

2ej. 364

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



*Revisé.
C.D. Carlos Soriano D.A.
16/11/82.*

PROTESIS INMEDIATA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

Miguel Angel Gómez Arellano



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

BOSQUEJO HISTORICO Y PROLOGO

CAPITULO I

- A) Definición y objetivo
- B) Composición y propiedades
- C) Anatomía de las estructuras maxilofaciales
- D) Diagnóstico, pronóstico y tratamiento

CAPITULO II

- A) Examen general
- B) Examen local

CAPITULO III

PROTESIS TOTAL INMEDIATA

- A) Definición de la prótesis Total Inmediata
- B) Indicaciones de la prótesis Total Inmediata
- C) Contraindicaciones de la prótesis Total Inmediata
- D) Ventajas de la prótesis Total Inmediata
- E) Desventajas de la prótesis Total Inmediata
- F) Toma de Impresiones

- a) Materiales que se usan en la toma de impresiones
- b) Selección de portaimpresiones
- c) Toma de impresión– Anatómica o Estática
- d) Principios del Dr. Wilson
- e) Modelos de estudio en yeso
- f) Elaboración de portaimpresiones individual
- g) Toma de Impresión Fisiológica o funcional
- h) Vaciado de los modelos definitivos
- i) Colocación de rodillos para toma de altura
- j) Fabricación de rodillos para toma de altura

- k) Montaje en el articulador
- l) Montaje de los dientes
- m) Articulación de las piezas anteriores superiores
- n) Articulación de las piezas superiores posteriores
- ñ) Articulación de las piezas posteriores inferiores
- o) Articulación de las piezas anteriores inferiores
- p) Importancia de la guía quirúrgica
- q) Encerado de la dentadura
- r) Enfrascado
- s) Desencerado
- t) Empacado
- u) Terminado de placas
- v) Pulido de placas
- w) Reajustes

CAPITULO IV

CIRUGIA DE LA PROTESIS TOTAL INMEDIATA

- A) Preoperatorio
- B) Tiempos Quirúrgicos
- C) Postoperatorio
- D) Duración de la Prótesis Inmediata

CAPITULO V

ACONDICIONADOR DE TEJIDO

- A) Forma de usar el tempo e hidrocast
- B) Ventajas de los materiales acondicionadores de tejido

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

BOSQUEJO HISTORICO

Puede dividirse en 4 períodos:

1.- Prehistoria: Lo poco que se hizo hasta Fauchard; alguna dentadura inferior completa.

2.- Edad de Marfil: De Fauchard, creador de los primeros aparatos completos superiores, a mediados del siglo XVIII, hasta mediados del siglo XIX.

Las prótesis solían hacerse cinceladas en marfil, generalmente de colmillo de hipopótamo. Epoca alumbrada por descubrimientos fundamentales (impresiones, modelos, dientes de porcelana), el auxilio prestado a la humanidad por la prótesis completa fué muy precario.

3.- Edad de Práctico: Comprende la segunda mitad del siglo XIX y se caracteriza por la generalización de la prótesis completa y la habilidad práctica de los dentistas.

La prótesis completa adquiere sus caracteres modernos, debiendo sus progresos; A).- A los grandes descubrimientos del siglo XIX como la anestesia, que generaliza las extracciones, creando gran demanda por prótesis; el caucho vulcanizado y la fabricación industrial de dientes de porcelana, que permiten restauraciones sólidas, económicas y estéticas, y las impresiones con yeso, que aseguran precisión a los trabajadores; B).- A algunos investigadores y un grupo de habilísimos técnicos, que investigan y afinan la utilización de esos descubrimientos; C).- Al aumento de la literatura especializada, difundiendo el progreso.

Los dentistas generales, pocos en número y de escasa teoría solían ser hábiles técnicos y poseían talleres junto a sus consultorios. Más éstos hacen progresos espectaculares a su vez (sillón dental, salvadera de agua, higiene, antisépsia), distanciándose del taller.

La profesión tiende a dividirse en dos grupos característicos: Los —prácticos—, hábiles, pero de tendencia conservadora, y los —modernistas—, más progresistas pero menos hábiles, por lo menos en prótesis.

Esta división, aunque planeada en otros términos, ha substituido en algunos países hasta nuestros días.

4.- Edad Universitaria: Coincide con el siglo XX. La Odontología va ganando total jerarquía Universitaria y encuentra solución para los problemas mecánico— protético en el mecánico dental independiente quien pone en habilidad mecánica lo que va faltando al dentista, y éste puede concretarse en espíritu y manos libres a la parte clínica.

El Odontólogo ha perdido con frecuencia, la habilidad del antiguo práctico, pero en cambio ha ganado en jerarquía intelectual y en términos generales, también en responsabilidad médica y científica.

La prótesis de la primera mitad del siglo XX se caracteriza por sus hombres de ciencia, por la investigación científica de materiales y técnicas, así como las reacciones orgánicas, por la abundante literatura especializada, por la difusión de técnicos de precisión en la masa profesional, por la perfección estética alcanzada por las restauraciones y quizá sobre todo, por la extensión progresiva de sus servicios de salud, llegando a veces a constituirse en servicio público a cargo del Estado, por lo menos para aquellas capas sociales carentes de suficiente holgura económica.

Aún lejos de la perfección, las dentaduras completas vienen tomando, pues franco carácter médico, se extiende a toda la sociedad; y técnicamente mientras por un lado investiga la técnica cada vez más perfecta, por el otro busca simplificación de procedimientos que permita rendir al máximo con menor esfuerzo y costo.

P R O L O G O

La prótesis en la última década ha abierto nuevas y diferentes rutas de investigación, enseñanza y experiencia Clínica; en este período han aparecido en la Clínica métodos mejores para dar a cada uno de los pacientes, el tratamiento adecuado según su problema.

Uno de estos sistemas y rama de la PROTESIS INMEDIATA; emerge con gran ímpetu como consecuencia del incremento continuo del índice de la vida.

El Odontólogo tiene que enfrentarse a un sin número de problemas, debido a la creciente población de ancianos y pacientes con enfermedades crónicas que requieren de un tratamiento. Estas personas que en décadas pasadas recibían exclusivamente servicios Clínicos para problemas agudos perdían una terapéutica dental paliativa. En la actualidad nos solicitan prótesis para complementar otras terapéuticas Psíquicas Nutritivas, etc.

Estos pacientes a menudo tienen problemas asociados de índole social, emocional y psicológico. Con lo que respecta a su tratamiento debemos darle mayor atención y juicio.

Así vemos la importancia y el motivo que adquiere este tema de Prótesis Inmediata para eliminar problemas arriba mencionados pero debemos contar siempre con la colaboración del paciente para llegar al éxito.

CAPITULO I

GENERALIDADES DE LA PROTESIS TOTAL

A.- DEFINICION Y OBJETIVO.

DEFINICION.- Se define a la Prótesis Total como la rama de la Odontología que se encarga de reemplazar por medio de substitutos artificiales a las piezas dentarias y estructuras atrofiadas o ausentes de la cavidad bucal.

OBJETIVO.- La rehabilitación bucal procura la salud de los desdentados por medio de aparatos artificiales, que en aposición en los maxilares tienen la cualidad de restaurar las funciones ya pérdidas en los pacientes tales como la masticación fonética, etc.

Los requisitos para lograr éstas funciones son:

- 1.- Imitar las formas, colores, tamaño, colocación, articulación y características especiales de cada caso, de los dientes naturales y parodonto.
- 2.- No traumatizar los tejidos ni irritarlos.
- 3.- No provocar molestias al portador de l dispositivo.
- 4.- En síntesis de éstos puntos los aparatos deben ser funcionales y estéticos además de cómodos.

B.- COMPOSICION Y PROPIEDADES.

La prótesis total consta de dos elementos que son:

La base y los dientes artificiales. Otros dos, encia artificial y rebase pueden considerarse como parte de la base.

Este conjunto está formado por tres superficies: La oclusal o de antagonización, desarrollada en los dientes artificiales; la de asiento o de impresión adaptada a la superficie de soporte, y la superficie pulida, modelada según las conveniencias, posibilidades o arbitrariamente. La unión de la superficie de asiento con la pulida forma el borde periférico, que contornea la extensión de la base. Para que una dentadura presente mejor servicio sea cómoda y tenga buen aspecto deben de llenar cualidades en el siguiente orden: Biológico, Mecánico, y Estético.

El soporte necesario para la masticación se obtiene del ajuste de la base contra los tejidos a que se adapta.

La estabilidad resulta de la disposición de los bordes, superficiales pulidas y oclusales de tal manera que eliminen las fuerzas desplazantes y, además, del aprendizaje del paciente a manejar su propia musculatura (lengua, labios, carrillo) en ese sentido.

La retención es condición fundamental ésta significa la adhesión obtenida por perfecta adaptación de la base a la superficie mucosa, consolidada por ajuste del borde periférico en los tejidos de soporte, sin interrumpir sus inserciones ni su circulación, así como tan poco su movilidad.

Para una mejor función, como principios generales, se procura:

- 1.- Que las bases cubran el máximo de superficie aprovechable del maxilar superior y de la mandíbula.
- 2.- Que su adaptación a la superficie de soporte sea la más perfecta posible.
- 3.- Que el borde periférico se ajuste a los tejidos móviles y tenga el diseño necesario para no interferir sus movimientos funcionales normales ni la nutrición de los tejidos de soporte.

- 4.- Que las bases tengan más espesor que el imprescindible para su resistencia.
- 5.- Que los dientes artificiales tengan formas correctas y ocupen sus posiciones indicadas en estética y función.
- 6.- Que la encía artificial y la base estén modeladas con criterios definidos, favoreciendo las fuerzas de nutrición.

C.- ANATOMIA DE LAS ESTRUCTURAS MAXILOFACIALES

ELEMENTOS ANATOMICOS DE IMPORTANCIA. Considerando que los huesos maxilares y mandíbula, presentan arrugas, fosas, canales, etc; donde se insertan músculos o corren vasos o nervios, es necesario en Prostodoncia Total, conocer detalladamente; las estructuras óseas, mucoperiostio, las inserciones musculares, su acción, naturaleza y relaciones; con el fin de poder limitar correctamente su contorno o longitud periférica librándolos de efectos tensionales.

El desarrollo de la Odontología como ciencia básica y clínica se refleja en los principios básicos y técnicos de la prostodoncia en lo que se refiere al avance, la clínica nunca se ha basado sólo sobre nuevas teorías sino más bien sobre nuevas facetas de antiguos conceptos siempre en la realidad al considerar a las estructuras maxilofaciales respecto a la función de las dentaduras completas.

Se llevaron largos años de investigación hasta que en el año de 1927 Fish culminó este desarrollo reconociendo tres factores determinantes en la retención de dentaduras.

- a).- Fiel reproducción de la superficie de asiento.
- b).- La posición más favorable de los dientes, y de sus caras oclusales en relación con acciones de apalancamiento.
- c).- Forma y contorno de las superficies pulidas.

La profesión en la actualidad se han desarrollado los dos primeros pasos enunciados llegando a un alto grado de eficiencia. El Cirujano Dentista tiene la obligación de conocer así como de investigar la acción de los músculos y huesos de cabeza y cuello.

ESTRUCTURA OSEA DEL MAXILAR SUPERIOR.

Este hueso consta de: Dos caras, cuatro bordes, cuatro ángulos y una cavidad o seno del maxilar.

En su cara interna encontramos una saliente horizontal, llamada apófisis palatina, la cara superior de ésta, forma el piso de las fosas nasales y la inferior forma gran parte de la bóveda del maxilar, y el interno articula con el borde de la apófisis palatina del maxilar opuesto. Este borde en su parte anterior termina en una prolongación que al articularse con la del lado opuesto forma la espina nasal anterior.

ESTRUCTURA OSEA DE LA MANDIBULA

Su cuerpo semeja a una herradura y dos ramas. Por la cara externa del cuerpo y en la parte media presenta la sínfisis mentoniana y más abajo la emionencia mentoniana. Hacia atrás se encuentra el agujero mentoniano por donde salen vasos y nervios mentonianos, más atrás se observa la línea oblicua externa donde se insertan los músculos triangular de los labios, cutáneo y cuadrado de la barba.

Cerca de la línea media por su cara posterior encontramos la apófisis geni, dos superiores que sirven de inserción a los músculos genio-glosos y dos inferiores donde se insertan los genihioideos; más atrás nos encontramos con la línea oblícuca interna o milohioidea, donde se inserta el músculo milohioideo; siguiendo la misma línea encontramos la foseta sublingual en donde se aloja la glándula sublingual, más afuera por debajo de esta línea se encuentra la foseta submaxilar que sirve de alojamiento a la glándula del mismo nombre.

En el borde inferior se presentan las fosetas digástricas, lugar de inserción del músculo digástrico.

El borde superior presenta los alveolos dentarios.

Ramas.- En la cara externa de la rama, en su parte inferior se inserta el masetero. En la interna se encuentra el orificio superior del conducto dentario por el se introducen nervio y vasos dentarios inferiores, nos encontramos también con la espina de Spix donde se inserta el ligamento esfenomaxilar. Hasta abajo vemos el sruco milohioideo donde se alojan vasos y nervios del mismo nombre.

En el borde superior nos encontramos con la escotadura sigmoidea situada entre las dos salientes; por delante la apófisis coronoides y por detrás el cóndilo de la mandíbula.

MUCOPERIOSTIO DEL MAXILAR

El tejido que cubre el reborde alveolar de un desdentado, es idéntico a la encía normal en su estructura. Esta constituido de una capa firme y gruesa de tejido conectivo inelastico denso, adherido al mucoperiostio y cubierto por un epitelio escamoso estratificado.

Este tejido que tiene un espesor de 4 a 8 mm.; se extiende desde la tuberosidad de un lado, hasta la tuberosidad del lado opuesto incluyendo la parte anterior del maxilar.

El paladar duro está cubierto en su parte anterior por tejido denso y resistente formando éste las rugas palatinas, en cambio la mucosa de la parte posterior del paladar duro, es lisa y elástica. Aquí la submucosa es acolchada y húmeda por presencia de tejido adiposo y numerosas glándulas, contiene además vasos y nervios palatinos.

Con frecuencia se encuentra en la línea media del paladar duro un borde resistente cubierta por una delgada capa de tejido blando, ésta zona, el rafé medio y la sutura palatina, varía en su forma y tamaño, cuando es muy prominente se le denomina torus palatino.

MUCOPERIOSTIO DE LA MANDIBULA

La mucosa y submucosa del reborde alveolar del cuerpo mandibular son semejantes al superior, destacando en el extremo distal de la zona gingival la almohadilla retromolar, en forma de almendra, que contiene en su centro una pequeña saliente denominada papila piriforme.

Su disección la muestra compuesta de distintas maneras:

- 1.- Por la glándula retromolar, que histológicamente es semejante a las glándulas palatinas, de las que constituye una continuación;
- 2.- Por el ligamento Pterigomaxilar;
- 3.- Por el músculo buccinador;
- 4.- Por el tendón del temporal.

MUSCULOS CUTANEOS O FACIALES

Los músculos de la cabeza y del cuello, tienen tres características comunes principales:

- 1.- Todos tienen una inserción móvil cutánea.
- 2.- Todos están inervados por el facial.
- 3.- Todos están agrupados alrededor de los orificios de la cara.

Los músculos de los labios y carrillos se reparten en dos grupos: Los dilatorios y los constrictores.

Los músculos dilatadores, son láminas musculares que divergen desde los labios a las diferentes regiones de la cara y son de arriba a abajo: Los elevadores superficial y profundo del ala de la nariz y del labio superior, el canino, el cigomático menor y mayor, el buccinador, el risorio, el triangular de los labios, el cuadrado del mentón, el músculo borla de la barba y el cutáneo del cuello.

INSERCIONES, DESCRIPCION Y ACCION

Indicaremos primero los músculos profundos y después los superficiales, sin embargo de éstos descartaremos los elevadores superficiales del ala de la nariz y labio superior y los cigomáticos menor y mayor por carecer de importancia real en prostodoncia total.

MUSCULO CANINO

Se inserta por arriba en la fase canina, debajo del agujero infraorbitario. Desciende oblicuamente hacia abajo y hacia afuera y se inserta en la cara profunda de la piel de la comisura y del labio inferior hasta la línea media.

Su acción es elevar la comisura y el labio inferior.

MUSCULO BUCCINADOR

Es aplanado, ancho e irregularmente cuadrilátero, está situado en la parte profunda de la mejilla, entre los dos maxilares y la comisura de los labios.

Sus inserciones posteriores se hacen:

- 1.- En el ligamento ptérido-mandibular, en su borde anterior;

- 2.- Inserción superior, en las eminencias alveolares a lo largo de los tres últimos molares;
- 3.- Inserción inferior, en los dos tercios posteriores de la línea oblícuca externa, ésta inserción por atrás se une al haz tendinoso del temporal que se inserta hasta el principio del labio externo del triángulo retromolar.

Desde esta línea de inserción, que representa una U abierta hacia delante, las fibras alcanzan la comisura labial, las superiores un poco oblícuas hacia abajo y adelante; las intermedias casi horizontales, y las inferiores oblícuas hacia arriba y adelante, el entrecruzamiento es tal que las fibras superiores llegan al labio inferior y las inferiores al labio superior.

La acción de los buccinadores es tirar hacia atrás las comisuras labiales y alargan la hendidura del orificio bucal. Cuando la cavidad bucal está distendida, los buccinadores comprimen la cavidad del vestibulo, pueden determinar expulsión como ocurre en la acción de silbar o soplar; pueden empujar también este contenido hacia las arcadas dentarias, ayudando así a la masticación o hacia el centro de la cavidad tomando parte entonces en la formación del bolo alimenticio.

MUSCULO CUADRADO DEL MENTON

Este músculo nace del tercio anterior de la línea oblícuca externa de la mandíbula. Las fibras ascienden oblicuamente hacia arriba y hacia dentro y constituyen una lámina muscular en forma de rombo. Cuyo borde anterior se une por arriba en la línea media del lado opuesto. Se insertan éstas fibras en la piel del labio inferior.

Su acción es tirar hacia abajo y hacia afuera de la mitad correspondiente del labio inferior.

MUSCULO BORLA EN LA BARBA

Los músculos borla de la barba, son dos pequeños haces situados a los lados de la línea media, en el espacio triangular comprendido entre los dos cuadrados del mentón.

Nacen a uno y otro lado de la línea media, de las eminencias alveolares de los incisivos y del canino, debajo de la encía.

Desde allí se dirigen los dos músculos hacia abajo y se espacen a manera de borla para insertarse en la piel del mentón.

La acción de estos músculos son elevadores del mentón y del labio inferior.

De los músculos del plano superficial, sólo interesan por su relación de acción conjunta con otros músculos, el risorio, el triangular de los labios y el cutáneo del cuello.

MUSCULO RISORIO

Se inserta por atrás en la aponeurosis masetérica por haces más o menos distintos que terminan en la piel de la comisura labial. Su acción es tirar hacia fuera y atrás la comisura labial.

MUSCULO TRIANGULAR DE LOS LABIOS

Se inserta por su base en la parte anterior de la línea oblícuca externa de la mandíbula, debajo de la línea de inserción del cuadrado del mentón. Desde éste origen, las fibras carnosas van hacia la comisura labial donde se entrecruzan con la de los cigomáticos y elevadores que son más profundas. Se insertan en la piel de la comisura y del labio superior y algunos haces se extienden hacia el cartílago del ala de la nariz y del subtabique.

Su acción es desviar la comisura hacia abajo y afuera.

MUSCULO CUTANEO DEL CUELLO

Unicamente nos interesan las inserciones superiores, que son a la vez óseas y cutáneas:

- 1.- Las fibras anteriores se fijan después de entrecruzarse, en la piel de la eminencia mentoniana.
- 2.- Las intermedias se insertan en el borde cervical de la mandíbula y en la parte anterior de la línea oblícua externa, entrecruzándose con las del triangular y cuadrado del mentón.
- 3.- Las posteriores o externas se continúan en parte con las fibras externas del triangular de los labios, y otras veces van directamente a la comisura de los labios y a la piel de la mejilla.

Su acción tira hacia abajo de la piel del mentón y desciende la comisura labial; puede también extender o plegar la piel del cuello.

MUSCULOS DEL PISO DE LA BOCA

Los músculos del piso de la boca que tienen una relación importante en prostodoncia total son las siguientes, descritas de atrás hacia adelante:

- 1.- Ligamento ptérido-mandibular;
- 2.- Palatogloso o Glosostafilino;
- 3.- Geniogloso;
- 4.- Geniohioideo;
- 5.- Milohioideo.

LIGAMENTO PTERIGO-MANDIBULAR

También recibe el nombre de aponeurósis bucinato-faríngea.

Se inserta por arriba en el gancho del ala interna de la apófisis pterigoides, desciende oblicuamente hacia afuera para insertarse en la parte alta del labio interno del triángulo retromolar, detrás del último molar, presta inserción en su borde anterior al músculo buccinador y por su borde posterior al constrictor superior de la faringe. Cabe indicar que la papila piriforme o retromolar queda constituida por ésta razón por fibras músculo tendinosas del ptérigo-mandibular, buccinador y constrictor superior y toda ella cubierta por la mucosa bucal.

MUSCULO PALATOGLOSO O GLOSOESTAFILINO

Este músculo es delgado, aplanado y débil, se inserta por arriba en el velo del paladra, en la cara inferior de la aponeurósis palatina, desciende por el espesor del pilar anterior y termina en la lengua por fibras transversales y longitudinales que se confunden con las fibras superiores del estilgloso.

Su acción es elevar la lengua, la dirige hacia atrás y estrecha el istmo de las fauces.

MUSCULO GENIOGLOSO

Se inserta por delante por fibras tendinosas cortas, en la apófisis-geni superior. De allí se irradian sus fibras hacia la cara dorsal de la lengua y la punta. Las fibras inferiores terminan en el borde superior del hueso-hioides.

Su acción es elevar la lengua, la lleva hacia adelante y atrae la punta hacia abajo y hacia atrás. Cuando se contrae en su totalidad, aplica la lengua sobre el piso de la boca.

Este músculo corre por dentro de la glándula sublingual y es un punto que si no es perfectamente impresionado, causa irritaciones y úlceras traumáticas con frecuencia.

MUSCULO GENIOHIOIDEO

Se inserta por delante en la apófisis geni inferior del lado correspondiente. Estrecho en su origen, este músculo se adosa al del lado opuesto y ensanchándose, se dirige de adelante a atrás y un poco de arriba a abajo. Termina en la superficie anterior del cuerpo del hueso hioides siguiendo una superficie de inserción en forma de herradura cuya concavidad externa recibe el borde inferior del músculo higloso.

Su acción es depresor de la mandíbula o elevador del hueso hioides, según tome su punto.

MUSCULO MILOHIOIDEO

Se inserta por arriba, por medio de fibras tendinosas cortas. En toda la longitud de la línea oblícuca interna. Desde allí, se dirige hacia dentro y hacia abajo hasta el hueso hioides y el rafé medio máxilo-hioideo. Las fibras anteriores son muy cortas y casi horizontales; la longitud de las fibras aumenta de delante a atrás, al mismo tiempo que se hacen cada vez más oblícuas hacia abajo y hacia adentro. Los dos milohioideos, reunidos por el rafé desde la sínfisis del mentón hasta el hueso hioides, forman en conjunto una cintura muscular sobre la cual descansan: En la línea media los geniohioideos por abajo y más arriba la lengua, a los lados las glándulas sublinguales.

GLANDULAS ANEXAS

GLANDULA SUBMAXILAR

Está situada en la parte lateral de la región suprahioidea y ocupa la depresión angular comprendido entre la cara interna de la mandíbula por una parte y los músculos suprahioideos, la cara lateral de la base de la lengua y la de la faringe por otra.

El conducto excretor llamado de Wharton, es de paredes delgadas pero resistentes, de 4 a 5 cms. de largo por 2 a 3 mm de grueso.

Emerge de la cara profunda de la glándula y se dirige enseguida hacia adelante y hacia adentro; éste conducto acompaña primero, a la prolongación anterior de la glándula, después va por dentro del milohioideo y de la glándula sublingual, hasta la extremidad inferior del frenillo lingual, cambia entonces de dirección, se adosa al del lado opuesto, se dirige hacia arriba y adelante en una longitud de 2 a 3 mm. y se abre en la cavidad bucal por el Ostium Umbilical.

GLANDULA SUBLINGUAL

Está situada entre la fosita sublingual de la mandíbula por fuera y del geniogloso y lingual inferior por dentro. Por arriba la cubra la mucosa del surco alveolo-lingual y forma en éste nivel el surco sublingual; por debajo apoya sobre el milohioideo, atrás con la prolongación anterior de la submaxilar y adelante con la parte posterior de la sínfisis mentoniana y la glándula del lado opuesto. Tiene tantos conductos excretores como glándulas constituyen su agrupación, sin embargo se distingue uno mayor al que se le llama de Rivinus o Bartholino, nace en la parte media de la cara profunda de la glándula, sigue al conducto de Wharton y se abre por fuera de él en el vértice de la curúncula sublingual.

MUSCULOS DE LA MASTICACION

Con este nombre designamos un grupo bilateral de cuatro músculos que proceden del cráneo que se insertan en el maxilar inferior, estando todos ellos inervados por la porción motora de la tercera rama del trigémino o nervio maxilar inferior. Dichos músculos son el temporal que es superficial el mesetero situado en la cara externa del maxilar inferior y los dos pterigoideos, externo e interno, situados en la profundidad.

MUSCULO TEMPORAL

El músculo temporal es largo, y un fuerte músculo de la masticación, se inserta en una extensa zona ósea de la superficie externa del cráneo, estando limitada hacia arriba, hacia adelante y hacia atrás por la línea temporal inferior. Hacia abajo, la zona de origen llega hasta la cresta esfenotemporal por delante y abajo ocupa el ala mayor del esfenoides y alcanza hasta la parte más posterior de la superficie temporal del malar.

Hay numerosas fibras superficiales que toman su origen en la aponeurósis temporal, la cual recibe al músculo por su parte superior. En forma de abanico convergen las fibras hacia el espacio situado por dentro del arco cigomático, donde el músculo alcanza su mayor espesor, y atraviesan este espacio para terminar insertándose en la mandíbula.

La inserción del músculo tiene lugar mediante dos porciones tendinosas claramente separadas entre sí. La porción tendinosa superficial se inserta en la altura del borde de la apófisis coronoides y siguiendo una línea que llega al anterior de la coronoides, pasando por el ángulo de ésta y decidiendo luego profundamente para llegar muchas veces al nivel del reborde alveolar inferior. El tendón profundo se inserta, en la cara interna de la apófisis coronoides, en una zona extendida cerca de su vértice, y sigue luego hacia abajo por la cresta temporal. Entre las dos porciones tendinosas queda hacia adelante un surco profundo, que corresponde a la fosa retromalar, al nivel del cual el hueso queda libre de inserciones.

Aunque las fibras del músculo temporal han sido descritas como verticales oblicuas, y horizontales, la contracción de unas o de todas ellas tienen una tendencia definitiva al elevar y retroceder la mandíbula.

MUSCULO MASETERO

El músculo masetero forma una fuerte masa cuadrangular aplana- da de fuera adentro, que se inserta en el ángulo de la mandíbula. En este músculo se reconocen perfectamente dos porciones, una superfi- cial y otra profunda. Las fibras de la porción superficial se dirigen, en general, de adelante hacia atrás y abajo; las de la porción profunda llevan una dirección casi completamente vertical, desviándose a veces un poco hacia delante y abajo.

El masetero es un poderoso músculo de la masticación. Sus con- tracciones elevan la mandíbula y hacen que los dientes se junten fuer- temente. Como el músculo temporal, sus contracciones tienden a co- locar al cóndilo en una posición póstero-superior en la fosa glenoidea. Ni el temporal ni el masetero tienen que ver con los movimientos de lateralidad de la mandíbula. Sus contracciones primeramente elevan la mandíbula y luego hacen que las piezas dentarias se pongan en contacto unas con otras. Esto es por que en esta acción las superficies oclusales de los dientes deben armonizar con la acción de bisagra de la mandíbula.

El masetero puede cerrar de golpe los dientes en cualquier posi- ción desde céntrica o protrusiva. Teniendo las superficies oclusales de los dientes en armonía con esta acción, permiten una mejor distribu- ción de la fuerza de este músculo sobre el tejido paradontal cuando los dientes cierran apresando el bolo alimenticio.

MUSCULOS PTERIGOIDEOS EXTERNO E INTERNO

Los músculos pterigoideos externo e interno son los que originan los movimientos de lateralidad y protrusión de la mandíbula.

El pterigoideo externo tiene su origen o inserción en el cráneo mediante dos cabezas, en la cara infratemporal del ala mayor del esfe-

noides extendiéndose por fuera hasta la cresta esfenotemporal; el vientre inferior se inserta en la cara lateral de la lámina externa de la apófisis pterigoides. La mayoría de las fibras superiores de este músculo se insertan en el disco articular llegando hasta el final de la cápsula articular. La mayoría de las fibras restantes se insertan en la superficie, lateralidad y protrusión de la mandíbula.

Las fibras del músculo pterigoideo externo en dirección horizontal y media, y sus contracciones empujan la cabeza del cóndilo y el menisco hacia adelante y adentro. Esta acción coloca la mandíbula dentro de la posición de masticación. Si el pterigoideo externo de un lado se relaja mientras el del otro se contrae, la mandíbula se moverá hacia una posición lateral. La contracción de las fibras del pterigoideo externo, también tienden a contrarrestar el empuje posterior del músculo temporal.

El músculo pterigoideo interno y la mayoría de sus fibras nacen de la cara interna del ala pterigoidea externa, más allá de los límites de la cara inferior de la apófisis piramidal del palatino. Las fibras del músculo, que está aplanado de fuera adentro, se dirigen hacia atrás y abajo hasta la cara interna de la rama ascendente de la mandíbula.

La contracción del músculo pterigoideo interno de un lado determina el movimiento de lateralidad de la mandíbula, asiste en la protrusión y ayuda así al músculo pterigoideo externo.

Cuando el músculo pterigoideo interno se contrae para ayudar al músculo pterigoideo externo en la movilización de la mandíbula para la masticación, la dirección y amplitud del movimiento medio de la cabeza del cóndilo están guiados por la forma de la curva interna de la fosa glenoidea; únicamente la base la fosa glenoidea guía la ruta condilar en sentido recto, en el movimiento protrusivo. La contracción forzada de los músculos masetero y temporal regresan al cóndilo

(y mandíbula) a posición céntrica, externando la fuerza de la masticación contra el bolo alimenticio. El afianzamiento de la mandíbula en este punto de esfuerzo masticatorio puede ocurrir únicamente entre el cóndilo y la fosa con los dientes sosteniendo el bolo alimenticio.

La dirección del movimiento está determinada por la forma interna de la fosa.

Las cúspides están hechas para armonizar con el movimiento de Bennet para que cuando los dientes entren en contacto y penetren en el bolo alimenticio, las cúspides pasen sin tocarse unas con otras sin lastimar así el tejido paradontal.

En síntesis los movimientos de apertura y cierre están controlados por los elevadores de la mandíbula, el temporal, el masetero y el pterigoideo interno y por los músculos depresores de la mandíbula, el geniohioideo, milohioideo y digástrico. El músculo pterigoideo externo mueve la mandíbula hacia adelante y las fibras posteriores del temporal retruyen la mandíbula. El músculo pterigoideo externo y los músculos elevadores del lado opuesto producen los movimientos laterales.

Como se recordará todos estos músculos fueron descritos anteriormente, con excepción del digástrico y el estilo hioideo, que pertenecen a los músculo suprahioideos.

MUSCULO DIGASTRICO

Este presenta dos vientres, uno anterior y otro posterior. El posterior va de la ranura digástrica hasta el hioides. El vientre anterior va de la parte interna de la sínfisis mentoniana al hioides, sus fibras se dirigen de arriba a abajo y de adelante a atrás.

MUSCULO ESTILOHIOIDEO

Se inserta por arriba en la apófisis estiloides y abajo en el punto de reunión del cuerpo del asta mayor del hioides.

Existen otros grupos de músculos que complementan la acción de los ya mencionados: Y éstos son los músculos de la expresión, músculos del paladar blando, músculos de la lengua, músculos de la faringe y los músculos de la laringe.

MUSCULOS DEL PALADAR BLANDO

Estos son: Los periestafilinos interno y externo, palatoestafilino, gloestafilino y farigoestafilino.

La pared del velo palatino está formado principalmente por el músculo farigoestafilino con fibras del gloestafilino. Los músculos periestafilinos interno y externo son respectivamente, elevador y tensor del velo palatino.

MUSCULOS DE LA LENGUA

Estos se dividen en dos grupos: Intrínseco, son el lingual superior e inferior, el transverso y el vertical; los extrínsecos, son el geniogloso, hiogloso, condrogloso, estilogloso y gloestafilino.

La lengua está irrigada por la arteria lingual. Los dos tercios anteriores están inervados por el nervio lingual y el tercio posterior está inervado por el glossofaríngeo.

MUSCULOS DE LA FARINGE

Estos son: Los constrictores superior, medio e inferior, el estafilofaríngeo, salpingofaríngeo y el farigoestafilino.

El constrictor superior es un músculo de la cadena cinética de la deglución. Está separada del músculo buccinador por medio del ligamento pterigomandibular, inmediatamente después de el músculo buccinador se dirige a la superficie interna de la rama ascendente. Este músculo forma la pared lateral de la farínge.

MUSCULOS PROPIOS DE LA LARINGE

Todos ellos, excepto el cricotiroideo que se inserta en la superficie externa del arco cricoideo que se dirige hacia arriba y afuera al borde y cuerno inferior del tiroides, tienen uno por lo menos de sus inserciones en el aritenoides y estos son: El músculo cricoartenoideo posterior y el lateral, el aritenoides transverso y oblicuo, y el tiroaritenoides; la acción principal de éstos consiste en la modificación de la forma y anchura de la abertura bucal y están inervados por los nervios laringeos.

D.- DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y TRATAMIENTO

Diagnóstico, pronóstico e indicación del tratamiento son indispensables para lograr una mejor prognosis, confiriéndole real jerarquía médica; permiten prever y solventar muchas dificultades. La capacidad del profesionista para formularlos con precisión dá la medida en que su técnica ha salido del empirismo, salvaguardan su responsabilidad y permiten al paciente o familiares pedir explicaciones u opinar en lo que corresponda.

En su apreciación más simple, diagnóstico es la interpretación de los síntomas, entendiéndose como tal, a todo dato o información que pueda interpretarse como indicativo del estado del paciente, tanto en lo que se refiere a su integridad física y a sus funciones orgánicas como a su estado constitucional.

En prostodoncia total, podemos agrupar a los pacientes que requieren dentaduras artificiales completas, en tres grandes grupos:

- 1.- Personas que aún conservan dientes;
 - 2.- Desdentados carentes de prótesis;
 - 3.- Desdentados portadores de prótesis.
- Los tres plantean problemas diferentes.

El diagnóstico protético es la síntesis que se obtiene del estudio de las características del caso con ayuda de los mismos elementos que fortalecen el diagnóstico bucal, pero considerándolos de la conveniencia de la prótesis, las cualidades que deberá satisfacer y las probabilidades de realizarla con éxito. El diagnóstico bucal expresa simplemente el estado del paciente; el diagnóstico protético expresa las condiciones con respecto a determinada terapéutica.

PRONOSTICO

Es un complemento obligado e inmediato del diagnóstico. Ambos integran el concepto que se hace sobre el paciente, y su estado. Pero en tanto el diagnóstico expresa la síntesis de una realidad actual, el pronóstico anticipa el futuro.

El pronóstico referido al tratamiento protético comprende dos partes: El pronóstico próximo o sea la posibilidad de éxito protético inmediato y el pronóstico mediano o de durabilidad en servicio.

El pronóstico de éxito inmediato, en el tratamiento de los desdentados es satisfactorio, especialmente en personas jóvenes, con un buen estado general, procesos sanos y carentes de trastornos psicomotores; a condición de que las prótesis llenen las cualidades técnicas que les dan retención, soporte y estabilidad; con estética, comodidad y salud.

La estabilidad de las prostodoncias totales, cuando están bien realizadas y con buenos materiales, depende fundamentalmente de la estabilidad orgánica y que normalmente, la prótesis va perdiendo cualidades de adaptación y eficacia, frecuentemente sin conciencia de los pacientes.

La tendencia actual es enfocar el diagnóstico como una evaluación o sea una estrecha colaboración del paciente.

En prostodoncia total, la índole mecánica y removible de la parte física del tratamiento exige la voluntad, la comprensión y la tolerancia del paciente para la educación protética, que permita la incorporación satisfactoria de la misma en el esquema orgánico.

INDICACION DE TRATAMIENTO

Comprende A.- Las medidas preprotéticas quirúrgicas o médicas

B.- El tipo de prótesis, especificando calidad y extensión de las bases, tipo de dientes artificiales, disposición de la encía artificial y eventualmente del rebase.

C.- El plan de transición, si es necesario; Prótesis Inmediatas, rebasados, levantamientos sucesivos, prótesis parciales transitorios, etc.

Este es el momento de la justificación y estimación de esas medidas ante el paciente o familia. Un arreglo económico claro puede ser parte importante del tratamiento.

CAPITULO II

HISTORIA CLINICA

La historia clínica es una serie de datos, personales, hechos y estados patológicos que obtenemos por medio del paciente, que tienen relación directa e indirectamente con su estado físico y con su actitud mental, especialmente lo relacionado con los dientes.

El interrogatorio que se hará al paciente será de acuerdo con todos aquellos datos que nos sirvan para conocerlo e identificarlo como es realmente.

Primeramente se elaborará un examen general y después uno local que deberá ser más minucioso.

Para iniciar la elaboración de la historia clínica es conveniente seguir los siguientes pasos:

- 1.- El operador deberá usar un lenguaje que sea sencillo y esté al alcance de la persona interrogada.
- 2.- El sillón será preparado para que el paciente esté comodamente sentado y que los músculos se relajen y así desaparezca la tensión nerviosa en que se pueda encontrar el paciente.
- 3.- La mesa del instrumental o braquet deberá de estar equipada con las siguientes cosas:

Servilletas, espejos, exploradores, abate lenguas desechables, pinzas para algodón, atomizador, agua tibia o suero fisiológico y una lámpara para introducir en el interior de la cavidad bucal.

Estos instrumentos deberán estar perfectamente esterilizados.

EXPLORACION VISUAL Y DE PALPACION

La boca de un desdentado, sea real o potencial, debe hacerse visual y por palpación, de los caracteres constitucionales de la cavidad bucal y las estructuras adyacentes: Caras externa e interna de los labios y carrillos en posición de descanso, su color, textura, fisuras, úlceras y otras anormalidades.

Contornos, forma y tamaño de las crestas alveolares, grado de reabsorción, profundidad del vestíbulo y las inserciones de los frenillos labiales, bucales y lingual; músculos y tejidos móviles. La mucosa que las recubren cuya elasticidad puede ser normal esponjosa o fláxida, presentan hipertrofia, crecimientos, abrasiones y otros estados de enfermedad.

Posición de la línea de flexión próxima a la unión del paladar duro y blando, forma de la sutura palatina, posición del agujero palatino anterior y posteriores.

Examinaremos la lengua por sus caras laterales, dorsal y ventral; color, tamaño, grado de escamación, grietas, úlceras. En el piso de la boca investigaremos si existe infarto ganglionar submaxilar y sublingual, así como las regiones amigdalinas y faringe.

El estado de las glándulas salivales puede notarse por la sialorrea, xerostomía, etc. La saliva puede ser de consistencia incorrecta o de olor o de aspecto peculiares si es abundante y viscosa será favorable para la retención.

La Historia Clínica en Prótesis Total Inmediata deberá de tener mayor conocimiento y detalle del estado de salud del paciente pues así sabremos si está indicado seguir ese tratamiento pues será necesario hacer extracciones de las piezas afectadas y si resistirá el postope-

ratorio. Por eso si no tiene la salud necesaria es preciso remitirlo al médico general y después ya con sus indicaciones procederemos.

Pues de ello y de la buena colaboración del paciente depende el éxito de este tipo de prótesis.

A.- EXAMEN GENERAL. Lo iniciamos con el interrogatorio de la manera siguiente:

Datos personales.—

Nombre	Edad	Ocupación
Dirección	Sexo	
Teléfono	Estado Civil	

Esto con el fin de identificación y localización.

Padecimiento actual, el paciente nos narrará la causa de su visita y sus malestares.

Estado aparente.— Edad real, edad aparente son importante porque la primera influye en los reflejos.

Observar su estado receptivo o sea su actitud mental, es muy importante para el éxito del tratamiento, puede ser Receptivo, Pasivo, Indiferente o Neurótico.

Adaptabilidad.— Si ha usado anteriormente aparatos protésicos, qué resultados ha obtenido, si han sido cómodos y le ha sido fácil adaptarse a ellos y si no, las causas de ello.

Así se conocerá psicológicamente al paciente y orgánicamente se le conocerá solicitando que manifieste generalmente.

Se pueden agregar las cucharillas o cubetas si se decide tomar los modelos de estudio en esta cita.

- 4.- La ficha deberá de estar a la mano para anotar los datos que el paciente nos vaya facilitando.
- 5.- Debe haber una buena iluminación en la región por explorar y así tener una buena visibilidad.
- 6.- Colocar una servilleta en el pecho al paciente.
- 7.- Colocar el sillón a la altura necesaria para el operador.
- 8.- El aparato de rayos X deberá de estar en óptimas condiciones para su uso en la cita.
- 9.- Y por último paso tenemos la limpieza de las manos del operador y de preferencia a vista del paciente. Pues es la mejor oportunidad para demostrar y lucir los buenos hábitos de consultorio.

Esto predispone favorablemente al paciente con el odontólogo.

Si seguimos estos pasos con precisión tendremos facilidad de elaborar una muy buena historia clínica, obtendremos datos precisos y así se dará un diagnóstico acertado; ayudará materialmente a hacer un pronóstico inteligente y por último ayudará a planear el tratamiento más adecuado para los diferentes casos.

En el futuro ésta nos puede servir como referencia si el paciente vuelve a requerir de los servicios.

Se puede elaborar una ficha que sirva como guía en la elaboración de la historia clínica. Esta reunirá todo lo que el operador necesite saber, su estado de salud mental o hábitos.

Existen circunstancias que conviene valorar por sus manifestaciones bucales como son las enfermedades degenerativas como la sífilis, leucoplasias, ciertas formas de tuberculosis y otras enfermedades

como la diabetes, y la osteitis fibrosa quística pues éstas perturbarían la estabilidad de las prótesis. Imposibilitando la construcción de la prótesis inmediata si no se tiene un tratamiento adecuado para este tipo de enfermedades. Ejemplo:

Si es hemofílico o tuberculoso está contraindicado el tratamiento de prótesis inmediata y sólo se realizara por orden del hematólogo y el neumólogo. Si el paciente presenta diabetes, deberá de estar controlado por su médico general. Si se presenta alguna afección cardiaca será atendido primeramente por el cardiólogo, que nos dará la información y nos dirá si es posible atenderlo sin problemas. Si presenta padecimientos renales el nefólogo lo atenderá y nos indicará el momento de atenderlo.

También se realizarán exámenes de laboratorio pues éstos serán nuestros asesores si se realiza una prótesis inmediata.

Estas pruebas son principalmente tiempo de coagulación, tiempo de sangrado, protrombina y glucosa.

La prueba de resistencia a analgésicos y tolerancia a los antibióticos es necesario éste antibiograma pues así sabremos que tipo de antibiótico se le puede administrar principalmente para el postoperatorio.

Se investigará si existen hábitos como bruxismo, bruxomanía o algún otro transtorno reflejo o si sufre ataques convulsivos como la epilepsia.

Se observará la respiración, ojos, complexión, contorno del cuello, piel, cabello, estado nutricional y la higiene personal que practica.

B.- EXAMEN LOCAL

Este examen debe de ser minucioso, ya que en nuestro caso nos concretamos al estudio de una parte del organismo que es la boca.

Iniciaremos con la exploración y palpación de:

a) Labios.- Con el vestíbulo de la boca, observaremos su color y aspecto se palpa y jala uno el interior para ver su estado, forma, tamaño o alguna alteración, de las mejillas y sabremos así su grado de distensión.

b) Mucosa.- Deberemos de observar a ésta su color, pigmentación si presenta, decoloraciones, hipertrofias que son generalmente signos de estados inflamatorios o patológicos así como la estomatitis leucoplásica, placas mucosas, lesiones cancerosas, etc.

Podemos reconocerlas inmediatamente y si es necesario transferir al paciente con un especialista. Si existe un estado infeccioso, se deberán tomar las precauciones posibles para seguridad propia y de los demás pacientes. Con el uso de guantes y esterilizando perfectamente todo el instrumental.

También observamos su tipo pues puede ser normal, duro, suave, fibrosa, así como su espesor.

c) Frenillos.- En éstos se observará su número, tamaño y forma para que en el momento de la construcción de la placa se liberen perfectamente y la placa no sea desalojada de su lugar. Veremos su inserción si es correcta o no. Y si es incorrecta será necesario practicar una frenilectomía (recortar los frenillos) o una Freinivectomía (recortar los frenillos que se encuentran al borde del proceso).

d) Lengua.- Este es un órgano que se encuentra moldeando la arcada mandibular. En el embrión es el primer elemento que se forma, cuando todavía no existen los dientes.

Al perderse las piezas dentarias o algunas de ellas, la lengua tiende a ocupar el espacio o sea que se expande.

Observar la relación que guarda con las demás estructuras. La lengua sirve para buscar el desarrollo de la mandíbula y colocación de los dientes.

Sus malos hábitos traen como consecuencia malposiciones dentarias así como malformaciones de labios.

Es de consistencia no muy suave se observará su textura, dorso, vientre de la lengua, su base, papilas, sus bordes laterales y si existen grietas, ulceraciones o descamaciones su causa y tratarlas.

e) Glándulas Salivales.- Veremos su tamaño pues en algunos desdentados parcial o totalmente se encuentran crecidas su consistencia, nos cercioraremos si existe o no alguna tumoración.

Tendremos muy en cuenta la consistencia de la saliva, pues si es muy espesa no servirá como adhesivo natural de la placa. Sin embargo si es fluida es un perfecto adhesivo.

f) Piso de Boca.- Veremos su color, textura, consistencia, etc. Y suelen presentarse en esta parte tumoraciones.

g) Paladar.- Primero veremos que tipo de paladar es, pues puede ser: Profundo, mediano o plano. Se estudiará la forma del raqué medio es la cresta ósea que se forma por la unión de la apófisis palatinas de los huesos maxilares, cuando éstas crestas son muy prominentes

se les da el nombre de torus. Que puede ser tan voluminoso como un chícharo pero generalmente es pequeño. Cuando es voluminosa se deberá intervenir quirúrgicamente para que éste desaparezca.

Si es pequeño se puede elaborar una zona de alivio en la placa, que consiste en poner una hoja de papel de estaño para que haya un contacto pasivo entre la zona y la placa.

También debemos localizar la posición de los agujeros palatinos anteriores y posteriores pues dan salida a los vasos sanguíneos y a los nervios, por lo tanto si existe demasiada sensibilidad se hará la zona de alivio en las placas.

En la mandíbula también llegan a parecer torus, que pueden ser del lado derecho o izquierdo y en algunas ocasiones se presenta bilateral. Generalmente se presenta entre canino y premolar pudiendo extenderse hasta el segundo premolar y puede ser uniforme o seccionado, se encuentra entre el segundo y tercer tercio de la mandíbula de abajo hacia arriba. Su tratamiento es quirúrgico si es grande.

También existen los agujeros mentonianos que se localizan en la cara vestibular de la mandíbula, cuando haya absorción ósea se pueden encontrar en el borde del proceso alveolar y se procede a elaborar una zona de alivio.

h) Dientes y Paradonto.- La exploración que se hace a los dientes debe de ser armada o sea con instrumentos, y se deben examinar uno por uno detalladamente, así como el paradonto que lo rodea. Para darnos cuenta si existe caries y en que grado, probaremos su vitalidad y verificaremos si existen depósitos de tártaro y gigivitis, bolsas paradontales, abscesos gingivales o apicales. Si existe movilidad y en que grado.

Interrogaremos el motivo por el cual perdió las piezas faltantes, si fue por caries o por traumatismo, por alguna enfermedad (Diabetes, Sífilis) o paradontitis, si fue por esta última existe mayor absorción ósea dependiendo del grado de infección que haya tenido.

› Se le preguntará la fecha en que se efectuaron las últimas extracciones.

Y antes de que la pieza o piezas sean exfoliadas de su lugar tomaremos nota de su forma, tamaño, y color pues así tendremos una relación para la prótesis inmediata.

i) Estudio Radiográfico.- Este estudio se debe llevar a cabo en todas las piezas dentarias y en las zonas desdentadas sospechosas pues será de gran ayuda y se pueden descubrir cualquier infección, lesiones patológicas no visibles o inaccesibles al tacto como quistes y tumores. Así como raíces o dientes retenidos, densidad ósea, forma y tamaño del seno maxilar, fosas nasales. Posición del canal dentario inferior, localización de los agujeros mentonianos, forma anatómica del maxilar y la mandíbula, etc.

j) Modelos de estudio.- Es muy importante la forma de este modelo o impresión anatómica pues nos servirá para conocer las formas, características y detalles anatómicos del maxilar y la mandíbula.

Los detalles anatómicos que se deben registrar en el modelo de estudio son los siguientes: En el maxilar:

- 1.- Escotadura Labial.- Producida por el frenillo labial anterior.
- 2.- Borde labial.- Producido por fondo de saco labial.
- 3.- Escotadura bucal.- Producida por el frenillo bucal.
- 4.- Borde bucal.- Producido por el fondo de saco bucal.
- 5.- Fosa incisiva.- Producida por la eminencia o papila incisiva.

- 6.- Fosa satural media.- Producido por el rafé medio o sutural.
- 7.- Eminencias Fobeolares.- Producida por las fobeolas.
- 8.- Fosa alveolar.- Producida por el proceso alveolar, en su parte posterior toma el nombre de fosa de la tuberosidad por la eminencia de la tuberosidad.
- 9.- Escotadura hamular.- Producida por el ligamento pterigomandibular.
- 10.- Línea de vibración.- Es la línea de unión entre el paladar duro y el paladar blando atrás de las eminencias fobeolares.

En la mandíbula: Partiendo de la línea media hacia atrás:

- 1.- Escotadura labial inferior.- Producida por el frenillo labial anterior.
- 2.- Borde labial inferior.- Producida por fondo de saco labial inferior.
- 3.- Escotadura bucal.- Producida por el frenillo bucal lateral.
- 4.- Borde bucal.- Producida por fondo de saco búcal.
- 5.- Fosa externa.- Producida por la eminencia de la línea oblícua externa.
- 6.- Borde masetérico.- Producido por el borde inferior del haz superficial del masetero.

Por lingual y partiendo de la línea media:

- 7.- Escotadura lingual.- Producida por el frenillo lingual.
- 8.- Borde glandular.- Producida por el surco sublingual.
- 9.- Borde milohioideo.- Producido por el surco lingual.
- 10.- Borde o aleta lingual.- Producida por la acción del palatogloso.
- 11.- Borde pterigomandibular.- Producido por el ligamento pterigomandibular.
- 12.- Fosa milohioidea.- Producida por la la línea oblícua interna.
- 13.- Fosa alveolar.- Producida por el proceso alveolar.
- 14.- Fosa retromolar.- Producida por la papila piriforme.

Los modelos de estudio sirven después para la fabricación de los portaimpresiones individuales y el articulador de diagnóstico. Es una guía para la estimación final de las relaciones intermaxilares.

Podemos observar si existen anomalías en el maxilar o mandíbula y que tipo de oclusión tiene, etc.

Ya que hemos realizado la historia clínica, hemos elaborado el estudio radiográfico y tomado el modelo de estudio, estudiaremos a fondo éstos métodos de diagnóstico. Ya que lo hemos hecho, lo plantearemos al paciente pero antes lo debemos preparar para que acepte el veredicto que vamos a formularle, así como si es necesario extraerle las piezas que le queden y que tiene que prepararse para asumir la responsabilidad de aprender a tolerar o suar la prótesis.

Se hará mayor incapié y se dará mayor número de instrucciones cuando la prótesis es inmediata. Se le explicará que la placa se apoya en tejidos vivos y de que estos tejidos pueden sufrir diversas modificaciones que afecten su adaptabilidad y el equilibrio de la prótesis por consiguiente se harán ajustes posteriores. Pero se le puede prometer al paciente que haremos un sincero esfuerzo para vencer los inconvenientes que existen y establecer un acuerdo para construir, adaptar, y reparar las prótesis por un período estipulado desde su colocación en la boca, y que fuera de eso no se le puede prometer otra cosa. Las alteraciones ulteriores deberán de ser prevenidas y compensadas con tratamientos adecuados.

El examen atento, el diagnóstico, el pronóstico, el diseño, la construcción y la adaptación nos permitirán llenar los requisitos funcionales y estéticos esenciales. Las prótesis elaboradas de esta forma presentarán servicios satisfactorios con toda seguridad por un período de tiempo largo.

Excepto en la prótesis inmediata ya que los ajustes y cambios de placa se harán conforme se vaya reabsorviendo el hueso y la placa se desajuste, ésto sucede en poco tiempo y hay necesidad de hacer los cambios necesarios o ajustes hasta que quede correcta.

CAPITULO III

PROTESIS TOTAL INMEDIATA

A.- DEFINICION DE LA PROTESIS TOTAL INMEDIATA.- Se define como la técnica que construye un aparato protésico total, previo a las extracciones de piezas remanentes, (anteriores de canino a canino) se reproducen datos del color, tamaño, colocación, articulación y características de cada caso.

B.- INDICACIONES DE LA PROTESIS TOTAL INMEDIATA

- 1.- Que la edad del paciente y su estado general permitan las intervenciones quirúrgicas necesarias.
- 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 aceptar con todo su contenido implícito.
- 4.- Por haber mayor adaptación del paciente al aparato, sirve de ferula en el área operada (extracciones).

En una sola sección se eliminan los dientes remanentes y se coloca la prótesis dando al paciente la seguridad de haber pedido solo por instante los dientes; ya que se va con los protésicos, el dolor y la hemorragia son controlados (se tiene que observar al otro día al paciente).

C.- CONTRAINDICACIONES DE LA PROTESIS TOTAL INMEDIATA

Las contraindicaciones son en personas que se encuentran incapacitadas Psíquica y Físicamente para recibir el servicio y así mismo

aportar responsabilidad como corresponde categóricamente no debe efectuarse en personas hemofílicas, diabéticas, sifilíticas con lesiones en cavidad bucal, también en individuos con discracias sanguíneas o deficiencias nutritivas. En general a todos aquellos que presenten manifestaciones patológicas alterando las estructuras anatómicas orales.

D.- VENTAJAS DE LA PROTESIS INMEDIATA

Las podemos clasificar en: 1.- Anatómicas, 2.- Funcionales, 3.- Estéticas, 4.- Psíquicas, 5.- Mecánicas, 6.- Fisiológicas (quirúrgicas).

1.- Anatómicas

- a) Impide la pérdida inmediata de la altura.
- b) Evita traumatismos a las articulaciones mandibulares.
- c) Impide el ensanchamiento lingual.
- d) Impide el colapso facial y hundimiento de mejillas.

2.- Funcionales

- a) Permite a la musculatura afectada seguir funcionando en sus posiciones normales.
- b) Evita la mayor parte de los trastornos y reajustes fonéticos del desdentamiento.
- c) Facilita la masticación rápidamente.

3.- Estéticas

- a) Impide el colapso facial consecuencia de las pérdidas y transformaciones anatómicas.
- b) Permite introducir mejoras realmente considerables como son: Reproducción fiel y exacta de los rasgos fisonómicos del paciente y características faciales que dependen de la relación craneana con la posición de los dientes.
- c) Permite si es necesario variar la distancia nasomentoniana "dimensión vertical".

d) Permite conservar atributos de forma, tamaño, color. Posición particular de cada diente.

4.- Psíquicas

- a) Elimina la humillación y el complejo que sufre el paciente al presentarse sin dientes favoreciendo en esta forma la continuación de sus actividades en la vida de relación; creando en él la necesidad o por vanidad no retirara las prótesis de su boca.
- b) Facilita el aprendizaje y reduce los trastornos del acostumbramiento creando una habilidad favorable para cuando tengamos que construir prótesis posteriores.
- c) Apresura la decisión de suprimir dientes que estando en malas condiciones pueden constituir un serio peligro para la salud.

5.- Mecánicas

- a) Limita la reducción en exceso de la zona de sustención de la prótesis ayudando a solucionar problemas de carácter técnico en la colocación de dientes artificiales.
- b) Favorece la fonación.
- c) Favorece la estabilización, de la prótesis.

E.- DESVENTAJAS DE LA PROTESIS INMEDIATA

Existen ciertas desventajas que debemos señalar al paciente.

- 1.- Un trabajo adicional.- Tanto en la clínica como en el laboratorio se requieren más detalles y diferentes procedimientos que se añaden a los habituales de la construcción de las dentaduras ordinarias.
- 2.- Costo adicional.- Además de necesitarse más tiempo en su construcción los gastos de los materiales a utilizar también son cuantiosos.
- 3.- No hay pruebas.- Al tener aún sus dientes naturales en la boca, no tenemos la certeza de como se verán las nuevas prótesis en la boca.

- 4.- Menor ajuste del asiento.- Las bases no se fijan a los tejidos con tanta exactitud, especialmente en las áreas donde se han extraído los dientes.
- 5.- Pérdida 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 dentaduras construidas sobre impresiones de unos tejidos ya curados y estabilizados.

F.- TOMA DE IMPRESIONES

Las impresiones en prótesis total es la huella que dejan los procesos en un material que al ser utilizado tenía menor consistencia que la región anatómica por impresionar.

Cuando se toman las impresiones debemos de tener en cuenta los siguientes conocimientos:

- 1.- Debemos de conocer la región anatómica por impresionar ya que la impresión será la base de la prótesis total.
- 2.- Los requisitos que debe de llenar una impresión, que es el paso técnico clínico en la construcción de una prótesis son: Extensión correcta, Adaptación exacta y Equilibrio en la presión.
- 3.- Conocimiento de los materiales que se van a utilizar.

Las impresiones se dividen en anatómicas o estáticas que es el modelo de estudio y en fisiológicas o funcionales en las que se construirá la prótesis llamada modelo de trabajo.

a) MATERIALES QUE SE USAN EN LA TOMA DE IMPRESIONES

Los materiales que se usan en la toma de impresiones deberán reunir varios requisitos como son:

Plasticidad, contracción mínima, facilidad para la reproducción de detalles anatómicos y tener un color y sabor agradable para que sea tolerado por el paciente.

En las impresiones anatómicas son de rigor los materiales elásticos como el alginato o silicón.

Y en las impresiones fisiológicas se usarán generalmente los astómeros que son hules.

Se puede asegurar que cualquier material usado correctamente o sea que se aplique en la cantidad exacta, se espatula correctamente y se deja en la cavidad bucal el tiempo necesario para su fraguado tendrá éxito en la toma de impresiones.

b) SELECCION DE PORTAIMPRESIONES

Para la obtención de una buena impresión, es esencial una portaimpresión adecuado al caso.

Portaimpresión comercial.- Este sirve únicamente para la toma de la impresión anatómica, debe de ser delgado rígido, con mango ancho, de fondo plano por las piezas que presenta el proceso y de bordes largos.

Debe de estar elaborado con una aleación de aluminio porque de esta manera será más fácil su adaptación y si es necesario recortarse porque la altura del proceso lo requiere se hará con facilidad y no lastimará la mucosa bucal.

Se puede recortar con tijeras o pinzas, ya recortado se lima o lija para quitar las asperezas y no lastimar la boca del paciente.

Ya recortado y adaptado se procede a probarlo en la boca del paciente y se observa si tiene la extensión correcta tanto el portaimpresiones superior como inferior.

El portaimpresiones superior debe de tener la extensión correcta en palatino, hasta el paladar blando. Y los flancos vestibulares deben de cubrir los rebordes sobrepasándolos más de cinco milímetros.

El portaimpresiones inferior debe de tener los bordes o flancos linguales extensos y profundos para sobrepasar la línea oblícuca externa y llegar a la escotadura pterigomandibular.

Estando ya correctos los portaimpresiones se procede a tomar la impresión anatómica.

c) TOMA DE IMPRESION ANATOMICA O ESTATICA

Es la que se obtiene sin tomar en cuenta la actividad muscular de acuerdo con el aparato protésico por construir.

Estas impresiones se toman por lo general con alginato, que es de fácil manejo, es rápido en su técnica y repeticiones, es bien tolerado por el paciente, se obtienen excelentes impresiones y de gran fidelidad.

El portaimpresiones debe ser adecuado en forma y extensión porque si es demasiado pequeño el borde de la impresión quedará sin el soporte del portaimpresiones y la impresión puede resultar infiel debido a la flexibilidad del material de impresión bajo la presión del yeso en el acto de vaciado del modelo.

La impresión debe de cubrir la totalidad del maxilar y de la mandíbula hasta los límites protéticos. Los dientes y sovocados retentivos deben de estar fielmente reproducidos.

Esta impresión estática nos servirá.

- 1.- Como modelo para probar la sensibilidad del paciente y su tolerancia.
- 2.- Para tener mejor conocimiento de la topografía del maxilar y la mandíbula.
- 3.- Para el estudio de las relaciones intermaxilares y ciertas características relacionadas con la estática facial del paciente.
- 4.- Para la confección de los portaimpresiones individuales.
- 5.- También permiten dar resultados definidos y facilitan el desarrollo del juicio crítico.

d) PRINCIPIOS DEL DR. WILSON

Todo prostodonista, debe tener muy en cuenta los principios del Dr. Wilson, para poder tener éxito en su trabajo, dichos principios dicen:

- 1.- La impresión es la base sobre la cual va a constituirse el aparato dento-protético y el éxito depende de ella de una manera principal.
- 2.- Una buena impresión se obtiene solamente cuando se ha estudiado con detenimiento la boca y se ha hecho, por decirlo así un esquema definido de la manera de proceder.
- 3.- La primera cosa esencial para una buena impresión, es un portaimpresión adecuado.
- 4.- La retención de un aparato dento-protético está en relación directa con la superficie plana por cubrir.
- 5.- La base de un aparato dento-protético debe extenderse en todas direcciones, tan lejos como las inserciones musculares lo permitan.
- 6.- La periferia de una dentadura, debe hacer comprensión adecuada sobre los tejidos blandos, con el objeto de formar la cámara sellada.

- 7.- En ningún caso la periferia de un aparato debe tropezar con una inserción muscular.
- 8.- El borde palatino posterior, es el punto vital de la placa superior.
- 9.- Una área tan grande como sea posible, deberá cubrirse por la placa palatina.
- 10.- Deberá existir contacto completo en toda la superficie del aparato dento-protético.
- 11.- Los tejidos blandos son los que determinan la variedad en las impresiones finales.
- 12.- No deberá hacerse presión exagerada sobre los tejidos ya sean duros o blandos.
- 13.- Nunca deberá usarse cámara de vacío.
- 14.- Raspar el modelo o positivo en algún punto para obtener un aumento en la retención no está indicada nunca.
- 15.- Todos los materiales de impresión, tienen positivo valor cuando son inteligente y cuidadosamente usados.
- 16.- Ningún material de impresión, tiene un defecto capital todo depende muchas veces de la dificultad de actuar sobre los tejidos comprensible.

c) MODELOS DE ESTUDIO EN YESO

Después de retiradas las cucharillas de impresión se observará que sea fiel la copia de todas las zonas de trabajo; se procederá a mojarlas y retirarlas la mucosidad que presenten y se vaciará con yeso piedra en las proporciones correctas de yeso y agua, debidamente espatulado y bajo y vibración mecánica. Esperando el fraguado del yeso que será de 45 minutos a una hora, para poder retirar el modelo de la impresión.

El modelo inferior se deberá vaciar con zocalo o base de un grosor adecuado para evitar cualquier tipo de fractura.

Separando los modelos de las impresiones se procede a recortarlos en forma conveniente.

Es conveniente tener un duplicado de éstos modelos que nos servirá como registro permanente de las formas de los dientes y de los procesos tal como eran antes de construir la prótesis.

Para tener estos duplicados se dejan secar los modelos y se les aplica una capa de laca para conservarlos limpios y bien presentados.

Así más tarde se podrán comparar estos duplicados con los resultados logrados en la nueva restauración.

Al dentista le puede servir también por si necesita copiar la forma, tamaño y disposición de los dientes exactamente.

f) ELABORACION DE PORTAIMPRESIONES INDIVIDUAL

Los portaimpresiones individuales son aquellos que se construyen sobre el modelo de estudio debiendo tener una limitación precisa. Se deben de dejar uno o dos milímetros más o menos para que tenga cavidad el material de impresión debiendo tener buena adaptación, rigidez suficiente, forma inalterable frente a cambios de temperatura, resistencia máxima para poder tomar la impresión fisiológica sin riesgo a que se fracture o deforme.

Este se puede elaborar con placa o de acrílico autopolimerizable o termopolimerizable, éstos últimos son los más recomendados.

Ya teniendo hecho el portaimpresiones individual se le agrega un mango proporcionado para poder colocarlo y retirarlo de la boca del paciente con facilidad, se procede a probarlo para ver si cumple los requisitos requeridos, como la propiedad de soporte, adaptación a los

procesos, se comprueba su extensión, que debe ser hasta el límite de flexión de los tejidos para dejar una amplia libertad de movimiento de las inserciones que será unos dos milímetros atrás de las fobeolas o donde se marque la zona de vibración del paladar blando cuando el paciente diga la letra A.

Si hemos comprobado que el portaimpresiones individual es correcto, se prosigue a tomar la rectificación de bordes con modelina de baja fusión, haciendo los movimientos indicados para la rectificación de cada músculo y para marcar los frenillos.

Haciendo la rectificación de bordes se procederá a tomar la impresión fisiológica.

g) TOMA DE IMPRESION FISIOLOGICA O FUNCIONAL

La impresión fisiológica es aquella que aparte de reproducir fielmente la región anatómica por impresionar permite la actividad muscular y los movimientos fisiológicos de la cavidad bucal. Debe de cubrir el área de soporte del maxilar y la mandíbula, tener un contorno correcto y toda la base de sustentación deberá de tener contacto firme y uniforme con los tejidos de soporte y estructuras subadyacentes para evitar molestias, lesiones traumáticas o desplazamientos en los movimientos de la mandíbula durante el acto de la masticación, deglución, fonación, movimientos faciales, etc. Cuando la prótesis éste ya construida.

Esta impresión se toma cuando ya está hecha la rectificación de bordes. Se debe de tener muy en cuenta la dirección de los dientes y de las retenciones al momento de separar el modelo de yeso de la impresión.

La impresión fisiológica se puede tomar también con alginato pero lo más recomendable es tomarla con elastómeros pues permiten una cubeta o portaimpresiones ajustado.

Y tiene la ventaja de dar impresiones bien delimitadas y fieles en portaimpresiones individuales ajustados a la mucosa y portaimpresiones amplios en la parte dentada, permitiendo rectificación si hubiera fallas en la impresión, la rectificación se hará cuantas veces sea necesario hasta que quede perfecta pues de está saldrá el modelo definitivo en el cual se fabricara la prótesis.

h) VACIADO DE LOS MODELOS DEFINITIVOS

Con las impresiones fisiológicas previamente encajonadas procederemos a obtener los modelos definitivos, haciendo el baseado con yeso piedra en las proporciones correctas de agua yeso, bajo un buen espatulado vaciamos el yeso en la impresión vibrándolo bien, se comienza a depositar una pequeña cantidad en un ángulo de la impresión y se vibra de tal manera que corra por toda la superficie, se añade más hasta que queden completamente llenos todos los huesos correspondientes a los dientes.

Más tarde se vacían los modelos para hacer las bases y se invierten sobre ellas las impresiones procurando conseguir unos modelos de la superficie, amplitud y grosor adecuado para las impresiones del enfrascado sin peligro de fracturas.

Esperamos el fraguado del yeso que será entre 45 minutos a una hora antes de que separemos los modelos de la impresión.

Cuando hemos separado el modelo se procede a recortar cuidadosamente los excesos y alisar los lados esto se puede hacer con los dedos húmedos, labramos unas ranuras en las bases, de aproximadamente 5 mm de ancho por 3 de profundidad que nos servirá del yeso al montarlo en el articulador.

i) COLOCACION DE RODILLOS PARA TOMA DE ALTURA

Para que la distancia a tomar sea correcta de la altura que llevara

la articulación en los rodillos de cera, se seguirán los siguientes pasos:

- 1.- Se pedirá al paciente que se coloque la mandíbula en posición de reposo con una abertura en la cual no este muy cerrada en relación, al plano de camper.
- 2.- Se procederá a medir la distancia que hay en esa posición de la terminal externa del ojo hacia la comisura del labio del mismo lado.
- 3.- Esa distancia o medida deberá ser igual desde la base de la nariz a la punta de la barba ya con los rodillos colocados.

j) FABRICACION DE RODILLOS PARA TOMA DE ALTURA

- 1.- Se recortará la base de graff librando frenillos, procurando que los bordes de los mismos lleguen a 2 mm de sepración del fondo de saco, limitando en superior, posteriormente por delante de faviolas y por detrás del surco hamular y en inferior, posteriormente hacia espacio retromolar.
- 2.- Se fabrican rodillos de cera a una altura aproximada de 1 a 1/2 cms. de ancho el cual estará centrado sobre la zona de trabajo y perfectamente horizontal plano de fox y se enfria para introducir la cera y base.
- 3.- Con el paciente preparado y colocado el rodillo inferior se procede a elaborar el rodillo de cera superior, semejante al inferior o un poco más alto, según circunstancias de altura por tomar manejando lo más rápido posible la cera.
- 4.- Se lleva el rodillo superior a la boca del paciente y se le indica que vaya cerrando poco a poco teniendo en correcta posición la relación céntrica y nuestra dimensión vertical cuanto tengamos la medida exacta, que vamos a trazar en una tira de cartón que va de la colita del ojo a la comisura del labio la cual debe ser igual de la base de la nariz a la punta de la barba. Ya introducido el rodillo superior previamente blando le pediremos al paciente que toque nada más cera con cera sin oprimir se trasladará a la medida antes

tomada a la base de la nariz y si no es correcta a la punta de la barba se pedirá al paciente que ocluya hasta lograrla a partir de entonces se procederá a marcar nuestra línea media, línea de la sonrisa y distancia de los caninos se toma introduciendo la espátula de elektrón sobre la terminal de las comisuras estando la boca en reposo, por último se rectificará el color de los dientes.

- 5.- Ya teniendo los modelos de trabajo y los registros que fueron hechos, procederemos a colocarlo en el articulador.

k) MONTAJE EN EL ARTICULADOR

La varilla incisal se fija en posición neutra se asientan los dientes en las huellas dejadas en la cera de relación céntrica y de este modo se hace el montaje. Para montar los dientes anteriores se toma un trozo de modelina o cera y se dispone firmemente sobre el modelo inferior y se eleva contra los dientes del modelo superior en su borde incisal de modo que dejen marcada la huella.

l) MONTAJE DE LOS DIENTES

Cuando el montaje de los dientes se hace individualmente se corta uno de los incisivos centrales superiores del modelo y se reemplaza por el diente artificial correspondiente ya preparado. Se talla el asiento cuando sea necesario para dejar intacto lo más posible el proceso alveolar. El montaje de los incisivos laterales y caninos se hace del mismo modo.

Si es necesario hacer modificaciones sobre la línea media o modificaciones generales, se cortan todos los dientes de un solo lado y se deja al otro intacto como guía.

No se puede tocar ni recortar nada sobre aquellas regiones del modelo correspondiente a la región posterior donde ya ha sido cicatrizado el proceso residual.

Se preparan y se montan los bicuspides de cada lado utilizando dientes de resina. En el caso de tener abajo dientes naturales que han de durar poco se montan los superiores en relación con la futura dentadura inferior que colocaremos para la cual disponemos de éstos ya en buena oclusión. Las superficies oclusales deberán estar sin ninguna especie de cúspides o proyecciones que pudieran obstaculizar las oclusiones excéntricas.

m) ARTICULACION DE LAS PIEZAS ANTERIORES SUPERIORES

Fijamos primero los incisivos centrales superiores, tomando en cuenta la estética, la posición y forma del arco alveolar.

Los centrales deben alinearse considerándolos como una sola pieza y simétricamente a la línea media.

Retiramos un fragmento de cera del rodillo y colocamos la pieza, quedando el borde incisal al ras con la superficie recortada del plano de relación del rodillo inferior; visto de frente, el eje longitudinal del diente presenta un angulación de 88 grados a 87 grados con la línea media, visto del lado, que el cuello se incline ligeramente hacia atrás, es decir, hacia palatino con una inclinación de 87 grados a 80 grados; visto de arriba, que el ángulo distoincisal siga la curvatura señalada y fijarlo reblandeciendo la cera con la espátula caliente, se procede a fijar el otro central considerando los mismos principios.

Después continuamos con el incisivo lateral y el canino de un lado.

El lateral que quede $3/4$ de mm. arriba del plano de relación, visto de frente en eje longitudinal se inclina más hacia distal de 87 grados a 85 grados, visto del lado el cuello queda unos 2 mm. Más hacia atrás que en el central, es decir de 85 grados a 75 grados, visto de arriba, que continúe la curvatura señalada.

La alineación del canino debe hacerse con especial cuidado, ya que influye en la colocación de las piezas posteriores, su cúspide debe tocar el plano de relación; visto de frente su eje longitudinal tiene una inclinación media entre el central y el lateral, aproximadamente de 86 grados a 84 ó 82 grados, visto del lado que el cuello quede a la altura del borde frontal del rodillo, casi perpendicular al plano, como 84 grados, visto de arriba que continúe la curvatura señalada, fijados convenientemente en la cera se procede de igual forma con los del lado opuesto.

En la zona del canino se forma una marcada curvatura que casi impide la visibilidad de su cara distal vista de frente.

En ocasiones el canino superior tiene muy pronunciado los bordes mesial y distal de su tuberculo por lo que es conveniente proceder a desgastarlos y retocarlos previamente con piedras montadas de carburo para evitar escalonamientos y serios obstáculos para su articulación balanceada, ya que durante los movimientos de lateralidad las vertientes distales de las cúspides de los caninos inferiores se relacionan con las mesiales superiores, para evitar el desplazamiento y evitar el contacto prematuro a ese nivel conviene desgastar la vertiente mesial.

n) COLOCACION DE LAS PIEZAS SUPERIORES POSTERIORES

Obtenidos correctamente los factores enunciados, procedemos a la colocación de las piezas superiores posteriores, fijando el articulador de las piezas superiores posteriores, fijando el articulador en relación céntrica y cerrando las tuercas para evitar movimientos.

El primer premolar superior se coloca en posición reblandeciendo previamente un fragmento de cera de tal manera que el surco central de desarrollo quede arriba y sobre el borde externo del rodillo inferior; trazamos una línea sobre la superficie oclusal del premolar, desde

el vértice del tubérculo bucal al vértice del tubérculo palatino de tal manera que éstos queden paralelos a las trayectorias transversales marcadas sobre la superficie oclusal del rodillo superior y que prolongamos a la placa base, y el borde de la cúspide distal que es la vertiente de protrusión, paralela al trazo de protrusión trazada sobre la cera de rodillo inferior, es decir, siguiendo la misma inclinación.

El segundo premolar se coloca exactamente en la misma forma siguiendo el ángulo distal del primer premolar, coincidiendo en altura también en el plano oclusal.

Continuamos recortando segmentos del rodillo superior para colocar la primera y segunda molar; reblandeciendo con la espátula caliente la cera del sitio donde vamos a colocarlos, siguiendo los lineamientos establecidos.

Otra indicación importante es colocar el primer molar superior a la altura de la raíz descendente de la apófisis piramidal del hueso maxilar, que se toma como apoyo para la oclusión. La segunda molar superior se coloca en la misma forma que se colocó la primera, con su ángulo mesial a la altura del ángulo distal de ésta, en ésta forma los dos molares quedan un poco más arriba del plano de relación del rodillo inferior, desarrollándose la curva de compensación correcta para cada caso individual.

Además los tubérculos mesiales de los dos molares quedan en el sentido de las trayectorias transversales y paralelas entre sí. Las piezas superiores posteriores del lado opuesto se colocan en la forma descrita anteriormente.

ñ) ARTICULACION DE LAS PIEZAS POSTERIORES INFERIORES

Su orden de alineamiento lo iniciamos con el primer molar inferior, reblandecemos la cera correspondiente del rodillo inferior con una

espátula caliente en el sitio en donde ajustaremos la primera molar, de tal manera que el tubérculo disto-bucal éste centrada en los tubérculos bucales del primer molar superior, después colocamos el primer molar inferior del lado opuesto.

Continuamos con la colocación del segundo y primer molar inferior en relación funcional con el segundo y primer molar superior, visto sagitalmente, sus tubérculos bucales se proyectan en el vértice de los ángulos mesio-distales de premolares y canino superior. Terminamos la articulación de las piezas posteriores inferiores colocando el segundo molar inferior en posición con el segundo molar superior, es decir, con el tubérculo disto-bucal centrada entre los tubérculos bucales del segundo molar superior. En forma similar, articulamos las piezas del lado opuesto.

Todas éstas piezas artificiales posteriores, deben entrar en contacto correcto en oclusión céntrica y deslizarse sin interferencias de las cúspides en los movimientos de protrusión y de lateralidad al terminar las posiciones de trabajo y equilibrio.

En el movimiento de protrusión, existe un contacto correcto entre las vertientes de protrusión superiores e inferiores.

En la posición de equilibrio, los tubérculos palatinos de los molares superiores entran en contacto correcto con las piezas inferiores.

En la posición de trabajo, los tubérculos superiores se deslizan sin interferencias entre las cúspides.

Siguiendo correctamente ésta técnica, obtendremos una articulación funcional equilibrada y sujeta posteriormente a mínimas correcciones.

o) ARTICULACION DE LAS PIEZAS ANTERIORES INFERIORES

Estas deben colocarse en armonía con las piezas anteriores superiores, con sus cuellos directamente sobre el reborde alveolar y con ciertas inclinaciones en sus ejes longitudinales. Empezamos por los incisivos centrales, después el lateral y canino de un lado y terminamos con los del lado opuesto.

Hacemos que los centrales toquen el plano de oclusión; visto de frente, el eje longitudinal es perpendicular al plano de oclusión; visto del lado, el cuello queda hacia adentro, es decir, hacia lingual; visto de arriba, la cara mesial en contacto con las líneas media y la cara distal siguiendo la curvatura señalada.

El borde incisal del lateral también toca el plano de oclusión, visto de frente, el eje longitudinal ligeramente inclinado hacia distal; visto del lado, que quede perpendicular al plano de oclusión y visto de arriba, siguiendo la curvatura señalada.

La cúspide del canino toca el plano de oclusión, visto de frente, el eje longitudinal con una marcada inclinación hacia distal, visto del lado, el cuello proyectándose hacia adelante; visto de arriba, siguiendo la curvatura señalada.

Al igual que en el caso superior debemos de tomar en cuenta la línea de las piezas posteriores y retocar los bordes mesial y distal del tubérculo del canino inferior cuando ésta sea muy pronunciado.

En la posición de trabajo, el central, el lateral y el canino del lado de trabajo, deberán hacer contacto con los bordes incisales de los dientes superiores.

En una posición protrusiva, los bordes incisales de las piezas anteriores deberán entrar también en contacto.

p) IMPORTANCIA DE LA GUIA QUIRURGICA

La guía quirúrgica es conveniente construirla cuando se realiza la prótesis total inmediata.

Esta guía quirúrgica se construye en un duplicado del modelo de trabajo, con una hojas de cera se modela hasta que su extensión sea la correcta, se procede al enfrascado, al desencerado, al empacado, etc.

La guía quirúrgica transparente es importante porque es el único medio de comprobar la cantidad de hueso que deberá quitarse y así se ahorrarán muchos problemas a la hora de la colocación de la prótesis. Esta guía transparente permite ver los puntos altos marcados por zonas izquémicas y que pueden impedir que la prótesis llegue a su lugar y se puede recortar hasta donde sea necesario teniendo cuidado de no pasar el límite pues se desajustaría la placa.

Se prueba cuantas veces sea necesaria hasta que no quede ningún sobrante o esquirla de hueso en el proceso, este proceso deberá ser exactamente igual al modelo de trabajo preparado para la fabricación de la prótesis y sobre un duplicado del cual se elaboró la guía quirúrgica, que es una inapreciable ayuda para el operador.

q) ENCERADO DE LA DENTADURA

Se asientan tiras de cera en los flancos para dar el grosor necesario a las placas; tanto para construir la eminencia canina como para rellenar las bolsas bucales cuando está indicado para ello se recorta una tira de cera rosa que ablandada se pega contra el modelo; estando blanda todavía se recorta el exceso sobre los dientes, para cubrir el paladar, se corta una hoja de cera del adecuado grosor y extensión, se calienta bien y presionamos contra el modelo y contra los dientes, especialmente sobre la zona posterior de los incisivos y sobre la zona de las arrugas palatinas para que dejen marcadas bien sus irregularidades.

Comprobación ante el paciente. Se muestran al paciente los modelos duplicados sostenidos en oclusión y la restauración montada en el articulador.

r) ENFRASCADO

Antes de empezar a enfrascar se deben de engrasar toda la parte interna del frasco así como la tapa.

- 1.- Se recorta el modelo para podernos centrar lo más posible, con el objeto de formar una pared de yeso, entre frasco y dientes anteriores para evitar romperlos.
- 2.- Se bate el yeso en forma cremosa y se rasa la tapa inferior del frasco, el modelo previamente mojado se coloca centrándolo y cubriendo el yeso del frasco hasta los bordes de cera de la placa, después de fraguado el yeso vamos a colocar separador que puede ser agua de jabón detergente o separador comercial únicamente al yeso.
- 3.- Se coloca la segunda parte del frasco y se llenan de yeso también en forma cremosa, vibrandolo cuidadosamente a que cubra toda la placa sin dejar burbujas colocando un poco de excedente del yeso para ser presión con la tapa del frasco llevandolo posteriormente a prensarlo sin hacer mucha presión.

s) DESENCERADO

Se calentará agua en un recipiente y se meterá el frasco con toda y prensa y a partir de que empieza a hervir el agua se contarán 5 minutos para sacarlo, se habrá el frasco ayudandonos con un trapo o un cuchillo o espátula de yeso por la parte de la muesca y se procederá a lavar primero con el agua caliente la tapa inferior del frasco (donde ésta el modelo de nuestro paciente) una vez lavado se procederá a colocar separado (color gard). Enseguida se lavará la tapa superior, cuidando de no impulsar con fuerza el chorro del agua caliente para evitar desprendimiento de las piezas, enseguida aún caliente el frasco se

pondrá el separador en toda la parte del yeso cuidando de no llegar a los dientes.

t) EMPACADO

Se prepara la porción de acrílico tratando de que no quede reseca y se tapa el frasco una vez en consistencia de chicle se va a masar con las manos perfectamente limpias para colocarlo en el frasco hasta el ras de nuestro hueco, colocándole posteriormente encima un papel celofán remojado dulce, se colocará enseguida la contra del frasco haciendo la mayor presión posible, inmediatamente se llevará a la prensa y se empezará prensándolo por la parte de los dientes anteriores para terminar con el prensado definitivo en el centro del frasco.

El siguiente paso será abrir el frasco para recortar el excedente de acrílico y enseguida colocaremos nuevamente separador en todo el contrafrasco se cerrará el frasco prensándolo a toda la fuerza posible metiéndolo en baño maría durante 15 minutos, al cabo de los cuales con todo y prensa se pasarán a enfriar de 15 a 20 minutos en agua fría.

u) TERMINADO DE PLACAS

El primer paso es limitar la placa con disco de piedra en el motor de baja velocidad, librando frenillos y respetando el posdam.

Segundo paso.- Se encargarán de dar el grosor de 3 a 5 mm. si es posible tanto en vestibular como en palatino salvo dado caso adelgarse más cuando sea necesario (por lagio grueso, por procesos abultados).

Tercer paso.- Se usará el fresón de piedra para emparejar paladar exclusivamente y el fresón de flama para adelgazar y festonear la placa.

Cuarto paso.- Para sacar el cuello de las piezas se usará una fresa cilíndrica recorriéndola de distal a mesial, empezando por el segundo molar ya sea superior o inferior, el corte debe llegar hasta porción cervical. Por último procederemos a darle una lijada para emparejarla con lija de agua o en su defecto una cegueta afilada después de eso con una punta afilada se quitará el excedente de acrílico entre los dientes.

v) PULIDO DE PLACAS

En la tolvá se prepara una mezcla de tierra pomes y agua, se colocará en el sinfín una rueda de manta con la cual estarán quitándole asperesas enseguida que se alizarón cambiamos la rueda de manta por el cepillo de cerdas y se repetirá la misma operación tratando de pulir perfectamente los surcos de los festones y también los cuellos de las piezas (si son piezas de acrílico tratar de no rebajarlas tanto, con la rueda de manta ni con el cepillo).

Para abrillantar las placas se usará una rueda de manta la cual impregnaremos con la pasta rojo inglés, por último le daremos una pasada con blanco de españa.

w) REAJUSTES

Cuando el paciente vuelve, antes de quitarle la dentadura se le pide que muerda un papel de articular; tiene interés que el paciente catañee los dientes ligeramente para apreciar si ambos lados hacen contacto a la par.

Retiramos la dentadura con todo cuidado y procederemos a examinar los tejidos comprobando si hay irritación; si la hubiera en alguna zona, se alivia, la correspondiente de la dentadura mediante una fresa. Se retiran las suturas si está indicado y se cita al paciente hasta otros dos días más tarde se le advierte que regrese pronto, se aprecia molestias. Si no existen problemas de ninguna índole la dentadura debe revisarse dos o tres semanas después de retirar las suturas se debe advertir al paciente que evite lavados de boca con sustancias anti-sépticas mientras los tejidos se están todavía cicatrizando.

Más tarde esta dentadura debe remodelarse o reajustarse:

CAPITULO IV

CIRUJIA DE LA PROTESIS TOTAL INMEDIATA

Teniendo ya elaborada la placa y la guía quirúrgica se procede a seguir con la intervención quirúrgica que como toda intervención cuenta con un preoperatorio, la intervención propiamente dicha y su postoperatorio.

A.- PREOPERATORIO

Para cualquier clase de intervención se requiere de una preparación previa incluyendo a la Cirugía Bucal, ésto quiere decir que se debe poner al paciente en óptimas condiciones de salud para que soporte la intervención y sea exitosa y sin complicaciones.

Si el paciente presenta alguna perturbación en su salud por afecciones generales o por complicaciones de su enfermedad bucal será primeramente tratada por su médico general, para poner en condiciones de ser intervenido.

Como medida general preparatoria tenemos la antibioticoterapia que será una medida preventiva para cualquier tipo de infección que se pudiera presentar.

Aunque si el paciente tiene problemas hemorrágicos y ha tenido otro tipo de intervención el mismo no los dirá cuando hagamos el interrogatorio en la Historia Clínica por lo tanto profundizaremos un poco más en este punto y si es necesario se recurrirá a la terapia general por medio de transfusiones sanguíneas.

No obstante teniendo conocimiento de lo que nos ha comunicado el paciente se llevarán a cabo los exámenes de orina que nos verificará

si los elementos son normales o anormales, tales como la albúmina, glucosa y la acetona que de ser anormales necesitaran tratamiento previo.

Las medidas locales para realizar la intervención serán:

- 1.- La cavidad bucal deberá de estar en óptimas condiciones de limpieza, si existe tartaro dentario se eliminará.

Si existen afecciones en las partes blandas como gingivitis o estomatitis primero se curarán y luego se procederá a intervenir.

Ya estando totalmente contraindicada cualquier intervención si existen lesiones tuberculosas o sifilíticas en la cavidad bucal.

Aún siendo normal el estado de la cavidad bucal se procederá a lavarla con soluciones de agua oxigenada o solución jabonosa (en atomizador) que se prepara diluyendo jabón líquido y agua oxigenada en un volumen diez veces mayor el agua.

Se lavarán muy bien los espacios interdentarios, las papilas interdentarias y los capuchones de los terceros molares si existen.

Si seguimos estas medidas anticépticas la cavidad bucal entra en condiciones óptimas de limpieza para intervenir en ella y así se disminuirá el porcentaje de complicaciones posoperatorias.

B.- TIEMPOS QUIRURGICOS

La prostodoncia inmediata puede ser tanto en el maxilar como en la mandíbula y no tiene un número de piezas mínimas o máximas que se deba respetar, aunque lo más indicado sería como lo indican otros autores diciendo que se deben de extraer primero las piezas posteriores hasta el segundo premolar y días después se hará la prótesis

inmediata de las piezas anteriores y de los primeros premolares, estos últimos nos darán la dimensión vertical y evitará que se pierda al hacer las extracciones de las piezas posteriores.

a) Anestesia.

Después de que la prótesis se ha elaborado correctamente según la técnica acostumbrada, y se tiene también la guía quirúrgica de acrílico transparente que nos servirá para moderlar quirúrgicamente los procesos, se procederá a colocar al paciente en el lugar donde se llevará a cabo la intervención, se le pondrá cómodo para administrarle el anestésico.

La anestesia podrá ser general o local.

Con la anestesia general el paciente será entubado y por lo tanto el Odontólogo no podrá hacer algunas comprobaciones necesarias en ese momento, ni el paciente podrá hacer movimientos por estar inconsciente y no podrá probar la prótesis sino hasta que vuelva de la anestesia.

Con la anestesia local se tiene la ventaja de poder hacer inmediatamente la comprobación de la prótesis colocada por medio de movimientos. En esta comprobación se verá si su retención es correcta así como la dimensión vertical, su relación céntrica y su oclusión en general aunque los movimientos serán torpes por la anestesia marcarán las fallas.

Si es necesario efectuar correcciones se harán inmediatamente.

Si anestesiarnos localmente se procurará que sea lo más lejos de la zona por intervenir (dos anestésias infraorbitarias sería lo ideal *Revista Odontológica* 1942) con el objeto de no edematizar la zona, pues ésta aumentada de tamaño y la prótesis no se adaptará correctamente.

Y después que ha pasado el efecto de la anestesia en la zona donde hace presión la prótesis presentará molestias muy dolorosas.

No obstante si se interviene con anestesia general se coloca anestesia local en la parte bucal de los dientes por intervenir con fines hemostáticos y así mismo para que la primera sensación de la prótesis colocada no sea dolorosa.

b) Incisión

Anestesiado el paciente se procederá a hacer la incisión procurando hacerla de un solo trazo.

Esta se efectuará desde el surco vestibular hasta la papila distal de la última pieza por intervenir, seccionando las papilas interdentarias y desprendiendo del cuello de los dientes el tejido gingival que se encuentra adherido. Se hace ésto primero para poder realizar una pequeña incisión en distal del último por intervenir para preparar el colgajo.

c) Levantamiento del colgajo

El colgajo deberá de ser mínimo y llegar sólo a la altura donde será recortado el hueso. Pues si se despega demasiado el periostio ocasionará la formación de tejido cicatrizal a lo largo del borde y la inflamación sobrevendrá inmediatamente y con la formación de coágulo posiblemente.

Evitando ésto la prótesis descansará el tejido normal y se evitarán dificultades.

El levantamiento de colgajo se llevará a cabo con una espátula o periostótomo.

d) Extracciones

Levantando el colgajo se harán las extracciones dentarias de acuerdo con la técnica requerida para cada una dependiendo de su posición y número de raíces, sin dejar de observar las radiografías.

Se tratará de evitar cualquier traumatismo que resulte inútil.

Principalmente evitaremos la ruptura o fractura de la lámina ósea externa pues si se rompe más de lo debido la prótesis perderá estabilidad.

Algunos Odontólogos aconsejan hacer la alveolectomía antes de las extracciones diciendo que se facilitan y hay menos riesgos de fracturas en la tabla externa.

e) Alveolectomía

De van en 1931 opinaba "La mejor alveolectomía es no hacer alveolectomía" pudiendo agregar "Cuando no esta expresamente indicada".

Y el criterio de Wictorin en 1969 es que "Cualquier tipo de cirugía ósea al colocar la prótesis causará una inmediata reducción del volumen residual y también es probable que aumente el ritmo de reabsorciones durante el periodo cicatriza.- Por lo tanto, la cirugía ósea deberá evitarse".

Teniendo conocimiento de lo anterior diremos que la alveolectomía se hará solamente cuando sea necesaria y procurando que sea mínima.

Existen tres indicaciones para hacer alveolectomía que son:

- 1.- Facilita las extracciones (Avulsora).
- 2.- Alisa las crestas (Estabilizadora).
- 3.- Modela el maxilar (Modeladora).

- 1.- La alveolectomía avulsora deberá ser la mínima y debe preverse al preparar el modelo.
- 2.- La alveolectomía estabilizadora también deberá de ser prevista pues tiene por objeto eliminar las crestas de hueso tanto las interdientarias como las interradiculares que bajo la presión de la prótesis serán traumatizantes para la mucosa. No se requiere recortarlas en exceso sino únicamente redondearlas ligeramente.
- 3.- La alveolectomía modeladora, es muy importante que sea prevista pues tiene el objeto de modelar el maxilar o la mandíbula con las exigencias mecánicas y estéticas.

La alveolectomía se realiza con pinzas gubias y para su alizamiento se usan limas para hueso (Escofinas) o fresas redondas grandes.

Para hacer la prueba si está correcta se baja el colgajo y se pasa un dedo por toda la superficie para verificar su regularidad.

Después de este procedimiento se eliminan los granulomas paradentósicos si existen y se cohibe la hemorragia.

Se baja el colgajo nuevamente adaptándolo sobre el maxilar o mandíbula y se prueba la guía quirúrgica de acrílico transparente que tiene exactamente la misma forma de la prótesis se observa si asienta bien o si se marcan zonas izquémicas. Si sucede esto último se retira la guía quirúrgica se levantan los colgajos y se recorta esa zona, se alisa nuevamente y se prueba nuevamente la guía quirúrgica tantas veces sea necesario hasta que no se marque ninguna zona izquémica en la guía.

f) Corte del Colgajo y Sutura

El paso siguiente será el corte del colgajo. Primeramente se bajará y se adosará perfectamente. El corte se hará con tijeras o bisturí, afrontando los bordes, no deben de quedar tirantes, ni modificar las inserciones musculares y no deben de modificar el contorno para la adaptación de la prótesis.

La sutura se hará con hilo de seda fina o de nylon para que resulten menos traumatizantes éstos puntos. Se usarán puntos separados y bastará con cuatro aproximadamente, deberán quedar por encima de las crestas alveolares y no sobre los alveolos pues podrían romperse por no tener soporte óseo.

Concluída la operación se lava con una solución de suero fisiológico o agua oxigenada (en atomizador). La dentadura se esterilizará con solución de bicloruro, se coloca la dentadura indicando al paciente que efectúe algunos movimientos de lateralidad de protrusión para ver si es necesario hacer correcciones en la oclusión que se harán inmediatamente.

C.- POSTOPERATORIO

Por escrito se le darán al paciente las indicaciones que deberá seguir pues en ese momento las olvidará o cambiará probablemente y con más razón si nuestro paciente es nervioso. Si se le anestesia general las indicaciones se le darán a la enfermera que se encargará de él.

Estas indicaciones deberán de tener los analgésicos, antibióticos y antiinflamatorios que deberá de tomar así como su dosificación. También la alimentación que deberá tomar y que debe ser completamente líquida en las primeras 24 horas como The, leche, naranjada, caldo tibio, etc.

Y después de las 24 horas podrá tomar alimentos blandos como:

Extracto de carne, caldo con jugo de carne, pure de papa, gelatinas, fideos con manteca, compota de manzana, jugo de tomate, huevo pasado por agua, dulce de leche, etc.

Se le recomendará que es muy importante que no retire la prótesis por ningún motivo durante las 24 horas siguientes y se le advierte que si la retira y mantiene fuera de su lugar se producirá una inflamación que va hacer imposible o extremadamente doloroso volver a colocar la prótesis. Si el paciente es excesivamente nervioso se le prescribe algún sedante para que duerma bien durante la noche.

Si presenta un tiempo de coagulación largo se le puede rociar un poco de ácido tánico en la parte interior de la placa que ayudará a que la coagulación sea un poco más rápida. Se le cita a las 24 horas siguientes, donde retiraremos la prótesis se lavará y desinfectará con soluciones anticépticas.

Las heridas bucales se lavarán con atomizador con solución de suero fisiológico eliminando los coagulos que se pudieron formar. Se examina el área donde está soportada la prótesis para ver si existen zonas de presión excesiva en el lugar de las extracciones que se verán de un color rojo cereza, y se marcan haciendo una circunferencia a su alrededor con un lápiz tinta, se coloca la prótesis y la circunferencia se marcará en la parte interna de la placa. El área marcada se rebaja con una fresa o con una piedra montada se coloca nuevamente la prótesis en su lugar y se revisa la oclusión.

Pasando dos días más se examina el caso, los puntos de sutura se retirarán en cuatro o cinco días aproximadamente después de la intervención para permitir una correcta cicatrización de los tejidos.

Pueden sucederse fallas que podrán corregirse tan luego se descubran, estas fallas pueden ser las siguientes:

a) Puede haber falta de retención activa, si es pequeña se puede poner algún polvo adhesivo, pero si es mayor se procederá a realizar un rebase inmediatamente protegiendo las heridas con una tira plástica.

b) Pueder ser falla de articulación y se tendrá que rebajar con piedras y usar el papel para articular para lograr una oclusión central balanceada mediante unos pocos contactos, dejando para después el afinado y las oclusiones excéntricas.

c) La tercera falla puede ser estética y lo que se debe hacer es tranquilizar al paciente y rehacerle la prótesis tan pronto sea posible.

Los defectos se deben de tratar de corregir de inmediato cuando es posible y cuando no es posible por lo menos haremos que la prótesis sea tolerada y la corregiremos totalmente cuando el paciente esté en mejores condiciones.

D.- DURACION DE LA PROTESIS INMEDIATA

La duración de la prótesis inmediata es sumamente variable que la relación orgánica no puede preverse exactamente en cada caso.

Es importante que el paciente sepa tanto como el profesional que es un servicio transitorio y que necesitará de cambios y rebases posteriores.

El paciente deberá de ser instruido de la necesidad que tiene de vigilar sus prótesis y de reajustarlas después de algún tiempo para evitar la hipertrofia marginal, así como de cambios de altura y de estética.

CAPITULO V

ACONDICIONADOR DE TEJIDO

Se le indicará al paciente que sus visitas tendrán que ser periódicas para revisar la prótesis y cerciorarnos de su buen funcionamiento.

Si se han reabsorbido demasiado hueso y los tejidos están irritados se aconseja usar el acondicionador de tejido.

El acondicionador de tejido sirve como terapia, que se da a los tejidos para que vuelvan a su estado normal de salud y adquieren su contorno normal.

Los materiales acondicionadores de tejido son delineadores suaves que consisten en un polvo POLY-ETHIL-METACRILATO el cual tiene además plastificadores y retardadores para controlar la polimerización de la resina.

El líquido es un compuesto de ETHYL ALCOHOL.

Algunos de los materiales acondicionadores de tejido que existen en el mercado son:

OCE, COMFORT, TRU SOFT, HIDROCAST y TEMPO.

Cada uno de estos materiales se usarán de acuerdo a las indicaciones del fabricante.

A.- FORMA DE USAR EL TEMPO E HIDROCAST

Se usan en forma similar, el polvo y el líquido son mezclados en proporciones iguales.

Los pasos a seguir para la aplicación del acondicionador de tejido en la placa son los siguientes:

- 1.- Hacer un socavado en la placa para que no haya un choque directo de la placa con los tejidos.
- 2.- Secar la prótesis y colocar el lubricante que trae el material en las zonas donde no queremos que se adhiera como en los bordes labial, lingual y en los dientes.
- 3.- Se mezcla polvo y líquido usando las copas graduadas, agregando el polvo poco a poco en el líquido y espatulándolo durante 30 segundos.
- 4.- Para poder acelerar el tiempo de colocación se usará menos líquido.
- 5.- Extendemos la mezcla en la superficie interna de la prótesis con agua fría, esto reduce la temperatura de la boca y da un tiempo más favorable de trabajo.
- 6.- Se coloca la prótesis con cuidado a que el paciente cierre en oclusión.
- 7.- Colocada la prótesis se obliga al paciente a hablar o leer durante unos minutos para proveer a la placa que tiene el acondicionador de tejido movimientos funcionales de los tejidos.
- 8.- Después de cuatro o cinco minutos se desaloja la prótesis se lava cuidadosamente y se retira el excedente.
- 9.- Examinamos cuidadosamente la superficie para observar si existen áreas de contacto prematuras o de choque que se indicarán por la base rosada de la resina de la placa a través de la capa blanca del material.

Estas zonas son aliviadas con una fresa o piedra, se mezcla una pequeña cantidad del material y se agrega en esa área.

Este material se removerá cada tres o cuatro días y se aplicará en tres o cuatro ocasiones dependiendo del daño de los tejidos.

B.- VENTAJAS DE LOS MATERIALES ACONDICIONADORES DE TEJIDO

- 1.- Convierten una dentadura inconfortable en confortable en cuanto se coloca el material.
- 2.- Restauran los tejidos con una buena condición fisiológica.
- 3.- Evita que el paciente deje de usar su dentadura durante su tratamiento para que sanen los tejidos.
- 4.- Se utilizan como material de impresión en la construcción de nuevas prótesis.
- 5.- Son perfectamente tolerados por el paciente.
- 6.- No irrita la mucosa bucal.
- 7.- La relación paciente doctor es muy satisfactoria.
- 8.- Estos materiales son fáciles de manipular.

Ya que tenemos la condición fisiológica de los tejidos normal, se realizará una prótesis nueva, el material acondicionador en la placa nos servirá como impresión fisiológica.

De ahí se seguirá adelante según la técnica usada.

Con este cambio si existe alguna falla se tiene la posibilidad de corregir.

El rebase se usará en esta ocasión solamente si el paciente carece de recursos económicos para pagarse una nueva prótesis.

O si el paciente no se quiere quedar sin placa durante el tiempo de elaboración de la nueva prótesis, se hará un rebase inmediato.

Teniendo ésto la ventaja que el paciente tendrá dos placas que usará comunmente y si alguna sufriera algún accidente el paciente no se quedaría sin placa el tiempo que dura la reparación de esa prótesis.

Y además permitirá prolongarles el servicio efectivo.

CONCLUSIONES

La Odontología actualmente cuenta con una serie muy extensa de tratamientos y todos ellos son con la finalidad de darle a cada uno de los pacientes el tratamiento adecuado según el caso.

Uno de estos tratamientos es la Prótesis Inmediata.

La Prótesis Inmediata tiene varias ventajas unas de ellas quizá las más importantes son:

Se evita al paciente que tenga problemas de tipo psicológico, funcional, anatómico, así como social y uno de los más importantes que es el estético pues generalmente el paciente se ha preocupado por la estética de sus dientes, desde décadas anteriores.

La relación entre el paciente y odontólogo será muy satisfactoria si el paciente coopera y el odontólogo tiene la habilidad y capacidad suficiente para resolver y llevar a cabo este tipo de tratamiento con éxito.

Ahora bien, en estos casos es necesario explicarle al paciente con anterioridad el tratamiento al cual va a ser sometido y el proceso que se seguirá así como cuales son sus ventajas y desventajas de la Prótesis Inmediata.

“Una Prótesis Inmediata debiera hacerse esencialmente para pacientes que comprendan los requisitos y deseen cooperar con el odontólogo” es el consejo que da la Academy of Dentury Prosthatics en el año de 1974.

Y agrega:

“Este servicio debe considerarse laborioso y requiere exactitud”.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- **PROSTODONCIA TOTAL**
José Ozawa Deguchi
- 2.- **ANATOMIA TOPOGRAFICA**
L. Testut Jacob Tomo I
Editorial Salvat
- 3.- **SICHER HARRY, TANLEY JULIUS**
Anatomía para Dentistas
Editorial Labor, S. A.
- 4.- **PROTESIS DENTAL**
Nagle y Sears
Ediciones Toray, S. A.
- 5.- **SWENSON MERRIL G.**
Dentaduras Completas
Editorial Uteha
- 6.- **CIRUGIA BUCAL**
Guillermo Ries Centeno
Editorial "El Ateneo"
Tomo II
- 7.- **TESIS. DIAGNOSTICOS Y PRONOSTICO
EN PROSTODONCIA TOTAL**
Fernando Rodolfo Mandujano R.
- 8.- **APUNTES DEL DR. CARLOS SORIANO M.**