



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Cirugía para Prótesis Inmediata.

Autorece Original

T E S I S

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
P r e s e n t a:

VIRGINIA FABIOLA ORNELAS QUIÑONES

Asesor: C.D. Hilse Alcoser Tapia

México, D. F.

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E .

		Pág.
INTRODUCCION.....		1
CAPITULO I	HISTORIA CLINICA.....	2
CAPITULO II	DEFINICION.....	8
CAPITULO III	INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.	9
CAPITULO IV	INSTRUMENTAL.....	10
CAPITULO V	ANESTESIA.....	12
CAPITULO VI	EXTRACCIONES MULTIPLES.....	14
CAPITULO VII	TECNICA QUIRURGICA.....	17
CAPITULO VIII	POSOPERATORIO.....	25
CAPITULO IX	PREPARACION DE PROTESIS.....	27
CAPITULO X	VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA PROTESIS INMEDIATA.....	29
CONCLUSIONES.....		30
BIBLIOGRAFIA.....		31

INTRODUCCION .

Los problemas que representan los tejidos duros en la prótesis los podemos abordar en dos aspectos: Preventivo y Corrector, ambos con un propósito primordial, el de brindar al aparato protético - - - soporte, retención, estabilidad u estética. Con respecto al paciente, el tratamiento quirúrgico debe ser practicado por todo Cirujano Dentista al hacer las extracciones dentarias con una regularización de procesos óseos, dándole protección, estética y un modelo de - - cicatrización, para después emprender la elaboración de una prótesis definitiva.

CAPITULO I.

HISTORIA CLINICA.

Es de vital importancia la historia clínica, porque por medio de esta nos podemos dar cuenta del estado general de salud - del paciente, tanto local como general y reducir al mínimo el riesgo quirúrgico.

El caso que se menciona en ésta Tesis, se resolvió en la Clínica Periférica " ATZCAPOTZALCO " turno vespertino, en la asignatura de Cirugía Bucal, durante el curso del Octavo semestre del año de 1983.

La historia clínica comprende lo siguiente:

NOMBRE: NOISES MALDONADO.
SEXO: MASCULINO
EDAD: 40 AÑOS.
OCUPACION: EMPLEADO.
ORIGEN: MEXICANO.
DIRECCION:
TELEFONO:
ESTADO CIVIL: CASADO.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES.

PADECIMIENTOS HEREDITARIOS: NINGUNO.

ESTADO DE SALUD DEL PADRE: FINADO **DE LA MADRE:** FINADA.

HERMANOS: S.D.P. **ESPOSA:** S.D.P. **HIJOS:** S.D.P.

CARDIOPATIAS: S.D.P.

TUBERCULOSIS: S.D.P. **DIABETES:** S.D.P.

EPILEPSIA: S.D.P. **NEUROPATIAS:** S.D.P.

TUMORES: S.D.P.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

SARAMPION:	SI	TOSFERINA:	NO
RUBIOLA:	NO	VARICELA:	NO
VIRUELA:	NO	PAPERAS:	NO
PARASITOSIS:	NO	PALUDISMO:	NO
REUMATISMO:	NO	HEPATITIS:	NO
DIABETES:	NO	TUBERCULOSIS:	NO

ANTECEDENTES PERSONALES DE HIGIENE Y ALIMENTACION.

HABITACION: VENTILADA, POCO HUMEDA Y ASEADA.

ALIMENTACION: BALANCEADA.

VESTIDO: LIMPIO Y SENCILLO.

ANTECEDENTES QUIRURGICOS:

INTERVENCIONES QUIRURGICAS: NINGUNA.

EXPLORACION:

PRESTION: 120/80 **TEMPERATURA:** 36.5 grados C.

EXAMEN BUCAL:

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

- LENGUA:** 5.
- FRENILLOS:** CORTOS.
- ENCIAS:** COLORACION Y PUNTILLO NORMAL.
- PISO DE BOCA:** NORMAL.
- PILARES PALATINOS:** NORMAL.
- PALADAR:** POCO PROFUNDO, ARRUGAS PALATINAS MUY MARCADAS.
- ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR:**
- CUELLO:** APARENTEMENTE NORMAL.
- GANGLIOS LINFATICOS:** S.D.P.
- TIROIDES:** S.D.P.

PRUEBAS DE LABORATORIO:**CITOLOGIA HEMATICA COMPLETA.****ERITROCITOS: 5.4****LINFOCITOS: 7.7****MONOCITOS: 3****EOSINOFILOS: 2****BASOFILOS: 1****HEMATOCRITO (HT): 45****VOLUMEN GLOBULAR MEDIO (VGM): 85.****HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIANA: (HCM) 28.****CONCENTRACION MEDIA DE HEMOGLOBINA (CMHG): 35.****TIEMPO DE PROTOMBINA: 15 seg.****TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA: 40 seg.**

ESTUDIO RADIOGRAFICO CON LAS RADIOGRAFIAS PARIAPICALES.

SE OBSERVA RESORSION OSEA Y CALCIFICACION DE CONDUCTOS.

SE PERSIVE MOVILIDAD DENTAL DE 2° GRADO.

TRATAMIENTO: - EXTRACCIONES MULTIPLES, ALVEOLECTOMIA Y
PROTESIS INMEDIATAS.

CAPITULO II.

DEFINICION.

ALVEOLECTOMIA:

ES EL ACTO QUIRURGICO QUE CONSISTE EN LA RESESION APROPIADA DE CRESTAS Y HUESO ALVEOLAR PARA LA RECEPCION DE UNA PROTESIS.

PROTESIS INMEDIATA.

UNA PROTESIS INMEDIATA ES UNA PROTESIS DENTAL CONFECCIONADA -
ANTES DE LAS EXTRACCIONES DE LOS DIENTES NATURALES PARA SER CO
LOCADA INMEDIATAMENTE DESPUES DE LAS EXTRACCIONES Y DE LA - -
ALVEOLECTOMIA.

CAPITULO III.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.

La prótesis inmediata no está indicada para todos los pacientes que pierden sus dientes naturales. Hay que tomar en cuenta factores -- generales y locales.

Salud en general y edad del paciente: Los pacientes ancianos y los pacientes con alguna patología que no se consideran capacitados -- para soportar la cirugía no deben ser sometidos a extracciones múltiples en una sola sesión y la colocación de su prótesis inmediata.

Infecciones locales. Es preciso aliviar las infecciones periodontales y/o periapicales mediante medidas quirúrgicas y terapéuticas -- apropiadas antes de la colocación de la prótesis inmediata; misma -- que no debe impedir el drenaje libre de los tejidos infectados.

Factores Anatómicos. Antes de tomar las impresiones fisiológicas -- para la confección de la prótesis, es preciso corregir retenciones -- óseas y tejidos blandos pronunciados, torus y exostosis, mucosa -- hiperplástica inserciones musculares y frenillos.

CAPITULO IV.

INSTRUMENTAL:

Por lo general, la selección del instrumental es asunto de preferencias personales. No obstante, hay que hacer algunas indicaciones basadas sobre la experiencia, que podrán servir de guía para otros.

Es conveniente tener de antemano preparado el instrumental quirúrgico que se va a utilizar.

El instrumental utilizado en este caso fue:

- 1.- Jeringa de anestesia.*
- 2.- Elevadores rectos.*
- 3.- Forseps para incisivos superiores Nos. 150 y 151.*
- 4.- Mango y hoja de bisturí del No. 5.*
- 5.- Legra o elevador de Periostio.*
- 6.- Lima para hueso o escofina.*
- 7.- Osteotomo o pinzas gubias.*

- 8 .- Tijeras para tejidos blandos.
- 9 .- Pinzas porta agujas.
- 10.- Sutura 2-0 3-0.
- 11.- Guantes.
- 12.- Torundas o gasas.
- 13.- Charola para instrumental.
- 14.- Campo quirúrgico.
- 15.- Eyector quirúrgico.

CAPITULO V.

ANESTESIA.

La mayoría de los procedimientos quirúrgicos bucales preprotéticos se pueden realizar con éxito en el consultorio dental, bajo anestesia local. En algunos casos, es aconsejable, e incluso necesario, usar anestesia general.

La selección del agente anestésico local específico suele ser opcional y depende de la experiencia personal del dentista. A veces, los antecedentes del paciente, las reacciones tóxicas o alérgicas previas a un anestésico local determinado, guiarán al odontólogo en la elección de la anestesia para ese paciente.

Para este caso se anestesia el nervio nasopalatino.

Indicaciones.- La anestesia del mucoperiostio anterior, de canino a canino, generalmente se emplea en extracciones e intervenciones quirúrgicas, y a veces como anestesia complementaria.

taria para operatoria dental cuando la inyección superaperiostica o la infraorbitaria han resultado insuficientes.

Técnica.- Afuera de la papila incisal.

Dirección.- Hacia arriba y hacia la línea media en dirección del agujero palatino anterior.

Profundidad.- Inyectarse unas gotas tan pronto la aguja puncione la mucosa, para anestésicarla; después de llegar a la proximidad del agujero palatino anterior, deposít tese la solución anestésica.

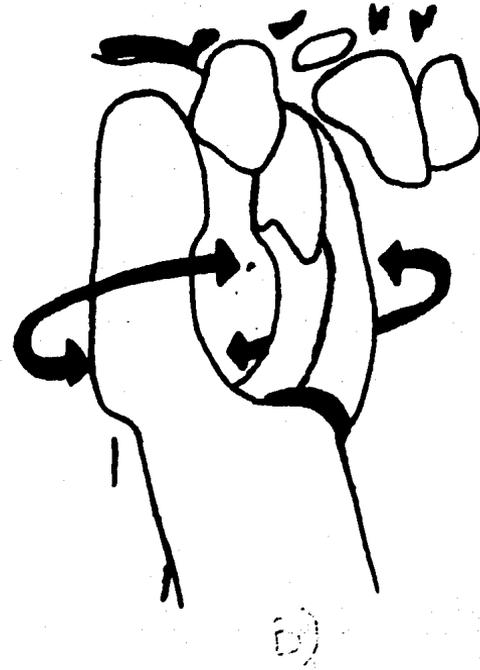
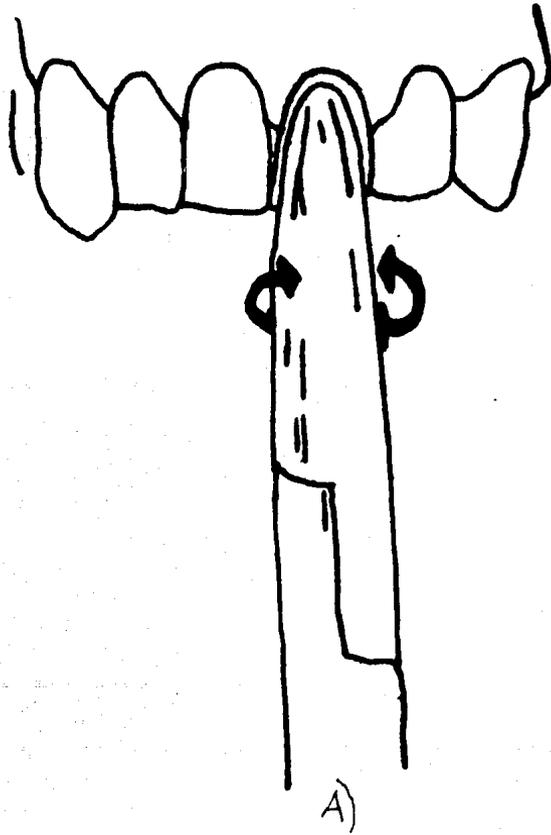
CAPITULO VI.

EXTRACCIONES MULTIPLES.

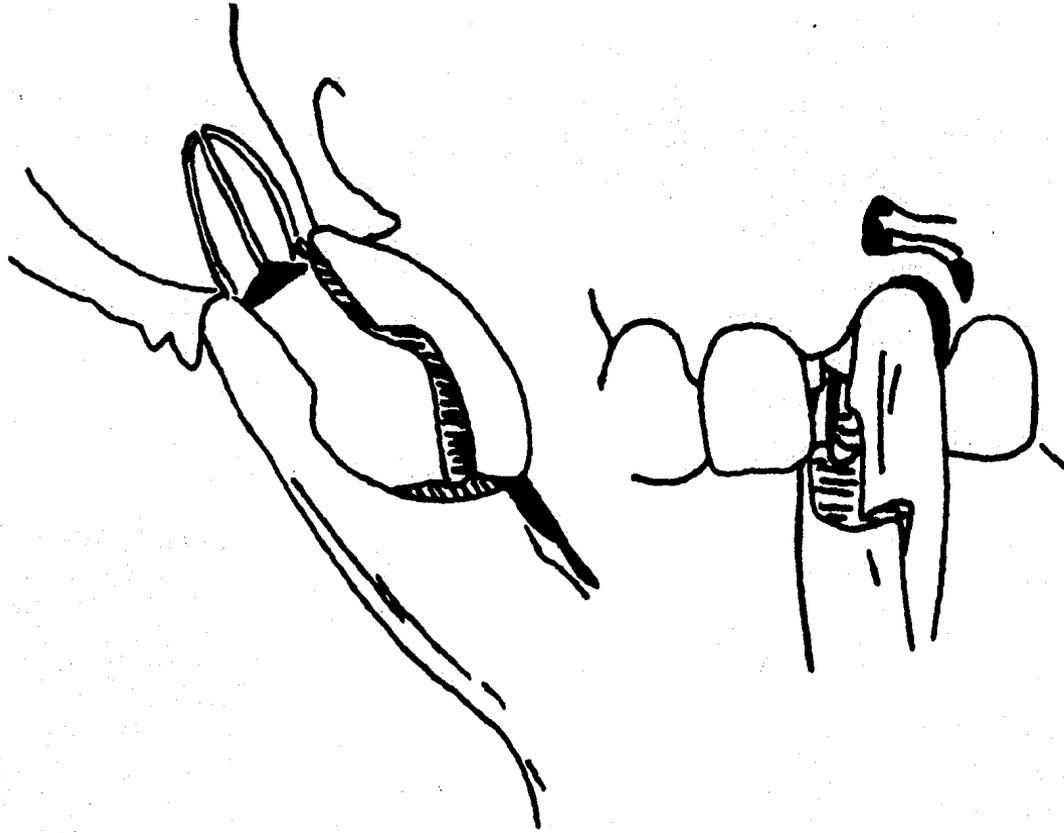
Las extracciones atraumáticas de los dientes es particularmente conveniente en la cirugía para prótesis inmediata.

La rotación de los dientes sobre sus ejes previene y aminora la posibilidad de fracturas radiculares. FIG. 1

La toma de diente mesiodistalmente permite el ejercer una fuerza rotatoria más eficaz. La toma subgingival para extraer restos radiculares puede sacrificar una pequeña cantidad de hueso cortical vestibular. FIGS. 2, 3 y 4.



- A) La rotación de los dientes sobre sus ejes mayores previene o minimiza las fracturas radiculares.
- B) La toma mesiodistal permite el ejercer una fuerza rotativa más eficaz que cuando se hace la toma



La toma subgingival para extraer una raíz puede sacrificar una pequeña cantidad de cortical vestibular, pero por lo general es más conservadora que la extracción a cielo abierto u operación.

CAPITULO VII.

TECNICA QUIRURGICA.

Una vez hechas las extracciones dentarias según la técnica que corresponde a cada diente, se prosigue a la alveolotomía.

*Se trazan dos insiciones desde el surco vestibular hasta la --
lengüeta distal de cada canino. Se seccionan las lengüetas -
interdentarias y se desprende el tejido gingival y por el lado
palatino se realiza el desprendimiento de fibromucosa.*

*Con una legra se separa el colgajo bucal hasta la altura del --
tercio apical de los dientes ya extraídos, por palatino se des-
prende la fibromucosa el mínimo con el objeto de no traumatizar
lo.*

*La alveolotomía se realiza con pinzas osteotomo o gubias, se
resacan los bordes filosos y las crestas prominentes, con la -
lima para hueso o escofina se alisan bordes y se eliminan pun-
tas óseas.*

*Con el dedo investiganse crestas y bordes, y donde la sensación
táctil denuncia irregularidades, ahí se debe insistir.*

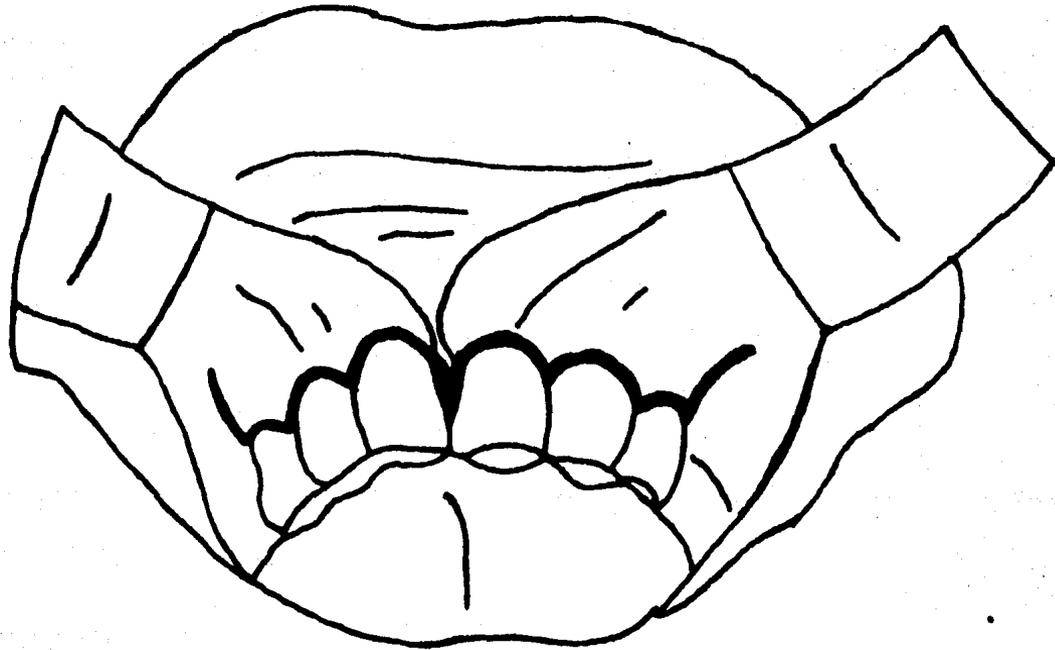
Es de suma utilidad descender el colgajo y palpar a través de él para ilustrarnos la irregularidad del borde. La proyección palatina de los alveolos, excepcionalmente necesita ser reseca.

La maniobra siguiente es la fijación de los conchajos por medio de puntos de sutura; pero antes el colgajo también debe ser reducido con una tijeras para tejidos blandos.

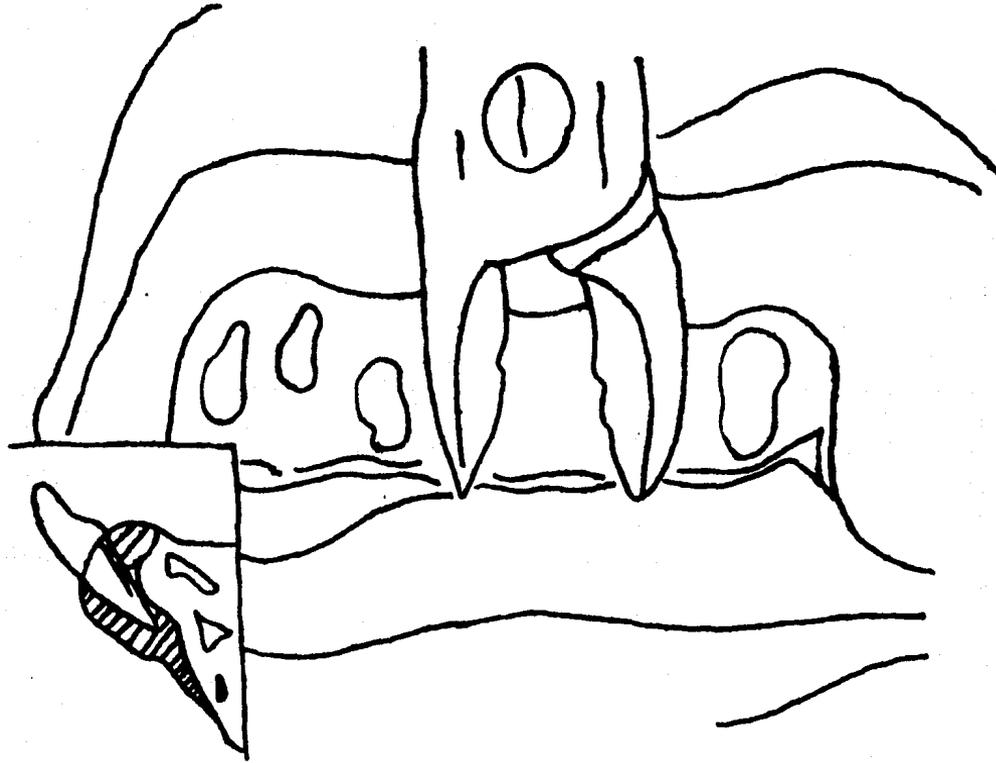
Las papilas únterdentarias son recortadas y suturadas en forma -- adecuada, confrontando bien los colgajos palatino y vestibular.

La sutura se hace por medio de puntos aislados, con seda fina, -- hilo o nylon de 2-0 o 3-0.

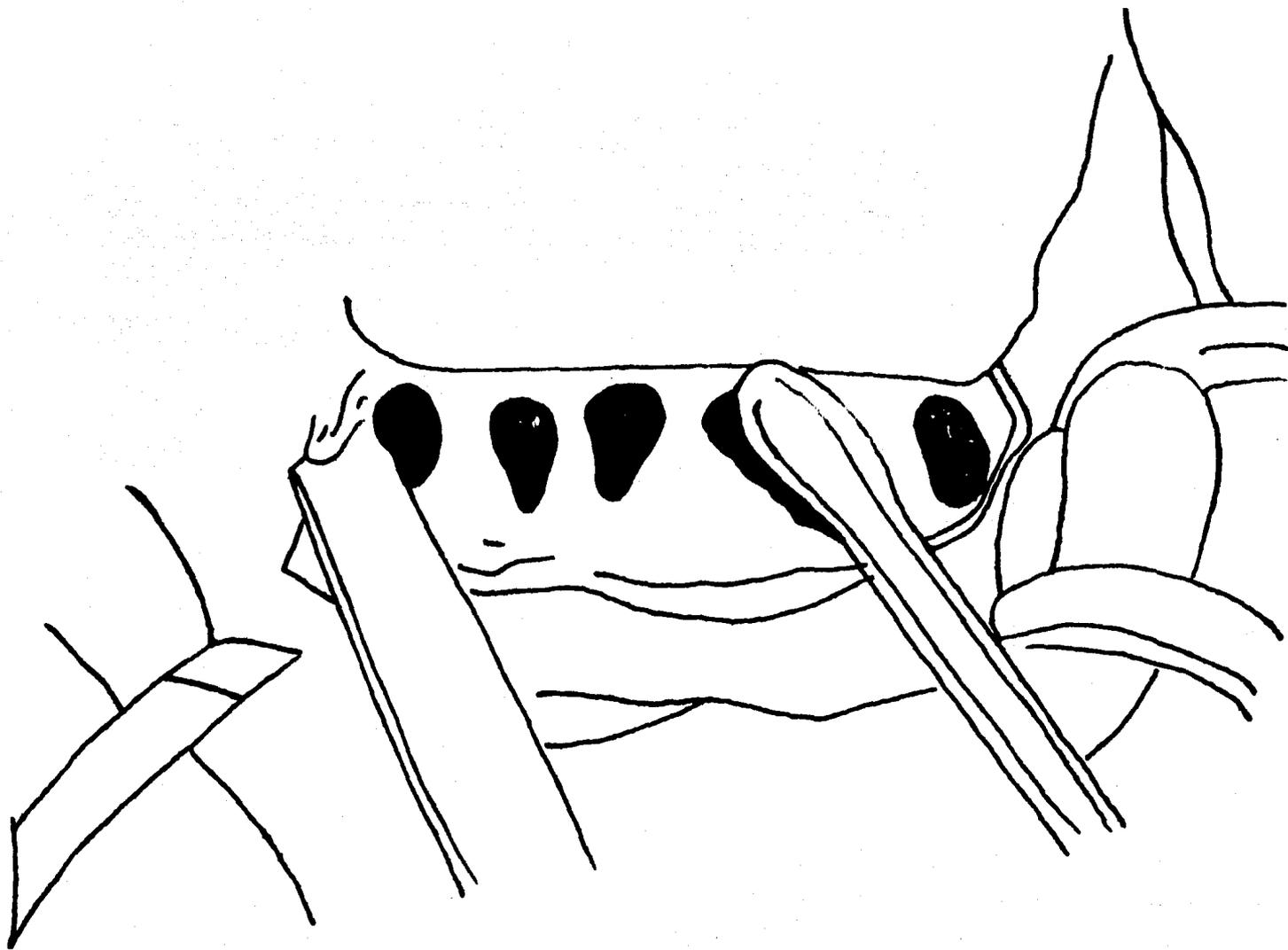
Por último se coloca la prótesis revisando que quede en su sitio para que realice la función masticatoria.



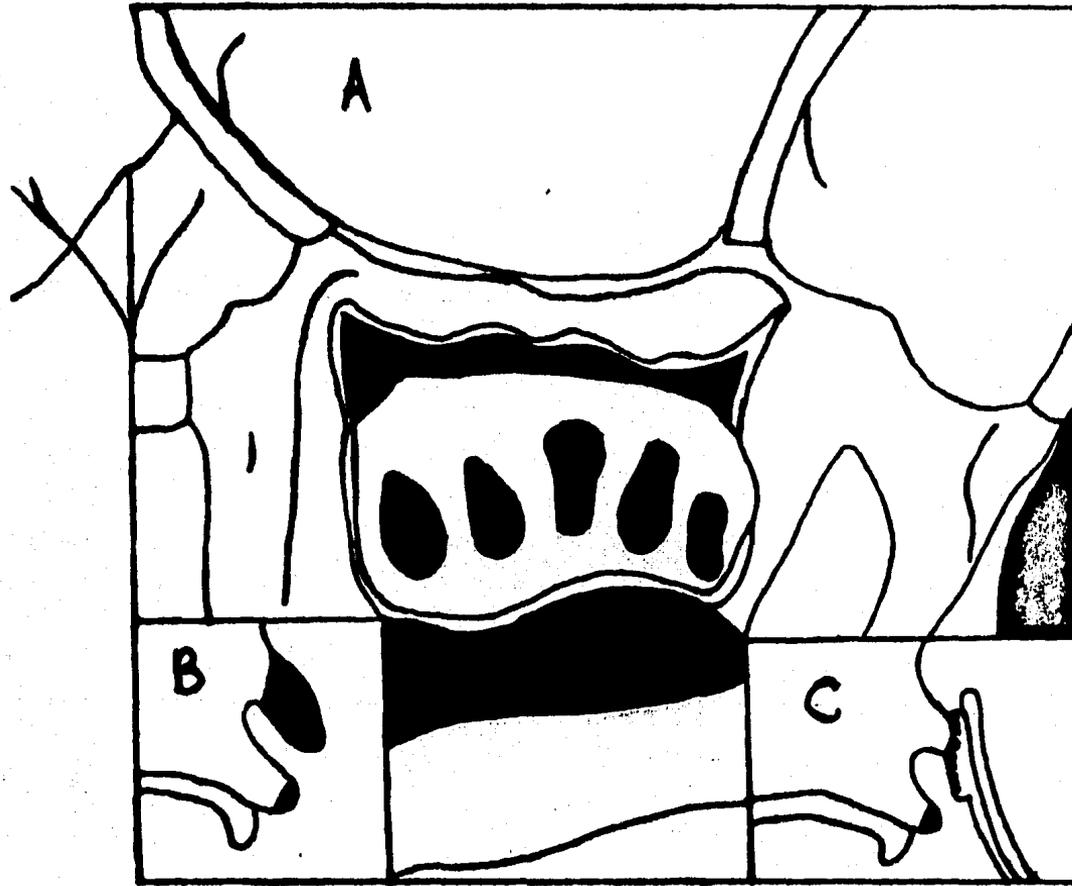
Línea del trazado de la incisión vestibular, del canino a canino y por el lado palatino.



Se está realizando la alveoloplastia correctora, que en este caso es la eliminación quirúrgica de la tabla externa y de los tabiques interalveolares.



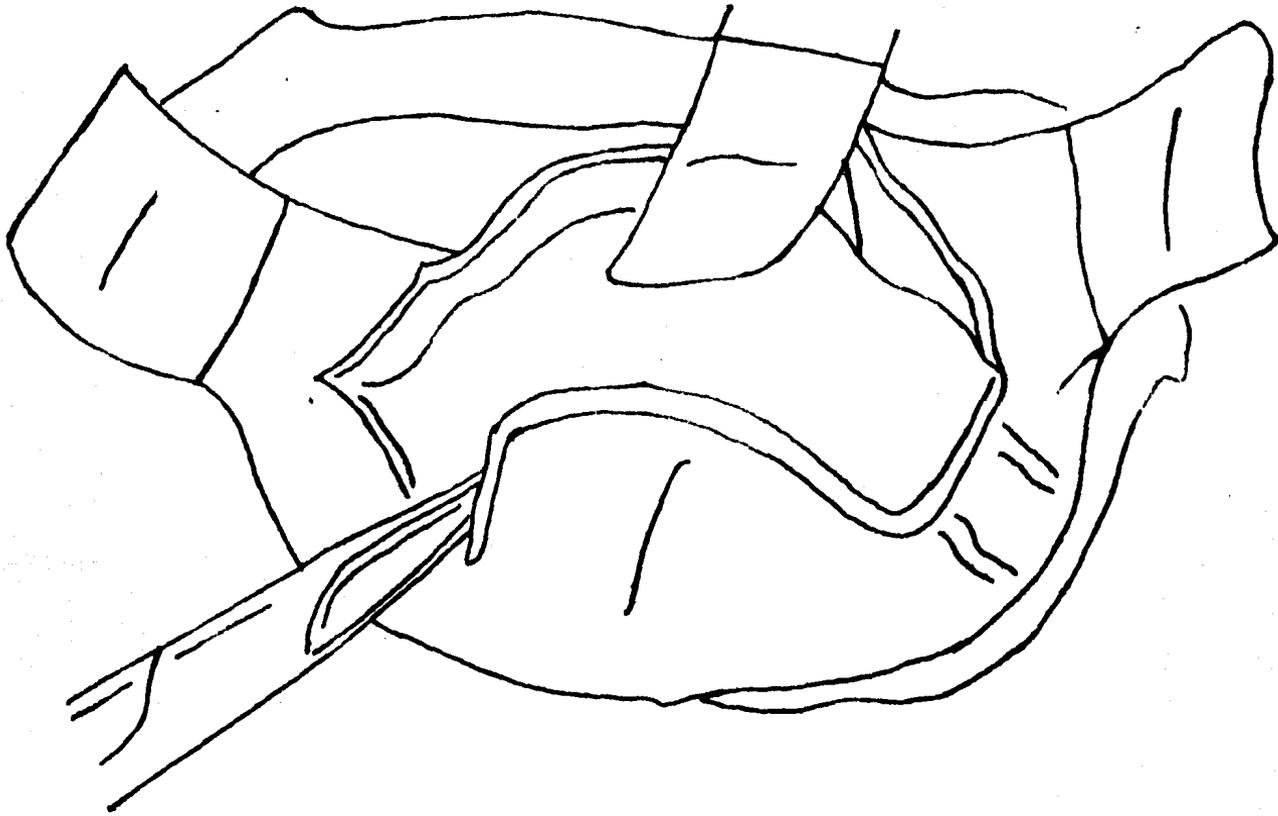
El aislamiento de los bordes óseos, empleando para esta operación escoplos y limas para hueso.



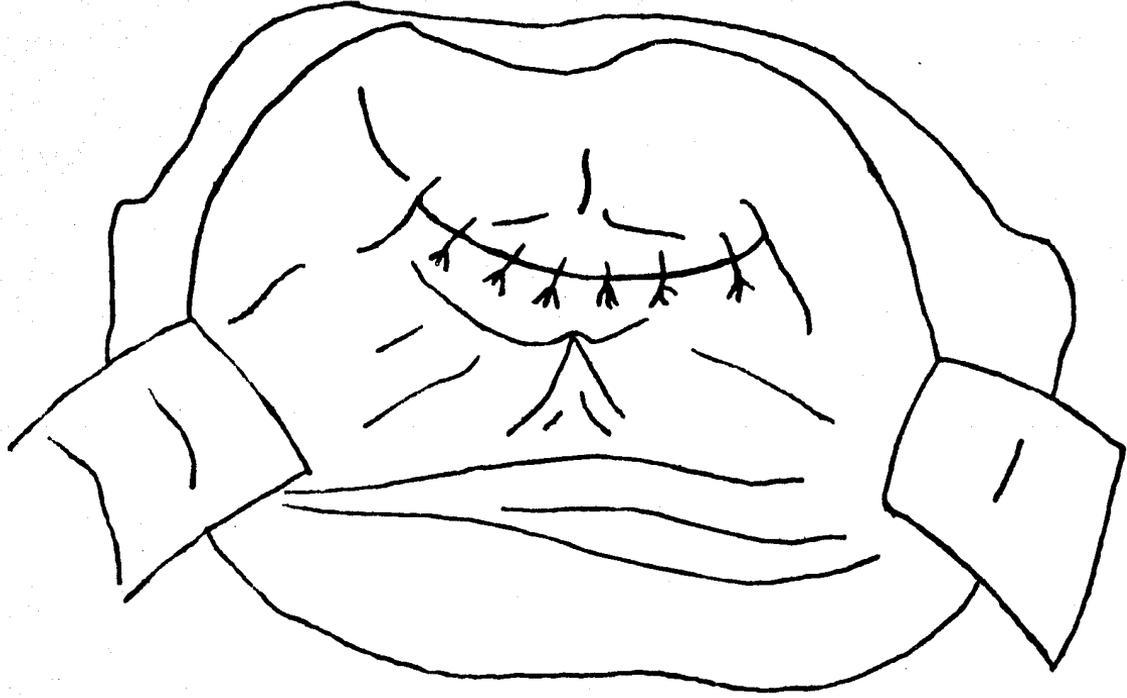
A) Aspecto final del caso antes de ser practicadas las suturas.

B) Se señala la cantidad de hueso para reseca para detener un maxilar normal

C) Esta función realizada con una lima para hueso.



Corte del excedente del tejido gingival, por el lado palatino (aquí) y por vestibular.



Sutura final de los colgajos.

CAPITULO VIII

POSTOPERATORIO.

La prótesis debe quedar en la boca sin ser retirada por el paciente durante 24 horas, al cabo de este tiempo el Cirujano la retira, la lava y la sumerge en una solución antiséptica.

También lava las heridas eliminando coágulos y se vuelve a adaptar la prótesis.

Debemos pedirle al paciente que deje la prótesis en su sitio hasta que regrese al consultorio al día siguiente. El retiro prematuro puede dar como resultado edema que dificultará la colocación posterior de la prótesis.

Para reducir el edema se recomienda al paciente aplicar bolsas de hielo a la cara durante las primeras 24 horas después de la intervención. También en estas primeras horas se le recomienda que se lleve a cabo una dieta líquida, pues la oclusión no ha sido ajustada totalmente. Y guardar reposo.

Respecto a medicamentosis solo si hay dolor después de que haya pasado la anestesia se le recomienda tomar un analgésico, y que es -- casi siempre el que esté acostumbrado a tomar el paciente.

En caso de que se haya edematizado demasiado la zona se le sugiere un antiinflamatorio.

Si hubiera existido infección antes de las extracciones y de la -- alveolectomia y se la haya premedicado antibiótico, se le indica -- al paciente que siga tomando el antibiótico durante 5 días más con el fin de eliminar por completo la infección.

C A P I T U L O IX.

PREPARACION DE LA PROTESIS.

Para la elaboración de la prótesis inmediata, los modelos se deben tomar con el tiempo suficiente antes de la intervención quirúrgica para la preparación de ésta y esté lista para ese día.

*Se comienza el desgaste de los dientes en el modelo 5 en forma --
alternada utilizando en ello fresa de bola, comenzando sobre la mi-
tad del diente y tercio oclusal, se sigue desgastando hasta el - -
tercio gingival y desplazandose hacia los lados, hasta la zona del
cuello, con cuidado de no tocar la cara proximal de los dientes ve-
cinos. Ya habiendo desgastado todo el diente se hace un socavado
o nicho tal y como queda cuando se hace la extracción del diente
aproximadamente 2mm. de profundidad; se adapta el diente artifi-
cial. Se procede al desgaste del diente alternando al ya adaptado,
también se le hace su socavado y se adapta, así hasta que queden -
todos los dientes anteriores ya adaptados.*

*Una vez adaptados todos los dientes, se encera para enmufflar. Ya
puesto el modelo en la mufila se le coloca separador de yeso en toda
la zona vestibular del modelo de yeso.*

Se procede a llenar la contramufla de yeso serrando la mufla y contra mufla con un poco de presión y se coloca en un recipiente con agua -- hirviendo a fuego de 40 grados para que se desencere durante 10 ó 15 minutos. Se saca del agua con cuidado, se abre la mufla evitando la fractura del modelo o del molde de yeso. Se le lava con agua hirviendo mezclada con detergente que nos ayuda a limpiar y a disolver la cera y la grasa.

En la parte de la contramufla quedan los dientes y en el plano de la mufla queda el modelo. El modelo se procede a desgastar de acuerdo con cada caso particular pero se debe hacer un patrón de cicatrización. Una vez desgastado el modelo se continúa con la polimerización del acrílico.

Se prepara el acrílico y se coloca. Se cierra la mufla de tal manera que los bordes metálicos de las dos mitades queden en estrecho contacto y se lleva a la prensa ya quedando lista para la polimerización. - Esto depende de las indicaciones de cada fabricante.

CAPITULO X .

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA PROTESIS INMEDIATA.

- 1.- No hay que subestimar las ventajas funcionales, estéticas y psicológicas del reemplazo inmediato de los dientes naturales perdidos mediante una prótesis. No hay con esto un período desdentado inhibidos. El paciente puede volver a su empleo o actividades habituales con un mínimo de demora. Es menos factible que se desarrollen malos hábitos de dicción si los dientes se conservan hasta el momento en que van a ser reemplazados.
- 2.- HEMOSTASIA.- por lo general la hemorragia se detiene con - - gran rapidez porque la base de la prótesis cubre los alveolos de las extracciones y actúa como apósito, deteniendo el coágulo mediante la aplicación de presión leve.
- 3.- CICATRIZACION.- Aunque es imposible acortar el tiempo de cicatrización, la prótesis protege los tejidos y reduce la acumulación de residuos de alimentos en los alveolos.
- 4.- MENOR REABSORCION DE LOS REBORDES.- La estimulación funcional de los rebordes desdentados con la prótesis, tiende a reducir la magnitud de reabsorción del reborde.
- 5.- TONO MUSCULAR.- Cuando los dientes son reemplazados de inmediato, los músculos de la lengua, los labios y los carrillos tienen su posición fisiológica normal.

6.- **NUTRICION** La buena nutrición es fundamental para que haya una cicatrización adecuada; y la buena nutrición se mantiene valanceada y de manera adecuada con dientes, que sin -- ellos.

DESVENTAJAS:

TIEMPO Y COSTO.- Por lo general se precisan ajustes postoperatorios adicionales, rebases o la confección de una nueva prótesis. Este hecho lo debe saber el paciente antes de empezar el tratamiento.

FALTA DE PRUEBA.- Una de las principales causas del fracaso de las prótesis inmediatas es el registro de relación céntrica incorrecto, ya que no hay oportunidad de comprobar las cualidades estéticas de la prótesis antes de su colocación.

C O N C L U S I O N E S .

A través de la elaboración de Este trabajo nos podemos dar cuenta de los beneficios funcionales, estéticos y psicológicos que trae consigo Este tipo de tratamiento.

BIBLIOGRAFIA.

- I.- GUILLERMO A. RIES CENTENO.
CIRUGIA BUCAL.
EDITORIAL " EL ATENEO "
MEXICO. D.F.
1980.
- II.- DANIEL E. WAITE, D.D.S., M.S.
CIRUGIA BUCAL PRACTICA.
CIA. EDITORIAL CONTINENTAL, S.A.
MEXICO
1980.
- III.- JOSE Y OZAWA DEGUCHI.
PROSTODONCIA TOTAL
U.N.A.M. TEXTOS UNIVERSITARIOS
MEXICO
1973.
- IV,- APUNTES PERSONALES.
CIRUGIA BUCAL.
DRA. HILSE ALCOZER TAPIA.
MEXICO
1983.
- V.- THOMAS J. SHTAN.
CIRUGIA BUCAL PREPROTETICAS.
EDITORIAL MUNDI.
1974.

VI.- HO SAPUSSELLI.

TRATAMIENTO DEL DESDENTADO TOTAL.

EDITORIAL MUNDI 2a. EDICION.

1980.

VII.- MARTIN J. DUM Y DONALD F.

CIRUGIA BUCAL EN LA PRACTICA DENTAL.

EDITORIAL EL MANUAL MODERNO

1981.