



Universidad Nacional Autónoma
de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

Francisco Javier Olea Arredondo



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

I.	INTRODUCCION	1
II.	DEFINICION	3
III.	DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO	5
IV.	HISTORIA CLINICA GENERAL	18
V.	HISTORIA CLINICA PARA PROSTODONCIA	22
VI.	TIPOS DE PROTESIS INMEDIATA	25
VII.	INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES	27
VIII.	VENTAJAS Y DESVENTAJAS	29
IX.	IMPRESIONES PARA PROTESIS	33
X.	RELACIONES MAXILOMANDIBULARES	38
XI.	CONSTRUCCION DE LOS RODILLO, REGISTRO DE LA RELACION CENTRAL Y MONTAJE POR MEDIO DEL ARCO FACIAL.	45
XII.	SELECCION Y COLOCACION DE LOS DIENTES	49
XIII.	CIRUGIA DE LOS MAXILARES CON FINES PROTESICOS	53
XIV.	INDICACIONES AL PACIENTE CON DENTADURA INMEDIATA	67
XV.	REAJUSTE DE LAS DENTADURAS	69
XVI.	CONCLUSIONES	77
	BIBLIOGRAFIA	79

INTRODUCCION

Hoy día, el desarrollo en materia de dientes artificiales ha alcanzado tan alto grado de perfección que es posible hacer un duplicado exacto de todos los rasgos de los dientes naturales del paciente. Quizá la mayor sensación de logro artístico la realiza el dentista durante la fabricación de las dentaduras inmediatas. El tiene una gula sin defecto de la estética que le exige una tarea específica y seria. Este trabajo, cuando se hace bien, produce gran satisfacción.

La prostodincia puede llegar a ser una parte muy agradecida de la práctica odontológica general. El dentista puede alcanzar y mantener un alto nivel de satisfacción personal en prostodoncia mediante el conocimiento y puesta en práctica de sus principios fundamentales.

La principal motivación para la mayoría de los pacientes que buscan el tratamiento de dentadura inmediata es evitar cualquier cambio en su aspecto que informe a sus amigos que usan dentaduras completas. La dentadura inmediata les capacita para seguir sus negocios y actividades sociales sin el período azoroso durante el cual no tienen dientes naturales ni artificiales.

Este método para tratar al paciente que se volverá desdentado es -- preferible a aquel otro que obliga a estar varios meses sin dientes. Poco, si es algo, se gana con este último tratamiento, y mucho se beneficia el paciente con el tratamiento de dentadura inmediata.

Mediante este método se le devolverá al paciente el equilibrio bio-

psicosocial, debido a que los problemas sociales ocasionan muchas veces también problemas psicológicos.

A grandes rasgos y de manera sencilla en este trabajo mostraré datos recopilados de diferentes autores contribuyendo así para una mejor y mayor comprensión de la prostodoncia total inmediata.

Explicaré teóricamente paso a paso los diversos procedimientos a seguir para la elaboración de la dentadura inmediata.

II

DEFINICIONES

PROSTODONCIA

La *prostodoncia* es la rama de la *Odontología* que se encarga de ---
reemplazar, mediante substitutos artificiales a todos los dientes y es-
tructuras asociadas, imprimiendo en ellos anatomía, fisiología y estéti-
ca correspondientes.

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

La *prostodoncia* es la parte de la *prótesis odontológica* que ayuda a
la rehabilitación fisiopatológica de la edentación.

PROTESIS INMEDIATA

La *prótesis total inmediata*, es aquella que se confecciona antes de
la extracción de los dientes y se coloca inmediatamente después de la -
remoción de los dientes remanentes.

Se requiere de un tratamiento técnico-quirúrgico previo y será colo-
cada inmediatamente después de la intervención quirúrgica, reúne funcio-
nes inmediatas ferulizantes para una aceptable cicatrización y una re-
ducción de las alteraciones físicas y psicológicas inherentes a un pacien-
te edéntulo.

Ningún protesista con claro criterio hablará de *prótesis proviso---*

rias o temporarias al referirse a las prótesis inmediatas, no porque no lo sean, sino porque en principio todas lo son. Prótesis de Transición la califica mejor.

III

DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

DIAGNOSTICO

Una aproximación lógica al diagnóstico empieza con la entrevista -- del paciente, la cual puede incluir también una historia dental y de sa lud, seguida de exámenes orales y radiográficos.

Estado físico general

La edad, sexo, raza y ocupación del paciente son datos importantes desde el punto de vista médico legal, que facilitan una información sumamente útil para el Plan de Tratamiento. En general, los pacientes jóvenes se adaptan con más facilidad que los de más edad; los hombres están más ocupados que las mujeres y, por tanto, menos inclinados a inquietarse; las diferencias raciales tienen muy poca importancia en sí mismas; la ocupación puede ser muy importante. Por ejemplo, el hombre que desempeña un trabajo como ejecutivo, sometido a fuerte tensión puede demostrar tendencias bruxistas. O la persona que trabaja en una fábrica en la que abunde el polvo abrasivo, puede sufrir un desgaste en los dientes de forma anormalmente rápida. El conocimiento de los niveles socioeconómico y educacional también contribuye al diagnóstico. La persona educada es más fácil de tratar a causa de su capacidad en comprender y apreciar sus limitaciones. Sin embargo, es imposible predecir la probabilidad de respuesta basándose en los niveles socioeconómico y educacional. Cualquier persona pobre y sin instrucción puede cooperar o no cooperar, como también puede hacerlo un hombre bien educado y rico.

Es importante saber si el paciente padece alguna enfermedad sistémica. Desde luego enfermedades como la diabetes, discracias sanguíneas o avitaminosis afectan la respuesta de la mucosa a las presiones de la dentadura. Puede ser conveniente posponer el tratamiento protésico hasta por lo menos las fases agudas de éstas enfermedades estén controladas.

Trastornos hormonales

Los trastornos hormonales, como la acromegalia, requieren un cuidado especial. El paciente con acromegalia puede necesitar ajustes frecuentes en la nueva dentadura. El hipertiroidismo se puede manifestar en la cavidad oral reduciendo el flujo de saliva y quizá produciendo inflamación de la mucosa. El hiperparatiroidismo puede causar un aumento de resorción alveolar. La diabetes puede disminuir el flujo de saliva y aumentar la resorción alveolar, y perjudicar la curación de úlceras de la mucosa.

Molestias Nutricionales

La avitaminosis tiende a disminuir las defensas de la mucosa, por lo cual las enfermedades infecciosas pueden ser virulentas. La hiperqueratosis puede ser el resultado de la deficiencia de la Vitamina A. La queilosis angular es un signo de deficiencia en Vitamina B. La hipovitaminosis D puede ser la causa de una marcada atrofia alveolar. La deficiencia en Vitamina K se puede manifestar en púrpura en la mucosa oral.

Enfermedades infecciosas

La artritis puede afectar a la articulación temporomaxilar hasta --

tal punto que las relaciones de la mandíbula pueden ser difíciles de obtener. Muchas de las enfermedades infecciosas sistémicas se manifiestan en la cavidad oral; una mucosa anormal puede deberse a la tuberculosis, sífilis, escarlatina, difteria, sarampión o muchas otras enfermedades. Las enfermedades locales, como la estomatitis aftosa, deberán ser tratadas lo más rápidamente posible, con preferencia antes de iniciar el tratamiento protésico.

D i s c r a s i a s S a n g u í n e a s

En general, las anemias son las enfermedades hematológicas más corrientes que se ven en la clínica dental; pueden descubrirse a causa de la ulceración de la mucosa y de la infección, que las defensas naturales disminuidas no pueden combatir. A menudo, la lengua puede estar atrofica, inflamada e irritada.

Los aparentes cambios en la mucosa oral en un paciente que todavía no ha llevado prótesis puede sugerir la posibilidad de una enfermedad sistémica. También, si el paciente ha llevado dentadura previamente, pero los cambios en la mucosa no están confinados a la zona donde se lleva la prótesis, el dentista deberá considerar la posibilidad de que existan enfermedades sistémicas.

A s p e c t o f a c i a l

El exámen de la cara puede proporcionar muchas claves para el diagnóstico. El perfil puede mostrar una disminución o un aumento de la dimensión vertical.

Exámen radiográfico

El diagnóstico será incompleto e inesacto sin un exámen radiográfico oral completo. El soporte óseo es lo más importante para el tratamiento de dentadura completa. u no puede ser iustamente apreciado sin recurrir a las radiografías. Una radiografía de gran calidad puede revelar también la densidad de la mucosa a lo largo de la cresta del reborde residual. El exámen radiográfico debe mostrar las raíces retenidas, los dientes impactados, las espículas óseas, las enfermedades de los huesos, otras anormalidades.

Exámen oral

El exámen oral deberá hacerse sistemáticamente, y, como ya se ha indicado, cada circunstancia deberá ser consignada por escrito y archivada como parte de la historia del paciente. El método de exámen deberá ser visual y digital.

La fase inicial del exámen debe incluir una completa revisión de todas las membranas mucosas de la cavidad oral y faríngea que se puedan ver. La búsqueda irá dirigida a descubrir anormalidades de color, tejido, contorno o continuidad que se puedan presentar como manifestaciones de la enfermedad. Tienen especial importancia el piso de la boca y la base de la lengua; estas zonas, más difíciles de observar, han demostrado tener una incidencia más elevada de cáncer que la mayor parte de las áreas que son examinadas. Por las mismas causas está indicado un exámen digital cuidadoso.

También, y muy especialmente se debe hacer un exámen clínico minu--

cioso del estado mental, la actitud del paciente y su capacidad para -- comprender la situación.

"Como requerimientos mentales mínimos del paciente deben exigirse a:

- a) Capacitación.
- b) Valoración.
- c) Disposición.
- d) Confianza en el profesional."

PRONOSTICO

Antes que nada hay que demostrar al paciente que las dentaduras son "invasores" que pueden ser aceptados o repudiados, dependiendo de la actitud del paciente, de su conocimiento y de su salud sistémica.

La edad es un factor muy importante para el aprendizaje y el grado de éxito que se alcance en llevar la dentadura. La persona joven progresa rápidamente. Los pacientes por debajo de los 40 años raramente constituyen un problema, siempre que el dentista satisfaga sus necesidades estéticas. Sin embargo, como cada década progresa, los tejidos pierden aptitud para aceptar presiones y a reponerse. Las mujeres entre los 45 y los 60 años, además del deterioro de tejidos, son propensas a presentar dificultades menopáusicas, emocionales y alimentarias, por regímenes estéticos; por eso, el mayor número de pacientes con problemas se presentará en este grupo. Los varones dentro de este grupo de edad también ofrecen dificultades, algunas veces, por razones similares, pero el ejecutivo, neurótico y ocupado puede ser difícil por otras causas: - falta de paciencia y de tiempo, para llevar a cabo la transición de des-

dentado y dentado protésico con los correspondientes ajustes.

Los que pasan de los 65 años puede que soporten estos problemas mejor o peor, depende de su estado de salud y de su forma de ver la vida. Los que ejercen su actividad en ocupaciones constructivas son normalmente buenos pacientes y poco complicados a la hora de aprender.

Los inválidos o las personas que están en cama son los que ofrecen mayores problemas a causa de la falta de movilidad que les impide un metabolismo normal. A no ser que las funciones del organismo se realicen normalmente, el pronóstico para prótesis es malo.

Se puede decir que el pronóstico presenta dos facetas. La primera es el futuro del paciente como el dentista lo ve realmente. Esta aptitud para predecir el curso de los acontecimientos y la medida de éxito del paciente depende de la experiencia y capacidad del juicio del dentista y de su destreza en establecer contacto con el paciente.

La segunda faceta está relacionada con la mejor manera de presentar este pronóstico al paciente, enfocándolo de la siguiente manera; los tímidos necesitan que se les dé ánimos, los violentos que les aplaquen, y los mal educados, ignorantes o acomplexados necesitan un tratamiento especial. Si no existe mutua comunicación verbal, si el individuo padece sordera o dificultades del lenguaje, el problema aumenta.

Se debe combinar el conocimiento del problema y el de la personalidad del paciente para poder llegar a la mejor solución en cada caso particular. ¡Y esto solo lo puede hacer el dentista!

A continuación señalaré otras consideraciones para el pronóstico.

El tamaño del arco guarda una relación directa con el pronóstico. -- Cuanto más amplio es el arco, mayor área superficial podrá ser cubierta y mayor será la posibilidad de retención y estabilidad.

La relación del arco puede ser normal, lo cual indica un pronóstico favorable, o puede que haya una protrusión mandibular o una protrusión maxilar, disminuyendo las posibilidades de éxito.

La protrusión maxilar es la circunstancia menos favorable; a menudo, se encuentran relaciones de mordida cruzada extrema; el área de contacto oclusal en las regiones molar y premolar está disminuida, y la mandíbula frecuentemente busca mayor espacio para el movimiento y a menudo impide de movimientos parafuncionales complicados.

La protrusión mandibular incita a la rápida lesión en el tejido del reborde anterior maxilar: la tensión de las fuerzas funcionales tiende a concentrarse en esta zona.

Las correcciones quirúrgicas de protrusión mandibular o maxilar extrema aumentarían muchísimo las dificultades del pronóstico.

La forma de la bóveda afecta a la retención de la dentadura maxilar:

- a. Una bóveda plana resiste el desplazamiento vertical utilizando mejor las fuerzas de adherencia y cohesión que son consecuencia de la superficie de contacto casi paralela entre la dentadura y la mucosa; pero proporciona poca resistencia al desplazamiento lateral.
- b. En una bóveda muy arqueada, el contacto entre la dentadura y la mucosa soporta una relación más vertical y, por tanto, resiste -

bien los esfuerzos laterales. Las fuerzas laterales tienden a -
desajustar fácilmente la dentadura.

- c. Una bóveda redondeada o en forma de U es la que tiene el pronós-
tico más favorable, ya que soporta el desplazamiento lateral y
vertical hasta su grado más elevado.

Un torus maxilar sobreimpuesto en cualquier forma de bóveda puede -
crear problemas de residencia en el tejido de presión de la dentadura.
Estos problemas son corregidos fácilmente durante la impresión y en las
fases de tratamiento y de ajuste. Raramente es necesario extirparlos, -
solo que cause grandes traumatismos y lesiones.

Otras áreas de importancia:

Las tuberosidades maxilares requieren una inspección cuidadosa. Las
grandes tuberosidades ofrecen la mejor oportunidad de éxito, permitien-
do una protección amplia del área y proporcionando unas superficies bue-
nas de soporte.

La forma del reborde definitivamente afecta la retención y la esta-
bilidad. La más favorable es la forma de U. Su altura resistente, el --
desplazamiento lateral, y el paralelismo de sus lados mantiene el cie-
rre en una considerable distancia para resistir el desplazamiento verti-
cal.

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

Los rebordes en forma de V consiguen poca resistencia para el des--
plazamiento vertical, ya que el cierrre puede romperse en todas las zo-

nas simultáneamente.

El reborde afilado como un "cuchillo" ofrece el peor pronóstico. Su cresta y sus lados ofrecen superficies deficientes de soporte, disminuyendo el asiento de base utilizable. A menudo, la mayor parte de la altura del reborde está compuesta de tejidos fibrosos, que son fácilmente desplazados. El tratamiento quirúrgico es aconsejable.

Las espículas óseas, afiladas en el reborde residual, presentan muchas variaciones de tamaño, agudeza, localización y número. Todas son indeseables como origen potencial de daños al tejido y de crear incomodidad para el paciente. Incluso las espículas de pequeño tamaño y poco agudas requieren ser tenidas en cuenta, ya que perjudican la estabilidad de la dentadura. Las espículas pequeñas también tienen importancia cuando la mucosa es delgada.

La mucosa que soporta la prótesis debe ser examinada para determinar su espesor. Una mucosa con un espesor medio y una elasticidad uniforme ofrece el pronóstico más favorable. Si es delgada, las ulceraciones y la incomodidad aparecerán fácilmente en las zonas del asiento de base, pudiendo surgir problemas en el cierre palatino posterior, con lo cual es menos favorable la retención. Si la mucosa palatina es excesivamente gruesa, la estabilidad resulta más problemática que la retención.

Una zona de cierre palatino posterior ancha es más favorable porque se puede colocar un cierre sustancial. La anchura de la zona del cierre palatino posterior viene determinada por el grado de movimiento vertical del paladar blando. Cuanto menos movimiento, más cierre pala-

tino posterior.

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

En general el pronóstico de una prótesis inmediata señalará la probable necesidad de pronto rebasado, y quizá, la conveniencia de prótesis nueva al cabo de seis meses o de un año, aun cuando esto no es seguro; a veces no se requieren prótesis nuevas por varios años.

PLAN DE TRATAMIENTO

Tratar al paciente para un servicio sanitario de dentadura completa es un procedimiento extremadamente complejo y exigente, que debe ser modificado para encontrar las necesidades educacionales, técnicas, anatómicas, biológicas y psicológicas del individuo. Cada paciente es completamente diferente de cualquier otro individuo en el mundo. Y cada medio ambiente oral desdentado o parcialmente edéntulo presenta características peculiares y diferentes de cualquier medio ambiente oral en el mundo. Las necesidades de cada paciente y de cada medio ambiente oral son distintas y específicas, y abarcan una amplia gama de formas de tratamiento.

En todos los pacientes se han de hacer registros preoperatorios para eliminar buena parte del trabajo que de otro modo sería necesario en un servicio de dentadura para un paciente desdentado. Los registros de la forma, tamaño, color, caracteres individuales y posiciones relativas de los dientes naturales simplifican la selección y montaje de los dientes naturales simplifican la selección y montaje de los dientes artificiales de la prótesis destinada al paciente edéntulo. Las relaciones -- verticales de los maxilares, determinadas cuando aún se conservaban los dientes naturales, debidamente registradas, se pueden utilizar como --- gulas para restablecer estas mismas relaciones cuando se construyen dentaduras completas para el paciente.

Entre los registros preoperatorios que puede hacer el dentista figuran:

1. Las fotografías (de perfil y de frente y primeros planos de -- los dientes restantes).
2. Los modelos de estudio.
3. Los perfiles recortados (en negativo) en cartón.
4. Planos con los caracteres de los dientes.
5. Radiografías.
6. Medidas intra y extraorales.
7. Y en algunos casos, mascarillas faciales.

Los registros preoperatorios serán útiles no sólo para la primera -- restauración protodóncica, sino durante toda la vida del paciente, -- siempre que se tenga que proceder a restauraciones.

Preparación de la boca

Seis semanas o más, antes de tomar las impresiones finales se han de preparar adecuadamente las porciones posteriores de las crestas residuales. Se deben extraer los dientes posteriores que queden, extirpar las puntas de raíces que pueda haber, y corregir la exostosis o las zonas re-tentivas óseas que dificultarían la adaptación de la dentadura. La esca-riodoncia de los dientes anteriores conservados y el comienzo del trata-miento ayudará a la curación, cuando se extraigan dichos dientes inme-diatamente antes de poner la dentadura artificial.

También se preparan los tejidos blandos; dependiendo el tratamiento a seguir de los diferentes estados patológicos que puedan o estén afec-tando dichos tejidos.

Por otra parte, como norma general "es mejor no indicar aquello que no importe mejora". También será prudente no indicar aquello que no se esté seguro de poder cumplir. Y, como en este terreno la experiencia es irremplazable, hará bien el principiante y también el Odontólogo que no domine estos problemas, en escribir su plan de tratamiento.

Tanto más complejo sea un plan de tratamiento, tanto más importante es su formulación escrita. Una técnica consiste en:

- a. Determinar si habrá cambios de altura y en las posiciones, tama-ños, formas y colores de los dientes.
- b. Estudiar si la edentación debe o puede hacerse por etapas y en este último caso, cuáles pueden ser, examinando la situación en que estará el paciente durante cada etapa.
- c. Considerar las medidas auxiliares inmediatas que puede requerir

su estado actual y en cada etapa (curaciones, obturaciones, prótesis de emergencia).

- d. Establecer el tipo de cirugía adecuado para cada intervención, -consultando con el Cirujano si fuera menester.
- e. Calcular los presupuestos y sus variaciones de acuerdo con el --plan que se adopte, considerando esencial el acuerdo explícito del paciente o sus familiares responsables.
- f. Estimar también los cuidados postoperatorios y la atención protética adecuada para mantener al paciente convenientemente asistido durante un período no menor de seis meses.

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

IV

HISTORIA CLINICA GENERAL

FINALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA

La anotación de la historia clínica médica, considerada otrora como un trámite que se aplicaba al tratamiento del paciente especial, se considera ahora como un elemento indispensable en la práctica corriente. -- Hay cuatro razones principales por las cuales el Dentista toma dicha historia: para tener la seguridad de que el tratamiento dental no perjudicará el estado general del paciente ni su bienestar; para averiguar si la presencia de alguna enfermedad general o la toma de determinados medicamentos destinados a su tratamiento, pueden entorpecer o comprometer el éxito del tratamiento aplicado a su paciente; para detectar una enfermedad ignorada que exija un tratamiento especial; para conservar un documento gráfico que puede resultar útil en el caso de reclamación judicial por incompetencia profesional.

El Cuestionario Sanitario

Existen diversas formas válidas y adecuadas para tomar la historia clínica. Algunos prefieren registrar la información en una hoja de papel blanco, mientras que otros optan por servirse de impresos con una pauta que guía el interrogatorio. Un método práctico y bastante extendido es el empleo de un cuestionario sanitario. Como varias escuelas de Odontología utilizan en sus clínicas este tipo de cuestionario, hay muchos dentistas familiarizados con su uso. El que presento aquí se basa en el cuestionario que aparece en Accepted Dental Remedies, publicación del --

Council on Dental Therapeutics de la American Dental Association, el --- cual a su vez se compiló a partir de los impresos usados en cuatro es---uelas dentales. En la modificación presente no se han regateado esfuerzos para hallar una forma que sea lo suficiente completa y al mismo tiempo bastante concisa para su aplicación práctica en el trabajo diario.

Hay que tener en cuenta que un cuestionario sirve como instrumento útil en la búsqueda de información acerca de la salud, y en este contexto no pretende sustituir a la historia clínica detallada que tal vez sea necesaria en algunos casos.

Significación de las respuestas po- s i t i v a s .

Hay que admitir que existe un conflicto potencial en lo que se refiere al material que sigue. ¿Cómo presentar la información suficiente para que sea orientadora sin que resulte demasiado larga y fastidiosa? Los libros de patología y de medicina interna contienen capítulos dedicados a la exposición de cada uno de los puntos del cuestionario. Evidentemente, la información presentada aquí tiene que ser breve e incompleta. Se ha intentado presentar una interpretación práctica del cuestionario, más que un análisis académico que cubra todas las implicaciones posibles de las preguntas. El Odontólogo debe acudir a otras fuentes si pretende mejorar su utilización de la historia clínica en la práctica.

El "principal trastorno bucal" del paciente es, de hecho, una explicación breve del motivo de la consulta. Su respuesta ayudará a hacerse -carga inmediatamente de la interpretación dada por el paciente a sus problemas orales o dentales, y revelará lo que espera de su consulta. En al

gunos casos el propio trastorno oral sugerirá claramente la presencia de una enfermedad general; por ejemplo, hemorragias o lesiones que no se curan.

El dentista tiene que revisar brevemente todo el cuestionario, fijándose especialmente en las respuestas positivas, antes de interrogar al paciente en busca de detalles. De este modo adquiere una idea general acerca de la salud del paciente y se orienta sobre la manera de proseguir la historia clínica. Si las respuestas positivas son muchas, puede ahorrarse tiempo en las respuestas de las cinco primeras preguntas, que son de carácter general.

Debido al bajo nivel de comprensión o a las actitudes poco corrientes que ocasionalmente se encuentran en algunos pacientes, son de esperar respuestas contradictorias y confusas. El dentista debe hacer con paciencia nuevas preguntas que le aclaren los problemas.

1. ¿Padece usted trastornos o alguna enfermedad?

Si la contestación es afirmativa, se ha de preguntar al paciente -- cuál es su problema. En este momento, un paciente inteligente y bien informado proporciona la mayor parte de la información importante. Aunque al escuchar el relato del paciente acerca de su enfermedad y de cómo ha reaccionado ante ella puede resultar útil, también puede convertirse en una pérdida de tiempo. Una vez aclarada la naturaleza de la enfermedad, lo mejor es pasar a otras partes del cuestionario en las cuales probablemente se obtendrá una información más específica. El trastorno médico más importante del paciente se registrará con sus propias palabras en "Observaciones".

1a. ¿Ha observado usted alguna alteración de su salud general el año pasado?

Un paciente que en la respuesta anterior ha dicho que gozaba de buena salud, es posible que ahora responda con un "sí". Así se tiene una sutil oportunidad para obtener una impresión acerca del estado de salud globalmente considerado.

Las preguntas 2 y 3 también están destinadas a comprobar las afirmaciones del paciente sobre su propio estado de salud.

4. ¿Ha padecido usted alguna enfermedad grave? ¿Le han operado?

4a. En caso afirmativo, ¿Cuál fue la enfermedad? ¿De qué la operaron?

5. ¿Ha sido usted hospitalizado o ha padecido alguna enfermedad grave durante los cinco años últimos?

5a. En caso afirmativo ¿Cuál fue el problema?

Estas preguntas nos permiten conocer mejor el estado de salud del paciente; sin embargo, se refieren al pasado. Una respuesta afirmativa requiere a menudo una investigación más profunda. No es raro que un paciente responda en sentido positivo en este punto y en sentido negativo en el resto del cuestionario. En tal caso, la respuesta puede constituir la única guía para orientarnos con respecto a la salud del paciente. El recuerdo que éste tiene del pasado puede ser demasiado vago para permitirle dar una respuesta positiva a las cuestiones siguientes. En tales casos suele ser necesario inquirir los síntomas y secuelas asociados con el episodio pasado.

V

HISTORIA CLINICA PARA PROSTODONCIA

Nombre _____ Dirección _____

Ocupación _____

Edad _____ Sexo _____

Salud General _____ Buena Mediana Pobre

ESTUDIO RADIOGRAFICO

Densidad Osea _____

Infección Residual, Ralces _____

ACTITUD MENTAL

Receptivo _____ Pasivo _____

Indiferente _____ Neurótico _____

ADAPTABILIDAD

Subnormal _____ Media _____ Capaz _____

MOTIVO POR EL CUAL SE PERDIERON LAS PIEZAS DENTARIAS

Paradentosis _____ Caries _____

Traumatismo _____ Otras causas _____

FECHA DE LAS ULTIMAS EXTRACCIONES

Superiores:

Anteriores _____ Posteriores _____

Inferiores:

Anteriores ----- Posteriores -----

ANTECEDENTES PROTÉSICOS

Aparatos usados anteriormente -----

Resultados obtenidos -----

Cuidados que se tiene de ellos -----

CONDICION DE LA SALIVA

Espesa ----- Normal ----- Fluida -----

TAMAÑO DE LA LENGUA

Normal ----- Grande -----

LABIOS

Tamaño ----- Grueso -----

CONTORNO DE LOS PROCESOS

Retentivo ----- Alto -----

Curvo ----- Ancho ----- Angosto -----

Tamaño de las áreas de soporte

Grande ----- Mediana ----- Pequeña -----

RELACION DE LOS PROCESOS

Orthognático ----- Prognático -----

Retrognático -----

ASPECTO OSEO

Paladar profundo

Mediano

Plano

TIPOS DE PRÓTESIS INMEDIATA

La prótesis inmediata completa puede ser encarada de diversas maneras que, en último análisis, pueden reducirse a cuatro casos:

- a. La Prótesis Parcial Aditiva.
- b. La Férula momentánea.
- c. La Prótesis Inmediata completa, abierta (o sin flanco vestibular).
- d. La Prótesis inmediata completa cerrada (o con encla completa).

a. La Prótesis parcial aditiva, que puede ser transformación de la que usa el paciente, es la prótesis parcial en que se van agregando dientes después de las extracciones. Tiene ventajas definidas, que la indican en muchos casos: Evita un desdentamiento gradual. Por lo mismo, facilita la extracción previa de los --- dientes posteriores, sirviendo como transición hacia la próte-- sis inmediata completa. Puede hacer más económico el servicio o facilitar su financiación, y a veces, prestar servicios duraderos.

b. La Férula transitoria, es algo así como una prótesis económica. Los dientes posteriores son reemplazados por férulas de acrílico que se articulan directamente en la boca, añadiendo acrílico autopolimerizable; los dientes anteriores se hacen rápidamente por vaciado de los dientes en la impresión con acrílico de color adecuado. Puede ser una solución en ciertos casos, por su -

rápidez y economía de ejecución.

- c. La Prótesis sin flanco vestibular simplifica la construcción. -- Basta excavar el alveolo en el modelo e introducir en éste 2 ó 3 mm., del diente reemplazado (de ahí el nombre de intraalveolar). El resultado inmediato suele ser espectacular, al mostrar los -- dientes emergiendo de la encla. Tiene la ventaja de permitir la atrofia vestibular sin perturbaciones. Y el inconveniente de requerir la encla artificial al cabo de 15 a 20 días.
- d. La Prótesis inmediata con encla completa es la más exigente en -- la técnica de construcción y la preferida por la mayoría, pues -- reduce el peligro de retención deficiente, que puede presentarse en las prótesis sin encla artificial, y es más fácil atender al paciente.

VII

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Además de las indicaciones y contraindicaciones de toda prótesis, - la prótesis inmediata exige:

INDICACIONES

1. Que la edad y estado general del paciente permitan la o las intervenciones quirúrgicas que se requieran.
2. Que el estado de la boca y dientes admitan la espera requerida para el trabajo preparatorio.
3. Que el paciente desee este tipo de servicio y esté dispuesto a aceptarlo, con todo su contenido implícito.

CONTRAINDICACIONES

Los tipos de pacientes en los que pueden estar contraindicadas esta clase de dentaduras son:

1. Los que sufren afecciones y trastornos de tipo general, como -- las alteraciones cardíacas, discrasias hemáticas, trastornos -- glandulares, que los convierten en sujetos con mayor riesgo quirúrgico si hay que extraer los dientes en una sesión.
2. Aquellos cuya capacidad mental no les permite hacerse cargo de su responsabilidad en el servicio.
3. Los que son indiferentes y no saben apreciar el servicio, y que,

por lo tanto es menos probable que cooperen en el ajuste y la --
conservación de la dentadura.

4. Los pacientes en los cuales las extracciones múltiples o una intervención quirúrgica algo mayor en una sesión pueda provocar un shock intolerable.
5. En los casos de invalidez crónicas.
6. En pacientes cancerosos con lesiones bucales.
7. En pacientes que han sufrido terapia de irradiación. El peligro de que ocurra una osteorradionecrosis en tales pacientes, es con
siderablemente mayor cuando usan dentaduras completas.
8. La posibilidad de que el paciente experimente más molestias después de la colocación de las prótesis.
9. Las prótesis inmediatas requieren "mayor servicio de mantenimien
to" que las prótesis completas comunes. En pocos meses generalmente se requiere un forrado o rebasado de la prótesis, y ocasio
nalmente, si esto fuera necesario, la construcción de prótesis -
nuevas.
10. Se establecerá y se explicará de antemano la probabilidad de un nuevo gasto y la dedicación de un tiempo complementario para evi
tar toda posibilidad de malentendidos.

VIII

VENTAJAS Y DESVENTAJAS

VENTAJAS

Las ventajas de la prótesis inmediata pueden clasificarse en: anatómicas, funcionales, estéticas y psíquicas.

Del punto de vista anatómico:

1. Impiden la pérdida inmediata de altura, al reemplazar el tope oclusal, preservando o restituyendo la altura morfológica.
2. Evita violencias a las articulaciones temporomandibulares.
3. Impide el colapso labial y el hundimiento de las mejillas.

Como ventajas funcionales:

1. Permiten a la musculatura afectada seguir funcionando en posiciones normales.
2. Evita la mayor parte de los trastornos y reajustes fonéticos -- del desdentamiento.
3. Facilita la masticación rápidamente, evitando o reduciendo los reajustes dietéticos y digestivos.
4. Ayuda a mantener normalmente las actividades de la vida de relación.

Como ventajas estéticas:

1. Impide el colapso facial, consecuencias de las pérdidas y trans

formaciones anatómicas.

2. Con frecuencia permite introducir mejoras, a veces considerables.
3. Permite si es necesario variar la distancia naso-mentoniana (dimensión vertical).
4. Permite conservar atributos de forma, tamaño, color, o posición particular de cada diente.

Las ventajas psicológicas son:

1. Elimina la "humillación" que sufren muchos pacientes al presentarse sin dientes.
2. Permite mantener el equilibrio espiritual y facilita la continuidad de la vida de relación, al evitar la influencia del "que dirán"
3. También facilita la decisión de sacrificar los dientes naturales, cuando es preciso.
4. Reduce los trastornos del acostumbramiento a la prótesis.

Ventajas mecánicas:

1. Limita la reducción excesiva del área de restitución de las prótesis ayudando a la solución de problemas de carácter técnico en la colocación de los dientes artificiales.
2. Favorece la restricción física y funcional.
3. Favorece la estabilización de las prótesis.

Ventajas fisiobiológicas y quirúrgicas:

1. *Estimula la restauración de los tejidos.*
2. *Actúa como "vendaje" protector de las heridas, durante los primeros días.*
3. *Sirve como férula de contención de la hemorragia.*
4. *Mantiene la relación cráneo-mandibular conservando el tono muscular y el de los tejidos.*
5. *Impide cambios morfológicos en la articulación temporo mandibular, evitando los trastornos que frecuentemente sufre el desdentado en sus oídos.*
6. *La fonación alterada en un principio se corrige más rápidamente.*
7. *Se obtiene la reproducción justa, o, lo más cercana a ella de la relación céntrica, y la articulación puede ser más exacta.*
8. *Frenar la atrofia ósea, manteniendo mayor proporción de reborde residual.*

INCONVENIENTES O DESVENTAJAS

Los inconvenientes de la prótesis inmediata son, exclusivamente, -- sus exigencias:

- a. *La coordinación quirúrgico-protética exige precisión en la técnica, establecida en base a exactos diagnósticos y ajustadas indicaciones en ambos sentidos. Las intervenciones quirúrgicas, al dejar de ser unitarias para extenderse a grupos de dientes, se*

hacen más traumatizantes exigiendo habilidad y dominio. También el trabajo protético requiere habilidad y experiencia, puesto -- que el fracaso resultará intolerable. O sea que la inhabilidad -- del operador es el inconveniente.

- b. Por las mismas razones, la selección de casos es una exigencia -- inexcusable. Ante la edentación total, si no hay contraindicaciones formal, el protesista no tiene otra excusa para no actuar, -- sino la incompreensión del paciente o su propia incapacidad frente a la dificultad del caso; esto viene a ser otra desventaja.
- c. Como consecuencia, el servicio se encarece, tanto de por sí cuanto por su menor duración probable, la necesidad de rebasados y -- reajustes y requerirse nueva prótesis.
- d. Asimismo, puede transformarse en inconveniente, y serio, el hecho de que las fallas técnicas, que pueden ser clínicas o de laboratorio, sólo se evidencian después de la intervención quirúrgica final.
- e. Quizás el principal inconveniente de esta prótesis es que no --- pueden ser colocadas hasta que no están terminadas. No hay prueba anterior.

IX

IMPRESIONES PARA LA PROTESIS

Los objetivos fundamentales de todos los procedimientos que inciden en el tratamiento de dentadura inmediata son los mismos de todos los -- procedimientos incluidos en la dentadura completa normal. La dentadura inmediata simplemente necesita ciertas alteraciones técnicas, no de exposición.

Las impresiones han de proporcionar la máxima cobertura de los tejidos de asiento basales, extendiéndose, dentro de los límites de salud y función de los tejidos limitantes, para facilitar la máxima estabilidad a las dentaduras. La forma de la cubeta de impresión final y su posición en la boca son los factores más importantes, que determinan la calidad de la impresión definitiva.

Los objetivos de hacer la impresión se diferencian sólo en el diseño de la cubeta y en el material de impresión. La cubeta debe estar diseñada para incluir los dientes anteriores. El material de impresión -- tiene que ser de tal forma que pueda ser retirado de los dientes (hidrocoloides y base de goma) o fracturado limpiamente de modo que se pueda unir de nuevo (yeso, óxido de zinc).

A continuación indicare los procedimientos para hacer las impresiones en las dentaduras inmediatas.

IMPRESIONES PRELIMINARES

Se hace una impresión preliminar con hidrocoloide irreversible (al-

ginato) en una cubeta de impresión modificada. En la boca del paciente se marcan con un rotulador indeleble la línea vibratoria y los surcos - rétrouloxares antes de hacer la impresión. La línea indeleble pasará de la impresión al modelo vaciado, y delimitará la extensión posterior de la cubeta de impresión definitiva.

PREPARACION DE LA CUBETA DE IMPRESION DEFINITIVA

Se alivia el modelo preliminar con cera de calibre 20 sobre las superficies linguales de los dientes conservados y se extiende para que cubra las crestas residuales y la superficie palatina. Este espaciador de cera se prolonga por encima y por delante de los bordes incisales, unos 2 mm aproximadamente, de suerte que se forme un escalón similar en la cubeta de impresión, para que sirva de apoyo a la porción labial de la impresión final. Otra modificación del separador de cera consiste en descubrir la región de sellado postpalatino y las invaginaciones vestibulares del modelo. se hacen unas ventanas en la cera de realce para exponer los bordes incisales de dos dientes anteriores muy separados. Así se forman topes en la cubeta que ayudarán a su colocación durante el desarrollo de la impresión final.

Se pinta el modelo con un sustituto del papel de estaño, y se forma una cubeta de resina acrílica autopolimerizable sobre la sección posterior del modelo. Se hace un mango extendiendo la resina hasta un punto directamente por delante de los incisivos centrales y se le da una forma que se adapte a los dedos. Cuando el material se ha endurecido se re tira la cubeta del modelo, y se alisan los bordes ásperos.

TECNICA DE LA IMPRESION FINAL

La impresión final se realiza en tres secciones. Todas las zonas en que existen dientes, excepto las regiones vestibulares labiales y las superficies labiales de los dientes anteriores, se registran por medio de la cubeta individualizada formada sobre el modelo preliminar. Luego, por medio de un yeso modificado, de fraguado rápido, se registran las superficies labiales de los dientes anteriores conservados y del vestíbulo labial. La porción de yeso de la impresión se divide en secciones para facilitar su extracción de la boca. Luego se unen ambas secciones y se añaden a la sección posterior de la impresión que se ha formado en la cubeta.

Se coloca la cubeta en la boca y se comprueban su adaptación y extensión. Después se reducen 2 ó 3 mm., los bordes vestibulares salvo las partes reflejadas. Generalmente no es necesario modificar el borde posterior de la cubeta. Para perfeccionar los bordes vestibulares se usa compuesto de modelar espeso. Se reduce la altura de los bordes retocados 0.5 a 1 mm., con el fin de dejar espacio para el material de impresión. En las zonas de la cubeta correspondientes al rafe palatino medio y al tejido adyacente al rafe, se perforan agujeros que permitan la salida del exceso de material de impresión. Estos agujeros de la cubeta facilitan el registro de los tejidos palatinos en estado de reposo sin que sufran desplazamientos. En la cara lingual de la cubeta se fija una pequeña compresa de gasa para que recoja el material de impresión que pasa por los agujeros.

Las lesiones de caries importantes de los dientes del paciente se -

obturar provisionalmente para eliminar las zonas retentivas exageradas. De no hacerlo así se producen deformaciones de la impresión final y es más difícil retirar la impresión de la boca.

Se pone en la cubeta un material de impresión fluido (óxido de zinc-eugenol, silicona, o base de goma) y se lleva a la boca. Se coloca la cubeta en la posición debida sirviéndose de los topes incisales y pospa latinos como gulas. Se moldean suavemente los bordes de la impresión y se deja secar el material. El exceso de material de impresión que escurre alrededor de los dientes anteriores se quita sin mover la impresión. Se prepara yeso de impresión de fraguado rápido hasta una consistencia media y se pone en el vestibulo labial con una espátula estrecha. Se manipula suavemente el labio hacia afuera y hacia abajo. Se evita un soporte excesivo para el labio en la dentadura acabada usando yeso fluido de impresión en esta porción de la misma. Como el borde labial ocupará el mismo espacio que la impresión en yeso, cabe determinar en este momento el grado de apoyo para el labio que presentará la prótesis terminada.

Cuando el yeso de impresión alcanza su fraguado inicial, se hace una pequeña muesca lateral al frenillo labial. Una vez que el yeso ha -- fraguado por completo se pone un bisturí en dicha muesca y se divide la impresión para sacarla de la boca. Luego se retira la sección posterior de la impresión y se comprueba si existen discrepancias. Los fragmentos de la impresión se montan fácilmente. Se aplica medio separador a las secciones del yeso y se corre un modelo gula en la impresión final.

A continuación explicare una segunda técnica que involucra un siste

ma combinado:

El sistema de la impresión de procedimiento combinado.

Se confeccionan cubetas de resina de autocurado adaptándolas únicamente a los segmentos desdentados. Estas cubetas están provistas de toques en las superficies linguales de los dientes remanentes y en la repisa vestibular y en la zona del sellado palatino posterior. Se hacen agarres del lado lingual de las zonas vestibulares para la retención en ese sector del alginato superpuesto en una cubeta comercial. La cubeta se alivia mediante varios agujeros de escape y se termina con una impresión con pasta zinquenólica. La impresión seccional se prueba de la manera acostumbrada, se quita todo el material de exceso, y se vuelve a colocar la impresión en la boca. Se elige una cubeta comercial perforada que acomode los dientes remanentes y el repliegue mucoso que está sobre ellos, y se llena la cubeta con alginato (hidrocoloide irreversible). Se coloca alginato por vestibular de los dientes antes de insertarse la cubeta cargada en la boca. Una vez fraguado el alginato, generalmente salen juntas las dos impresiones seccionadas. De no ser así, lo único que se necesita es reorientar la cubeta de resina acrílica en la impresión de alginato. Esta técnica suele dar buenos resultados.

RELACIONES MAXILOMANDIBULARES

En la construcción de una dentadura completa es indispensable el articulador, en primer lugar por la falta de una base sólida en la boca - del paciente y también para mayor comodidad del dentista. Con el fin de que el aparato simule los movimientos mandibulares se han de determinar en el paciente y trasladar al articulador cuatro clases de relaciones, a saber:

1. La relación de los maxilares con el eje de aberturas.
2. La separación vertical de los maxilares.
3. La relación horizontal de la mandíbula inferior con respecto a la superior, y
4. La relación de la mandíbula inferior con respecto a la superior en las posiciones lateral y de protrusión excéntrica.

RELACION DE LOS MAXILARES CON EL EJE DE ABERTURA

La relación del maxilar superior con el eje de abertura de la mandíbula se traslada al articulador por medio del arco facial. El montaje arbitrario del arco facial sitúa el eje mandibular transverso cerca de su posición real. Es esencial cuando la oclusión definitiva se ha de desarrollar en el articulador. Como el uso del arco facial facilita una mayor comodidad y precisión en el montaje del modelo superior, puede -- convertirse en parte integral de todas las construcciones de dentaduras

completas.

DIMENSION VERTICAL

La posición vertical en posición de reposo, es la separación vertical de la mandíbula, cuando existe una contracción tónica de la musculatura maxilofacial. Esto varía con el estado de salud, con las frecuencias respiratorias y la postura del cuerpo.

Las relaciones verticales se obtienen fácilmente antes de la extracción si todavía quedan premolares y no hay mucha rozadura o movilidad de los dientes. Se procura que los bordes de la oclusión estén en contacto a nivel oclusal de los dientes que quedan.

Si seis dientes anteriores en el arco maxilar ocluyen contra seis dientes anteriores en el arco mandibular, no debemos confiar en su relación oclusal para la dimensión vertical, porque la inclinación puede ser mayor que la que existía antes de la extracción de los dientes posteriores.

Los métodos para asegurar la relación vertical correcta de las dentaduras inmediatas son similares a los que se usan en las dentaduras completas corrientes. Sin embargo, cuando existe un escalón que no se puede reproducir en la dentadura, el dentista debe ignorar los dientes naturales y considerar sólo el espacio interincisivo cuando la dimensión vertical es correcta. Esto es igualmente cierto si existen grandes abrasiones. Generalmente, los bordes de la oclusión son el único índice seguro de la distancia del interincisivo en la dentadura inmediata. Sin embargo, si la colocación de los dientes anteriores y la distancia in-

teroclusal tiene que ser duplicada exactamente, ambas tienen que ser -- consideradas como una parte de la relación vertical verdadera.

La dimensión vertical se obtiene por medio de los registros hechos antes de la extracción.

Registros de preextracción:

- a. Radiografías de perfil.
- b. Radiografías de la posición del cóndilo.
- c. Fotografías de perfil.
- d. Contorno de alambre.
- e. Modelos de estudio de los arcos maxilar y mandibular.
- f. Medidas faciales.
- g. Mascarillas de acrílico.

Dimensión Vertical de la Oclusión

La dimensión vertical de la oclusión es la altura de la parte inferior de la cara cuando están en contacto los dientes antagonistas. También se puede definir como la separación vertical de la mandíbula cuando los dientes se hayan en estado oclusal.

Esto es, que la dimensión vertical en la relación fisiológica de re po so es igual a la dimensión vertical de la oclusión, más el espacio li bre interoclusal.

El éxito de las dentaduras completas depende en gran manera de la -- correlación de esta dimensión con la distancia entre las crestas resi--

duales y con la longitud fisiológica de las estructuras que unen la mandíbula con el cráneo.

La dimensión vertical de la oclusión se puede fijar por varios métodos:

1. Determinando la máxima fuerza de cierre de los maxilares.
2. Procedimientos de deglución.
3. Mediciones entre puntos de la cara.

El borde de oclusión superior se conforma de modo que el plano incisal sea paralelo a la línea interpupilar y a una altura que permita alojar la longitud de los dientes naturales y compense la resorción hística ocurrida. La longitud del labio superior que rebasa por debajo de las papilas incisivas indica la cantidad del borde de oclusión superior debe ser paralelo a la línea ala-trago, como ocurre generalmente con la dentición natural.

Luego se ajusta el rodete de oclusión inferior, por delante con la altura del ángulo de la boca y por detrás con el tercio posterior del espacio retromolar. Ambos bordes, superior e inferior se ajustan de modo que se encuentren a nivel y se van modificando hasta obtener una distancia interoclusal adecuada.

Algunas de las observaciones usadas como guías al establecer la dimensión vertical de oclusión con los rodetes oclusales colocados en la boca son:

1. El soporte facial global.

2. El espacio entre ambos bordes cuando las mandíbulas están en posición de reposo.
3. La pronunciación de palabras que contienen sibilantes (s, c, ch, j, z) que provocan la aproximación de ambos bordes sin que lleguen a entrar en contacto.
4. Las mediciones entre marcas en la cara con la mandíbula en posición de reposo primero y luego con los bordes de oclusión en contacto.
5. La situación del borde inferior en relación con el labio inferior en la comisura labial.
6. El paralelismo de los bordes residuales superior e inferior después de montar los modelos en el articulador.

RELACIONES HORIZONTALES DE LOS MAXILARES

Se ha de registrar la relación céntrica en la boca del paciente y se ha de trasladar al articulador. Esta posición mandibular puede ser utilizada muchas veces por el paciente desdentado después de asentar las dentaduras terminadas. Para conseguir que las prótesis disfruten de la máxima estabilidad y sean cómodas, los dientes se han de encontrar a nivel en esta posición posterior, así como en otras posiciones excéntricas dentro del margen de la función normal. Entre los métodos usados para determinar las relaciones mandibulares horizontales figuran:

- a. Los aparatos trazadores.
- b. Los procedimientos de deglución.

c. La unión de los bordes de oclusión en la boca.

d. Los registros de mordida.

Aunque es posible lograr cierta precisión con estos procedimientos, el dentista no debe olvidar que cada una de estas técnicas tiene en sí algunas causas de error.

Se ha visto que el registro interoclusal directo es un método adecuado para registrar la relación céntrica en muchos pacientes. El registro se lleva a cabo después de fijar la dimensión vertical de oclusión. El paciente, bajo la dirección del dentista efectúa cierres de prueba de los bordes de oclusión hasta que los dos, dentista y paciente, se familiarizan con la posición de relación céntrica. Luego se pone yeso blando de fraguado rápido entre los bordes de oclusión en la región de los premolares y de los molares, y el paciente cierra en relación céntrica con respecto al nivel de la dimensión vertical establecida sin penetrar en el medio de impresión. El contacto directo de los bordes de oclusión opuestos puede producir movimientos en las bases de registro sobre el tejido sustentante o desplazamiento del tejido blando. En ambos casos el registro que se obtenga será incorrecto. La relación céntrica se debe registrar a un nivel lo más próximo posible a la dimensión vertical de oclusión elegida. Se puede conseguir mayor precisión reduciendo ligeramente la altura del borde inferior con el fin de disponer de espacio para el medio de registro.

REGISTROS EXCENRICOS.

Para ajustar los elementos condilares en el articulador, se utilizan registros en protrusión y laterales derecho e izquierdo, obtenidos en cera blanda o en yeso. Estos registros se hacen generalmente después de colocar los dientes anteriores en la posición definitiva en los rodetes de oclusión. Al hacer cada uno de los registros la mandíbula debe estar separada unos 5 ó 6 mm., de la relación céntrica al objeto de disponer de una distancia suficiente para el ajuste del articulador.

XI

CONSTRUCCION DE LOS RODILLOS, REGISTRO
DE LA RELACION CENTRAL Y MONTAJE POR
MEDIO DEL ARCO FACIAL

CONSTRUCCION DE LOS RODILLOS

Con cera para bases se forma el rodillo oclusal, en la placa superior. Se reblandece la cera en el rodillo superior, se lleva a la boca y se hace que el paciente cierre en posición de retrusión. La cera es enfriada, se retira de la boca y se recorta el exceso. Si la dimensión vertical va a aumentarse, debe procurarse que los dientes inferiores no lleguen a chocar con los dientes superiores. Con los rodillos en la boca del paciente se ejercitan en movimientos de protrusión y retrusión para asegurarse de que la mandíbula puede llegar a su posición más posterior.

Probablemente se necesitará tiempo y esfuerzo para corregir la desviación del maxilar inferior. Después de que la mandíbula está en posición de retrusión correcta, se reblandece nuevamente la cera del rodillo superior y se registra la posición. Luego se quita el exceso de cera, de manera que no haya planos que guíen al maxilar, y se trazan líneas en ambos rodillos cruzando el plano oclusal.

El paciente deberá de repetir en esta ocasión todos los movimientos de la mandíbula hacia adelante y hacia atrás con la finalidad de verificar correctamente si estas líneas coinciden.

La dimensión vertical establecida sin penetrar en el medio de impre

sión. El contacto directo de los bordes de oclusión opuestos puede producir movimientos en las bases de registro sobre el tejido sustentante o desplazamiento del tejido blando. En ambos casos el registro que se obtenga será incorrecto. La relación excéntrica se debe registrar a un nivel lo más próximo posible a la dimensión vertical de oclusión elegida. Se puede conseguir mayor precisión reduciendo ligeramente la altura del borde inferior con el fin de disponer de espacio para el medio de registro.

REGISTRO DE LA RELACION CENTRAL

Se ha de registrar la relación céntrica en la boca del paciente y se ha de trasladar al articulador. Esta posición mandibular puede ser utilizada muchas veces por el paciente desdentado después de asentar las dentaduras terminadas. Para conseguir que las prótesis disfruten de la máxima estabilidad y sean cómodas, los dientes se han de encontrar a nivel en esta posición posterior, así como en otras posiciones excéntricas dentro del margen de la función normal. Entre los métodos usados para determinar las relaciones mandibulares horizontales figuran los aparatos trazadores, los procedimientos de deglución, la unión de los bordes de oclusión en la boca y los registros de mordida. Aunque es posible lograr cierta precisión con estos procedimientos, el dentista no debe olvidar que cada una de estas técnicas tiene en sí algunas causas de error.

Se ha visto que el registro interoclusal directo es un método adecuado para registrar la relación céntrica en muchos pacientes. El regis-

tro se lleva a cabo después de fijar la dimensión vertical de oclusión. El paciente, bajo la dirección del dentista efectúa cierres de prueba de los bordes de oclusión hasta que los dos dentistas y paciente, se familiarizan con la posición de relación céntrica. Luego se pone yeso ---blando de fraguado rápido entre los bordes de oclusión en la región de los premolares y de los molares, y el paciente cierra en relación céntrica con respecto al nivel de montaje por medio del arco facial.

1. Insertar el arco facial al bloque de mordida superior, asegurando con cera en tres o cuatro zonas.
2. Colocar este bloque de mordida con la horquilla de mordida insertada en la boca, introducir el vástago del arco facial en el mango de la horquilla de mordida. Asegurarse de que el paciente introduce las piezas para las orejas del arco facial en los meatos auditivos externos. En este momento colocar y centrar la pieza plástica para la nariz (el tercer punto de referencia) sobre la nariz y apretar todos los tornillos. El arco facial está ahora asegurado firmemente en la cabeza del paciente. En este momento anotar la distancia intercondílea o, como prefieren algunos, la distancia intercentral. Esta se marca con "P" como pequeña, "M" como mediana y "G" como grande.
3. Retirar el tercer punto de referencia del aparato y retirar todo el registro del arco facial (arco facial y bloque de mordida unidos) de la boca.
4. Montar este registro del arco facial en el articulador y deslizar el modelo superior en el lugar que le corresponde en el blo

que de mordida.

5. Unir el modelo superior al articulador por medio de una buena -- composición de escayola.
6. Cuando haya fraguado el yeso, retirar el aparato del arco facial del articulador; retirar también el bloque de mordida superior -- del articulador.

Este bloque de mordida se usará ahora en el registro de la relación vertical y céntrica preliminar por medio del acto de deglución. Cuando se haya registrado estas relaciones, volveremos a -- este punto para completar nuestra articulación en el instrumen- to.

XII

SELECCION Y COLOCACION DE LOS DIENTES

La selección de los dientes la ha de efectuar el dentista, no el técnico. En la mayoría de los casos es conveniente usar dientes artificiales similares a los naturales.

La mejor guía para la elección de los dientes artificiales la constituyen los registros previos a la extracción, incluidos los modelos de estudio, las fotografías y las radiografías.

LOS DIENTES ANTERIORES

Los dientes anteriores deben constituir un duplicado, o se han de modificar para que lo sean, de las características deseables de los dientes naturales. Las mediciones directas en la boca o en el modelo gúla ayudarán a determinar el tamaño y la forma de los dientes seleccionados.

Sobre el modelo gúla se esbozan las marcas para la colocación correcta de los dientes artificiales anteriores. El fondo de la hendidura gingival se marca en la encla labial de cada diente mediante una línea contigua. Luego se traza una línea que indique la unión de la encla palatina y los dientes. Estas marcas sirven de gúlas para recortar y ajustar el modelo. Sobre éste se dibujan líneas de referencia que indiquen la inclinación axial de los dientes a través de la porción central de la superficie labial de cada diente desde el borde incisal hasta el punto en que se reflejan los bordes labiales. Se toma una distancia fijada

arbitrariamente, por ejemplo, 12 mm., se mide desde el borde incisal de cada diente y se señala en la superficie labial del modelo por medio de una breve línea horizontal. Luego esta línea se convierte en punto de referencia para determinar la posición superior-inferior correcta del diente artificial.

Se secciona y se retira uno de los incisivos centrales. Se recorta y redondea el modelo hasta las líneas de la hendidura gingival previamente marcadas. Estas operaciones se han de efectuar con cuidado para evitar que se alteren los contactos de los dientes adyacentes.

Se coloca temporalmente el diente artificial elegido y se comprueba su posición con respecto a la corta línea horizontal del modelo por medio de un pie de rey Boley graduado a la distancia arbitrariamente determinada con anterioridad. Si la distancia fija del nonio indica que el diente es demasiado largo, se ha de reducir la parte del diente artificial adyacente al modelo. Se consulta el modelo de estudio para cerciorarse de la posición correcta del diente en relación con los dientes de yeso piedra contiguos. Una vez determinada la posición superior-inferior correcta, se pega temporalmente el diente al modelo. Se realizan las modificaciones necesarias del diente artificial para que sea una réplica del diente natural que sustituye.

Se van quitando alternativamente los dientes del modelo guta porque así los dientes restantes adyacentes a los seccionados pueden servir de gulas para la colocación correcta de los dientes artificiales, lo cual - resultarla más difícil si se fueran cortando sucesivamente. El procedimiento para asentar cada diente es el mismo que se ha descrito para el -

incisivo central. Una vez reemplazado los dientes alternados del modelo por los dientes artificiales, éstos sirven de guías para colocar los -- restantes dientes artificiales.

Después de arreglados los dientes anteriores, se asientan los dientes posteriores para obtener una oclusión equilibrada. A veces son necesarios algunos retoques adicionales de los dientes anteriores para lograr una relación equilibrada. Generalmente se puede conseguir esto sin alterar materialmente la estética, reduciendo las superficies linguales de los dientes superiores y las superficies vestibulares de los dientes inferiores. En algunos casos se ha de sacrificar la oclusión equilibrada en relación protrusiva con el fin de satisfacer los requerimientos -- estéticos del paciente.

LOS DIENTES POSTERIORES

Los dientes posteriores se seleccionan basándose en el tamaño de -- las crestas y en el espacio entre arcos. Los dientes posteriores largos (desde la cara oclusal al final del cuello) suelen tener mejor aspecto que los dientes cortos, por lo cual son preferibles cuando el espacio -- lo permite. La anchura vestibulolingual de los dientes posteriores debe ser menor que la de los naturales para permitir el desarrollo de una -- forma externa de las bases de la dentadura.

Los dientes anatómicos se pueden ordenar en oclusión equilibrada -- más fácilmente que otras formas dentarias. No existen pruebas que indiquen que los dientes anatómicos causen más molestias o una mayor resorción del borde que otras formas de dientes posteriores. Los dientes pos

teriores no anatómicos son útiles cuando no se pretende equilibrar la oclusión, en pacientes con relaciones mandibulares raras, y en aquellos que no son capaces de mantener la mandíbula en posición fija durante -- las operaciones de registro.

CIRUGIA DE LOS MAXILARES CON FINES PROTÉTICOS

RELACIONES DE LA PROTESIS CON CIRUGIA

Practicamente la totalidad de los tratamientos protéticos están precedidos por intervenciones quirúrgicas, que pueden ser próximas o lejanas. A partir de esto se establece la primera ley o concepto de las relaciones quirúrgico-protéticas: "Toda extracción debe ser considerada cirugía preprotética".

Por otra parte, considerada del punto de vista protético, la cirugía no es simplemente preprotética; puede ser proprotética, es decir favorecedora de las posibilidades protéticas, o antiprotética, o sea perjudicial para las posibilidades favorables al tratamiento protético. Es natural que esto último no pueda evitarse en muchos casos, puesto que la segunda ley de las relaciones quirúrgico protéticas: es "las indicaciones quirúrgicas absolutas no pueden ser alteradas por consideraciones protéticas", pues "entonces la prótesis dejarla de ser terapéutica".

En todos los demás casos, así como al elegir los procedimientos quirúrgicos, el cirujano debe tener en cuenta el porvenir protético, sea eligiendo los procedimientos quirúrgicos menos mutilantes, sea evitando, eliminando o corrigiendo aquellas disposiciones anatómicas o los detalles de su técnica que dificulten o impidan la mejor prótesis. Surge de estas consideraciones un tercer concepto de las relaciones quirúrgico-protéticas: "frente a la prótesis, la cirugía tanto puede pecar por exceso como por defecto".

Las extracciones simples son en muchos casos cirugía insuficiente;

pero las exéresis óseas desaprensivas pueden producir mutilaciones irreparables. Difícil es para el cirujano que no sea, además, protesista, o no se auxilie con la opinión de éste, determinar en cada caso la técnica quirúrgica más adecuada a las conveniencias protéticas. Es importante - la colaboración estrecha entre cirujano y protesista para planear cada - intervención, teniendo en cuenta que los huesos maxilares, las apófisis alveolares en particular, constituyen el sostén y soporte principal de - las prótesis. "Conservar el máximo de reborde residual sin riesgo para la salud del paciente" constituye otra ley.

Se interpreta más ajustadamente esta norma si se tiene en cuenta que "el hueso se elimina quirúrgicamente por cuatro causas o propósitos:

- a. Por estar afectado (eliminación terapéutica).
- b. Para permitir la eliminación de los órganos o tejidos que recubre (complementarla de acceso).
- c. Para modificar su forma (plástica)..
- d. Para evitar molestias postoperatorias (preventiva).

Si el cirujano toma por norma no tocar una sola partícula ósea cuya eliminación no esté claramente indicada por una de estas cuatro razones, hará la mínima exéresis ósea imprescindible en cada caso; abrirá ventanas menores o recurrirá a la fistulización previa, para eliminar quistes y otros focos; practicará con más frecuencia la fractura preconcebida para extirpar dientes incluidos; aplicará los procedimientos de extracción de raíces y ápices que exijan cirugía menor; será menos drástico en sus alisamientos alveolares después de las extracciones. Tal vez se encuentre con que su cirugía se hace menos fácil y menos espectacular; pero --

ira ganando en calidad intrínseca",

"Un importante principio quirúrgico, es la preservación. Nunca deben removerse tejidos sanos sin criterio o razón".

Con los tejidos blandos deben adaptarse normas igualmente claras y sencillas. La primera "suturar los colgajos en posición"; porque se observa con mayor frecuencia en la prótesis inmediata el desplazamiento de colgajos mal fijados, o consecuencia de maniobras protéticas ulteriores.

Complemento importante del anterior es "evitar que la línea de inserción se desplace en sentido oclusal y desplazarla más bien en sentido basal". También deben evitarse heridas cuyas cicatrices puedan constituir nuevos frenillos y la formación de cordones gingivales.

EXTRACCION

Desde el punto de vista técnico, las extracciones pueden ser simples o con alveolectomía, y ésta, a su vez, puede ser pre o postavulsión.

Las extracciones simples están indicadas siempre que sean posibles y que no haya indicaciones precisas para la alveolectomía, se trate de dientes aislados como de grupos de dientes.

ALVEOLOPLASTIA O ALVEOLECTOMIA

La alveoloplastia o alveolectomía es la eliminación quirúrgica de una porción del proceso alveolar.

El objetivo de ésta es conservar la cantidad máxima de huesos, junto con un reborde adecuado.

Las consecuencias de estas extracciones son importantes:

- 1). Después de una alveolectomía no se puede esperar crecimiento -- óseo que reemplace al hueso eliminando quirúrgicamente, sino en muy escasa proporción.
- 2). La cantidad de hueso que se forma en un alveolo reducido quirúrgicamente, aunque sea en una sola de sus paredes, será considerablemente menor de lo que podría esperarse sin alveolectomía, debido a la falta de determinante de la osificación en el sitio operado.

Los fenómenos de atrofia ósea se inician en el borde del alveolo operado tan temprano como en el alveolo proveniente de una extracción simple. Su importancia aparece aún más cambiante en el primer caso. Y esto significa que no se reconoce manera de predeterminar el volumen del hueso que se formará después de una alveolectomía ni el grado de atrofia que seguirá.

Al estudiar la atrofia de los maxilares después de las extracciones, se concedió gran importancia al factor quirúrgico. En efecto; contribuye a alterar el proceso normal, el cual ya es de por sí difícilmente previsible.

Se ha comprobado que después de las grandes alveolectomías, la atrofia era más rápida y más difícil de detener, en comparación con cirugía conservadora. A partir de esto se llegó a la siguiente conclusión:

- "1) La cirugía radical extensa, excepto en casos de anomalías especiales, es perjudicial y esta contraindicada para la prótesis inmediata.

2. La reabsorción alveolar, con la consiguiente pérdida de retención, es agravada proporcionalmente a la extensión de la cirugía".

La consecuencia de estos estudios nos ha dado los siguientes conceptos:

- a. La llamada Alveolectomía Radical, que se practicaba en otro --- tiempo en el intento de eliminar quirúrgicamente las porciones de alvéolos destinados a la reabsorción.
- b. La Alveolectomía Conservadora, es la conservación del máximo -- del hueso compatible con el completamiento de las extracciones, la colocación de las placas y el alineamiento de los dientes.

En muchos casos se puede prescindir de toda alveolectomía; pero no se debe rehuirla cuando está indicada.

LA ALVEOLECTOMIA

Se trata de una intervención quirúrgica o una fase de las intervenciones quirúrgicas de la mayor importancia.

Clases de Alveolectomía:

- a. Alveolectomía Preavulsiva
- b. Alveolectomía Postavulsiva

Según la tabla que aborde puede ser:

- a. Alveolectomía Vestibular
- b. Alveolectomía Palatina
- c. Alveolectomía Lingual

Cuando se hace en una zona desdentada:

a) Alveolectomía oclusal

Cuando la alveolectomía elimina la parte profunda de los septos intrarradiculares, se la denomina:

a) Alveolectomía intraceptal.

Según la cantidad de alvéolo que elimine:

a) Alveolectomía radical

b) Alveolectomía conservadora

Cuando tiene por objeto modificar la forma del maxilar, sea por razones estéticas (generalmente en el sector anterior) o mecánicas (facilitar la entrada de la prótesis, creación de espacio intermaxilar), es una operación puramente plástica y se denomina:

a) Alveolectomía modeladora o correctora.

Cuando el objeto es la eliminación de aristas y crestas óseas destinadas a una pronta reabsorción y que por otra parte, tienden a lacerar la mucosa, a la que comprimen contra las bases protéticas, a esta se le denomina:

a) Alveolectomía estabilizadora.

INDICACIONES DE LA ALVEOLECTOMIA

Tres son las indicaciones más frecuentes de la alveolotomía complementaria de la extracciones que deben seguirse de prótesis inmediata:

1. Facilitar las extracciones (avulsora).
2. Alisar las crestas (estabilizadora).

3. modelar el maxilar (modeladora).

La Alveolectomía Avulsora.

Es indicación quirúrgica categórica y debe ser prevista por el cirujano (sin olvidar que también puede requerirla inopinadamente el acto quirúrgico. En cuanto que debe realizarse la alveolectomía mínima, sólo ésta debe preverse (de acuerdo con el cirujano) al "operar el modelo". Si luego la alveolectomía resulta mayor de lo previsto no es difícil rellenar la prótesis.

La Alveolectomía Estabilizadora

Aún cuando no esté bien comprobado que cumple esa función, su objeto más claro es eliminar las crestas de hueso que, bajo la presión de la prótesis, podrían transformarse en traumatizantes de la mucosa. Son principalmente, las crestas interradiculares y las interdientarias y no se requiere otra cosa que redondearlas muy ligeramente. Lo que hacen algunos odontólogos es no preverlo al preparar la prótesis, sino que se hace a éstas un tanto holgadas en esos puntos, reduciendo los riesgos de irritación. Esa holgura desaparece con el primer rebasado.

La Alveolectomía Modeladora

Debe ser prevista por el protesista, ya que tiene por objeto modelar el maxilar de acuerdo con las exigencias mecánicas o estéticas. Se debe preparar para el cirujano, además de la prótesis, el modelo de estudio, una reproducción del modelo "operado" y una base transparente para facilitar el control quirúrgico.

Alveoloplastia Simple

Después de extracciones múltiples, se examinan placas alveolares bucales y hueso interseptal para buscar protuberancias y bordes afilados. Si es necesario realizar una alveoloplastia, se hacen incisiones a través de las crestas interseptales. El mucoperiostio se eleva cuidadosamente del hueso con una cureta Molt n.º 4, o algún elevador de periostio. Se experimenta dificultad al empezar a formar el colgajo en el borde del hueso porque el periostio está adherido a los extremos de los huesos, pero deberá tenerse cuidado de no elevar el colgajo más de dos terceras -- partes del alvéolo vacío. Elevarlo más desgarraría el pliegue mucobucal ligeramente adherido, con la consecuencia de grave pérdida de espacio para la altura de la aleta de la dentadura postiza.

El colgajo se retrae delicadamente y se coloca el borde de una compresa de gasa entre hueso y colgajo. Se colocan unas pinzas de gubia universales, de lado, a mitad del alvéolo vacío y la placa alveolar labial o bucal se reseca para lograr una altura uniforme en todos los alvéolos. Las pinzas se colocan entonces en ángulo de 45° sobre la cresta interseptal, con un pico en cada alvéolo y se elimina la punta interseptal bucal o labial. Este procedimiento se lleva a cabo en todas las crestas interseptales. Los vasos hemorrágicos en hueso se controlan haciendo rotar una pequeña cureta en el punto de la hemorragia. Una lima pasada ligeramente en una sola dirección sobre todos los cortes, alisará el hueso. Se eliminan las partículas sueltas, se retira la gasa de manera que el colgajo vuelva a tomar su lugar sobre el hueso, y se flota un dedo sobre la superficie de la mucosa para examinar si el alvéolo está liso.

La placa bucal deberá contornearse aproximadamente a la misma altura

que la placa palatina para formar un reborde plano y ancho. Los socavados excesivos en los segmentos posterosuperior y anteroinferior deberán recibir especial atención. El tejido blando excesivo y el tejido de granulación crónica se eliminan de los colgajos bucal y palatino, que se suturan entonces sobre las áreas interseptales, pero no sobre los alveolos abiertos. Se sutura en forma continua o con puntos separados, sin tensión.

A l v e o l o p l a s t i a R a d i c a l

En ciertos momentos, se aconseja contorneado radical del reborde alveolar debido a socavados extremadamente prominentes, o en ciertos casos, una gran discrepancia en la relación horizontal de los rebordes superior e inferior, debida a sobre mordida horizontal notable ("overjet"). Estos pacientes pueden requerir eliminación total de la placa labial para lograr substitución protética satisfactoria.

En estos casos, se eleva un colgajo mucoperiosteico antes de la extracción de los dientes puede facilitarse al eliminar primero el hueso labial que queda por encima de las raíces de los dientes. Esta eliminación de hueso también asegurará la conservación del hueso interradicular. Después de extraer los dientes, se recorta el hueso restante y se contornea para lograr la altura labial y oclusal deseada con cincel, pinzas de gubia y lima. Se recorta tejido excesivo de los colgajos labial y palatino, que se unen con sutura continua o puntos interrumpidos sobre los tabiques.

Al cerrar este colgajo, puede ser necesario eliminar una cuña de tejido en las áreas de los premolares para dar espacio a la circunferencia

externa disminuida del hueso labial. Deberá tenerse cuidado con este colgajo mayor para conservar cuanta adhesión sea posible a la altura del repliegue mucobucal porque de otra manera, se encontrarla, al cerrar, un colgajo excesivamente largo. Si el colgajo no es sostenido por una dentadura postiza de colocación inmediata y el exceso de tejido se reseca, la altura del pliegue mucobucal disminuirá drásticamente.

A l v e o l o p l a s t i a I n t e r r a d i c u l a r

En este procedimiento, se sacrifica hueso interradicular en vez de placa labial. Se extraen los dientes. No se intenta elevar un colgajo mucoperiostico sobre el hueso que va a aplastarse. Se extirpa el hueso interradicular con unas pinzas de gubia de picos angostos (un pico en cada alvéolo) a la mitad de la altura de los alvéolos. Se hace una muesca con cincel o pinzas de gubia en la placa labial de cada área -- premolar, para permitir que la mayor circunferencia de la placa labial se ajuste en su nueva posición. Se aplasta el hueso hasta obtener el contorno deseado con presión del pulgar.

Se asocian menos resorción y menos dolor posoperatorio con este procedimiento del hueso y no descansa sobre hueso que se ha puesto aspero.

COLGAJO QUIRURGICO

Un colgajo quirúrgico es un colgajo de tejido blanco que se corta y retrae a manera de poder retirar hueso subyacente para exponer raíces, dientes y tejido patológico. Las extracciones y procedimientos de extracción de raíz llevados a cabo a través del alvéolo intacto se denominan procedimientos cerrados. Las operaciones que requieran colgajo qui

quirúrgico se denominan procedimientos abiertos.

Basicamente, la indicación para el colgajo quirúrgico es la incapacidad de eliminar la estructura o el tejido sin traumatizar los tejidos -- circundantes. Si un procedimiento cerrado fracasa, se obtienen visualización y acceso apropiados mediante un procedimiento abierto. Un resto radicular que no pueda recuperarse por medios normales se extrae haciendo un colgajo quirúrgico. Un diente grande engastado en hueso ~~denso~~ no se moverá con presión de pinzas, se diseña bajo colgajo quirúrgico, lo que hace posible la extracción con pinzas. Sin embargo, existen indicaciones para hacer un colgajo quirúrgico sin intentar primero el procedimiento cerrado. Por ejemplo, si existe la posibilidad de que la corona del diente se fracture por estar debilitada debido a caries extensa o grandes restauraciones o si no hay corona deberá pensarse en usar un colgajo quirúrgico. Ciertos operadores preparan sistemáticamente todos los dientes desvitalizados porque la corona y la raíz son friables después de procedimientos endodónticos. Si las raíces de un diente son ampliamente divergentes, están curvada o agrandadas por hipercomentosis, podrá prepararse un colgajo. Si la estructura ósea suprayacente está agrandada o especialmente densa, o si la membrana periodontal es atrofica o falta (anguilosis), se aconseja cirugía. Una gran área patológica que no puede eliminarse a través de un alvéolo estrecho, puede eliminarse haciendo un colgajo quirúrgico

Principios

La curación deberá producirse sin complicaciones siempre que se sigan los principios quirúrgicos básicos. La incisión deberá planearse de

manera que el aporte sanguíneo del colgajo sea adecuado. Si el lado libre del colgajo es ancho, y la base con el aporte sanguíneo es estrecha, la nutrición al colgajo podría resultar inadecuada. El colgajo deberá contener todas las estructuras que quedan sobre el hueso, incluyendo mucosa, submucosa y periostio, teniendo especial cuidado de incluir el periostio en el colgajo. El colgajo deberá ser lo suficientemente grande como para proporcionar visualización y espacio adecuado para extirpar -- hueso sin dañar por ello los bordes tisulares blandos. La incisión deberá hacerse siempre sobre hueso que no vaya a eliminarse, de manera que las incisiones suturadas estén sostenidas por el mismo. Las incisiones hechas en tejidos con infección incontrolada pueden causar rápida extensión de la infección.

T i p o s

Los tipos básicos de colgajos quirúrgicos intrabucales son el colgajo envolvente y el colgajo que tiene un componente vertical sobre la superficie bucal o labial. El colgajo envolvente se hace cortando los tejidos alrededor de los cuellos de varios dientes en posición anterior y posterior con relación al área y extendiendo el colgajo bucal o labial -- resultante alejando del hueso. Este colgajo se usa para extraer dientes impactados más que en otros tipos de extracciones. En el colgajo vertical se usa una incisión vertical que se extiende desde el pliegue mucobucal hasta una incisión gingival horizontal alrededor de los cuellos dentales. Se elva menos tejido, y las fibras gingivales libres de los dientes adyacentes no se cortan. Ciertos operadores prefieren un tipo, otros prefieren el otro.

Procedimiento Quirúrgico

La incisión con una hoja de bisturí n.º 15 se hace alrededor del manguito gingival labial o bucal que rodea el diente por detrás del diente - que se va a operar, alrededor del diente mismo, y después se angula hacia arriba, hacia el pliegue mucobucal, alejándola del diente que va a extraerse.

La elevación del colgajo mucoperiostico, se inicia en el componente - vertical, donde el periostio no está adherido en forma tensa, y el elevador periostio se mueve hacia las incisiones del manguito gingival así como hacia otras. El fino periostio que se encuentra sobre el hueso debe - incluirse en el colgajo. Se eleva el colgajo. El borde del elevador se inserta a 2 mm bajo el tejido anterior adherido a medio camino entre re- - pliegue y manguito para proporcionar más adelante entrada a la aguja de - sutura.

El colgajo se mantiene hacia arriba desde el plano de incisión con - el elevador de periostio, o se coloca un pedazo de gasa bajo el colgajo - para alejarlo del campo operatorio con un dedo. La retracción deberá ser cuidadosa para evitar daños y edema. El colgajo deberá permanecer retral do sin relajar la fuerza retractora hasta terminar la operación.

La extirpación del hueso puede lograrse con cincel, fresa, o pinzas - de gubia, estas últimas se usan para iniciar la ostección se hay un al- - veolo vacío. Al diseccionar un diente, se hacen cortes paralelos al eje lon- - gitudinal del diente en la placa labial o bucal, sobre los lados mesial y distal de la raíz. Después de extirpar la placa bucal, se hacen otros -- cortes en hueso, a ambos lados de la herida, hasta haber expuesto la par- - te más ancha de la raíz. Deberá tenerse gran cuidado de evitar las raíces

de dientes adyacentes.

El diente se extrae con pinzas o elevadores. El tejido patológico - en la punta se quita con curetas. Los Gordes de la incisión ósea se alisan con lima o con una pequeña cureta. Todos los desechos y pequeñas espculas se eliminan. Se vuelve el cogajo a su posición. Se coloca una satura a través del borde del colgajo libre, aproximadamente a la mitad entre manguito y pliegue, y se sutura con un punto aopuesto en el tejido fijo que está por delante de la incisión. Se anuda sin tensión. No es necesario suturar los tejidos linguales. Se coloca una compresa de gasa doblada y húmeda sobre el alvéolo para evitar hemorragia.

En áreas especiales son necesarias las variaciones en el diseño básico del colgajo. En el área del premolar inferior se añade un incisión -- vertical distal de modo que puedan protegerse las estructuras del agujero mentoniano. En el área del molar inferior, se forma un colgajo similar para lograr mejor disección de la raíz distal. El colgajo doble es más difícil de suturar.

XIV

INDICACIONES AL PACIENTE CON DENTADURA INMEDIATA

1. Tome las disposiciones necesarias para que alguien le acompañe al consultorio dental el día en que le han de extraer los dientes y le han de poner la nueva dentadura artificial.
2. Durante las cuatro horas siguientes a la extracción de sus dientes naturales, pongase una bolsa de hielo sobre los labios quince minutos cada media hora, para reducir al mínimo la tumefacción.
3. Se le ha prescrito un analgésico para calmar el dolor que pudiera aparecer. Para su administración servase atenerse a las instrucciones.
4. No se quite la dentadura usted mismo. Si se quita prematuramente se puede producir tumefacción en los tejidos que impedirá su colocación durante varios días.
5. Cuando el dentista le haya quitado la dentadura (en la cita de las veinticuatro horas) recibirá instrucciones para volvérsela a poner y quitar.
6. Cada vez que se quite las dentaduras, enjuéguese la boca con agua salada templada (una cucharilla de té rosa de sal por un vaso 250 g de sal). Limpie a fondo las dentaduras antes de volver a colocarlas. No use colutorios comerciales ni pastas analgésicas.

7. Se le citará para ajustar las dentaduras y quitar los puntos de sutura.
8. Durante el período de cicatrización su dieta ha de consistir -- principalmente en alimentos blandos.
9. Después de la cicatrización inicial su dentista ha de examinar sus tejidos orales para descubrir posibles cambios que requieran modificaciones en las dentaduras.

REAJUSTE DE LAS DENTADURAS

El material de impresión debe ser de un tipo que tenga resistencia mínima y suficiente tiempo de fluencia. Por esta razón la modelina está contraindicada como material para impresión de reajustes.

Se usa únicamente para extender pestañas cortas y para llenar retenciones. Si necesita aumentarse la dimensión vertical, no debe hacerse con el material de impresión, sino con material oclusal interpuesto, cera o modelina. Este cambio vertical se efectúa articulando los dientes nuevamente después de que el caso ha sido montado.

La idea de que la dentadura puede corregirse poniendo simplemente un material de impresión en su interior y sometiéndola a tratamiento, es generalmente engañosa. Una dentadura bien ajustada, en lo que se refiere a la adaptación sobre el tejido, no dará buen servicio si tiene contactos prematuros oclusales.

Las fuerzas que obran constantemente sobre las estructuras de soporte por esta desarmonía harán que el hueso se reabsorva, haciendo que la dentadura se desajuste. Por lo tanto es necesario restablecer las relaciones oclusales correctas en el momento de hacer las nuevas impresiones. La igualación de la presión de los tejidos y de la presión oclusal debe ser una consideración esencial en toda la técnica de reajuste de la base.

AJUSTE DE LA OCLUSION

Las correcciones finales de la oclusión se hacen en el articulador. Estas correcciones no deben hacerse hasta que hayan cicatrizado las heridas y el paciente se sienta relativamente cómodo. Este período de curación varía de un paciente a otro, pero generalmente ocurre en cinco a diez días. Es conveniente hacer las correcciones oclusales necesarias - lo más pronto posible con el fin de que el paciente pueda reanudar su dieta normal y para reducir al mínimo los problemas postoperatorios originados por aquellas.

REBASADO

Rebase es todo procedimiento, que permita ajustar la base de una -- prótesis a los tejidos que le prestan asiento, mediante el proceso de añadir material de base a la superficie de la dentadura que contacta con el tejido en cantidad suficiente para llenar el espacio que existe entre el contorno de la dentadura original y el contorno del tejido alterado.

Tipos de Rebasado .

1. Remarginado, es cuando el ajuste se limita a los bordes.
2. Rebasado parcial, es cuando se ajusta parte de la base.
3. Rebasado total, es cuando se reajusta entera la base.
4. Forrado es cuando el material de rebasado se sobreagrega a la base existente.
5. Remonta, es cuando se cambia todo o la mayor parte del mate--

rial de base.

El rebasado se inicia por una impresión que utiliza la base protética como cubeta. Esta impresión se deja integrando la base, en el rebasado directo que, a su vez, puede ser provisional, de reacondicionamiento o final, según su destino.

V a r i e d a d e s T é c n i c a s d e R e b a s a d o :

Se les califica en rebasados en un tiempo o directos y rebasados en dos tiempos o indirectos. Estos últimos pueden, a su vez, ser simplificados o abreviados porque el paciente puede esperarlos, o bien diferidos, en dos tiempos separados.

Los rebasados directos, totales o parciales, son siempre forrados. Los rebasados en dos tiempos ofrecen una gama de posibilidades mucho mayor, tanto en la parte clínica (extensión y/o remodelado de las bases) como en la de taller (cambio de dientes, cambio de altura, remodelado, remonta).

Es importante consignar, además, que cualquiera de estos procedimientos puede asumir, según los casos, el carácter de una solución de emergencia o el de un complemento regular del tratamiento. El paciente debe saberlo y estar de acuerdo, tanto en salvaguardia de la responsabilidad profesional, cuanto por la posible incidencia en los honorarios.

I n d i c a c i o n e s

En las prótesis inmediatas el rebasado es una indicación absoluta, para compensar los desajustes que origina el proceso cicatrizal. En ellas pueden estar indicadas todas las formas de rebasado, desde el abso

lutamente inmediato, originado en fallas técnicas, al mediato (que puede ser parcial o total); desde el rebasado en un tiempo, característico del primer período, al rebasado en dos tiempos que puede ser abreviado o también el diferido, acompañado o no de remonta. Cometerla frecuentes errores el odontólogo que quisiera resolver todos los casos mediante una sola técnica de rebasado.

El rebasado se inicia por una impresión del reborde residual con la base protética como cubeta. Pero mientras en la impresión sólo interesa la reproducción de los tejidos de soporte y se pueden tolerar ciertas -- desviaciones en la posición de la cubeta, en el rebasado la superficie oclusal debe ocupar también su posición exacta en oclusión central. La única gula segura es el antagonista e impone que todo rebasado sea una impresión con boca cerrada, en la cual a todas las dificultades para la toma de una exacta impresión se añaden las de una mordida también exacta.

El paciente debe ser adiestrado, lo que a veces exige tiempo. Serán útiles todas las maniobras aconsejadas para obtener la relación central.

Si existen dos prótesis, conviene fijar en su sitio la que no se rebasa con ayuda de polvo adhesivo, para evitar el riesgo de desplazamiento en el momento decisivo.

PROCEDIMIENTO TECNICO DENTADURA SUPERIOR

Después de eliminar las retenciones, se debe establecer la periferia de la dentadura con exactitud con un compuesto de godiva baja presión. - La sobreextensión se debe rebajar limando la periferia de la dentadura -

en esa zona. Si esto se hace bien, esta corrección periférica debe determinar en algo de retención. La dentadura superior se debe preparar entonces para la impresión perforando tres agujeros pequeños en el paladar. Uno de ellos colocado cerca de las papilas incisivas y los otros dos cerca del reborde en el área molar. Estos sirven de salidas de escape para el exceso de material de impresión (es importante tener justamente el material suficiente en la impresión eventual; si hay demasiado, puede causar malposición de la dentadura).

La dentadura se carga con pasta de óxido metálico y se coloca en la boca. Se presiona un poco hasta que disminuya el flujo de material. En ese momento se reduce la presión y se realiza el ajuste del músculo o el modelado del borde. Se deja endurecer la impresión, se quita y se examina para comprobar la exactitud. Si es satisfactoria, se vierte con un modelo y se deja endurecer. La dentadura inferior se maneja como una cubeta y no necesita salidas.

El modelo no se separa ahora. Más bien, el modelo y la dentadura se montan en la parte de arriba del duplicador Hooper. A continuación se coloca una capa de yeso en forma de plataforma en los miembros de abajo del duplicador, y el miembro de arriba con su dentadura se cierra en una plataforma de yeso mojada. Los dientes tienen que penetrar dentro de la superficie del yeso a una profundidad de unos 2 mm., aproximadamente. Cuando el yeso se endurece, se forma una llave dentro de la cual se pueden poner los dientes repetidamente para mantener una distancia fija y la relación entre el modelo y las superficies oclusales.

Cuando la llave se ha endurecido, se separan los miembros de arriba

y de abajo del duplicador. Entonces se retira la dentadura del modelo.

La dentadura queda completamente limpia de todos los materiales de impresión y se coloca en la llave de modo que los dientes ajusten completamente en sus posiciones respectivas. El cierre posterior se puede marcar en el modelo, y sustituir el miembro de arriba en el duplicador. Por tanto, el modelo mantendrá su relación a las superficies oclusales de los dientes. En esta posición, la dentadura se encera al modelo a lo largo de toda la periferia y en los tres agujeros a través del paladar. (Como un procedimiento alternativo, se puede cortar el paladar de la dentadura y sustituirlo por cera bien contorneada. Esto tiende a evitar abultamiento en zona del paladar de la dentadura.)

El modelo y la dentadura se retiran del montaje, se procesan y se terminan. Muchos dentistas prefieren usar acrílico autopolimerizable con el fin de evitar excesivo calor, lo que puede causar la torsión o deformación del material de base original.

PROCEDIMIENTO TECNICO DENTADURA INFERIOR

Cuando el paciente ha llevado la dentadura superior cómodamente durante varios días, se puede iniciar el procedimiento de reconstrucción de la inferior. Durante todos los pasos siguientes, la dentadura inferior se tiene que ocluir con la superior terminada.

La dimensión vertical de la oclusión se puede establecer midiendo puntos colocados en la cara del paciente. Cuando el paciente ocluye la dentadura inferior contra la superior, el asiento basal inferior se puede reconstruir con godiva para alcanzar la dimensión vertical co---

recta de la oclusión. Sin embargo, esto no es necesario normalmente. - La periferia se moldea con sumo cuidado con godiva de baja presión y se prueba la retención.

Al paciente se le enseña a retruir la mandíbula y a cerrar. Si la acción de retruir se hace bien, las formas de dientes anatómicos deben interdigitar razonablemente bien suponiendo que la relación céntrica original fuese buena. Los pequeños cambios no son importantes porque se -- pueden corregir por la impresión. Los dientes no anatómicos se deben encontrar en todas las zonas.

Se carga el material de impresión y se coloca la dentadura en la boca. Se le dice al paciente que cierre los dientes juntos y que mantenga esa posición hasta que el material se endurezca. Este procedimiento registra bien la oclusión de ambas dentaduras e igualmente la relación de los dientes inferiores con el asiento de la mucosa.

La dentadura inferior se coloca en el duplicador de Hooper y a continuación se maneja de la misma forma que la superior.

Los procedimientos de rebase no se deben considerar nunca como un -- sustitutivo adecuado para dentaduras nuevas.

Hay que insistir en que la dentadura superior se tiene que terminar antes de empezar la inferior.

Debemos subrayar que los procedimientos de rebase se deben hacer sólo cuando las relaciones horizontal y vertical de las dentaduras existentes son casi correctas. Si la dimensión vertical ha sido cerrada u -- nos 2 ó 3 mm., y la relación céntrica es muy incorrecta, no se puede es

perar corregir estos errores reconstruyendo o rebasando las dentaduras. Es muy pequeña la probabilidad de que el dentista pueda guiar y detener el movimiento mandibular con tanta precisión que se puedan corregir las grandes discrepancias.

El rebase junto al sillón

Se han realizado varios intentos para lograr un acrílico u otro material de plástico que se pueda añadir a la dentadura y sea posible dejarlo endurecer en la boca. Estos se han encontrado con fallas por varias razones:

1. Los materiales a menudo producen una quemadura química en la mucosa.
2. El rebase resultante a menudo era poroso y, por consiguiente, despedía mal olor.
3. La estabilidad del color era muy baja.
4. Si la dentadura no estaba bien colocada, el material no se podía quitar fácilmente si se quería volver a empezar.

Hoy día, estos procedimientos encuentran poca utilidad a causa de dichas dificultades, por lo cual la mayor parte han sido descartados. Por el momento, no hay sustituto para el más exacto procedimiento de hacer impresiones, enmoldado y procesar el resultado.

XVI

CONCLUSIONES

Para la ejecución de dentaduras inmediatas, es importante para el - dentista comprender los factores diagnósticos que permitirán un pronóstico preciso, y una estimación de los procedimientos técnicos que hay - que llevar a cabo en cada paciente; así como, hacerse cargo de que es - necesaria una preparación oral, mental y física adecuadas del paciente antes de construir las prótesis.

La prótesis inmediata constituye el medio de reducir la tragedia física y psíquica del desdentamiento.

La colocación de las prótesis inmediatas difiere en dos circunstancias de la regular: se hace sobre tejidos anestesiados, recién modificados quirúrgicamente y que pueden modificarse aún, para adaptarlos a la prótesis; y, el aparato debe ser colocado, sean cuales fueren los defectos. Estas circunstancias le confieren características especiales:

- a. Se trata de un acto quirúrgico cruento, y ninguna de las reglas de asepsia debe infringirse (instrumental esterilizado, técnica aséptica, etc.).
- b. Hasta cierto punto, se puede "adaptar el maxilar a la prótesis".
- c. Deben preverse los retoques necesarios y hasta la posibilidad de un rebasado inmediato que procure adaptación a la base, si - no la tiene.

El exámen de la situación (un diagnóstico), es lo que debe indicar

en cada caso la conveniencia del rebasado total o parcial.

Ya que es "inminente" el rebasado en una prótesis inmediata, es conveniente postergar el primer rebasado en lo posible. Se reconocen casos que exigen el rebasado inmediato (errores de técnica), otros que exigen rebasado a las 2 o 3 semanas y otros que no lo necesitan durante meses.

Concluyendo, la prótesis inmediata, que desde el diagnóstico hasta su terminación y colocación en el paciente, se haya confeccionado con el mayor y mejor aprovechamiento para éste, nos dará una gran satisfacción tanto al Cirujano Dentista como al paciente.

BIBLIOGRAFIA

Pedro Szizar, C.P.

Prostodoncia Total

1a. edición 1972

Editorial Mundi

Buenos Aires

John Sharry, C.P.

Prostodoncia dental completa

Barcelona

Ediciones Toray, S.A. 1977

Alvin L. Morris, C.P.

Harry Bohannon

Las Especialidades Odontológicas

en la práctica General

2a. edición 1976

Editorial Labor, S.A.

Eugene W. Skinner

La Ciencia de los Materiales Dentales

Editorial Mundi, 1970

Buenos Aires

Merril G. Sweson

Dentadura Completa

2a. edición en español adaptada

de la 3a. edición en inglés

Dr. Jose Y Ozawa Deguchi

Prostodoncia Total

Textos Universitarios

Dirección General de

Publicaciones U.N.A.M.

México, segunda edición

1975

Dr. Honorato Villa Acosta

Articuladores y Articulación

de dientes Artificiales en

Dentaduras Completas

Editorial UTEHA

México 1952

Jack M. Buchaman

Ajax Menckratis

Dentaduras Completas y Ancladas

Editorial Labor S.A.

Barcelona - Madrid - Buenos Aires

Caracas - Lisboa - Quito - Rio de

Janeiro - México - Montevideo

G.A. Rles Centeno

Cirurgía Bucal

7a. edición 1968

Editorial "El Ateneo",

Buenos Aires