntomas de púrpura no puede intentarse ninguna intervención quirúrgica, la dieta deberá ser blanda para reducir al mínimo el traumatismo en las encías. Las lesiones mejoran cuando aumenta el número de plaquetas.

**Sífilis.** - La sífilis produce gran variedad de modificaciones en la mucosa bucal. En el período primario pueden apreciarse chan-cros labiales e intrabucales. El período secundario se caracteriza por placas mucosas y menos a menudo lesiones maculosas en la lengua. En la sífilis terciaria pueden ocurrir gomas en paladar duro, paladar blando y lengua.

El tejido cicatrizal formado al curar las lesiones gomosas de la lengua origina aspecto lobulado. La glositis intestinal suele --- acompañar a la sífilis terciaria, la lengua está esclerosada, los músculos son substituidos por tejido fibroso y la superficie está lisa y --- atrófica.

### Valores Normales de los Exámenes de Laboratorio.

#### Análisis de Orina.

Densidad	1012 a 1030	Eritrocitos	Negativo
P H	5 a 6	Hemoglobina	Negativo
Albúmina	Negativa	Bilirrubina	Negativo
Glucosa	Negativo	Ptocios	Negativo
Leucocitos	Negativo	Cilindros	Negativo

Leucocitos 1 a 2 por campo.

#### Química Sanguínea:

##### Autoanalizador

Glucosa	60 a 90 mg % autoanalizado
	65 a 100 mg % Nelson Sowogyl

Urea	20 a 30	21 a 32 mg %	Ormsby
Acido Urico	2 a 4	2.4 a 5.5 mg. %	Brown
Creatinina	0.5 a 0.8	1 a 2 mg.%	Tolin
Calcio (adultos)		9 a 11 mg %	
Fósforo (adultos)		3 a 4.5 mg. %	
Magnesio sangre		1.9 a 2.5 mg %	
Magnesio orina		0.7 a 10.9 mg. %	
Nitrógeno total no protéico N T N P		25 a 35 mg.	
Fosfatos Alcalina (adultos)		1.5 a 4.5 u Bodansky/100 ml.	
Fosfatasa ácida		0 a 1.1 u Bodansky/100 ml.	
Amilasa orina		80 a 350 u/100 ml.	
Amilasa sérica		80 a 150 u/100 ml.	
Sodio		138 a 148 m Eq/L	
Potasio		3.7 a 5.6 m Eq/L	
Cloro		99 a 111 mEq/L	
CO <sub>2</sub>		25 a 29 mEq/L	

### Laboratorio de Hematología

1. - Citología Hemática	Hombres	Mujeres
Hemoglobina en gramos/100 ml.	15.5 a 20	13.5 a 17
Eritrocitos millones/mm <sup>3</sup>	5 a 6	4.5 a 5.5
Hematocrito	47 a 55	42 a 48
Volumen Globular medio en micrones <sup>3</sup>	84 a 103	
Concentración media de hemoglobina	+ 30%	

Reticulocitos %	0.5 a 1.5	
Leucocitos por mm <sup>3</sup>	4000 a 10,000	
G. Eosinófilos	1 a 4%	
G. Basófilos	0 a 1%	
G. Neutrófilos totales	50 a 70%	
Metamielocitos	0 a 2%	
No segmentados	2 a 7%	
Segmentados		
Plaquetas por mm <sup>3</sup>	200,000 a 500,000	
Sedimentación globular en mm y en una hora (Wintrobe) corre <u>g</u> ida para la anemia según el he <u>m</u> atocrito	0 a 7	0 a 15

Fórmula Leucocitaria:

Linfocitos	18 a 45%
Monocitos	3 a 10%

2.- Pruebas Ordinarias de tendencia Hemorrágica:

Tiempo de Sangrado (Duke)	de 1 a 3'
Tiempo de Sangrado (Juy)	de 2 a 6'
Tiempo de Coagulación (Lee White)	de 5 a 8'

Tiempo de Protrombina (Quick) (en su tiempo)

El tiempo de coagulación del plasma problema debe comparar  
se con el tiempo de coagulación del plasma normal testigo, no debe --

diferir más de 3 segundos.

Retracción del Coágulo

Principia desde los 30 y 60 después de extraída la sangre, -  
debiendo ser completa no más de 18 horas después.

Fragilidad Capilar (prueba de Rumpel-Leede)

Aproximadamente hasta 10 manchas petegiales en un circui-  
to de 5 cm. de diámetro.

Consumo de Protrombina

Menor de 30%

Reacción de Paul Bunnell H

Negativa

Técnicas utilizadas y valores aceptados en el Instituto Nacio-  
nal de la Nutrición de la Ciudad de México.

a).- Recomendaciones para un Diagnóstico y Pronóstico  
Efectivo.

El diagnóstico se ha definido como la identificación de una -  
enfermedad o **afección** mediante el estudio de sus signos y síntomas ca-  
racterísticos.

Los sistemas son manifestaciones subjetivas de alguna enfer-  
medad o relatadas al odontólogo por el paciente. Los síntomas general-  
mente son apreciados por el paciente y, no pueden ser apreciados por -  
ningún otro individuo.

Los signos son las manifestaciones de alguna enfermedad que  
pueden ser detectados por otra persona ya sea el odontólogo o el mismo

paciente.

**A). - Diagnóstico Clínico.**

Para efectuar este diagnóstico necesitamos del interrogatorio, exámen clínico, modelos de estudio, exámenes de laboratorio, estudios radiográficos para conocer el trabeculado óseo, el estado del tercio radicular y la forma en que esta implantado en el hueso, observar el estado parodontal para conocer el tipo de mucosa sobre la que vamos a trabajar, debemos tomar en cuenta el estado general del paciente, principalmente su estado dental y la capacidad para entender la situación en que se encuentra.

**B). - Diagnóstico Quirúrgico.**

Necesitamos pruebas de laboratorio, principalmente biometría hemática, tiempo de sangrado y tiempo de coagulación, con tiempo de protrombina, y si sospechamos que existe otro padecimiento, pediremos química sanguínea y exámen general de orina.

**C). - Diagnóstico Protésico.**

Es la síntesis que se obtiene del estudio de las características del caso, con ayuda de los mismos elementos que forman el diagnóstico clínico, pero considerados desde el punto de vista protésico, es decir en la conveniencia de la prótesis de las cualidades que debera sa

tisfacer y las probabilidades de realizar con éxito.

### Pronóstico

En el pronóstico debemos tomar en cuenta las formas anatómicas, imaginando cómo serán una vez hechas las extracciones.

Si el estado general no es satisfactorio no se podrá pronosticar un éxito en el tratamiento y en este caso se aconsejarán formas menos violentas como prótesis parcial aditiva.

El estado del hueso es un factor muy importante para la indicación del tratamiento y del pronóstico. Existen diferentes teorías; - una de ellas nos indica que si los dientes se perdieron por una enfermedad parodontal el pronóstico será menos favorable que si la pérdida de estos fue por caries.

La edad es un factor importante, pues en personas jóvenes-- las posibilidades de éxito son superiores a una persona adulta.

El número de extracciones es un factor importante, como regla general; cuando es factible es conveniente efectuar las extracciones de todos los dientes posteriores que hay que eliminar y después de un lapso prudente de cicatrización, comenzamos con la técnica en sí. El éxito, como en cualquier prótesis completa, resulta del éxito parcial -- de cada uno de los pasos que componen la técnica y así habrá que solucionar los problemas inherentes a impresiones y modelos, a relaciones mandibulares y a la oclusión. Y cuando solucionemos los problemas -- les debemos dar la misma importancia que se le da al tratamiento del-



desdentado total, y de ninguna manera por el simple hecho de que una prótesis inmediata tenga un tiempo de vida útil podemos dejar a un lado el concepto de integración de sistema que rige a todos los pasos de su construcción.

**b). - Plan de Tratamiento**

Después de haber examinado correctamente a nuestro paciente efectuaremos el plan de tratamiento que cubra con exactitud las diversas etapas y permita la explicación clara al paciente de las diversas variantes posibles.

Dentro de los planes de tratamiento para la prótesis inmediata conviene seguir alguna técnica especializada.

1.- Deberemos determinar si es conveniente la conservación de la altura morfológica, la forma, posición, tamaño y color de los dientes.

2.- Estudiar si la edentación debe o puede hacerse por etapas y en este último caso cuáles pueden ser estas etapas.

3.- Considerar las medidas auxiliares inmediatas que pueda requerir su estado actual.

4.- Establecer el tipo de cirugía adecuada para la intervención final y las sucesivas si son necesarias o convenientes consultar con el cirujano si fuera necesario.

5.- Estimar también los cuidados postoperatorios y atención protésica adecuada para mantener al paciente convenientemente asistido

durante un período no menor de seis meses con el objeto de que nue  
tra prótesis sea siempre funcional.

6.- El paciente debe saber también de la probabilidad de--  
que requerir nuevas prótesis después de seis meses a un año, para --  
restaurar pérdidas de altura consecuentes a la atrofia de los maxilares  
que la prótesis inmediata no puede compensar.

## CAPITULO V

IMPRESIONES PREELIMINARES, CONSTRUCCION DE PORTA-  
IMPRESIONES INDIVIDUALES.

Una impresión es una representación en negativo de los tejidos que van a estar en contacto con la dentadura en una posición estática dada, la cual es recogida en el momento de la cristalización del material de impresión.

No hay número fijo en relación con las impresiones preliminares pues es muy alto grado depende esto del cuidado con que se tome cada una de ellas.

Conseguir una impresión que tenga la amplitud y perfección deseada, mediante una cubeta metálica del tipo estándar, es tarea difícil, tanto si se trata de una impresión superior como inferior. Esta misma tarea se facilitara si se hace en distintas fases: impresión preliminar tomada con una cubeta cuyos flancos son los más adecuados -- en relación con el tamaño del proceso, siempre que deje el suficiente grosor y profundidad para el material; modelos preliminares obtenidos de esas impresiones; cubeta individuales construidas sobre estos modelos e impresiones finales obtenidas con esas cubetas individuales. De este modo, cuando se le han dado el grosor y extensión suficientes a los flancos de la cubeta individual, así como a la extensión posterior de la misma, es mas fácil conseguir con ellas una impresión final más

perfecta cuyos contornos están bien determinados.

Para las impresiones preliminares los materiales elásticos son los indicados como mercaptanos, siliconas, alginatos pudiéndose -- obtener impresiones satisfactorias con este último.

Con el alginato podemos obtener una reproducción satisfactoria de los dientes y tejidos adyacentes.

El primer paso importante a seguir es la elección de un portaimpresiones adecuado, que debe ser perforado o tipo Remlock para la retención del material. El portaimpresiones que se seleccione para el paciente, deberá tener un espacio de 5 mm. mínimo en relación al proceso del paciente.

A continuación colocamos tiras de cera blanda en la periferia del portaimpresiones, para ayudar a reproducir los detalles de fondo de saco y tiene la ventaja de reducir la impresión del borde metálico del portaimpresión sobre los tejidos durante la toma de impresión.

También colocaremos cera en el interior de nuestro portaimpresiones en la zona correspondientes a los espacios desdentados -- amplios en la boca de nuestro paciente, para que el material de impresión haga contacto con el proceso a un mismo tiempo y lograr una buena impresión tanto en zonas desdentadas y dentadas.

Antes de la toma de impresión se pide al paciente que se enjuague con un astringente para eliminar restos alimenticios y reducir la tensión superficial en los dientes y tejidos, eliminando la formación de burbujas durante la toma de impresión.

El paciente deberá de estar sentado lo más recto posible, - la cabeza debe estar bien hacia adelante, y se le instruye para que respire profundamente por la nariz cuando se lleva el portaimpresión-- a su sitio.

A continuación se carga el portaimpresión con alginato y se alisa la superficie con un dedo mojado.

Cuando se trata de la impresión inferior se lleva la cubeta- a su sitio, se asienta el portaimpresión y se estabiliza antes de que el portaimpresión haga contacto con los dientes.

En el maxilar superior se llena el portaimpresión a su posición y se eleva primero el borde posterior hasta que quede en contacto con el paladar duro después se levanta la parte anterior del portaimpresión para que la zona incisal quede en posición, se estabiliza el --- portaimpresión por lo menos durante 3 minutos hasta que frague el material. Se desprende la impresión con un movimiento rápido se examina la impresión por si hay defectos y si es satisfactorio se corre en-- yeso piedra lo mas pronto posible.

#### Construcción del portaimpresiones Individual.

El portaimpresiones individual se construye sobre el modelo preliminar, primeramente se diseña en el modelo la extensión que deba tener el portaimpresiones y esto se hace con un lápiz tinta.

En el superior se extiende del frenillo central, frenillos la-

terales, los surcos postuberales y las faverolas palatinas.

En el inferior se extiende del frenillo anterior, los frenillos laterales, líneas oblicuas externas, los cuerpos periformes, las líneas-melohioideas y el frenillo lingual.

Antes de empezar la adaptación de las placas bases sobre -- los modelos preliminares, se eliminan las partes retentivas, profundas de los modelos, llenando estas áreas con cera o papel de asbesto, asimismo se cubrirán con papel de asbesto los dientes presentes. Esto -- impide que la placa base entre en la porción retentiva y pueda deformarse o romperse o rayar o romper el modelo al colocarla o retirarla. Debe evitarse que la placa base se adelgase en algunas porciones. Estas porciones adelgazadas son el resultado del calentamiento y presión no -- uniformes o de forzar la placa base sobre la apófisis y dientes antes -- de que haya terminado la adaptación de aquella al paladar. Esto puede-- ser evitado calentando la placa de la siguiente manera:

La placa base fría se centra sobre el modelo después de que éste ha sido mojado en agua caliente para evitar que se pegue. Se dirige una llama de Bunsen, sobre la porción central de la placa base y -- ésta se ajusta al paladar con la presión del pulgar, procurando no estirar para que no se adelgace. No debe doblarse la placa base sobre -- la apófisis en este momento. Si se adapta primero a la apófisis y después en el paladar, se estirará demasiado en la porción palatina. Las áreas periféricas son calentadas y adaptadas mientras que la porción--

palatina es mantenida en su lugar y con cuidado. La porción periférica se voltea de tal manera que tenga un espesor doble. Este doblamiento es un valioso esfuerzo y da mayor anchura al borde de la presión. De be recordarse que cuanto más ancho sea el borde mejor será el cierre sobre el tejido blando.

En el modelo inferior se sigue el mismo procedimiento, siguiendo la anatomía del proceso.

Tanto en el superior como inferior se colocará un mango o asa en la parte anterior.

**a).- Prueba del Porta Impresión.**

Al probar la cubeta o porta impresiones en la boca no debe herir ni ofrecer retención activa. Si la tiene, se debe adelgazar los bordes por dentro hasta que la pierda. Puesta en su sitio no debe vascular bajo presiones verticales a uno y otro lado. Tampoco debe desprenderse a la tracción horizontal de labios ni mejillas ni, la inferior, a la elevación suave de la lengua.

En la mandíbula las zonas que merecen atención especial son:

La zona retromolar en la cual el borde del portaimpresiones debe extenderse sobre la parte glandular de la zona retromolar, para asegurar la obtención del sellado periférico.

La línea oblicua externa que comprende el denso hueso cortical que va a soportar las cargas transmitidas por la base, con una--

mínima resorción. Por lo tanto, el portaimpresión debe extenderse para cubrir esta zona.

El músculo milohioideo y la fosa retromilohioidea, se inserta el portaimpresión y se le pide al paciente que trague, que pase la lengua sobre sus labios y que force su lengua tocando la bóveda palatina con la punta de la lengua. Estos movimientos no deben causar molestias al paciente o movimientos en el portaimpresiones, que ya que de ser así significa que el portaimpresión está sobre extendido o que la actividad de los músculos milohioideos está restringida.

Si hay sobreextensión se reduce recortando con una piedra-montada. Si el músculo milohioideo se encuentra obstruido, se reduce la superficie interna del lado lingual del portaimpresiones sin afectar su profundidad.

La extensión del portaimpresión en la fosa retromilohioidea impide a veces el asentamiento del mismo. En tal caso, el portaimpresión debe empujarse algo más en sentido posterior hasta que la extensión lingual pueda asentarse, y después debe llenarse hacia adelante, para asentar el resto del portaimpresiones.

El pliegue sublingual y las papilas. Cuando la lengua se desplaza hay una considerable cantidad de movimientos del piso de la boca a cada lado de la línea media, es casi imposible que el borde protésico permanezca en contacto con los tejidos durante la totalidad de los movimientos. Si su extensión se ha hecho hasta contactar con los



tejidos en la posición más baja de estos, se producirá una excesiva deformación cuando se eleve el piso de la boca. Si el borde sólo se ha extendido hasta que el contacto se produzca en la posición más alta de los tejidos, ese contacto y la retención se perderán cuando descienda el piso de la boca. Afortunadamente, la presencia del pliegue sublingual y de las papilas aliviará esta dificultad en la mayoría de los casos.

En el maxilar se marca la línea de vibración con un lápiz--- tinta y, extendida esa línea a través de los surcos hamulares, se asienta el portaimpresión y se controla la relación del borde posterior de la línea marcada.

Se eleva el labio superior y el carrillo hasta hacer visible -- el repliegue del surco , y se asienta el portaimpresión . Cuando esta se halla en posición, su borde debe llegar apenas por debajo del repliegue mucoso.

#### b).- Delimitación de el Portaimpresión Individual

Esta rectificación de bordes o áreas periféricas es de gran-- importancia y se efectuará únicamente en las zonas desdentadas amplias donde existe flaccidez muscular.

Utilizamos modelina de baja fusión. Se ablanda la modelina a la flama de una lámpara Hanau o de alcohol y se coloca en el borde del portaimpresión individual en cantidad suficiente de 3 mm. de altura y grosor .

### Maxilar Superior.

Para obtener el fondo de saco del vestíbulo bucal, hacemos que el paciente chupe el dedo índice del operador, con lo cual la modelina sube por la acción de los músculos del carrillo, ahora que el paciente abra grande la boca, lográndose con ésto que la mucosa baje y determine el fondo o altura del vestíbulo bucal, después con la boca menos abierta que efectúe movimientos laterales de la mandíbula para definir el ancho del borde.

Para obtener la inserción del frenillo bucal se ordena al paciente que pronuncie varias veces la letra "E" y llevando la comisura de los labios hacia atras y adelante, como al sonreír.

Para completar esta marca hacemos que el paciente proyecte varias veces sus labios hacia adelante en forma circular.

El vestíbulo labial y la inserción del frenillo labial superior, se obtiene ordenando al paciente que proyecte varias veces sus labios lateralmente hacia adelante, en forma circular; y de la misma forma con estos movimientos bastaran para delimitar el frenillo, si este no es muy prominente en caso contrario se le ayudará manualmente llenando el labio hacia abajo y lateralmente.

Para la obtención del borde posterior del paladar colocamos la modelina de baja fusión previamente reblandecida con un grosor de 2 mm. y 5 mm. de ancho.

Para registrar el tipo de vibración que nos servirá como

Límite posterior de la dentadura pedimos al paciente que expulse el aire con las narices tapadas y luego que pronuncie la letra "A".

#### Áreas Periféricas de la Mandíbula.

Para obtener el borde vestibulo bucal, ordenamos al paciente que baje la modelina con la punta de la lengua, o colocando nuestros dedos índices y medios sobre la superficie del portaimpresiones y que trate de morderlos para ejercitar los músculos maceteros.

Para el contorno y profundidad del fondo de saco, hacemos-- que abra ampliamente la boca, logrando que suba la mucosa del carrillo.

Para registrar el frenillo bucal, vestibulo labial y frenillo labial, que llene varias veces el labio inferior hacia arriba. Después que lleve el labio para atrás y proyecte el mismo hacia dentro de la boca, al mismo tiempo marcamos la inserción del frenillo labial inferior.

Para la obtención el borde lingual posterior pedimos al paciente movimientos de deglución.

Y para obtener el borde lingual anterior pedimos al paciente que ejecute varias veces el movimiento lateral de la lengua sobre el labio inferior tocándose la comisura de los labios.

## CAPITULO VI

TECNICA PARA LAS IMPRESIONES FUNCIONALES  
O DEFINITIVAS.

Las impresiones fisiológicas las podemos obtener con pasta-zinquerol, que es a base de Oxido de Zinc y eugenol. Mercaptanos, que es un polisulfuro de caucho y el acelerador, peróxido de plomo; o el Silicón que contiene en su base poldimetil siloxano y el líquido compuesto orgánico de estaño. Antes de tomar la impresión con cualquiera de estos materiales, aplicamos alrededor de la boca del paciente crema o vaselina, para evitar que se adhiera a la piel.

Preparamos o mezclamos convenientemente el material de impresión.

Para el sup: 7 cm. en partes iguales de ambos tubos;

Para el Inf; 5 cm. en partes iguales de ambos tubos.

Tiempo de espatulado:

Durante un minuto sobre el block de papel encerado.

Colocación uniforme del material sobre el portaimpresión -- individual con los bordes o áreas previamente rectificadas.

Aplicación del portaimpresión con el material cargado sobre los tejidos a impresionar, repitiendo con naturalidad todos y cada uno de los movimientos ordenados anteriormente, tanto para el proceso superior, como para el inferior.

Fraguado convenientemente el material se retiran cuidadosamente de la boca del paciente.

Una vez aceptadas como **correctar las impresiones fisiológicas**, debe procederse al encajonado y bordeado de las mismas con el objeto de retener el material, para obtener con el fraguado los modelos de trabajo.

Existen varias técnicas: Rodear la impresión con una tira de papel encerado, con cera rosa, o cera negra, unir sus extremos y correr cera derretida entre la superficie periférica de la impresión en la parte interior del papel o cera se debe tener cuidado de no invadir la superficie impresionada, en el interior se cubre perfectamente el hueco lingual para evitar el escurrimiento del yeso.

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

Separados los modelos se les habra una ranuras en las bases de aproximadamente 5 mm. de ancho por 3 mm. de profundidad, que nos servirá como retención del yeso en el articulador y gufas de montaje.

## CAPITULO VII

## CONSTRUCCION DE LA DENTADURA.

a).- Construcción y adaptación de la placa base.

Se puede hacer de placa base de Graff, ó bien de acrílico -- autopolimerizable con igual criterio que en la prótesis mediata. Hay -- que cuidar al hacerlas:

1.- De sus relaciones con los dientes para no dañarlos.

2.- No debe penetrar los socavados retentivos de los rebordes residuales.

3.- Tampoco ocupar zonas retentivas que suelen presentarse hacia gingival.

4.- Para mayor estabilidad rebasarlas con acrílico ó con pasta zinquenólica.

Tomando en cuenta estas recomendaciones, se procede a --- ablandar cuidadosamente las bases de Graff sobre la flama de un mechero Bunzen y aplicados y adaptados perfectamente con la flama horizontal de una lámpara Hanau sobre los modelos de trabajo al que se le aplicó polvo de talco; se les recorta con tijeras o se les dobla hasta el contorno periférico de tal manera que no queden bordes agudos o irregulares que posteriormente irriten o desplacen los tejidos, y eviten movimientos que deformen los registros intermaxilares.

b).- Construcción de Rodillos.

Los rodillos de oclusión o de relación, se pueden hacer con la ayuda de un conformador de rodillos, que es un instrumento diseñado especialmente para este propósito.

Coloque un rollo de cera rosa reblandecida en el conformador abierto y envaselinado, mientras todavía está blando, cierre fuertemente las dos mitades, para comprimir la cera rosa en su lugar. Observe -- que las superficies numeradas en el conformador se encuentren en el -- mismo lado y asegurar que el rodillo tome la forma correcta. Se corta el sobrante de la cera al ras con el conformador, y con un cuchillo; una vez endurecido separe las dos mitades del conformador y retire el rodillo hecho en cera. La superficie más ancha del rodillo que es la -- que corresponde al lado numerado del instrumento que sujeta a la placa-base con una espátula caliente y se le dá la forma y el contorno que -- siguen las periferias de las placas bases.

Los rodillos se colocan únicamente en las zonas desdentadas. La delimitación, forma y tamaño del rodete de oclusión debe aproximarse en lo posible a la delimitación, forma y tamaño de las futuras prótesis. Por lo general al rodillo superior le damos una inclinación de 85° en su parte anterior y una altura de 10 mm.; y en la parte posterior una altura de 7 mm.; el ancho del plano de oclusión o relación -- debe ser de 5 mm. en la parte de los incisivos, 7 mm. en los premolares y 10 mm. en los molares.

Para el rodillo inferior la misma altura y anchura del rodillo superior, variando la altura posterior que se continúa con la altura del tubérculo retromolar. El objeto de estas medidas en los rodetes de oclusión, no significa una predeterminación métrica de la dimensión vertical o medida vertical oclusiva. Su objeto es facilitar la labor posterior, ya que partiendo de rodetes de oclusión confeccionados con las medidas anteriores, se hace más fácil la evaluación del contorno o soporte facial. Además, para obtener la dimensión vertical definitiva, será necesario desgastar la altura de uno o ambos rodetes, procedimiento más rápido y sencillo que agregar cera.

**c).- Registro de Relaciones de Posición de los Maxilares para Dentaduras Inmediatas.**

**Orientación del Rodillo Sup.** Para la orientación del rodillo superior debemos tener en cuenta unas líneas y planos que nos serán de utilidad y son:

a).- Línea bipupilar. - Se localiza pasando una regla sobre la mitad de las pupilas, nos servirá para hallar el paralelismo con la regla anterior de la platina de Fox.

b).- Línea auriculonasal. Es una línea muy parecida al plano de camper porque su localización es similar a dicho plano y tiene una variación de 3 a 5°



En la cara sólo se localizan líneas, la línea auriculonasal - se extiende del tragus al ala de la nariz.

El plano de Camper es un plano anatómico que se localiza-- dentro del craneo y va del agujero auditivo externo a la espina nasal.

La línea auriculonasal se marca con una regla flexible y un lápiz cosmético, en ambos lados de la cara del paciente.

Con la ayuda de la plantilla de Fox, que es una lamina re-- cortada en tal forma que nos deja una regla anterior y dos laterales; - del borde posterior de la regla anterior se desprende un soporte en for-- ma de herradura que servirá para apoyarlo sobre el rodillo de cera, - de tal forma que al colocarlo podamos observar el paralelismo existen-- te entre la línea auriculonasal y la plantilla de Fox, el paralelismo an-- terior, se logra tomando como referencia la línea bupupilar.

Visto al paciente de frente, el rodillo debe quedar visible de 1.5 a 2 mm. por debajo del borde libre del labio superior estando éste relajado y en la boca semiabierta.

**Orientación del Rodillo Inferior.** Como referencias anatómi-- ca para la dimensión del rodillo inferior, nos las da el borde del ber-- mellón del labio inferior. La orientación está dada cuando toquen toda-- la superficie con el rodillo superior, desgastando el límite del berme-- llón, para obtener esto es necesario que el paciente cierre siempre con la relación anteroposterior correcta y desgastamos el rodillo de cera - en los sitios convenientes hasta lograr la dimensión y el contacto per-- fecto con el borde del rodillo superior.

### Oclusión Central Real.

Cuando hay antagonistas que ocluyen y se quiere mantener la altura oclusal, se reblandece la superficie oclusal de los rodillos para obtener el registro de oclusión central.

Vueltas las placas a los modelos, si se comprobara que los dientes no reproducen exactamente la oclusión central, se reblandecen nuevamente los rodillos y se repite el registro.

Establecida la altura, un registro en relación central de las posiciones a los modelos para llevarlos al articulador.

#### d).- Montaje en el Articulador.

El montaje de los modelos deberá realizarse por lo menos en un articulador semiadaptable como el New Simplex.

Para montar los modelos el vástago debe colocarse en la protuberancia del brazo superior de manera que su extremo superior quede al ras con la parte superior de la protuberancia. El tornillo de fijación se debe apretar firmemente con los dedos. Se coloca la mesa para plano oclusal en el brazo inferior y se sujeta con el pasador y sujeción del modelo. Se coloca el rodillo superior sobre la mesa, de manera que la línea del centro marcada en el rodete coincida con la intersección de las dos líneas grabadas en la mesa. Se centra el modelo en el articulador. Se sujeta el rodillo articulación y el modelo en la mesa con cera caliente. Se aplica vaselina a la superficie inferior y a

la capa de montaje en el brazo superior, así como el pasador de sujeción del modelo y también a las ranuras en la base del modelo. Se coloca yeso piedra sobre el modelo y se cierra el brazo superior del articulador. Se alisa el yeso para que quede al ras con la parte superior del brazo y se aplana alrededor de los lados del modelo. Cuando el yeso haya fraguado se quita del articulador la mesa para plano oclusal. Se coloca el modelo inferior en su relación correcta con el superior. Se aplica vaselina a la superficie superior y a la capa de montaje en el brazo inferior; se invierte el articulador para sujetar el modelo inferior de la misma manera que el

### **Distintos tipos de Dientes Artificiales.**

1.- **Dientes Anatómicos**, son aquellos que han sido diseñados siguiendo la forma de los naturales, los más representativos de éstos tipos de molares son los de trubyte 33°.

2.- **Dientes Funcionales** desde el punto de vista estético los dientes anteriores tienen la forma más aproximada a los naturales y los molares tienen la forma más conveniente para la masticación sin modificar mucho a la anatomía, entre estos los más representativos son los de trubyte 20°.

3.- **Dientes No Anatómicos**, son aquellos que carecen de la forma anatómica considerando únicamente su calidad funcional, entre estos mencionamos las formas mecánicas de trubyte 0°; sin embargo su

real calidad funcional aún no es comprobada.

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

La selección del tipo de dientes a utilizar, la elección de -- los anteriores y posteriores entre los de porcelana y los de resina sintética deben estar sujetos a un minucioso y acertado diagnóstico en cada caso individual.

Se corta una sección de cera suficiente para la instalación -- del primer premolar. Este diente se coloca con la superficie bucal al-- ras con la cera, el eje longitudinal en ángulo recto con el plano y am-- bas cúspides tocando el plano. Se coloca el segundo premolar en forma similar. Ambos premolares se deben colocar de manera que, una re-- gla toque simultáneamente los rebordes vestibulares del canino, del pri-- mer premolar y del segundo premolar.

El primer molar se coloca en posición tal, que la cúspide -- mesiolingual sea la única cúspide que toque el plano. Las cúspides del-- segundo molar no tocan el plano, sino que se hallan, por lo menos, 1.5 mm. encima de él dependiendo del grado de curva de compensación que se vaya a reproducir. Los rebordes vestibulares de las cúspides buca-- les tanto del primero como del segundo molar, deben estar en línea rec-- ta.

La curva de compensación que se establece en esa forma, --

es puramente arbitraria. Los dientes se colocan en esa forma para que, cuando cada diente sea articulado con el diente inferior opuesto, se requiera un mínimo de movimiento para crear un equilibrio perfecto. -- Cuando se colocan los dientes posteriores superiores en esta posición-- los posteriores inferiores automáticamente quedaran colocados sobre el centro del reborde alveolar inferior.

En el reborde inferior su orden de alineamiento se inicia con el primer molar inferior; reblandecemos la cera correspondiente del -- rodete inferior con una espátula caliente se coloca el primer molar, se cierra el articulador. Se ajusta el primer molar en tal forma, que la cúspide media bucal esté centrada entre las cúspides bucales del primer molar superior.

Trace una raya delgada con lápiz en la ranura bucal superior del primer molar y otra raya en el centro de la cúspide media bucal -- del molar inferior. Nueva lateralmente el articulador a la posición -- del trabajo para lograr máximo contacto bucal. En esta posición las -- dos rayas del lápiz deben formar una línea recta.

Cuando el molar inferior está en su articulación correcta con el molar superior, habrá relaciones perfectas de equilibrio y de trabajo. El vástago inicial debe permanecer en contacto con la mesa incisal en-- todos los movimientos laterales del articulador. Colóquese el primer-- molar del lado opuesto, en forma similar.

El segundo premolar inferior, se coloca en la posición fun--

cional con el segundo premolar superior. Después de haber colocado-- los segundos premolares inferiores, se mueven los primeros premola-- res superiores a una relación de trabajo y equilibrio con los segundos-- premolares inferiores.

El lateral debe quedar a 1 mm. por encima del plano oclusal, visto de frente su eje longitudinal se inclina más hacia distal de  $87^{\circ}$  a--  $85^{\circ}$ , la superficie distal del diente debe estar al ras con el rodete de - cera.

El diente canino natural, desempeña un papel de máxima im-- portancia en la estética. El cuello debe ser la parte más prominente -- del diente. El reborde labial del canino es la línea divisoria entre las-- secciones labial y bucal de la boca. El canino colocado en esa forma-- evita el aspecto de mostrar de una vez todos los dientes, por lo que la prominencia que se da al tercio cervical literalmente oculta los postero<sub>ri</sub>os.

Se corta una sección de cera suficientemente grande para la-- introducción del canino. Se pone la punta del diente en el plano oclusal dándole prominencia al tercio gingival. Se gira el canino para que la-- superficie distal esté al ras con la superficie distal del rodete, cuando los caninos se colocan en esta forma, solamente la mitad mesial del - diente es visible desde el frente. Asentando firmemente el canino en-- su lugar se coloca el central, lateral y canino del lado opuesto en una-- forma similar.

Si se van a crear irregularidades, con propósito estéticos-- espere hasta que todos los anteriores y posteriores superiores estén en este lugar. Esto servirá para evitar una constricción en la anchura deseada del arco superior. Se nivela el yeso para que quede al ras -- con la parte inferior del brazo inferior y se alisa alrededor del modelo.

e).- Colocación de los Dientes.

Si los dientes naturales son satisfactorios nos servirán como gufa para la selección de los artificiales en cuanto a forma, color, tamaño y posición. Si la estética no es satisfactoria se seguirán las normas que se utilizan en la prótesis mediata, tomando en cuenta raza, se xo, edad, tamaño y forma de la cara, movimiento y forma y tamaño de los labios y color de la piel.

Se quita el rodete del modelo superior tallándose una sección del rodete, que sea suficientemente grande para poder colocar un central superior pasando suavemente una espátula caliente sobre la abertura de la cera, asentando el centro superior firmemente en su posición, con los tercios inferiores de la cara del diente al ras con la superficie mesial y distal de la cera en ambos lados del diente. Se oprime el -- cuello y el borde incisal está paralelo y al ras con la superficie oclusal del rodete. Visto de frente, el eje longitudinalmente del diente presenta una angulación de  $88^{\circ}$  a  $87^{\circ}$  con la línea media, visto de lado, que - el cuello se incline ligeramente hacia atrás.

La mesa para el plano oclusal nos facilitará la colocación de los dientes.

f). - Prueba

La tiene por objeto confirmar, los aspectos estéticos, la selección hecha y controlar la relación central. Para esto último, las placas de prueba deben estar bien ajustadas, pegadas con adhesivo para que no sufra ningún desplazamiento en las diferentes trayectorias mandibulares. Se verificará que la oclusión central, las intercuspidades de los dientes artificiales entre sí y con los naturales sean las mismas que en el articulador.

La prueba de la prótesis inmediata es parcial, es decir que solo se prueba una parte que debe dar referencias para el conjunto, puesto que lo que no se puede probar sólo mostrará sus errores después de la cirugía. Una vez que hayamos cortado los dientes, la única diferencia real será el articulador.

Una de las ventajas que nos proporciona la prueba en ceras que se semejan a la prótesis ya terminada y gracias a esto podemos corregir resultados estéticos, fonéticos, la dimensión vertical y la articulación y también se le da la oportunidad al paciente de opinar.

g). - Cirugía del modelo

Una vez que han sido aceptados los dientes y la posición --



que les corresponde, así como la corrección en el articulador, todos -- los pasos subsiguientes no podrán corregirse hasta la colocación en la -- boca.

La cirugía del modelo consiste en cortar los dientes de yeso y las encías en la medida que corresponda, de acuerdo con la intervención quirúrgica que se decida realizar. Si la prótesis debe ser justa -- después de la cirugía, esta ya debió preverse con exactitud en el modelo y posteriormente ejecutada en la boca, teniendo en cuenta lo que se hizo en el modelo.

Sea cual sea el lugar de la boca donde se aplicará la próte-- sis con carácter de inmediata, tres son los casos típicos que pueden --- plantearse y que requieren distinta preparación.

- 1.- Las extracciones simples
- 2.- Las extracciones con ligera alveolotomía
- 3.- Las extracciones con gran alveolotomía.

A veces en la misma boca coexisten dos o más grupos dentarios con indicación distinta.

4.- Extracciones con gingivectomía sin alveolotomía pero este caso no es frecuente.

#### h).- Encerado y Enfrascado

Terminación del encerado. Se completan bien los contornos -- y se alisan las superficies de cera. No deben exponerse los dientes de acrílico a la llama. Se pule entre los dientes con un cepillo de cerdas

largas montado sobre una pulidora con marcha lenta; conviene que las --  
cerdas sean suaves, la dentadura se sujeta contra la rueda con suavidad  
y se cambiará rápidamente de posición de modo que las cerdas no hagan  
surcos; también se puede alisar la superficie de la cera con un cepillo-  
corriente de tallar y hasta con un cepillo de dientes, con un borrego --  
se alisan las estrías que pueden quedar y se procura conseguir brillo. --  
La vertiente lingual de la placa inferior inmediata detrás de los incisi--  
vos y la porción palatina de la superior deben ser alisadas especialmen-  
te y de este modo se evita hacer el terminado más intenso sobre las --  
dentaduras ya polimerizadas.

Con un instrumento cortante se recorta la cera alrededor de  
cada diente con un línea nítida y se retira toda la cera que pudiera que-  
dar adherida sobre la superficie de los mismos. Si se utilizan dientes  
acrílicos, es de gran interés retirar cualquier capa de cera que hubiera  
sobre ellos, pues la capa de yeso con que son revestidos después en la  
mufla debe quedar fija en íntimo contacto, sujetándolos firmemente.

Con las placas aún en el articulador, manteniendo ambas en  
firme contacto oclusal, se retira la varilla incisal y se sellan bien las  
placas de cera a los modelos con una espátula caliente. Esto tiene co-  
mo fin el unir la cera firmemente a los modelos y que después, cuando  
los metamos en la mufla, el yeso no pueda desplazarlos ni introducirse  
debajo de los mismos.

Desmontar los modelos del articulador. Se coloca de nuevo  
en posición la varilla incisal y se afirma en su tope fijándola en posi--

ción.

Los modelos con las dentaduras en cera se apalancan y se retiran de su montaje; si no se retiran fácilmente se sumergen en agua durante poco tiempo para romper la adhesión.

El articulador se conserva con el yeso de montaje que llenarán las llaves de posición de los modelos.

Se espolvorea talco sobre las superficies expuestas de los modelos.

**Enmuflado.** La superficie interior de la mufla se pinta con cera derretida o con aceite.

Se bate yeso piedra y se rellena la mitad aproximadamente de la porción inferior de la mufla, se mete el modelo y se reviste todo, el modelo se lleva con su base casi hasta el fondo de la mufla.

Con una espátula se alisa la superficie haciendo que ésta sea continua desde los márgenes del modelo a los bordes de la mufla; hay que asegurarse de que no hay socavadas ni retenciones sobre la superficie del material de revestimiento ni tampoco sobre el modelo.

Cuando el yeso se ha endurecido se espolvorea con talco. Se seguidamente se hace una mezcla de yeso duro o de otro material de revestimiento especial y se pinta con ella la superficie de los dientes y la placa de cera asegurándonos de que no queden burbujas de aire en los márgenes; con un cepillo o un pincel se lleva sobre los márgenes dentarios, y comprobamos que se extienda por toda la superficie una capa de

más grosor hasta que esté cubierto unos 2 mm. aproximadamente.

Se coloca la sección media o aro de la mufla y nos aseguramos que su capa deja suficiente espacio libre sobre la zona cubierta.

Cuando este material de revestimiento ha secado sobre los--dientes y la cera, se espolvorca con talco y se rellena todo el espacio--que resta en la mufla con yeso corriente, se coloca la tapa y se suje--tan firmemente todas las partes de la mufla mientras que el yeso endu--rece.

**Limpieza de la cera.** Se trata de conseguir la matriz de la placa y para esto eliminamos la cera mediante calor. Se colocan las--muflas en agua, en un recipiente con cantidad suficiente, y se calienta--a unos 45° de modo que la cera se ablande sin derretirse. Según el---tamaño de las muflas debe ser considerado el tiempo necesario para---ablandar la cera; a mayor tamaño, es necesario más tiempo.

Separamos las valvas de la mufla y se retira la cera reblan--decida.

Colocamos ambas partes de la mufla sobre un recipiente con agua hirviendo, y se mantienen así durante unos minutos; las retiramos y con un cazo lanzamos sobre su superficie un chorro de agua hirviendo para estar seguros de haber eliminado toda la cera y también cualquier posible suciedad.

Las partes de la mufla que contienen los modelos se colocan al lado y se les deja enfriar; se barniza su superficie con un líquido se

parador.

**Preparación de la resina.** Para preparar la pasta del material acrílico, se colocan unos 8 ml. de líquido en un recipiente de vidrio muy limpio; se deposita lentamente el polvo encima para que todo el líquido quede empapado y hasta que no pueda combinarse más polvo con el líquido; se agita bien con una espátula de madera limia, la mezcla comienza a hacerse consistente y desprender hilos o hebras; se tapa y se deja en reposo hasta que no desprenda hilos al cortarlo.

Se rellena la parte de la matriz que contiene los dientes con la cantidad conveniente de la mezcla o ligeramente mayor. Se colocan ambas partes de la mufla en posición y se sujeta todo con una presión continua, mediante una liga ó resorte, manteniéndola así durante todo el proceso y hasta después de polimerizarlas.

**Polimerización.** - Manteniendo las muflas bajo presión se colocan ahora en un recipiente para polimerizar a unos 70° (Muchos fabricantes dan instrucciones detalladas del proceso necesario).

Después de hora y media a esta temperatura se introduce en agua hirviendo donde se mantienen no menos de una hora.

Déjense enfriar completamente las muflas y de una manera muy lenta.

**Retirar el Revestimiento,** Se levantan las dos partes de la mufla y se retira el material de revestimiento. Con un martillo se separa el revestimiento de la dentadura y de los dos modelos; pero no ---

conviene que la dentadura sea separada de estos últimos. Se afrontan los modelos y las dentaduras bajo el grifo del agua con un cepillo hasta estar seguros que están limpios y de que no hay material extraño-- que interfiera sobre la zona de base del modelo que se llevarán a la-- matriz de fijación sobre el articulador.

Levantar los modelos. Cuando no hay retenciones en las -- bases basta apalancas las dentaduras de los modelos; cuando hay retenciones se golpean ligeramente los modelos con un pequeño martillo para romper el yeso piedra de que están formados.

Desbastado. Con una fresa o con una piedra para desbastar montada se eliminan los excesos de material; con un disco se lija se-- terminan estos cortes y se logra un pulido perfecto y completo en las-- superficies bucales, labiales y linguales de las placas. Si hay dificultades para limpiar bien las bases, se sumerge en ácido clorhídrico o en una solución saturada de citrato sodico para desintegrar este material de revestimiento, lavando bien la dentadura y frotándola con un -- cepillo; se lava abundantemente después.

#### i).- Pulido y Terminado

Después de limpiar las dentaduras, se les da el toque final, puliéndolas en un motor y sometiéndolas a la fricción con pastas hechas a base de polvos abrasivos y agua.

Para eliminar las rayas que quedan en las superficies duranu

te el desvastado, se utilizan los cepillos y fieltros previamente mojados mientras se trabaja con la pasta de piedra pomez de grano grueso y se sigue con un grano más fino.

Para obtener un pulido mas brillante se usan ruedas mojad~~as~~as de franela o manta con una pasta preparada con blanco de españa.

Por último, se repasan las dentaduras con una rueda de franela limpia y seca, se lava con abundante agua y jabón; frotando con un cepillo y se enjuaga en agua limpia.

La superficie interna que entra en contacto con los tejidos no se pule, de lo contrario perdería retención, únicamente se alisan con cuidado las burbujas o las asperezas.

#### j).- Construcción de la Gufa Transparente.

Es necesario tener una base de resina acrílica transparente como un medio de comprobar la cantidad de hueso que debe quitarse y evitarse así dificultades en la inserción de la dentadura. Con frecuencia esta base transparente evita la excesiva extirpación de hueso, permitiendo al odontólogo ver los puntos altos que puedan impedir que la dentadura llegue a su lugar.

## CAPITULO VIII

PREPARACION QUIRURGICA Y COLOCACION EN LA  
PROTESIS.

La prótesis inmediata puede realizarse sobre un diente, sobre todo el maxilar y aún sobre los dos maxilares a la vez. Esto no es lo corriente, ni lo menos indicado. El ideal es proceder a la preparación quirúrgica y exodoncia de las porciones de canino de cada lado hacia --- atrás, conservando el segmento de canino a canino, para realizar la prótesis inmediata en esa región. Algunos autores recomiendan conservar los primeros premolares de cada lado, para mantener la dimensión vertical; de tal manera el segmento anterior sería de ocho dientes.

Con respecto al maxilar inferior, la técnica es igual que la indicada para el superior.

## a).- Tipos de Alveolotomía.

Tres son las indicaciones más frecuentes alveolotomía complementaria:

- 1.- Facilitará las extracciones llamada alveolotomía abulsora.
- 2.- Para alisar las crestas que sera la alveolotomía estabilizadora.
- 3.- Para modelar el maxilar que será la modeladora.



### Alveolotomía abulsora.

Es una indicación quirúrgica categórica y debe ser prevista -- por el odontólogo, debiendo realizarse la alveolotomía mínima, porque -- si la alveolotomía resulta mayor de lo previsto, no es difícil rellenar la prótesis.

### Alveolotomía Modeladora.

Es aquella en la que vamos a modelar los maxilares de ---- acuerdo con las exigencias mecánicas y estéticas del caso. El odontólogo deberá preparar el modelo de estudio con una reproducción exacta -- del modelo operado, con el objeto de que aquí se prepare una gufa trans -- parente para facilitar el control quirúrgico.

### Alveolotomía Estabilizadora.

Su objeto principal consiste en eliminar las crestas óseas -- que, bajo la presión de la prótesis podrían transformarse en traumati -- zantes de la mucosa. Son principalmente, las crestas interradiculares -- e interdentarias las que habremos de aliviar, no requieren otra cosa -- más que redondearlas ligeramente, podremos elaborar también la próte -- sis ligeramente holgada, con el objeto de reducir los riesgos de irrita -- ción. Esta hialgura desaparecerá en el primer rebasado.

## Extracciones.

Este tratamiento puede realizarse bajo anestesia local, regional o general; un detalle de importancia se refiere a la necesidad de practicar la anestesia lejos de la zona a operar con el objeto de no edematizar la región que luego va a soportar la prótesis. La zona edematizada, desde luego, está aumentada de volumen y la prótesis no se adapta comodamente sobre estos sitios, por otra parte, la presión que la prótesis ejerce sobre un territorio edematizado, resulta dolorosa, una vez que ha desaparecido la anestesia.

Las extracciones dentarias se practican según la técnica que corresponda a cada diente.

### Regularización de los Rebordes

En los casos normales, es decir, en aquellos que no presentan protusión y no necesitan, por lo tanto, la alveolotomía correctora, la ostectomía se reducirá a la necesaria para la exodoncia y a la eliminación de las crestas interdentarias.

La ostectomía se realiza con pinzas guluas, que resecan los bordes filosos y las crestas prominentes y con limas que pulen el hueso, de manera que queda absolutamente liso.

Con el dedo se investigan crestas y bordes y donde la sensación táctil denuncia irregularidades, allí se debe insistir. La porción palatina de los alvéolos, excepcionalmente necesita ser reseca; sólo será necesario regularizar el borde filoso de los alvéolos. Es de suma

utilidad afrontar la encía y palpar a través de ella, para darnos cuenta de la regularidad del borde.

### Colocación.

Para verificar que el caso clínico quedó como se propuso, es decir semejante al modelo de yeso sobre el cual se construyó la prótesis inmediata, se afronta la encía y se adapta la gafa transparente que tiene, la misma forma de la prótesis. En aquellos sitios que se ve empalidecer la encía o se nota exceso de presión, será necesario realizar una mayor osteotomía. Se retira la gafa transparente, se levanta de nuevo la encía y con pinza gubia se reseca el hueso excedente y se completa el lineamiento con líneas para hueso. Se vuelve a probar la gafa transparente, no necesitando nueva osteotomía y ya en condiciones de adaptar la prótesis, se lava la superficie gingival con suero fisiológico o agua oxigenada y se procede a colocar la prótesis. Se hace que el paciente cierre para la inspección de la oclusión se corrigen los defectos de articulación de la prótesis hasta obtener, por lo menos una oclusión central equilibrada; se da por terminada la intervención y se dan al paciente las instrucciones finales.

#### a).- Fallas Impredecibles (Sorpresas)

Aunque una técnica cuidadosa las reduce, se sabe también - que los defectos se pueden presentar a todo lo largo de la labor.

1. - La primera falla evidente, una vez que el aparato ha sido colocado puede ser la falta de retención activa.

Si el defecto es tan pequeño, puede ser suficiente espolverar una pequeña cantidad de polvo adhesivo, si es de cierta importancia es mejor hacer un rebasado inmediato con acondicionador, un elastómero o acrílico autopolimerizable (aunque es preferible evitar el empleo de éste por lo irritante), hay que proteger las heridas con tela adhesiva.

2. - La segunda falla grave, puede ser la articulación. Papel de articular y piedras montadas son los materiales de elección para lograr un balance oclusal mediante unos pocos contactos, dejando para después el afinamiento y los balances excéntricos.

3. - La tercera falla evidente puede ser la estética, este caso el remedio puede ser tranquilizar al paciente y restituir la prótesis tan pronto sea posible son gran tarea, si la corrección es laboriosa es preferible limitarse a hacer llenadera la prótesis, postergando la corrección final para cuando el paciente se encuentra en mejores condiciones.

**CAPITULO IX****INSTRUCCIONES AL PACIENTE**

Se indica al paciente que la dentadura debe estar colocada en la boca todo el tiempo durante las primeras 24 horas. Se le advierte-- que de dejar la dentadura fuera de la boca al principio puede producir-- una inflamación que haga imposible o extremadamente doloroso el colo-- car la dentadura nuevamente. El dolor debido al traumatismo de la ex-- tracción no se aliviara quitándose la dentadura. Durante las primeras-- 24 horas puede ser ventajoso usar compresas heladas en la cara. En el caso de que el paciente no pueda dormir por nerviosidad o incomodidad-- se le prescribe un sedante.

Se instruye al paciente para que no mastique nada durante -- las primeras 24 horas y se prescribe una dieta líquida.

## CAPITULO X

## POSTOPERATORIA.

A las 24 horas se examina la boca para ver si los bordes no oprimen y si no hay áreas de presión excesiva en el lugar de las extracciones. No es difícil encontrar los sitios que no han sido bastante recortados después de las extracciones de los dientes. Esos puntos altos se manifiestan por su color rojo cereza, se marcan haciendo una circunferencia a su alrededor con lápiz tinta y la señal se pasa a la superficie interna de la dentadura, colocando ésta en su sitio. El área marcada se reduce con una piedra. La prótesis se lava y se desinfecta sumergiéndola en una solución antiséptica, se lavan las heridas bucales y se vuelve a adaptar la prótesis.

En los días siguientes se seguirán vigilando las heridas y retocando la prótesis en su articulación o frente a los puntos dolorosos -- y se hará un revasado si fuera necesario.

## CAPITULO XI

### DURACION Y PRIMER REBASADO DE LA PROTESIS INMEDIATA.

La duración de una prótesis inmediata completa en servicio-- es sumamente variable. Precedida de la alveolectomía la duración suele ser menor. Lo importante es que el paciente sepa, como el profesional que se trata de un servicio de transición.

#### a). - Primer Rebasado.

A los 60 días se hará el primer rebasado, de preferencia -- seguimos el método indirecto, quitando las retenciones con piedra montada, rebajar la superficie interna de 1 a 2 mm., de manera uniforme, con modelina se alargan los bordes del aparato que hayan quedado cortos, cargamos con siliconas o mercaptanos la dentadura, la cual sirve como portaimpresión e indicamos al paciente trate de reproducir la relación - céntrica, haciendo presión moderada. Se retira de la boca y se corre con yeso piedra, una vez fraguado el yeso, se barniza toda la superfi-- cie externa con vaselina sólida, se enfrasca como si se tratara de un-- caso nuevo; se abre el frasco, se retira el material que sirvió para la impresión; se coloca el contramodelo en un recipiente con agua a tempe-- ratura de 90°C, se aplica separador sin tocar los dientes, se humedece la superficie interna del aparato con líquido para acrílico; se coloca la mezcla de acrílico, extendiéndola sobre las caras labiales para que a la

hora de prensar salga con facilidad el excedente, se pone papel celofán húmedo, se prensa, se abre el frasco y se retira el excedente de material; procedemos al procesado definitivo y la curación del material.



## CONCLUSIONES

Para las personas que no quieren sufrir la etapa del desdentamiento, la Odontología cuenta con el servicio de Prótesis Inmediata.

No todos los casos pueden ser tratados con este tipo de prótesis, pues se debe hacer una buena elección de cada caso, tomando en cuenta el estado físico y psicológico del paciente.

Una vez hecha la elección se debe discutir con el paciente en qué consiste el tratamiento, indicándole lo que se va a hacer y la posible necesidad de rebases o la construcción de una nueva prótesis.

La construcción de la Prótesis Inmediata se puede efectuar -- mediante la técnica ya descrita anteriormente. Se deberá dar igual importancia a todos los pasos para su construcción, ya que todos los pasos -- son primordiales para obtener resultados satisfactorios.

## BIBLIOGRAFIA.

1. - Capusselli y T schuartz.  
"Tratamiento del desdentado total" Editorial Mundi,  
S.S., 1a. Ed. Buenos Aires, Argentina, 1973, págs.  
278-337.
2. - Clínicas Odontológicas de Norteamérica  
"Diagnóstico Físico y de laboratorio, Vol. 2.  
Editorial Interamericana, 1a. Ed., 1974, pp. 711.
3. - Ozawa Deguchi Jose  
"Prostodoncia total" UNAM, 1a. Ed., 1973, pp. 56-191.
4. - Diccionario de Especialidades farmacéuticas.  
PLM, 21a. Ed., 1975, pp. 8-19.
5. - Nagle y Sears  
"Prótesis Dental (Dentaduras Completas)"  
Ediciones Toray, S.A., 2a. Ed. Barcelona, pp. 157-450
6. - Harrison.  
"Medicina Interna" Ed. La prensa Médica Mexicana.  
4a. Ed. Español, 1975, pp. 588-1839.
7. - Odontología Clínica de Norteamérica  
"Prótesis de Dentaduras Completas", Vol. 24  
Editorial Mundi, S.A. Buenos Aires, Argentina 1968.  
pp. 277 a 300.
8. - Neill  
"Prótesis Completa. Manual Clásico y de Laboratorio".  
Editorial Mundi, S.A., Buenos Aires, Argentina.  
1971, pp. 41-74.
9. - Ramfjord A S H  
"Oclusión Editorial Interamericana, 2a. Ed., 1972.  
pp. 65-66.
10. - Rico Centeno Guillermo  
"Cirugía Bucal" Editorial El Ateneo,  
7a. Ed., Buenos Aires, Argentina, 1968, pp. 555-563.

11. - Saizar Pedro.  
"Prostodoncia Total, Editorial Mundi, Buenos Aires  
Argentina, 1972, pp. 456-464.
12. - Saizar Pedro  
"Tratamiento Prótesico de la Edentación total'.  
Editorial Progental, Buenos Aires, Argentina,  
1968, 6 Fascículos, pp. 41-110.
13. - Swenson M. G.  
"Dentaduras Completas" Editorial Uteha, 2a. Ed.,  
México, 1965, pp. 2-510.
14. - Robbly Stanley  
"Tratado de Patología" Editorial Interamericana,  
3a. ed., 1973, pp. 124-592.