

2ej 136



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PROTESIS INMEDIATA

TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el título de

CIRUJANO DENTISTA

presentan:

ILEANA ALEJANDRA CAMACHO CORONEL

EDITH CONTLA LANZA

1982



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

INTRODUCCION

I.- GENERALIDADES

Concepto y Utilidad

Ventajas

Desventajas

Indicaciones

Contraindicaciones

Tipos de Prótesis Inmediata

II.- HISTORIA CLINICA

A.- Examen Completo

Identificación

Interrogatorio

Inspección

Palpación

Impresiones de Estudio

Modelos de Estudio con Articulación para hacer Diagnóstico

Estudio Radiográfico

B.- Evaluación Bucal

Factor Fisiológico

Factor Biológico

Factor Anatómico

Factor Psicológico

Factor Estético

- C.- Diagnóstico
 - Clinico
 - Quirúrgico
 - Protésico
- D.- Plan de Tratamiento
- E.- Pronóstico

III.- REGISTROS PRELIMINARES

Dimensión Vertical

Color

Modelos Superior e Inferior Montados en Articulador

Perfil

Radiografías

Fotografías

IV.- IMPRESIONES Y MODELOS

Impresiones Primarias

Modelos Primarios

Portaimpresión Individual

Construcción, Prueba y Delimitación del Portaimpresión Individual

Rectificación de Bordos

Impresiones Secundarias

Modelos Definitivos

V.- RELACIONES INTERMAXILARES

Placas de Registro

Dimensión Vertical Real

Oclusión Céntrica Real

Montaje en Articulador

VI.- COLOCACION DE DIENTES Y PREPARACION DEL MODELO

Colocación de Dientes

Cirugía del Modelo

Terminado

Construcción de la Gufa Quirúrgica o Transbase

VII.- Cirugía Preprotética para Prótesis Inmediata

Tipos de Alveolectomías

Extracciones

Regularización de Bordos Residuales

Prueba de la Gufa Quirúrgica

VIII.- COLOCACION DE LA PROTESIS INMEDIATA

Colocación de la Prótesis Inmediata

Posoperatorio

Corrección de la Oclusión

Instrucciones Posoperatorias

IX.- DURACION DE LA PROTESIS INMEDIATA

Rebasado

Renovación y/o Remontaje

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

I N T R O D U C C I O N . -

Hasta que no se tenga un conocimiento exacto de las causas y el tratamiento de la enfermedad periodontal y de la caries, la necesidad de una prótesis completa continuará sin resolverse. La pérdida de los dientes obedece a varias causas y es difícil predecir si la pérdida será prematura o se deberá a la edad, por ésto, sobre todo en personas jóvenes se vé la necesidad imperiosa de restablecer lo antes posible los dientes perdidos, ayudándole de esta manera a sobrepasar la etapa de transición que existe entre el desdentamiento total o parcial y la elaboración de futuras prótesis.

El propósito es reemplazar dientes ausentes y estructuras de soporte vecinas, en aspecto, forma y capacidad funcional. Las consideraciones artísticas y mecánicas están entre los factores implicados, y son importantes, pero ninguna fase de la terapia protética es de mucha importancia si se descuidan o ignoran las estructuras y respuestas biológicas.

Una Prótesis Inmediata debe hacerse esencialmente para pacientes que estén concientes de los requisitos y deseen cooperar con el Odontólogo. Este servicio debe considerarse laborioso y que requiere exactitud, lo importante es que el paciente sepa que se trata de un servicio de transición.

La técnica que describimos, de hecho no es nueva en su concepto básico, pero mantiene todos los conceptos probados y aprobados en la Prótesis Completa Inmediata e incluye especial atención en lo tocante a la estética que es una de las indicaciones y ventajas de este tipo de prótesis, evitando así las alteraciones de todo el sistema estomatognático.

I.- GENERALIDADES . -

Se entiende por Prótesis Inmediata, llamada también Prtesis de Transición; la que se construye antes de la extracción de los dientes y se inserta en la boca inmediatamente después de la remoción de los dientes remanentes.

Para la mayoría de los pacientes que desean el tratamiento de Dentadura Inmediata, su utilidad es evitar cualquier cambio en su aspecto que delate el uso de dentaduras completas es decir, que reduce el trauma físico y psíquico del desdentamiento. La Dentadura Inmediata les capacita para seguir sus actividades sociales y de trabajo, sin tener que pasar el período azaroso durante el cual no tienen dientes naturales, ni artificiales.

VENTAJAS.-

Las ventajas de la Prótesis Inmediata son consideradas por los factores psíquicos, estéticos, fisiobiológicos, mecánicos y funcionales.

- 1.- El paciente no necesita estar desdentado durante el período de cicatrización, situación especialmente desagradable para las personas de negocios cuya profesión les obliga al trato con el público.
- 2.- Estimula la rehabilitación de los tejidos por la intensa e intermitente presión que se obtiene, ya que sirve de férul para la contención de la hemorragia.
- 3.- El paciente se recupera del choque de la intervención quirúrgica y aprende a manejar su dentadura al mismo tiempo.
- 4.- Evita la mayor parte de los trastornos funcionales del desdentamiento como la fonética, la masticación y la misma fisiología o estética.
- 5.- Se le ahorran al paciente los inconvenientes y molestias de

varios meses de no poder masticar alimento y por lo tanto - la inevitable modificación de la dieta.

- 6.- El paciente está menos expuesto a poner en peligro su salud por la retención física y funcional, durante un tiempo demasiado largo de los dientes afectados.
- 7.- La estabilidad es más duradera y es mayor la elasticidad ya que la boca desdentada, carente de una cubierta protectora pierde su elasticidad y el hueso se reabsorbe más fácilmente por falta de la estimulación necesaria que da la dentadura para la reconstrucción funcional.
- 8.- Frena la atrofia ósea favoreciendo el depósito de sales minerales, que intervienen por anabolismo en la nueva formación del tejido óseo, manteniendo el contorno y mayor proporción del reborde residual.
- 9.- Hay menor dificultad en la reposición de los tejidos adyacentes. Es sabido que se produce el ensanchamiento de la lengua a causa de la falta de contención de los dientes, y el hundimiento de los carrillos, cuando los pacientes permanecen edéntulos por largo tiempo.
- 10.- Con frecuencia permite introducir mejoras, a veces considerables.
- 11.- En la construcción de Dentaduras Inmediatas es posible colocar los dientes en la misma posición que tenían los naturales, tener el mismo contorno del arco, la misma posición del arco, el mismo tamaño, forma y color e iguales rotaciones e inclinaciones que tenían los dientes que fueron extraídos. La reproducción fiel y exacta de los rasgos fisiognómicos del paciente y las características faciales que dependen de la relación craneana con la posición de los dientes. El arte más grande es saber disimular el arte.

DESVENTAJAS.-

- 1.- Las fallas técnicas, que pueden ser clínicas o de laboratorio y sólo se evidencian después de la intervención quirúrgica.
- 2.- La inhabilitación del operador, ya que debe de emplearse -- una técnica de excesiva precisión y como consecuencia de esta inhabilitación los aparatos contruidos causan graves lesiones lo que hará que fracase la prótesis.
- 3.- El costo de trabajo, debido a su menor duración, a la necesidad de rebasado y reajustes periódicos, y a requerirse la futura prótesis, lo que la hace privativa para los pacientes de bajos recursos.
- 4.- La posibilidad de que el paciente experimente más molestias después de la colocación de la prótesis.
- 5.- Las Prótesis Inmediatas requieren " mayor servicio de mantenimiento " que las prótesis completas convencionales.

INDICACIONES.-

- 1.- Que la edad y estado general de salud físico y psíquico del paciente permitan la o las intervenciones quirúrgicas que se requieran.
- 2.- Se requiere de dentaduras superior e inferior, para evitar la colocación de dientes superiores en relación con mala posición u oclusión de los inferiores o viceversa.
- 3.- Que el paciente desee este tipo de servicio y esté dispuesto a aceptarlo por su bienestar físico, moral y estético, con todo su contenido implícito.

CONTRAINDICACIONES.-

- 1.- Cuando la intervención quirúrgica representa un riesgo para el paciente.
- 2.- Cuando el paciente no se halla preparado para valorar las implicaciones de este tipo de atención o hacer frente a gastos y tiempo adicionales que ello involucra.
- 3.- Los pacientes en que está contraindicado el tratamiento de Dentadura Inmediata, son el que ha sufrido terapia de irradiación, ya que el peligro de que ocurra una osteorradionecrosis en tales pacientes es considerablemente mayor cuando usan dentaduras completas. En hemofílicos, debido a los problemas de coagulación, en diabéticos donde el índice de glucemia es difícil de disminuir, en retrasados mentales o pacientes con parálisis facial, ya que no se encuentran capacitados para manejar sus prótesis. En personas que viven en lugares alejados y solicitan el trabajo en una sola cita.

TIPOS DE PROTESIS INMEDIATA.-

La Prótesis Completa Inmediata se reduce a cuatro tipos:

- 1.- La Prótesis Parcial Aditiva.
- 2.- La Férula Momentánea o Transitoria.
- 3.- La Prótesis Inmediata Completa Abierta
(o sin Flanco Vestibular)
- 4.- La Prótesis Inmediata Completa.

LA PROTESIS PARCIAL ADITIVA.-

Que puede ser transformación de la que usa el paciente. Es la prótesis parcial en la que se van agregando dientes des -

pués a las extracciones.

Tiene ventajas definidas, que la indican en muchos casos
Evita las extracciones masivas, permitiendo un desdentamiento gradual.

Facilita la extracción previa de los dientes posteriores sirviendo como transición hacia la Prótesis Inmediata Completa.

Puede hacer más económico el servicio o facilitar su financiación, o a veces, prestar servicios duraderos.

LA FERULA TRANSITORIA.-

Es 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 una impresión con acrílico de color adecuado. Puede ser una solución de ciertos casos, debido a sus ventajas de rapidez y de economía de ejecución.

LA PROTESIS SIN FLANCO VESTIBULAR.-

Casi siempre se usa para la zona anterior. Basta excavar el alvéolo en el modelo e introducir en éste dos o tres milímetros del diente de reemplazo (de ahí viene el nombre de intra-alveolar). El resultado inmediato suele ser muy bueno, pues muestra los dientes emergiendo de la encía.

Tiene la ventaja de permitir la atrofia vestibular sin perturbación y el inconveniente de que requiere la encía artificial al cabo de quince o veinte días.

LA PROTESIS INMEDIATA COMPLETA.-

Es más exigente en la técnica de construcción y la preferida por la mayoría, pues reduce el peligro de retención deficiente, que puede presentarse sin encía artificial y es más fácil atender al paciente.

II. HISTORIA CLINICA . -

A.- EXAMEN COMPLETO.-

La finalidad primordial de la historia clínica es establecer el estado general de salud del paciente. Es necesidad imperiosa dentro de la historia clínica el realizar un estudio concienzudo y consideraciones previas para obtener resultados satisfactorios. La infinidad de procedimientos y detalles clínicos que deben coordinarse en sucesión ordenada exige que sean valorados cuidadosamente todos los aspectos relacionados con el tratamiento, de manera que cada etapa de ésta pueda coordinarse con el programa global. Pudiendo dividirse en siete etapas principales.

- 1.- Identificación.
- 2.- Interrogatorio.
- 3.- Inspección Visual.
- 4.- Palpación.
- 5.- Impresión de Estudio.
- 6.- Modelo de Estudio con Articulación para hacer Diagnóstico.
- 7.- Estudio Radiográfico.

No existe una historia clínica tipo, sino más bien debe ser una historia clínica orientada a las necesidades del paciente y a los requerimientos del Odontólogo, éste debe contar con tipos de preguntas claves con respecto a su salud y los datos se anotan en el registro apropiado. Por conveniencia la historia clínica puede dividirse en :

Historia clínica general e historia clínica dental.

1.- IDENTIFICACION.-

Se piden los datos personales del paciente como:

Nombre.-

Edad.-

Es útil dado que proporciona un punto de referencia para su estado funcional de salud, ya que a medida que avanza la edad, disminuye la destreza neuromuscular del individuo y se acepta en general que las personas ancianas no se adaptan tan fácilmente a la nueva situación como las personas jóvenes. También es sabido que el epitelio bucal de las personas de edad avanzada tiende a deshidratarse y a perder elasticidad.

Sexo.-

Nos proporciona datos de la índole de menstruación, embarazo, menopausia, que son de suma importancia, lo cual puede asociarse en forma característica con desequilibrio hormonal, y sus consecuencias que se presentan en cavidad oral.

Domicilio.-

Ubica al paciente dentro de su status social, orientándonos de este modo en el grado de conocimientos del paciente.

Ocupación.-

Desde el punto de vista estético nos indica el grado de importancia que representa para el paciente la construcción de una Prótesis Inmediata de acuerdo a sus necesidades de trabajo.

2.- INTERROGATORIO.-

Puede ser directo o indirecto, este último solo se lleva a cabo en personas impedidas para hablar. Puede ser un medio de acercamiento para estrechar la relación médico paciente, no debe prolongarse ni actuar, ni opinar sin hacer antes el examen clínico.

HISTORIA CLINICA GENERAL. _

Antecedentes Familiares.-

Preguntar datos patológicos de padres, hermanos, abuelos. Si viven, si murieron, de que murieron, antecedentes finícos, lúéticos, diatésicos, alérgicos (hacer hincapié en estos dos últimos). Si tienen antecedentes de haber padecido alguna cardiopatía, nefropatía o toxicomanías.

Antecedentes Personales Patológicos.-

Enfermedades propias de la infancia, cuadro inmunológico, enfermedades que ha padecido, intervenciones quirúrgicas, si las ha habido a que se debieron, a que edad, si padece alcoholismo, toxicomanías, antecedentes transfusionales.

En la mujer, si ha tenido embarazos, cuantos, si han sido a término, si ha tenido abortos.

Antecedentes Personales No Patológicos.-

Vivienda.-

Si goza de todos los servicios de urbanidad, si tiene adecuada ventilación.

Alimentación.-

Tipo de alimentación, si es balanceada, en calidad y cantidad.

Estudio por Aparatos y Sistemas.-

Aparato Gastrointestinal.-

Comprende desde boca hasta el recto, preguntar si padece úlcera, gastritis, si padece diarreas, vómitos, hematemesis, anorexia, polifagia, dispepsia, meteorismos o estreñimiento.

Aparato Respiratorio.-

Si tiene disnea, si es de pequeño o gran esfuerzo, si :

padece de tos, si es con expectoración o con hemoptisis, si padece asma o epistaxis.

Aparato Cardiovascular.-

Si tiene bradicardia o taquicardia, si padece de la presión arterial, si refiere disneas, edemas, palpitaciones, adormecimiento de las extremidades, si ha tenido algún infarto, hace cuanto, si refiere angina de pecho o presenta cefaleas.

Aparato Urinario.-

Cual es su diuresis en veinticuatro horas, número de mixiones, color de la orina, densidad de la misma, nicturia, hematuria, glicosuria, disuria, piuria.

Aparato Genital.-

Ciclo, si es regular, fecha de última menstruación, fecha de la menarca, menopausia, si presenta manifestaciones en boca debido a alteraciones hormonales, como tumor del embarazo, gingivitis gonocócicas, si presenta úlceras o chancros debido a secuelas de la sífilis.

Sistema Nervioso.-

Si refiere bruxismo, si tiene algún tic, si es aprehensivo.

Sistema Osteomuscular.-

Si refiere mialgias, ostealgias, artritis, reumatismo, lumbalgias.

Sistema Endócrino.-

Si hay hipertiroidismo, temblor digital, hiperhidrosis, hipotiroidismo, mixedema, bradisiquia, bradilabia, intolerancia al frío.

Signos Vitales.-

Presión Arterial.- La normal es 120 - 80.

Temperatura.- Normal 36.5 °C.

Respiraciones Por Minuto.- Normal 18 a 22 en un adulto

Pulsaciones.- 75 a 85 por minuto.

Peso.-

Pruebas de Laboratorio.-

Deben prescribirse cuando se tengan la necesidad de -- aclarar dudas con respecto al estado general del paciente (sospecha de diabetes, leucemia, infección focal, deficiencias de coagulación, etc.).

Tiempo de Coagulación.- 1 - 7 min. (Técnica del tubo capilar)

Tiempo de Protrombina.- 10 a 20 seg. (Técnica de Quick).

Tiempo de Sangrado.- Debajo de los 5 min. (Técnica de Duke).

Glucosa en Sangre.- 60 a 90 mg./ 100.

Calcio.- 9 a 11 mg. por 110.

Biometría Hemática.-

Eritrocitos.-

En la mujer.- 4.2 - 5.4 millones por mm.³ de sangre.

En el hombre.- 4.6 - 6.2 millones por mm.³ de sangre.

Leucocitos.-

Mielocitos.- 0 por 100

Neutrófilos Juveniles.- 3 - 5 por 100.

Neutrófilos Segmentados.- 54 - 62 por 100.

Eosinófilos.- 1 - 3 por 100.

Basófilos.- 0 - . 75 por 100.

Linfocitos.- 25 - 33 por 100.

Monocitos.- 3 - 7 por 100.

Leucocitos Totales.- de 5 a 10000 por mm.³

Plaquetas.-

150 a 300 mil por mm.³

HISTORIA CLINICA DENTAL.-

La aportación de una historia clínica dental cuidadosamente elaborada al examen es sumamente valiosa, es importante descubrir las causas por virtud de las cuales el paciente ha perdido sus dientes.

Saliva.-

Coadyuva en la adhesión y es un elemento más de resiliencia de los que contribuyen a absorber las modificaciones funcionales a que obliga a los tejidos la adaptación de la prótesis. Se observa el color, cantidad y consistencia de ella. Es necesario que exista una cantidad moderada de saliva para lubricar el espacio entre prótesis y mucosa ayudando a proteger este delicado tejido de la fricción. Además es indispensable una capa delgada de saliva para que la base de la prótesis se adhiera a la mucosa.

Examen de Tejidos Blandos.-

Deben examinarse lengua, labios, carrillos, piso de boca y paladar. Cualquier inflamación, infección o tumefacción debe ser diagnosticada y tratada antes de comenzar cualquier tratamiento protético definido.

Tuberosidades.-

Debe examinarse con todo cuidado la superficie de las tuberosidades cuando está desdentada y se ha destinado para sostener una parte de la prótesis, ya que esta estructura puede ocasionar molestos problemas en una o ambas tuberosidades con

las siguientes características:

Ser tan elevadas en sentido vertical que invaden el espacio entre ambos procesos.

Tan retentivas que no permiten la inserción y desplazamiento de la prótesis en forma confortable.

Tan bulbosas que se extienden dentro del vestíbulo bucal obstaculizando la función natural de la mandíbula.

Vestíbulos.-

Los vestíbulos labial y bucal de las áreas desdentadas a las que van a adaptarse los rebordes de la prótesis, deben tener suficiente profundidad para permitir que el límite se extienda en grado razonable y contribuir de este modo a su soporte y estabilidad.

Frenillos.-

Pueden interferir en la colocación de la prótesis y desplazarla cuando se trata de frenillos cortos, esta situación se arregla aliviando la zona de frenillos en la placa o practicando una frenilectomía. En el maxilar la inserción alta es la más favorable, la inserción baja del frenillo central y lateral puede requerir corrección quirúrgica. En la mandíbula las inserciones bajas son las más favorables.

Procesos Residuales.-

El proceso residual de todas las áreas desdentadas debe ser investigado tanto visualmente como por medio de la palpación, con el fin de determinar su contorno y valorar su capacidad para soportar cargas.

3.- INSPECCION VISUAL.-

Nos refiere datos de color, forma, tamaño de los dientes y sus estructuras de soporte.

El color de las encías denota la presencia de un estado de salud general en óptimas condiciones, o en su defecto la presencia de una enfermedad sistémica, de suma importancia dado -- que el paciente será sometido a una intervención de tipo quirúrgico.

Este tipo de examen nos permite percatarnos del grado de desgaste de los dientes, lo cual influirá, en la pérdida de la dimensión vertical.

4.- PALPACION.-

Nos proporciona datos como consistencia de los tejidos de soporte, grado de movilidad dentaria de los dientes remanentes, presencia de torus mandibular que nos impedirá la inserción correcta de la prótesis, torus palatino el cual tiene que ser eliminado quirúrgicamente, o liberado cuando causa alguna molestia, es importante la palpación de los rebordes residuales con el fin de analizar si será necesario practicar la regularización de proceso y la preparación del reborde que servirá como asiento de la futura prótesis, debemos también tomar en cuenta el grado de tonicidad muscular de nuestro paciente, ya que en pacientes geriátricos esta función está disminuida y es menor la cooperación que podemos recibir por parte de él.

Debe disponerse de jeringa de aire para secar determinadas superficies al examinarlas, ya que la saliva se caracteriza por su capacidad para ocultar algunas estructuras de la cavidad oral.

Debe presionarse firmemente la mucosa contra el hueso --

de soporte para determinar su grosor y elasticidad así como el contorno del hueso. Si el paciente indica dolor al palpar el -- proceso residual con presión ligera, se pone en duda su capacidad para usar cómodamente la prótesis y debe encontrarse la causa del dolor para que se lleve a cabo el tratamiento corrector antes de comenzar la elaboración de la prótesis.

5.- IMPRESION DE ESTUDIO.-

El portaimpresión debe estar diseñado para incluir los dientes anteriores. El material de impresión tiene que ser de -- tal forma que pueda ser retirado de los dientes (hidrocoloides y elastómeros) o fracturado limpiamente de modo que se pueda -- unir de nuevo (yeso, y óxido de cinc).

Quizá la impresión más cómoda usada hoy en día es una -- impresión completa de un material de hule o alginato. Una impresión preliminar de alginato prepara un modelo en el cual se ha--ce el portaimpresión individual de acrílico.

6.- MODELO DE ESTUDIO CON ARTICULACION PARA HACER DIAGNOSTICO.-

El estudio de los modelos en el articulador revela la -- relación entre los procesos desdentados, problemas relacionados con el alineamiento y articulación de los dientes remanentes, -- proporcionando datos de valor inestimable en la formulación de juicios importantes en la prescripción de la prótesis y en la -- elaboración del plan de tratamiento. Es necesario considerar -- que nunca será prematuro en la sucesión del tratamiento hacer -- uso de ellos.

Sus aplicaciones más importantes son:

Como auxiliares en el diseño y elaboración de la prótesis para valorar con exactitud el contorno y delimitación de diversas estructuras, hasta donde abarcará la prótesis.

Como reproducción tridimensional para distinguir las superficies bucales que exigen modificación para mejorar el diseño.

Pueden emplearse para mostrar al paciente el tratamiento planeado.

El modelo de estudio se debe de emplear para construir el portaimpresión individual.

7.- ESTUDIO RADIOGRAFICO.-

No debe considerarse que un examen dental sea completo sin tomar las radiografías adecuadas. En la literatura abundan los estudios de investigación que han demostrado que las radiografías de pacientes totalmente desdentados, en un gran porcentaje de casos, revelan la presencia de restos radiculares retenidos, dientes no erupcionados, quistes y cuerpos extraños, -- presencia de terceros molares incluidos, así como diversos procesos patológicos y anomalías.

La radiografía proporciona al examinador valiosos datos en relación a las características y posible resistencia del proceso destinado a soportar la prótesis. Esta información no puede obtenerse por otros medios. Debe de examinarse cualquier radioopacidad o radiolucencia que no pueda identificarse dentro de los límites normales y no puede iniciarse la elaboración de la prótesis hasta que se diagnostique y trate, o se determine su inocuidad.

Además de revelar la presencia de procesos patológicos y otras anomalías, las radiografías brindarán datos útiles para establecer el valor potencial de :

Altura del Hueso.-

Puede determinarse en forma exacta por medio de radiografías en las que se controla correctamente la técnica de exposición. Debe tomarse en cuenta también que el nivel del hueso suele disminuir con la edad, lo que tiene suma importancia para valorar la capacidad de funcionamiento del hueso como asiento de la prótesis.

Calidad del Hueso.-

El hueso formado por trabéculas pequeñas y estructuralmente agrupadas con espacios intertrabeculares mínimos se considera bien mineralizado y, en consecuencia fuerte y sano. En la radiografía se observa relativamente opaco, aunque es normal y no debe de extrañar alguna variación en el tamaño de las trabéculas.

B.- EVALUACION BUCAL.-

Factor Fisiológico.-

El tono e inervación de los músculos deberá ser adecuado de manera que el paciente tenga dominio sobre éstos, para poder manejar sus dentaduras, lo que compensará en cierta forma el efecto de presión que ocasionará la prótesis sobre la mucosa y el hueso.

Factor Biológico.-

Las prótesis deben presentar el mínimo de agresividad, lo que se consigue a través de un especial tratamiento de la máxima extensión de las superficies " bases " sobre terrenos no deformados; la mejor adaptación de los " bordes funcionales " sobre tejidos en reposo; pero sobre todo, la adecuada estructuración de la superficie oclusal, a fin de que transmita las --

fuerzas equilibradamente, tanto en relaciones estáticas como dinámicas. Al mismo tiempo deben ser capaces del máximo de eficacia funcional.

Factor Psicológico.-

Se refiere a la integración de todos los factores antes mencionados teniendo en cuenta que el tratamiento que se va a realizar requiere de la cooperación anímica y fisiológica del paciente. Ya que éste será sometido a traumatismos inherentes a la intervención quirúrgica, para lo cual el paciente debe contar con un estado de salud general, mental y espiritual en óptimas condiciones.

Factor Mecánico.-

La relación de la base de la prótesis con el hueso hace que la transmisión del esfuerzo se haga en forma de presión directa. La relación oclusal es el punto débil, de modo que un defecto en la estructuración oclusal, se va a descargar a través de la mucosa sobre el hueso de soporte.

Factor Anatómico.-

Se reconoce que un buen servicio de dentadura debe atender a la estructura de la articulación temporomandibular, porque la oclusión es una parte importante de dentaduras completas. La dentadura afecta la salud y función de la articulación cuando está mal construida. Por lo tanto, el conocimiento de la relación de las estructuras óseas, elasticidad de los tejidos, -- función muscular, movimientos de los labios, músculos faciales, músculos de la masticación, articulación de los dientes y articulación temporomandibular, es indispensable para la construcción de las dentaduras que puedan calificarse como un verdadero servicio para la salud del paciente.

Factor Estético.-

Se estudia la estética para obtener un efecto de armonía con la cara del paciente. Los factores que se estudian en relación con la estética son : La selección de los dientes en cuanto a tamaño, forma y color; la posición vertical de los dientes anteriores superiores e inferiores en relación con los labios; la posición anteroposterior de los dientes superiores e inferiores en relación con los labios y la cara; la forma del arco en relación con la forma de la cara; las rotaciones e inclinaciones individuales de los dientes para armonizar con la forma de la cara. La verificación de la estética supone también que los procesos alveolares y su relación mutua no han presentado ninguna obstrucción para mover los dientes a cualquier posición deseable. Muchas veces hay necesidad de sacrificar la estética en cierto grado a causa del estado en que se encuentran los procesos alveolares.

C.- DIAGNOSTICO.-

Se refiere a la evaluación de las condiciones existentes, permite determinar el tratamiento adecuado para cada paciente.

Diagnóstico Clínico.-

Es la síntesis que se obtiene del examen del paciente (interrogatorio, examen clínico, radiográfico, estudio de modelos) concerniente a su estado de salud.

Diagnóstico Quirúrgico.-

Su finalidad es evaluar si el paciente requerirá de alguna intervención quirúrgica con el fin de preparar sus procesos en las mejores condiciones para el advenimiento de la prótesis.

sis. Así como prever si éste se encuentra en condiciones de salud para ser sometido a esta intervención.

Diagnóstico Protésico.-

Es la síntesis del estudio de las características del caso, con ayuda de los elementos que fortalecen el diagnóstico bucal considerando la conveniencia de la prótesis, las cualidades que deberá satisfacer y las probabilidades de realizarla con éxito.

D.- PLAN DE TRATAMIENTO.-

El plan de tratamiento debe cubrir todo el período de transición entre el estado actual y la normalización del paciente con la prótesis.

Exige un plan claro que comprende:

- 1.- Preparación preprotética frecuentemente necesaria.
- 2.- Tiempo de preparación de la prótesis.
- 3.- La o las intervenciones quirúrgicas.
- 4.- El posoperatorio inmediato.
- 5.- El cuidado y reajustes posteriores.
- 6.- El reemplazo.

E.- PRONOSTICO.-

Este señalará la probable necesidad de pronto rebasado y, quizá, la conveniencia de prótesis nuevas al cabo de un tiempo, aún cuando esto no es seguro, en ocasiones no se requieren prótesis nuevas por varios años. Cuando se hace Prótesis Inmediata de todos los dientes; el pronóstico de duración y servicio, así como el de utilidad inmediata no es el mismo.

III.- REGISTROS PRELIMINARES . -

Los registros hechos con anterioridad a la extracción son sumamente valiosos cuando se desea duplicar con exactitud el tamaño, posición, forma, color de los dientes, así como su articulación, la forma de las encías, la altura facial morfológica y eventualmente la forma de la cara.

Siendo los registros más usuales:

- 1.- Dimensión Vertical.
- 2.- Color.
- 3.- Modelos Superior e Inferior Montados en Articulador.
- 4.- Perfil.
- 5.- Radiografías.
- 6.- Fotografías.-

1.- DIMENSION VERTICAL.-

Con el registrador de Willis, o un compás, con los dientes en oclusión, se mide la distancia de la base de la nariz al borde inferior de la mandíbula, esta medida debe ser igual a la que se obtiene de la pupila a la línea que separa los labios. Si no hay abrasiones apreciables y los dientes que quedan son firmes, como los premolares; sin exfoliación y en buena oclusión se puede registrar la dimensión vertical de la oclusión midiendo la distancia desde el borde incisivo del central superior hasta la base de la nariz y del borde del incisivo central inferior a la base del mentón, la medida de estas distancias debe ser igual. Este registro se puede usar para establecer la altura vertical durante el tratamiento.

2.- COLOR.-

Se toma un registro de los dientes anteriores, éste se deberá tomar individualmente, se dibuja en un esquema de los -- dientes anteriores remanentes, y se anota el tono de cada diente natural y las marcas individuales, como obturaciones, muelas y alteraciones de color. El color de los dientes naturales varía con la colocación, espesor, obturaciones y la edad.

3.- MODELOS SUPERIOR E INFERIOR MONTADOS EN ARTICULADOR.-

Tamaño, forma, posición de los dientes y dimensión vertical se obtienen por medio del modelo de diagnóstico y el montaje. Los modelos de diagnóstico ofrecerán toda la información requerida respecto a los dientes, exceptuando su tono y color.

Si las relaciones no están correctamente establecidas, registradas y transmitidas a un articulador, la prótesis puede fallar.

Forma de los Dientes.-

La forma de los dientes tiene dos valores igualmente importantes: El Estético y el Funcional.

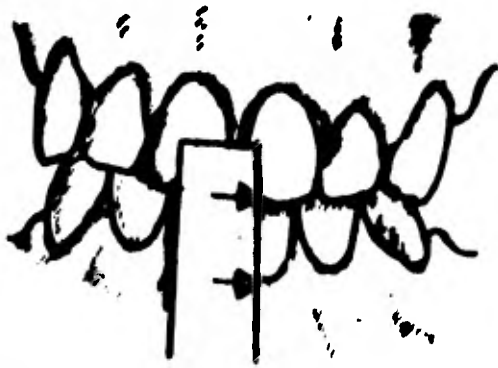
La forma estética, depende del grado de armonía entre los dientes y la fisonomía en relación a como serán reemplazados.

La forma funcional, está en relación con su forma, tamaño, el modo de articular con los antagonistas y la manera como los utilice cada sujeto.

La superficie masticatoria de los dientes cambia notablemente a lo largo de la vida, y con ella, la masticación.

Tamaño de los Dientes.-

Determinado por su altura y amplitud, a lo que se agre-



La distancia vertical se puede medir de esta forma para que sirva como registro de precontracción de la relación vertical.

ga su grosor para determinar su volumen.

4.- PERFIL.-

El método más usual es el que se usa en ortodoncia, que consiste en tomar un alambre de plomo o cobre para delinear el contorno de la cara antes de la extracción de los dientes y estando estos en oclusión. Este alambre configurado se coloca sobre un cartón, se dibuja su contorno y se recorta según el dibujo, esto sirve para determinar en la cara del paciente la posición vertical. El recorte obtenido se aplica contra el perfil del paciente y se retocan los defectos.

5.- RADIOGRAFIAS.-

Esta clase de radiografías requieren equipo especial -- que no es muy práctico y se usa rara vez, pero se menciona como uno de los métodos posibles. Son para establecer la dimensión vertical, la exposición de una radiografía lateral completa de cráneo se realiza con los dientes en oclusión, y después de la extracción se hacen placas de prueba a una dimensión aparentemente correcta. Se colocan en el paciente a que cierre con ellas y se toma otra radiografía con la misma proyección que en la anterior. Se comparan las dos placas, y se realizan los ajustes necesarios para mover la mandíbula hacia arriba o abajo a fin de acertar con la posición de la radiografía inicial.

La imagen debe tener aproximadamente 1 : 1 de relación al paciente. Con el fin de igualar la aproximación de esta relación, se necesita por lo menos una distancia del cráneo al tubo de rayos X de 1.5 mts.

6.- FOTOGRAFIAS.-

Las fotografías de frente y perfil, a boca cerrada y mostrando los dientes, sirven para conservar el registro del aspecto de los pacientes antes de las intervenciones quirúrgico protéticas y compararlo con los resultados que también son fotografiados.

Esta clase de datos son de incierta significación ya que son testigos absolutos de la deformación facial que inexorablemente traen los años y que no siempre se puede o conviene mediar.

IV.- IMPRESIONES Y MODELOS . -

Existe una variedad de técnicas de impresión para obtener una base protética adecuada.

Es difícil determinar con una sola impresión el grado exacto de extensión de una base o del desplazamiento de los tejidos periféricos. Por lo tanto; emplearemos dos etapas para tomar impresiones:

Las impresiones primarias y las impresiones secundarias.

IMPRESIONES PRIMARIAS.-

El objetivo principal es registrar ciertos puntos o zonas anatómicas. Se considera aceptable un desplazamiento excesivo de algunos de los tejidos periféricos. Sin embargo, si se hiciera una prótesis a partir de esa impresión que reproduce el área total, la prótesis se desplazaría durante su función o produciría ulceración de los tejidos periféricos.

Objetivos.-

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

Alcanzando estos objetivos puede obtenerse un modelo sobre el cual puede construirse un portaimpresión individual correctamente diseñado con el que se tomará la impresión secundaria.

Las impresiones primarias se toman con portaimpresiones

comerciales metálicos perforados, que adaptamos al tejido blando formando el repliegue de los tejidos mediante el doblado de los mismos portaimpresiones y si es necesario se le agregará cera en los bordes. Los bordes de cera proporcionan la extensión adecuada a la impresión junto con un soporte para el alginato.

Así mismo se coloca cera en las zonas desdentadas, y si es necesario se cubre con cera el centro de la zona palatina -- del portaimpresión superior para lograr una mayor aproximación del portaimpresión al paladar. Los flancos del portaimpresión no deben alterar la posición de los tejidos limitantes, tanto en extensión vertical como en la horizontal durante la toma de impresión.

Las impresiones serán completas tanto en superior como en inferior.

MODELOS.-

Los modelos de diagnóstico tomados de esta manera son generalmente bastante adecuados para la confección de los portaimpresiones individuales. Rara vez son lo suficientemente exactos como para utilizarlos como modelos de trabajo, porque los portaimpresiones comerciales no se adaptan adecuadamente y tienden a deformar los tejidos limitantes.

PORTAIMPRESIONES INDIVIDUALES.-

El portaimpresión individual debe ser bien planeado de acuerdo con la topografía del caso (forma de los maxilares y de los dientes remanentes), y el material con el cual se tomará la impresión. El acrílico autopolimerizable es el material más utilizado.

Objetivo.-

Los portaimpresiones individuales son preparados especialmente para el maxilar que se desea impresionar. Procuran asegurar la obtención de correctas impresiones con la ayuda de las siguientes circunstancias:

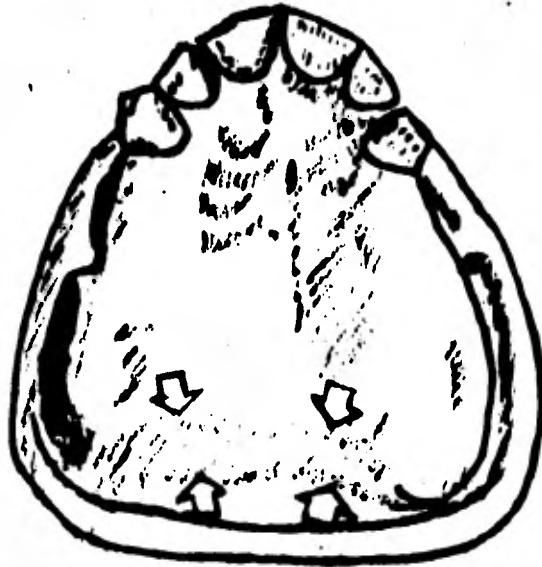
- 1.- Su forma fiel facilita el centrado.
- 2.- Su falta de exceso volumétrico contribuye a un trabajo más exacto.
- 3.- Permiten utilizar la cantidad mínima del material de impresión, lo que también facilita el centrado.
- 4.- Obligan al material de impresión a extenderse por toda la superficie que se desea impresionar.
- 5.- Al confinar el material de impresión entre el portaimpresión y la mucosa, lo ajustan contra ésta expulsando el aire y la saliva.
- 6.- Extendidos correctamente permiten la delimitación funcional o recorte muscular acertado de los bordes.

DISEÑO DEL PORTAIMPRESION INDIVIDUAL .-

El portaimpresión individual se dibuja más bien escaso sobre el modelo.

Portaimpresión Individual Superior.-

- 1.- Marcar escotaduras para los frenillos medio y laterales.
- 2.- Marcar los surcos vestibulares post-tuberales.
- 3.- Marcar una línea por delante de las foveolas.
- 4.- Unir las marcas anteriores mediante líneas, algunos milímetros más alto que los de la inserción.



El cierre posterior puede labrarse en el modelo con la configuración anteroposterior que se muestra arriba. El grueso dependerá de la compresibilidad de los tejidos en esta zona.

Portaimpresión Individual Inferior.-

- 1.- Marcar escotaduras para los frenillos medio, anterior, laterales y lingual.
- 2.- Hacer trazos anteroposteriores sobre las líneas oblicuas externas.
- 3.- Hacer trazos transversales horizontales: un centímetro por detrás de las iniciaciones de los cuerpos piriformes.
- 4.- Trazar líneas anteroposteriores tres o cuatro milímetros por debajo de las líneas milohioideas y paralelas a éstas.
- 5.- Unir los trazos anteriores entre sí librando las apófisis gení.

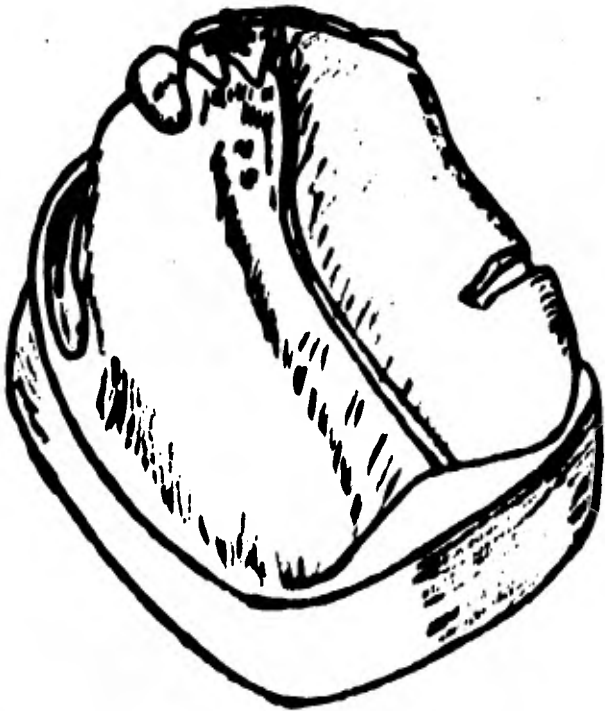
PREPARACION DEL MODELO.-

Antes de la elaboración de un portaimpresión de resina acrílica, debe empezarse por eliminar los socavados retentivos, rellenándolos con papel de estaño o papel de asbesto húmedo, para evitar que entre acrílico en ellos y no pueda retirarse el portaimpresión individual sin romper el modelo.

Se pincela el modelo con separador acrílico-yeso. Si el portaimpresión es diseñado, se pasa lápiz tinta sobre el diseño del modelo para que éste se reproduzca en el acrílico.

PASOS PRELIMINARES PARA LA CONSTRUCCION DEL PORTAIMPRESION INDIVIDUAL.-

El portaimpresión será espaciado u holgado, ésto es con el fin de dar espacio al material de impresión. Se pone la cera que convenga para conseguir topes que eviten que el portaimpre-



Das tiras de cera de placa base se adaptan al modelo de la forma que se muestra en el lado derecho del modelo superior. Se formará un portaimpresión de acrílico sobre este conjunto de cera.

sión sea asentado demasiado lejos hacia atrás, demasiado lejos hacia arriba y excesivamente lejos hacia un lado u otro. Dos de sus topes se sitúan encima de las áreas molares, y se coloca una plataforma de cera en la zona del reborde anterior del portaimpresión, los bordes incisivos de los dientes se verán forzados a introducirse dentro de esta plataforma a la profundidad suficiente para colocar el borde periférico aproximadamente a un cuarto de pulgada del pliegue mucobucal. Estas marcas actuarán como de tope anterior. Los topes posteriores deberán colocarse para obtener un espacio similar en el área molar. El portaimpresión se debe colocar a través del borde posterior del portaimpresión superior para confinar el material de impresión a el portaimpresión individual.

PRUEBA DEL PORTAIMPRESION INDIVIDUAL.-

Si se trata de un portaimpresión holgado se le probará con su espaciador de cera.

- 1.- Cada portaimpresión debe ir a su sitio sin dificultad. Si algún flanco crea resistencia observar si corresponde a un socavado retentivo en cuyo caso se deberá desgastar el flanco.
- 2.- No debe provocar dolor.
- 3.- A la tracción por el mango no debe mostrar retención activa ninguno de ambos portaimpresiones. Si alguno lo tiene se deben desgastar los bordes por dentro, es decir por la superficie que mira al maxilar hasta que la pierda.
- 4.- No deben bascular bajo presiones verticales de los dedos en el centro de los rebordes, a uno u otro lado.
- 5.- Recortar los bordes si es necesario, hasta liberar los tejidos móviles, alrededor del borde periférico, de tal modo -

que las tracciones horizontales los pongan tensos sin desprender ninguno de los portaimpresiones.

6.- El portaimpresión inferior no debe hacer presión contra los dedos que la sostienen cuando el paciente saca suavemente la lengua.

DELIMITACION FUNCIONAL DEL PORTAIMPRESION INDIVIDUAL.-

La delimitación de las impresiones funcionales se establece mediante las presiones de los tejidos periféricos en movimiento (función) con los bordes del portaimpresión cargados con modelina de baja fusión. Se denomina recorte muscular, para diferenciarlo de la delimitación por diseño o por corte con instrumentos.

En un paciente pasivo el recorte se hace por tracciones sobre los labios y mejillas mediante los dedos del operador, a este procedimiento se le denomina también recorte muscular.

CONSTRUCCION Y TERMINADO DEL PORTAIMPRESION INDIVIDUAL.-

A consideración nuestra la mejor técnica para la construcción del portaimpresión individual, es la técnica por gotso con acrílico autopolimerizable, ya que la técnica por laminado es inexacta por su difícil adaptación al modelo, y la técnica de acrílico termocurable aunque sería la ideal iría en contra de una de las ventajas de este tipo de prótesis referente al tiempo que dura su elaboración.

Cuando el acrílico ha polimerizado se le coloca en la región correspondiente a los dientes anteriores un mango para que el portaimpresión pueda ser manipulado por el operador.

Se retira del modelo y se hacen perforaciones para que

por ahí escape el exceso de material de impresión. En el maxilar superior se hacen en las áreas que corresponden al rafe palatino medio y al tejido palatino a uno y otro lado del rafe palatino. Las perforaciones en estas áreas hacen fácil el registro del tejido palatino en estado de reposo sin desplazarlo.

En el portaimpresión inferior las perforaciones son colocadas sobre las arrugas de la cresta con la misma finalidad.

Se alisa y se pule.

RECTIFICACION DE BORDES.-

Se retira la lámina de cera y se realiza el ajuste del músculo con modelina de baja fusión.

Se calienta una barra de modelina de baja fusión a la flama y se coloca un rollo de tres a cuatro milímetros de grueso por encima del borde del portaimpresión, realizando el ajuste muscular a lo largo del borde periférico.

Se le dice al paciente, que según se le vaya indicando deberá abrir mucho la boca, mover la mandíbula de lado a lado y los labios hacia abajo tanto como pueda. Estos movimientos se tienen que suceder rápidamente antes de que el compuesto se enfríe. Cada vez que se saque el portaimpresión de la boca para colocar otra cantidad de modelina, deberá secarse completamente, porque el compuesto mojado tiende a formar burbujas y se vuelve frágil al ser calentado en la llama.

RECTIFICACION SUPERIOR.-

Región del Frenillo Labial.-

Se hace tracción del labio hacia arriba, hacia abajo a un lado y al otro.

Región del Músculo Orbicular y Elevador del Labio Superior.-

Se le indica al paciente que succione, se chupe el dedo o que silve.

Región del Frenillo Bucal.-

Se hace tracción del frenillo bucal, hacia arriba, hacia abajo, hacia un lado y otro.

Región del Buccinador, Cigomático y Canino.-

Se le indica al paciente que infle las mejillas, que so ple o silve.

Región del Ligamento Pterigomandibular.-

Se le indica que abra lo más que pueda la boca.

Región del Sellado Posterior.-

Se le indica al paciente que trate de pasar saliva, que pronuncie la letra "A" sonora, o se le tapa la nariz y que tra te de expulsar el aire por ella misma.

Se debe recordar que la llamada parte del cierre posterior es una zona de cierre periférico total y no una entidad se parada. Por tanto, debe ser continua con el cierre de ajuste - del músculo de los pliegues mucobucales de ambos lados.

Se determina la línea de movimiento y se marca con un - lápiz indeleble. Esto se puede hacer fácilmente empesando en la hendidura hamular derecha y marcando los puntos de movimiento - unos cinco milímetros aparte, progresando por el paladar, es - tos puntos se unen por una línea de lápiz indeleble.

RECTIFICACION INFERIOR.-

Este portaimpresión deberá ser colocado para estar seguro de que la periferia es de dos o tres milímetros más corta - que las uniones de los músculos.

Región del Frenillo Labial.-

Se tracciona el frenillo hacia arriba, abajo, hacia un lado y el otro.

Región del Frenillo Lingual.-

Se le pide al paciente que con la punta de la lengua se toque el paladar.

Región del Músculo Geniohioideo y Geniogloso.-

Se le pide al paciente que con la punta de la lengua se toque la nariz.

Región del Músculo Milohioideo.-

Se le pide que mueva la lengua hacia el lado contrario que se está rectificando.

Región del Músculo Palatogloso.-

Se le indica que con la punta de la lengua presione sobre el mango de la cucharilla o trate de tocarse la barba.

Región de los Músculos Orbicular, Cuadrado del Mentón y Borla de la Barba.-

Se le indica que succione o proyecte los labios hacia el frente.

Región del Frenillo Bucal.-

Se tracciona el frenillo hacia abajo, hacia arriba ha -

cia un lado y el otro.

Región del Músculo Buccinador.-

Se le indica que infle las mejillas, que sopla o que silbe.

Región del Músculo Masetero.-

Se colocan los dedos índice y medio sobre el portaimpresión y se le pide al paciente que cierre.

Región del Ligamento Pterigomandibular.-

Se le indica que abra la boca lo más que pueda.

Si el paciente tiene un reborde sumamente plano, con las uniones del músculo cerca de la cresta, a veces es necesario limitar el vigor del movimiento. La alternativa sería un área de cubrimiento pequeña y retención disminuida.

IMPRESIONES SECUNDARIAS.-

Al tomar una impresión secundaria se obtendrá un grado más preciso del desplazamiento de los tejidos periféricos.

El principal objetivo de esta impresión secundaria es obtener un modelo de trabajo sobre el cual pueda construirse una base protética retentiva.

La base protética debe satisfacer los siguientes requisitos:

- 1.- Debe ser extendida hasta que sus bordes alcancen los tejidos móviles donde pueda desarrollarse un sellado periférico.
- 2.- Los tejidos adyacentes al borde deben ser deformados lo suficiente como para lograr un sellado periférico, pero no de

masiado como para que aquellos tiendan a desplazarse o sufran daño. No debe impedirse la libre actividad de los músculos vinculados con el borde protético.

- 3.- Debe existir el más íntimo contacto posible con la membrana mucosa subyacente.
- 4.- La extensión que suministra la retención, asegura la máxima cobertura del maxilar y ésta a su vez asegura que los tejidos de soporte reciban una fuerza mínima por unidad de su superficie durante la función de la prótesis.

Se deberá rellenar las lesiones cariosas en los dientes del paciente con material de relleno temporal para eliminar los socavados extremos. Un gran socavado no solamente distorsiona la impresión final sino que también dificulta su remoción.

TECNICA DE IMPRESION SECUNDARIA.-

Los materiales livianos de impresión ofrecen la ventaja de deformar o rechazar menos los tejidos blandos, aún cuando también lo hacen en proporciones variables.

Un momento antes de introducir el material en la boca, se seca el vestíbulo, se tira de los bordes horizontalmente y se marca la línea de inserción de los tejidos con un lápiz indelible, al mismo tiempo se perfilan las zonas duras que necesitan alivio, especialmente las zonas duras palatinas; se marca la línea de vibración del paladar, y se registra la deseada profundización del sellado palatino posterior. Estas marcas de lápiz deberán transferirse a la impresión.

Remover la impresión sin desplazar el exceso que ha fluído alrededor de los dientes anteriores. Se intensificarán las marcas transferidas de la boca, pues se trata de que salgar después en los modelos.

El ajuste del músculo, tan cuidadosamente hecho con anterioridad no debe ser anulado por la presencia de dos o tres milímetros de pasta de impresión encima de él. Esto terminaría en una sobre extensión de la dentadura terminada.

Se llena el espacio correspondiente a la lengua, en el modelo inferior con cera blanda o papel humedecido, se bardea y se procede al vaciado obteniendo de este modo los modelos definitivos.

ARREGLO DEL MODELO.-

- 1.- Dar ligeramente el borde periférico que forma la unión entre la parte noble y el socalo.
- 2.- Eliminar con cuidado los glóbulos correspondientes a burbujas de la impresión.

Un modelo es una doble presentación, de la anatomía del paciente y de la calidad del operador.

V.- RELACIONES INTERMAXILARES .-

La dentadura completa debe usarse para la mayor parte de las funciones que desempeña la dentadura natural. La masticación, el lenguaje, el aspecto, dependen todas de las relaciones horizontal y vertical específicas de la mandíbula con el maxilar. Si las relaciones no están correctamente establecidas, registradas y transmitidas a un articulador, la prótesis puede fallar.

Un gran cambio en la dimensión vertical disminuirá la realización de la masticación y por lo tanto, el paciente se verá forzado a llevar un régimen dietético pobre además de experimentar dificultad en el habla y cambios en la articulación temporomandibular. Presentándose como consecuencia de esto una intrusión del cóndilo en el tejido conectivo laxo por detrás del menisco. Una manifestación inmediata de esa intrusión es un dolor en esa región sensible y más tarde, inevitablemente, degeneración en la articulación. El menisco pierde entonces su inserción en la cápsula posterior, y la pérdida de una área amplia de tejido sinovial conduce a una pérdida de resistencia de todos los tejidos de la articulación. Así se inicia un círculo vicioso que puede conducir finalmente a una destrucción total de la articulación.

Las relaciones horizontales correctas son igualmente importantes a no ser que se establezca una perfecta relación céntrica, los dientes mandibulares ocluirán correctamente con los del maxilar. La oclusión correcta es esencial para la salud del hueso, para la mucosa base, la musculatura masticatoria y las articulaciones temporomandibulares.

Objetivos de las Relaciones Intermaxilares.-

- 1.- Determinar la altura morfológica correcta en relación céntrica.
- 2.- Establecer la mejor estética compatible con la posición anterior.
- 3.- Fijar dicha posición mediante las placas de registro, para transferirla a los modelos y al articulador.
- 4.- Lograr buenas indicaciones para la posición de los dientes artificiales en lo que se refiere a función, estética y fonética.
- 5.- Obtener las referencias adecuadas para trasladar los modelos al articulador.
- 6.- Registrar los movimientos o posiciones mandibulares excéntricos requeridos para ajustar el articulador, cuando éste es adaptable.

PLACAS DE REGISTRO.-

Las placas de registro tienen la forma general de los aparatos de prótesis y como éstos constan de una base o placa base y un reemplazante del arco dentario, el rodete de articulación, en ocasión, las placas de registro son también portadoras de algunos instrumentos de registro.

Cualidades.-

El carácter provisional de las placas de registro, destinadas a prestar servicio durante tan sólo la ejecución de la prótesis influye en el espíritu en el sentido de no conceder mayor atención a los materiales con los que se las prepara ni a los detalles de su ejecución. Refuerza esa sensación la necesidad de utilizar materiales y adaptaciones que no afecten la

superficie de asiento del modelo de trabajo, que sean relativamente fáciles de modificar y que no sean costosos, por su calidad intrínseca o por la técnica que requieran.

Las Placas de Registro Deben:

- 1.- Ajustar en el modelo igual que en la boca, como condición - para que el traslado al articulador sea exacto.
- 2.- Tener la misma extensión y grosor que la base protética, para apreciar el desplazamiento y modelado de los tejidos, - punto capital en la restauración estética.
- 3.- Ser resistentes para no sufrir deformaciones permanentes durante el trabajo, las que falsearían los registros.
- 4.- Ser rígidas para no sufrir deformaciones elásticas durante los registros, cuya recuperación los haría equívocos.
- 5.- No penetrar en los socavados retentivos del modelo para poder separarse de éste y volver a él con facilidad y exactitud.
- 6.- Ser fáciles de modificar en el consultorio, para adaptarlas a las necesidades del caso individual.
- 7.- Ser capaces de servir como bases de prueba de los dientes - artificiales.
- 8.- No tener mal gusto ni olor, ni ser lesivos.
- 9.- Ser económicas y fáciles de construir sin perjudicar el modelo.

RODETES DE OCLUSION.-

Por lo que se refiere a los rodetes de oclusión deben:

- 1.- Poder cortarse, tallarse, desgastarse y plastificarse fácilmente para adecuarse su forma a las necesidades del caso.
- 2.- Ser susceptibles de agregarles material sin dificultad por



Rodetes de articulación para los modelos superior e inferior.

iguales razones.

- 3.- Ser suficientemente resistentes para conservar la forma adquirida y para eventualmente, sostener instrumentos de registro (arcos faciales y registradores gráficos).

El rodete de oclusión superior se inserta y se determina la longitud del labio. Para un paciente con una longitud de labio normal, se deberá ver de uno a dos milímetros de borde de oclusión cuando los labios están en posición normal. Se verá la fonética la cual nos indicará si es correcto el largo del rodete. Al paciente se le pide que pronuncie palabras con la letra "F" y "M", con lo que se observará si el paciente presenta dificultad o facilidad para unir sus labios.

Cuando la índole del registro exige un aumento en la dimensión vertical, (como en el caso de dientes abrasionados), es conveniente preparar la placa de registro del maxilar al que corresponde el aumento, con el rodete de oclusión extendido también sobre la superficie dentada.

El objetivo de una transferencia exacta de las relaciones intermaxilares se complica un tanto por el hecho de que no siempre es factible extender la parte anterior del maxilar protético de la base de prueba hacia una zona estable sobre las superficies linguales de los dientes anteriores. Es de primordial importancia el que haya bases protéticas de prueba muy estables.

La presencia de dientes inferiores naturales en buenas condiciones de oclusión, es una guía útil para el establecimiento de la altura del plano oclusal, y los rodetes de oclusión se confeccionarán en forma tal que correspondan a su altura.

PLANO DE OCLUSION.-

La técnica consiste en:

- 1.- Colocar la placa de registro en la boca, apoyar el plano de Fox o una regla transversal, sobre su superficie oclusal y aplicar otra regla según la línea bipupilar, para apreciar el grado de horizontalidad de la superficie oclusal (el operador debe mirar al paciente totalmente de frente).
- 2.- Manteniendo el plano de Fox en posición (apoyando la primera regla a lo largo de un lado del rodete), colocar la segunda regla en posición desde la base del ala nasal a la parte media del trago, para apreciar la inclinación antero-posterior de la superficie oclusal del rodete de ese lado.
- 3.- Repetir este examen del lado opuesto.
- 4.- Recortar los sobrantes del rodete, procurando quede todavía largo pero aproximando su superficie al paralelismo con la línea bipupilar y con el plano protético.
- 5.- Colocar la placa de registro en el modelo, calentar la superficie oclusal del rodete, insistiendo más en los lugares que se quiere hacer una reducción mayor, aplicar la superficie oclusal calentada sobre un vidrio envasado, haciendo presión mayor donde se requiere mayor reducción.
- 6.- Recortados los excesos laterales de cera, repetir los pasos ya indicados en el inciso anterior, hasta lograr poco a poco que la superficie oclusal del rodete sea un plano que pasando por el punto de referencia incisivo sea paralelo a la línea bipupilar y al plano protético (líneas auriculonasionales izquierda y derecha).

DIMENSION VERTICAL.-

Se realiza un estudio al tomarse el registro de las relaciones maxilomandibulares para determinar si se reproducirá exactamente la dimensión vertical oclusal.

La pérdida desigual de dientes, el aflojamiento de dien

tes remanentes, y la abrasión dentaria a menudo conducen a una dimensión vertical de oclusión disminuida. Si se requiere aumentar la dimensión vertical de oclusión, se determinará en este momento la magnitud del cambio.

Si se quiere preservar la salud de los tejidos de soporte, musculatura y articulación temporomandibular, es necesario construir dentaduras completas en una dimensión vertical aceptable.

La dificultad experimentada en el intento de restaurar la dimensión vertical correcta señala la importancia de los registros preextracción que deben hacerse siempre que sea posible. Los modelos articulados de la dentición del paciente proporcionan un registro de la dimensión vertical, de la oclusión céntrica, igualmente la radiografía lateral de cráneo, perfil del paciente en alambre y cartón.

Las placas de registro en acrílico y los rodetes de cera se construyen para ambos moldes. El superior se coloca en la boca y se ajusta de modo que se obtenga la dimensión vertical previamente registrada (se puede referir a la medida de preextracción de la inclinación vertical), si no se ha hecho un registro previo por encontrarse en malas condiciones los dientes remanentes, la dimensión vertical tiene que establecerse con los métodos de la dentadura convencional.

Una vez que se ha establecido el plano de oclusión, se registra la dimensión vertical.

Método de Cansancio o Fatiga Muscular.-

Se pintan dos puntos pequeños en la cara del paciente, uno justamente debajo de la nariz y otro en la barbilla. Se le pide al paciente que trague y luego que relaje la mandíbula. A este nivel se miden las distancias entre los puntos, estas medidas se repiten varias veces, si es constante, esta distancia se registra como posición de descanso. Si no es constante, se de -

ben repetir las pruebas hasta que sea posible registrar el promedio de distancia.

Con esto como posición de descanso, se introduce el rodete de oclusión inferior y se ajusta gradualmente hasta que se nivele con el superior a un nivel aproximado de dos milímetros más bajo que en el de la posición de descanso. Por ejemplo, si la distancia entre los puntos es de cincuenta y tres milímetros en posición de descanso, la posición oclusal será de cincuenta y un milímetros. Se debe tener cuidado en observar que las placas de prueba se ajusten al tejido en todo momento, para que no de la impresión de que los rodetes se encuentran nivelados cuando de hecho no lo están.

Método de Medidas Equidistantes.-

Willis ha propuesto las siguientes medidas faciales para determinar la dimensión vertical.

Cuando los rodillos de medida ajustados o las dentaduras terminadas están colocadas en la boca, la distancia de la base de la nariz al borde inferior de la mandíbula debe ser igual a la distancia de la pupila a la línea que separa los labios.

En pacientes que conservan sus dientes naturales en buenas condiciones esta medida es aproximadamente correcta y da una base definida sobre la cual proceder. Naturalmente, si los dientes del paciente están desgastados en las superficies oclusales o si algunos de los dientes posteriores se han perdido, la cara está de antemano acortada.

Este método nos permite restablecer la cara del paciente a lo normal a pesar de la condición en que se encuentre cuando va a que se le haga su dentadura.

Método Fisiológico por Medio de la Deglución.-

Una vez establecido el plano de orientación superior, colocar un rodete oclusal inferior evidentemente corto y sobre



**Dimensión vertical tomada por
medio del trazador de Willis.**

éste, tres conos de cera plástica: dos posteriores a los lados y uno anterior. Haciendo deglutir al paciente repetidamente, la cera se aplasta y determina la altura de oclusión.

Si después de estas pruebas, el aspecto del paciente indica que la dimensión vertical es demasiado alta, o demasiado corta, se deberá reexaminar cuidadosamente los procedimientos anteriores, por que es posible que algunos pacientes, esforzándose por ser útiles, estén soportando los rodetes separados o juntos.

RELACION CENTRICA.-

Es la que se produce cuando los cóndilos ocupan las posiciones más posteriores, superiores y media que puedan asumir en la cavidad glenoidea.

El contacto será a nivel de premolares y molares. No se utiliza habitualmente por no producirse en la zona en que suele moverse la mandíbula. Fisiológicamente no se concede otro valor que el determinar el límite posterior del movimiento mandibular retrusivo.

Como referencia es excepcional pues, desaparecida la oclusión por pérdida de dientes la relación central se conserva y sirve como referencia para la posición mandibular.

La posición central es una posición mandibular independiente de la oclusión central, habiendo un espacio de solo 0.3 a 0.5 milímetros.

De las tres dimensiones necesarias para establecer la posición mandibular requerida a los efectos de reconstruir la oclusión central, la altura determina solo una, la dimensión vertical, la relación central determina las dos restantes, anteroposterior y lateral. En esa posición mandibular debidamente -

equilibrada, se reconstruirá la oclusión central.

Es de importancia registrar correctamente la posición mandibular de la relación céntrica en la construcción de dentaduras completas. Teniendo la necesidad de ubicar los dientes artificiales antagonistas en el máximo engranaje intercuspídeo. La falta de armonía entre la relación céntrica y la oclusión céntrica es una de las causas mayores del fracaso funcional de las prótesis completas.

En esta posición están los puntos de contacto inicial y terminal del ciclo masticatorio, el punto de palanca de la mandíbula para tragar, y la posición en que el paciente ubica subconscientemente la mandíbula para asentar las dentaduras cuando se desplacen.

En el campo del movimiento mandibular la oclusión en relación central es la posición contacto bordeante posterior, posición repetible a voluntad una vez adiestrado el paciente, dentro de límites determinados por la elasticidad de los tejidos y la flexibilidad de los instrumentos de registro.

Es importante corregir toda posición mandibular de comodidad por causa dentaria que el paciente pudo haber adquirido a través de los años mientras iba perdiendo sus dientes. Si las prótesis se confeccionan con la oclusión céntrica en una posición excéntrica adquirida los contactos oclusales prematuros pueden aflojar las prótesis y destruir el hueso subyacente. Puede requerirse un ajuste oclusal de los dientes naturales remanentes para asegurar de que coincida la oclusión céntrica y la relación céntrica.

RELACIONES HORIZONTALES.-

Cuando se ha establecido la dimensión vertical, se coloca un rollo de cera muy blanda sobre los dientes inferiores y -

el rodete de oclusión y se le pide al paciente que muerda hacia la parte de atrás de la boca.

Se deben tomar varios registros de mordida para asegurarse de que la mandíbula está en posición retruida. La cera será blanda y de la misma consistencia en ambos lados, y el paciente tiene que ocluir la plancha de mordida si estas condiciones persisten y varios registros de mordida coinciden, la relación céntrica estará registrada.

La posición protrusiva puede ser registrada de una forma similar, el rollo de cera debe ser un poco más grueso pero igual de blando en ambos lados, y las planchas de oclusión no deben tener contacto.

Al paciente se le enseña a protruir la mandíbula y morder. En todos los casos en que no se utilizará la oclusión central de los dientes naturales, las precauciones para asegurar la relación central en la altura correcta son tan exigentes como frente a la prótesis completa convencional.

No es difícil, por lo general, adoptar en tales casos un dispositivo de soporte central único, preferentemente sobre bases estabilizadas, los tiempos de obtención, mantenimiento y fijación son los mismos.

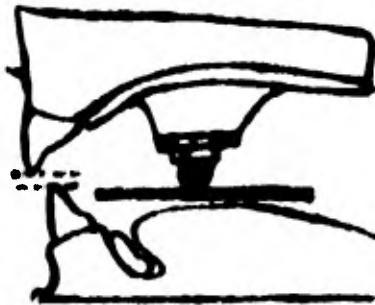
REGISTRO DE LA RELACION CENTRICA BAJO SOPORTE CENTRAL.-

Indicaciones.-

Para la preparación de Prótesis Completa Inmediata cuando los dientes remanentes no pueden servir de guía para la posición mandibular.



Los registros de mordida son, quizá, el método más común de obtener relaciones horizontales.



Se puede usar un punto de soporte central en conjunción con el registro del eje principal, abriendo el punto hasta que los -- dientes anteriores estén separados.

Cualidades de los Registradores para Soporte Central.-

- 1.- Los soportes deben ser rígidos, suficientemente fuertes para no flexionarse durante los registros.
- 2.- Deben poder fijarse con facilidad en las bases protéticas, constituyendo un todo resistente.
- 3.- Deben poder desprenderse fácilmente.
- 4.- La base que recibe el contacto debe ser lisa para facilitar el deslizamiento, y dura para no rallarse por acción del --perno antagonista.
- 5.- El perno de contacto debe terminar en superficie semiesférica y pulida para deslizarse fácilmente durante el registro. Además, conviene que esté retenido en su base por una rosca que facilite variar la altura de antagonización en caso necesario.

Fijación de las Placas de Registro.-

- 1.- Se calienta una horquilla de alambre y se hunde en la cera por vestibular, al enfriarse ésta, las placas quedan fijadas en relación central. El inconveniente principal es la necesidad de calcular bien el calentamiento y el riesgo de quemar al paciente.
- 2.- Hacer llaves con yeso de impresiones, se coloca con la espátula en la superficie vestibular. No hay peligro de movilizar ni de quemar. El inconveniente es que el fraguado tarda y a veces el paciente puede moverse de la relación central.

MONTAJE EN ARTICULADOR.-

La varilla incisal se fija en posición neutra, se asientan los dientes en las huellas dejadas en la cera, en relación céntrica, y de este modo se hace el montaje.

VI.- COLOCACION DE DIENTES Y PREPARACION DEL MODELO. -

El cambio de dientes, es decir, el cambio de los dientes del modelo por los artificiales, ofrece tres variantes principales:

- 1.- Imitar lo existente.**
- 2.- Imitar lo existente con modificaciones en algún sentido.**
- 3.- Los dientes remanentes no pueden servir de guía por requerirse modificación total.**

IMITAR LO EXISTENTE.-

El mayor grado de perfección se puede conseguir duplicando los dientes anteriores naturales del paciente cuando esto sea preferible.

- 1.- Se adaptan dos capas de cera de placa base sobre los dientes anteriores que quedan en el modelo, de tal forma que no subsistan retenciones en las superficies exteriores.**
- 2.- Se forma un portaimpresión de acrílico sobre la cera para obtener una impresión de los dientes anteriores sóla mente. Se le une un mango de acrílico.**
- 3.- El portaimpresión de acrílico se alisa y se adapta en su sitio para asegurar un espacio propicio alrededor de los dientes. No se hacen perforaciones en el portaimpresión y no se usa adhesivo porque el material de impresión se tendrá que quitar y volver a colocar más tarde.**
- 4.- Se carga el portaimpresión con material de impresión de elastómero y se toma impresión de los dientes.**
- 5.- Cuando el material se ha endurecido, se retira el portaim -**

presión, si sale sin material de impresión, éste se quita - de la boca y se vuelve a colocar en el portaimpresión. Se - debe de examinar la impresión para estar seguro de que no - tiene burbujas u otros defectos encima de los dientes.

- 6.- Se llena la impresión con cera de modelar blanca por encima del nivel de la encía. Se deja endurecer, y el material de impresión y la cera se quitan del portaimpresión.
- 7.- Se extrae cuidadosamente la cera del material de impresión, desprendiendo éste del modelo de cera. Esto elimina la posibilidad de fracturar el modelo.
- 8.- Del modelo de cera se corta el exceso de áreas gingivales, dejando a los dientes un resto de encía aproximadamente de un milímetro.
- 9.- El modelo se enmufla en yeso.
- 10.- Se coloca acrílico termocurable del color apropiado.
- 11.- Cuando ha polimerizado se enfría la mufla, se quitan los -- dientes de acrílico.
- 12.- La porción gingival se recorta en la superficie bucal, dejando solo los dientes en un bloque de seis.
- 13.- Se pulen los dientes.

IMITAR LO EXISTENTE CON MODIFICACIONES EN ALGUN SENTIDO.-

La colocación de los dientes es menos complicada en el tratamiento con Dentadura Inmediata a causa de la guía que ofrecen los dientes naturales existentes en buenas condiciones. El modelo de estudio puede utilizarse para seleccionar el tamaño y forma de los dientes.

En el modelo se recortan los dientes en forma alternada empezando por el incisivo central superior y se excava la porción radicular anterior dándosele poca profundidad (aproximadamente un milímetro) del lado vestibular y al ras con el margen

vestibular del lado lingual o palatino. La depresión ligera recortada en la porción vestibular acomodará los cuellos de los -
dientes artificiales. En bocas con enfermedad periodontal acom-
pañada por retracción gingival y pérdida ósea, no se recortará
el yeso o muy poco. Los dientes se enfilan en sus posiciones es-
pecíficas y se modifican como se requiera. Al quitar solamente
un diente por vez, permite que se reproduzcan las pequeñas irre-
gularidades que puedan haber. O modificar cualquier posición -
marcada que pueda existir.

**LOS DIENTES REMANENTES NO PUEDEN SERVIR DE GUIA POR REQUE-
RIRSE MODIFICACION TOTAL.-**

Las modificaciones de importancia a introducir en el mo-
mento de cambio de dientes suelen deberse a grandes levantamien-
tos de mordida, a grandes cambios en la articulación o indica-
ción de alveolectomía correctora.

El procedimiento es, en principio, siempre el mismo. Pe-
ro el criterio necesario, cada vez mayor. En todos aquellos ca-
sos en que la Prótesis Inmediata está indicada para ambos máxi-
lares, es necesario planear concienzudamente el cambio, pues si
es posible, conviene operar ambos maxilares por separado, gene-
ralmente el mejor esquema se obtiene operando primero el máxi-
lar inferior, donde la articulación de los dientes naturales su-
periores favorecen la estabilidad de la prótesis. No conviene
colocar una Prótesis Inmediata Completa en el maxilar superior
sin que existan los dientes posteriores inferiores.

CIRUGIA DEL MODELO.-

Aceptada la colocación de los dientes y la posición que

les corresponde, todo lo que se hace en adelante no tiene control de corrección hasta la colocación en la boca.

La posición del borde alveolar con respecto al gingival es el primer dato importante para "operar" un modelo. Se determina estudiando las radiografías y explorando la profundidad de la bolsa paradontal punto por punto en caso de existir. La profundidad a la que llega la sonda corroborada por el examen de la radiografía, permite marcar en el y so vestibular los puntos que señalan el borde óseo.

Cuando los tejidos paradontales son sanos, la unión entre los puntos vestibulares así marcados dará una línea más o menos continua, ligeramente ondulada, siguiendo el borde gingival a un par de milímetros.

Cuando hay enfermedad paradontal especialmente cuando -- predominan fenómenos de atrofia vertical, la línea ósea resultará quebrada siguiendo las irregularidades óseas, y la distancia al borde gingival variará entre tres y cinco o más milímetros.

Es fácil pensar ahora qué forma tendrá el maxilar óseo una vez hechas las extracciones, además si la alveolectomía será indispensable.

PREPARACION PARA EXTRACCIONES SIMPLS.-

Basta cortar los dientes al ras del yeso gingival. Se espera que la prótesis se adaptará a la forma gingival.

PREPARACION PARA EXTRACCIONES CON ALVEOLECTOMIA MODELADORA.-

No se pueden dar normas absolutas para esta intervención puesto que los distintos casos plantean problemas diferentes.

En el maxilar superior la topografía del caso, requiere del estudio radiográfico para observar las relaciones con los senos maxilares y el conducto palatino anterior, las relaciones con los antagonistas, y a veces la línea de los labios, son los indicadores que guían al protesista para estimar la alveolectomía mínima indispensable.

TERMINADO.-

Terminado el enfilado y completada la articulación, se debe encerar el diente, tallando y alisando la cera como corresponde.

Es necesario un grosor adecuado de los bordes de la prótesis para que los flancos de la dentadura no lesionen los tejidos, pues existe edema después de las extracciones y de la colocación de la prótesis.

Ocasionalmente se hace necesario estimar la cantidad de hueso que se quitará durante el proceso quirúrgico si está indicada una alveolectomía. Se recorta el modelo para reducir y alisar la prominencia alveolar anterior para la recepción favorable de la prótesis.

Un reborde bien redondeado, pleno, que sea convexo de forma esférica, ayudará a que la prótesis vaya a su lugar y da oportunidad al reborde futuro de retener la forma adecuada.

CONSTRUCCION DE LA GUIA QUIRURGICA O TRANSBASE.-

Una base transparente, réplica exacta de la base de la prótesis, permite adaptar quirúrgicamente el maxilar a la prótesis, pues probando luego de las extracciones esa base, se verán

por transparencia los sitios isquémicos debidos a la compresión de la mucosa en la zona operada, se puede rebajar el hueso hasta lograr calce convenientemente. Esto reducirá la magnitud de la cirugía. Se confecciona una transbase quirúrgica transparente como guía del modelado del reborde en el momento de la extracción dentaria y la colocación de la prótesis.

Se toma una impresión del modelo con alginato. Se moja con agua el modelo, que está colocado en la mufla y se coloca el material de impresión en el mismo portaimpresión con el que se tomó la impresión original, este portaimpresión se adaptará perfectamente al modelo. El portaimpresión cargado se calza en su posición sobre el modelo, en forma tal que no queden atrapadas burbujas de aire en el material de impresión, y se hace el vaciado del modelo.

Sobre el modelo se adapta un trozo de cera y se confecciona un patrón de cera para la transbase. Este debe tener un espesor uniforme de unos dos milímetros, excepto en los bordes de la impresión. Se enmufla como en el procedimiento de la prótesis convencional con acrílico transparente.

La transbase quirúrgica constituye una indicación para el procedimiento quirúrgico y es un elemento esencial cuando se requiere algún tipo de recorte óseo.

También puede obtenerse el duplicado del modelo reproduciéndolo de la dentadura terminada, llenándola con alginato.

VII.- CIRUGIA PREPROTETICA PARA PROTESIS INMEDIATA . -

La cirugía bucal para prótesis dental incluye las intervenciones quirúrgicas necesarias en la cavidad bucal para que la prótesis pueda tener base firme, libre de protuberancias ó seas marcadas o sinuosidades, exenta de las inserciones musculares o de un exceso de mucoperiostio. Esto comprende la extirpación de los tejidos blandos y duros, lo cual supone intervenciones intrabucales, indicadas para la restauración del hueso y de los tejidos blandos.

ALTERACIONES DE LOS TEJIDOS OSEOS.-

Se encuentran las variaciones de la altura del reborde alveolar ocasionadas por la extracción de los dientes del maxilar superior o inferior en pequeños grupos o individualmente, en épocas distantes de la vida del paciente.

La diferencia de tiempo entre las extracciones origina una mayor o menor prominencia o atrofia del reborde alveolar.

ALVEOLECTOMIA.-

Es la reducción apropiada del alvéolo principalmente para la recepción de la prótesis.

Se debe de eliminar la mínima cantidad de hueso suficiente para permitir la colocación de la prótesis. Por razones de estética (prognasia superior) o para obtener el espacio intermaxilar necesario, deberá eliminarse ocasionalmente el proceso alveolar adicional.

La cantidad de hueso que se forma en un alvéolo reduci-

do 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. Después de una alveolectomía no se puede esperar crecimiento óseo que reemplace al hueso eliminado quirúrgicamente, sino en muy escasa proporción.

TIPOS DE ALVEOLECTOMIAS.-

Intraseptal.-

Cuando elimina la parte profunda de los septos inter radicales.

Radical y Conservadora.-

Según la cantidad de alvéolo que se elimine.

Modeladora o Correctora.-

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, crear espacio intermaxilar) es una operación puramente plástica.

Estabilizadora.-

Cuyo 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.

Abulsora.-

Facilita las extracciones.

En todos los casos, las normas de la alveolectomía conservadora y el futuro protético del paciente estarán en la mente del cirujano, tanto al planear la intervención como al realizarla, especialmente ante la aparición de dificultades de cualquier naturaleza.

INDICACIONES DE LA ALVEOLECTOMIA.-

- 1.- En la eliminación de crestas y de aristas óseas residuales.
- 2.- En la eliminación de salientes óseos que impiden el sellado periférico.
- 3.- En la creación de espacio intermaxilar.
- 4.- En la obtención de estética satisfactoria.
- 5.- Facilitar las extracciones.

No se intentará eliminar, siempre que se pueda evitarlo, la lámina ósea, a veces muy delgada, que forma la pared vestibular de muchos alvéolos, necesaria para la edificación del máximo de hueso nuevo.

LOS SIETE FACTORES ESENCIALES PARA UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.-

1.- Radiografía.-

Una radiografía clara y reciente de los dientes y algunas de las estructuras vecinas.

2.- Anestésico.-

Un agente anestésico adecuado para la labor emprendida.

3.- Forceps y Elevadores.-

Apropiados para los dientes que serán extraídos.

4.- Charola.-

Una charola para instrumentos para realizar operaciones, estéril y lista.

5.- Luz.-

Iluminación brillante en el sitio de la operación todo el tiempo.

6.- Ayuda Adecuada.-

A través de toda la operación y en cada operación.

7.- Succión y Aspiración.-

Mediante el uso del aspirador puede mantenerse un campo blanco eficazmente a través de toda la operación.

INSTRUMENTOS.-

Las enfermeras y ayudantes dentales deberán conocer los instrumentos necesarios para cada operación y el orden en que - deberán ser colocados sobre la charola.

Los siguientes instrumentos deberán estar sobre la charola siempre que esté indicado un procedimiento de dos o más extracciones y un procedimiento de colgajo.

1.- Torundas.

2.- Espejo.

3.- Pinzas para algodón.

4.- Portaagujas.

5.- Tijeras.

- 6.- Retractor.
- 7.- Cíncel.
- 8.- Martillo.
- 9.- Cizalla.
- 10.- Limas para hueso.
- 11.- Pinzas para tejido.
- 12.- Seda 4 ceros.
- 13.- Jeringa y cartuchos.
- 14.- Elevador Num. 1 de Woodson.
- 15.- Elevador de periostio Num. 9.
- 16.- Elevador Num. 46.
- 17.- Forceps indicados.
- 18.- Eyector quirúrgico.
- 19.- Pinzas de campo.
- 20.- Sonda de Gilmore.
- 21.- Hoja Num. 15.
- 22.- Mango Bard Parker.
- 23.- Legra.
- 24.- Pinzas Hemostáticas : curva y recta.
- 25.- Cureta pequeña Num. 86 de punta doble.

TECNICA QUIRURGICA.-

Es necesario revisar mentalmente el aporte sanguíneo y nervioso a la zona de la incisión para poder proveer al colgajo con el máximo riego sanguíneo posible. La incisión deberá conservarse sobre la cresta del borde alveolar cuando esto sea posible, por lo que no suele ser necesario hacer cortes en ángulo. El colgajo siempre deberá poseer una base más amplia que sus tres márgenes y ser más amplio que la cavidad ósea anticipada. Una vez que haya sido expuesto el sitio quirúrgico en forma adecuada deberá hacerse la alveolectomía. Si está indicada una al-

veolectomía para retirar hueso cortical grueso, y facilitar la extracción de los dientes, el hueso excesivo se reduce antes de la extracción, con el cincel o la cizalla. Sin embargo, si tiene que hacerse la alveolectomía para eliminar zonas retentivas o bordes afilados y mejorar la recepción de la prótesis, la alveolectomía deberá ser terminada después de la extracción de los dientes. Con buena visión se reduce el hueso en forma controlada. El alisamiento se hace con limas para hueso, cuidadosamente mediante irrigación regresando el colgajo a su lugar. Toda el área es entonces palpada manualmente para asegurarse de que no existen fragmentos afilados o sueltos de hueso.

El grosor de la placa cortical, labial y vestibular proporcionará una pista con respecto a la necesidad de reducción ósea. La densidad ósea también puede juzgarse por la edad y tamaño del maxilar del paciente. Los dientes suelen ser menos que bradizos en los pacientes jóvenes; el hueso permite mayor expansión de los alvéolos provocando menos fracturas radiculares.

Después de la alveolectomía, el colgajo también deberá ser reducido con tijeras para tejidos blandos. La reducción de este tejido excesivo se logra fácilmente retirando una pequeña cuña a nivel del extremo de la incisión, y las papilas interdentes son también recortadas. Se aproximan los extremos de los tejidos y se recortan los excesos de tejido blando de tal forma que vuelvan a quedar unidos.

EXTRACCIONES.-

Se extraen los dientes posteriores superiores salvo los premolares antagonistas, unilaterales o preferentemente bilaterales, los cuales se conservan para no perder la dimensión vertical. Estos se dejan como descanso oclusal para conservar la distancia existente entre las arcadas durante el período de ci-

catrización que dura de cuatro a seis semanas.

El orden de la extracción de los dientes puede ser alterado y determinado por los casos individuales, aunque pueden fijarse normas básicas. La cirugía deberá hacerse en cuadrantes opuestos cuando ésto sea posible, conservando los dientes anteriores hasta la última visita quirúrgica. La extracción deberá comenzar con el diente más posterior por extraer, continuando hacia la porción anterior.

Se denomina extracción con alveolectomía, la operación mediante la cual se elimina un órgano dentario de su alvéolo, previa resección de la tabla de hueso que lo cubre.

El fin de la extracción con alveolectomía es suprimir parte de la tabla alveolar que protege al diente. Por lo tanto hay que incidir la fibromucosa gingival, eliminar el tejido óseo de la tabla externa y practicar la enucleación de los órganos dentarios y el tratamiento de la cavidad ósea, volviendo el tejido gingival hacia su primitiva inserción.

PRECAUCIONES EN LA EXTRACCION.-

Al revisar el diente o los dientes que serán extraídos, debemos poner atención en el grado de caries, abrasión marcada o atrición de larga duración que pudieran ser evidentes. En tales casos, la estructura radicular y las relaciones óseas pueden hacer la extracción más difícil. Si existen grandes obturaciones, es conveniente avisar al paciente que podrá oír cruji- dos y que puede resbalar el forceps. Si existiera una obtura- ción grande adyacente al diente por extraer, la fractura del mismo puede ser inevitable, en tales casos debemos advertirle al paciente que existe la posibilidad de que se fracturen. Es importante revisar el tamaño del diente y su raíz, especialmen- te si han sido distorsionados sobre la radiografía. La forma -

ción y el número de raíces, la posibilidad de la fractura radicular, así como el tipo de hueso con relación a su densidad, -- son asuntos que deberán ser considerados y que resultarían en menor número de problemas quirúrgicos si se estudiaran por anti cipado. La relación del diente con el seno maxilar o con el conducto dentario inferior, la presencia de obturaciones radicares y grandes tuberosidades maxilares pueden exigir un cambio, - considerable en la técnica quirúrgica.

CRITERIOS DE UN REBORDE DESDENTADO IDEAL.-

- 1.- Sostén óseo adecuado para las dentaduras.
- 2.- Hueso cubierto por tejido blando adecuado.
- 3.- Ausencia de socavados y protuberancias colgando.
- 4.- Ausencia de rebordes afilados.
- 5.- Surcos bucal y lingual adecuados.
- 6.- Ausencia de cintas de cicatrización que evitan que la dent dura se asiente normalmente en su periferia.
- 7.- Ausencia de fibras musculares o frenillos que movilicen la periferia de la prótesis.
- 8.- Relación satisfactoria de los rebordes alveolares superior e inferior.
- 9.- Ausencia de hipertrofias de los bordes o en los surcos.
- 10.- Ausencia de enfermedad neoplásica.

REGULARIZACION DE BORDES RESIDUALES. __

Una de las causas comunes de molestias en la dentadura son los rebordes desdentados en forma de sierra y afilados. El reborde generalmente se ve oscurecido por tejido redundante mo vible sobre la cresta. Con fuerte palpación digital o radiogra-

ffas subexpuestas, o con ambas cosas, se descubrirán las excrecencias afiladas.

La eliminación se inicia colocando la incisión a través del periostio, labialmente en relación a la cresta del reborde flácido y reflejando al mínimo el mucoperiostio, para conservar el vestibulo. Se recorta el hueso con pinzas de gubia, limas de hueso o fresas quirúrgicas, o con éstas dos últimas, y se incluyen, sólo las espinas interdientarias del hueso afilado. Habrá que eliminar un máximo de uno a dos milímetros, puesto que la resorción durante la curación provocará mayor pérdida.

PRUEBA DE LA GUIA QUIRURGICA.-

La guía quirúrgica debe calzar perfectamente, o no revelará las zonas por recortar. Si no se modelan adecuadamente el hueso y los tejidos blandos con el contorno de la guía y el de la prótesis. Esta no calzará en su posición correcta, el recorte excesivo causará la posición incorrecta de la prótesis. Estos errores, a su vez serán causa de una oclusión inadecuada y causará necesariamente dolor e incomodidad al paciente. Las prótesis han de calzar en la boca exactamente en la misma posición que se pretendió que ocuparan. La guía quirúrgica es colocada en la boca una vez que todos los dientes hayan sido extraídos, pero antes del alisado quirúrgico del hueso o tejidos blandos. La guía deberá ser colocada perfectamente o no revelará las áreas que deberán ser recortadas. Cuando la placa haya sido fijada con seguridad contra el paladar y borde maxilar posterior, las áreas en el sitio quirúrgico que se hayan tornado isquémicas debido a la presión, señalan la necesidad de hacer una reducción adicional. El molde es retirado y los tejidos blandos o el hueso son recortados según se ha indicado para aliviar las áreas de presión excesiva.

VIII.- COLOCACION DE LA PROTESIS INMEDIATA.-

PREPARACION PREVIA A LA INSERCIÓN DE LA DENTADURA.-

Antes de la inserción de la dentadura el Odontólogo necesita determinar lo siguiente:

- 1.- Que los modelos de remontaje sean pre isos; o sea, que cuando las dentaduras estén colocadas sobre los modelos se encuentren en posición estable.
- 2.- La superficie tisular (interior) de la dentadura se encuentre libre de cualquier imperfección.
- 3.- Que los bordes de la dentadura estén bien redondeados.
- 4.- Que las superficies pulidas sean lisas, carentes de sinuosidades y altamente pulidas.
- 5.- Que el modelo maxilar de remontaje se encuentre firmemente adherido al articulador.
- 6.- Que los elementos condilares del articulador estén fijos - contra sus topes y que el vástago de la guía incisal se encuentre en su posición original al ras con la porción superior del miembro superior del articulador, con la punta del vástago incisal al ras de la mesa de la guía incisal.

COLOCACION DE LA PROTESIS INMEDIATA.-

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:

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

Previamente preparados los procesos residuales para asentar la prótesis se acercan los bordes de los colgajos y se coloca la prótesis previamente esterilizada en una solución antiséptica fría. Se le indica al paciente que cierre para el primer control de la oclusión. Si las prótesis se colocaron correctamente después de la cirugía no deben haber contactos oclusales prematuros muy pronunciados. Los cambios oclusales originados por el procesado ya fueron eliminados mientras las prótesis todavía se hallaban en el articulador.

POSOPERATORIO.-

Es el conjunto de medidas, precauciones y técnicas que se realizan después de la operación con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención, reparar los daños que surjan con motivo del acto quirúrgico, colaborar con la naturaleza en el logro del perfecto estado de salud.

Los cuidados posoperatorios deben referirse a la herida misma (y al campo operatorio que es la cavidad bucal) y al estado general del paciente.

INSTRUCCIONES POSOPERATORIAS .-

- 1.- No retirará la Dentadura Inmediata el paciente por sí mismo sino que será retirada por el Odontólogo en la próxima cita veinticuatro o cuarenta y ocho horas después. Se le advierte al paciente que si deja las prótesis fuera de la boca al comienzo es posible que se produzca un edema de los tejidos y el recolocarlas será imposible o muy doloroso. El dolor producido por el trauma de la extracción no se alivia retirando las prótesis de la boca.
- 2.- Evitar alimentos sólidos hasta recibir nuevas instrucciones, ya que la oclusión no se ajustó definitivamente, por lo tanto, la masticación no puede ser eficiente en ese período. - Al corregirse la oclusión mejorará la estabilidad de la prótesis pero no se la puede corregir hasta que no desaparezca el edema, esto ocurre de cuarenta y ocho horas a seis días después de haberse colocado la prótesis.
- 3.- Se prescribe un sedante en el caso de que el paciente no pueda dormir por nerviosismo o molestias. Un antiinflamatorio y, un antibiótico cuando sea necesario.
- 4.- La Prótesis Inmediata actúa como una férula sobre el campo quirúrgico y evita la pérdida del coágulo, que a menudo se destruye a causa de los fluidos bucales, por lo tanto es raro que se produzcan hemorragias profusas. No alarmarse si la saliva presenta evidencia de sangre. Sin embargo, en caso de sangrado excesivo no vacilar en llamar para pedir instrucciones. Es mejor seguir este método que permitir al paciente retirar la dentadura.
- 5.- Se le indicará que se ponga bolsas de hielo sobre el labio superior. Debe colocarse a intervalos de quince minutos durante veinticuatro horas; esto es meramente una sugerencia por precaución; generalmente el paciente no sufre dolor intenso ni incomodidad.

El papel del frío es múltiple: Evita la congestión y el dolor posoperatorio, previene los hematomas y las hemorragias, disminuye y delimita los edemas posoperatorios. El frío se usa durante no más de los primeros tres días, pues más allá es ineficaz, cuando no perjudicial (producción de dolor; no cesación del dolor posoperatorio; en este último caso el calor está más indicado).

El calor puede aplicarse para disminuir las alveolitis y el dolor posoperatorio.

HIGIENE DE LA CAVIDAD BUCAL.-

La cavidad bucal será irrigada con solución tibia de agua oxigenada o suero fisiológico, o mejor aún proyectada la solución con un atomizador que limpiará así y eliminará la sangre y saliva, restos que eventualmente pueden depositarse en los surcos vestibulares, debajo de la lengua en la bóveda palatina y en los espacios interdentarios. Estos elementos extraños entran en putrefacción y aumentan la riqueza de la flora microbiana bucal.

CUIDADOS DE LA HERIDA.-

Si evolucionan normalmente las heridas en la cavidad bucal no necesitan terapéutica. En términos generales, un alvéolo que sangra y se llena con un coágulo, tiene la mejor defensa contra la infección y el dolor.

PRIMERA VISITA DESPUES DE LA INSERCIÓN.-

- 1.- Permitirle lavarse la boca con una solución astringente tibia y diluida. Se le pide que evite los movimientos exagerados y vigorosos al enjuagarse ya que puede desalojar la dentadura maxilar.
- 2.- Se le indica retire la prótesis mandibular y se inspeccionan los tejidos blandos buscando señales de traumatismo. Se harán las correcciones y se determina que el daño no se relaciona con la oclusión.
- 3.- Se le pide que retire la dentadura maxilar en la siguiente forma:
Lavar vigorosamente la boca con el enjuague bucal. Cerrar los labios; también las narinas con el pulgar y el dedo medio e inflar los carrillos soplando. Esta acción desaloja la dentadura de su sitio facilitándole el retiro de la dentadura sin traumatizar los tejidos blandos.
- 4.- Se inspeccionan los tejidos blandos buscando cualquier señal de traumatismo. Si hay compresión de bordes y sitios de presión excesiva en el lugar de las extracciones. No es difícil detectar la zona que no se recortó suficientemente después de la extracción. Este sitio se manifiesta por un aspecto típico de rojo frambuesa. Se le marca pintando alrededor un círculo con lápiz tinta y la marca se transfiere a la superficie interna de la prótesis mediante presión de la misma en su lugar. Mediante una piedra montada se alivia la zona así marcada en la prótesis.
- 5.- Se revisa la oclusión regresándola al articulador para determinar si los dientes hacen contacto en las mismas zonas que en el día de la inserción. Si los registros repetidos demuestran un error, la oclusión se ajusta alterando los vértices de las cúspides, de otra manera no se realiza ninguna corrección o alteración de los dientes.

Los procedimientos de corrección oclusal y sus revisiones se realizan cuando se haya verificado la cicatrización primaria y no exista edema en los tejidos, aproximadamente seis días después de la inserción.

SEGUNDA VISITA DESPUES DE LA INSERCION.-

Como se afirmó, esta visita se realiza seis días después de la inserción de la dentadura, los procedimientos instituidos en la primera visita después de la inserción pueden repetirse además de la corrección oclusal, porque entonces ya habrá desaparecido el edema casi por completo y frecuentemente se retira la prótesis sin demasiada molestia. Sin embargo, en determinados casos es necesario posponer la corrección oclusal hasta pasadas dos semanas. La comodidad de la prótesis aumenta notablemente en cuanto se hayan corregido las imperfecciones de la oclusión.

CORRECCION DE LA OCLUSION.-

El registro interoclusal de relación céntrica se toma en la misma forma que para las prótesis completas. Se coloca y se de impresión en los premolares y molares inferiores y se le indica al paciente que lleve hacia atrás el maxilar inferior tanto como sea factible y que cierre con los dientes posteriores.

Una vez fraguado el yeso, los registros interoclusales se marcan para su identificación.

Este modelo se monta en articulador mediante el registro interoclusal de relación céntrica, y se ajustan las trayectorias condilares mediante el registro interoclusal protrusivo.

La oclusión se corrige en el articulador siguiendo los mismos principios y procedimientos para la prótesis convencional.

Los defectos oclusales de las prótesis pueden ser muy numerosos y su localización y corrección exigen siempre un diagnóstico. Pueden producirse en oclusión central o en las excéntricas, siendo los primeros, los más importantes. Pueden por otra parte, ser de altura o de centrada.

Las correcciones oclusales pueden ser cambios posicionales en los dientes o de la forma de las superficies oclusales.

Las referentes a la forma de la superficie oclusal, se realizan por desgaste, localizando los puntos en la boca o en el articulador.

No hay manera fácil para determinar la frecuencia de las citas del mantenimiento y revisión. El paciente deberá haber sido instruido con respecto a sus hábitos alimenticios, evitar ciertos alimentos y retirar la dentadura durante la noche. Cuando él acepte esta responsabilidad dentro del tratamiento, la frecuencia de los problemas posteriores a la inserción serán mínimos.

IX.- DURACION DE LA PROTESIS INMEDIATA . -

Es menester citar al paciente por lo menos cada tres meses para determinar la magnitud del cambio.

La duración de una Prótesis Inmediata Completa en servicio es sumamente variable, ya que la reacción orgánica no puede preverse exactamente en cada caso.

La calcificación del alvéolo es completa de ocho a doce meses después de la extracción dentaria. Se requiere un lapso de casi un año para que el tejido óseo readquiera por completo sus propiedades físicas. Se calcula que el volumen óseo del reborde alveolar se reduce un veinte a treinta por ciento durante los - doce primeros meses después de la extracción dentaria. Deben pasar de ocho a doce meses antes de procederse con el rebasado - con resina acrílica de la Prótesis Inmediata. Salvo en los ca - sos en que exista poca adaptación de la dentadura a los tejidos.

REBASADO.-

Es todo procedimiento que permita ajustar la base de - una prótesis a los tejidos que le prestan asiento, mediante la interposición de material que pasa a formar parte de la base.

El rebasado se lleva a cabo debido a los cambios de te - jido o a los imponderables del proceso técnico que dan por re - sultado bases flojas.

El rebasado se inicia por una impresión que utiliza la base protética como portaimpresión. Esta impresión se deja inte - grando la base en el rebasado directo.

En la Prótesis Inmediata el rebasado es una indicación absoluta para compensar los desajustes que origina el proceso - cicatrizal.

Pueden estar indicadas todas las formas de rebasado, - desde el absolutamente inmediato, originado por fallas técnicas, al mediato, que puede ser parcial o total.

En general, conviene postergar el rebasado en lo posible. El examen de la situación (un diagnóstico), es lo que debe indicar en cada caso la conveniencia del rebasado total o parcial.

Las probabilidades de adaptación de la prótesis dependen de las siguientes condiciones:

- 1.- La primera condición es que la prótesis tenga correcta oclusión central en relación central. Si no la tiene, se deberá corregir.
- 2.- La segunda condición es que tenga extensión. Si no la tiene se puede optar entre rebasar directamente lo que puede conducir al fracaso o corregir la extensión, lo que exige casi siempre el rebasado en dos tiempos.
- 3.- La tercera condición es que tenga correcta altura. Si no la tiene se puede optar por obtenerse una restitución funcional reconstruyéndoles las superficies oclusales con acrílico, o con metal colado, y haciéndose el rebasado directo.

TECNICA DEL REBASADO A UN TIEMPO.-

Previo al rebasado inmediato debe advertirse al paciente respecto a lo desagradable del sabor del monómero y la inevitable sensación de quemadura en las primeras etapas del procedimiento .

Se cubren las superficies vestibulares de las prótesis con tela adhesiva para impedir la adherencia de los excesos de acrílico. Se dejan cuidadosamente libres los bordes. Se prepara el material de acrílico para el rebasado siguiendo las propor -

ciones y demás indicaciones de fábrica. Debe formar una masa si ruposa (con consistencia de jarabe). Se tapa para evitar la evaporación del monómero y la formación de una película de ce mentación en la superficie.

El paciente en posición se le envaselinan los labios y se pone al alcance de su mano un vaso con solución astringente con el objeto de que se refresque la boca.

Cuando el material empieza a tomar consistencia se ex tiende con una espátula hasta los bordes, procurando evitar mucho exceso. Se indica al paciente que haga un enjuague con la solución astringente. Tan pronto la escupa, se introduce la pró tesis en la boca y se centra con cuidado. La parte final de la profundización se hará bajo la acción de los antagonistas.

Llegada la prótesis a su sitio, se retiene un instante y se retira para llevarla al agua helada para retardar la poli merización, se examina mientras el paciente hace otro enjuague con la solución astringente. Se agrega más material si hace fal ta, se arregla y se vuelve a la boca. Se repiten las maniobras del recorte muscular mientras los antagonistas mantienen el apa rato en posición.

Cuando el material ha polimerizado y ya no sufre defor maciones se retira de la boca. Se procede entonces a separar la tela adhesiva, se eliminan los excesos con piedras y se pulen los bordes.

RENOVACION Y/O REMONTAJE.-

Se aconseja renovar las prótesis totalmente al cabo de un año aproximadamente, siempre que el paciente pueda hacerlo. Esto tiene las siguientes ventajas:

1.- Se puede hacer una técnica correcta sin recurrir a procedi-

mientos de urgencia.

- 2.- Si se produce cualquier falla, el paciente sigue como estaba.
- 3.- Una vez instalada la segunda prótesis, puede remontarse la primera y el paciente queda en posesión de dos prótesis, - con lo que sufre mucho menos en algún caso de accidente y - presenta menos urgencias.

Los registros preextracción, las Prótesis Inmediatas - existentes en la boca, constituyen excelentes elementos de juicio para restaurar la altura facial y la posición de los arcos dentarios en las prótesis sucesivas a lo largo del tiempo.

Cada nueva mordida debe verificarse con las medidas anteriores.

El modelo de los dientes naturales permite volver cada vez al alineamiento primitivo.

El desgaste de los dientes es el factor que impone en - muchos casos la renovación posterior.

Como complemento del servicio, luego que se ha colocado al paciente la prótesis regular, conviene rebasar, arreglar y - pulir la Prótesis Inmediata que portaba para que la conserve - como repuesto o " como un medio auxiliar ".

CONCLUSIONES . -

En la práctica moderna de la prótesis hay una enorme - oportunidad de contribuir como nunca, a la salud dental positiva y prolongada. Esto puede lograrse por la cuidadosa evaluación - del paciente, un plan de tratamiento inteligente, una atención permanente a los aspectos preventivos de los procedimientos téc - nicos, una educación concienzuda, una evaluación y terapia pos - colocación periódica y progresiva.

El buen éxito del tratamiento protético debe ser exami - nado desde cuatro aspectos:

Comodidad, estética, eficacia y preservación de los te - jidos. Las primeras tres, comodidad, estética y eficacia con - ciernen a las observaciones del paciente; la última, la preser - vación de los tejidos de soporte está mayormente determinada - por el Odontólogo y debe constituir su mayor interés.

Las disciplinas de Prostodoncia y Cirugía se relacionan íntimamente en casos de Prótesis Inmediata. Las complicaciones inherentes a la construcción de un aparato protético exigen que se estudien todas las posibilidades para presentar al paciente una Prótesis Inmediata estética y funcional.

En el análisis final, el valor de una técnica radica en su capacidad para poder ofrecerle al paciente, no un simple apa - rato dental, sino un servicio profesional completo.

La pequeñísima inversión adicional en tiempo y en cuida - do que se requiere para constituir la diferencia entre la denta - dura completa convencional y la Prótesis Completa Inmediata, - producirá óptimos frutos, y por lo tanto pacientes satisfechos.

Una de las contribuciones en la estética, de este tipo de prótesis es que permite sustituir los dientes en la misma po - sición, tamaño, forma y color que los dientes naturales, lo que reduce el trauma psíquico del desdentamiento y le capacita para continuar con sus actividades sociales y de trabajo.

Cuando se comprende la filosofía de los procedimientos y se relaciona la anatomía, fisiología y psicología al tratamiento y se siguen meticulosamente los procedimientos terapéuticos se pueden anticipar Dentaduras Inmediatas exitosas.

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

- 1.- Archer W. Harry: Cirugía Bucal, Editorial Mundi, 2a. edición, Argentina 1968; 271-273.
- 2.- Beck Heinz O.: Complete Denture Prosthesis, The Dental Branch, University of Texas, Houston Texas 1957; 27-43.
- 3.- Bernier Joseph L., Muhler Joseph C.: Medidas Preventivas para Mejorar la Práctica Dental, Editorial Mundi, Argentina 1977; 279-305.
- 4.- Boucher Carl O.: Prosthodontic Treatment for Edentulous Patients, The C.V. Mosby Company, 7a. edición, U.S.A. 1975; 51-106; 495-516.
- 5.- Buchman Jack, Menekratie Ajax: Dentaduras Completas y Ancladas, Editorial Labor S.A., España 1978; 1-21; 83-87.
- 6.- Clínicas Odontológicas de Norteamérica: Dentaduras - Completas, Editorial Interamericana, México 1977; -- 199-218; 427-442.
- 7.- Ellinger Charles W., Rayson Jack H., Terry James M.: Synopsis of Complete Dentures, Editorial Lea & Febiger, Philadelphia United State of America 1979; 277-298.

- 8.- Journal Prosthet Denture: Effects of a Calcium and - Vitamin D Supplement on Alveolar Ridge Resorption in Immediate Denture Patients, U.S.A. January 1979; Vol 41; 1: 4-11.
- 9.- Journal Prosthet Denture: Immediate Denture Using - Patient's Existing Dentition, U.S.A. February 1979; Vol. 41; 2: 228-231.
- 10.- Kruger Gustav O.: Tratado de Cirugía Bucal, Editio - rial Interamericana, 4a. edición, México 1978; 63 - 65; 100-111.
- 11.- Kull Herman: Técnica Práctica Trubyte para Dentadu - ras Completas, The Dentist's Supply Company, New -- York, U.S.A. 1963; 7-8; 14-18; 40-41.
- 12.- La Pera Francisco: Enfoque Nove-Biomecánico en el - Tratamiento del Totalmente Desdentado, Editorial Mundi, Argentina 1973; 1-22;
- 13.- Miller Ernest L.: Prótesis Parcial Removible, Editio - rial Interamericana, 1a. edición 3a. reimpresión, Mé - xico 1979; 1-22.
- 14.- Neill D. J.: Prótesis Completa, Editorial Mundi, Ar - gentina 1971; 12-68.
- 15.- Ramfjord Sigurd P., Ash Major M. Jr.: Oclusión, Edi - torial Interamericana, 2a. edición 3a. reimpresión, México 1977; 60-99.

- 16.- Ries Centeno Guillermo A.: Cirugía Bucal, Editorial El Ateneo, 8a. edición, Argentina 1979; 88-90; 188-196; 432-450.
- 17.- Saizar Pedro: Prosthodontia Total, Editorial Mundi - Argentina 1972; 152-155; 179-252; 260-308; 443-476.
- 18.- Salvat Editores: Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, Editorial Salvat, 10a. edición, México 1972.
- 19.- Schwartz Toribio, Capusselli Hugo O.: Tratamiento del Deseñado Total, Editorial Mundi, Argentina -- 1973; 337-365.
- 20.- Sears Victor H., Nagle Raymond J.: Prótesis Dental, Ediciones Toray S.A., España 1965; 447-452.
- 21.- Sharry J. John: Prosthodontia Dental Completa, Editorial Toray S.A., España 1977; 16-29; 106-115; 193 - 242; 297-312; 323-327.
- 22.- Sicher Harry, Du Brul Lloyd: Anatomía Dental, Editorial Interamericana, 6a. edición, México 1978; 411 - 413.
- 23.- Swenson Merrill G.: Dentaduras Completas, Editorial - U.T.E.H.A., México 1958; 123-218.
- 24.- Waite Daniel E.: Cirugía Bucal Práctica, Editorial - C.E.C.S.A., 1a. edición, México 1978; 137-155.

25.- Winkler Sheldon: Prostodoncia Total, Editorial Interamericana, 1a. edición, México 1982; 468-515.

26.- Winther Jens Erik, Birn Herluf: Atlas de Cirugía O -
ral, Editorial Salvat, 2a. edición, España 1977; 103
-114.