



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PROSTODONCIA TOTAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL
TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

Gilberto de J. Rosales García

MEXICO, D. F.

1983



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.

INDICE

	Páginas
Introducción	1
Capítulo I Historia Clínica, diagnóstico, pronóstico y estudio radiográfico.	2
Capítulo II Impresiones Primarias, elaboración de - cucharillas individuales en acrílico.	11
Capítulo III Rectificación de bordes, impresión - fisiológica.	18
Capítulo IV Elaboración de placa base con rodetes de cera, modelos de yeso, planos de - referencia.	27
Capítulo V Dimensión vertical y relación céntrica, montaje en el articulador.	35
Capítulo VI Enfilado de dientes	45
Conclusiones	56
Bibliografía	57

INTRODUCCION

Es evidente que el cuidado prestodontico ha aumentado - considerablemente en los últimos años. Los factores que han contribuido a este incremento son;

La necesidad de una mejor apariencia.

La conclusión de que las dentaduras totales proporcionan buena salud y mejoran la nutrición.

La idea psicológica del paciente de representar menos - edad.

Debemos reconocer que la terapéutica no puede devolver - la completa normalidad, ni aún en el mejor de los casos.

Esto nos señala la necesidad de una mejor y mayor preparación por parte del cirujano dentista.

Como primer paso es necesaria una evaluación cuidadosa - de cada caso por medio de una historia clínica y de un estudio radiográfico lo más completos posible.

CAPITULO I

HISTORIA CLINICA

Es indispensable la elaboración de una historia clínica -
lo mas completa posible, previa al diagnóstico del paciente -
de prestedencia total.

1.- Nombre.

2.- Edad.

Indicativo muy importante sobre la habilidad del pacien-
te de llegar a usar las dentaduras, se sabe que el cuerpo se -
encuentra en sus condiciones óptimas hasta la edad de 35 a 40
años, la resistencia de los tejidos es favorable y la persona
se adapta facilmente a las nuevas condiciones.

Este no quiere decir que una persona de mayor edad no -
pueda adaptarse a las dentaduras.

3.- Sexo.

Generalmente las mujeres son pacientes mas difíciles que
los hombres, éste debido al factor estético, aunque con la -
edad les interesa más la comodidad y funcionamiento, no sien-
do siempre común.

4.- Salud General.

Existen trastornos generales que pueden tener manifestaciones orales, siendo necesario que el paciente sea tratado médicamente antes de la construcción de la dentadura para poder lograr mayor grado de éxito.

Estos trastornos son: Anemia, Artritis, Tuberculosis, - Lupus Eritematoso, Pénfigo, Radiación, Estomatitis Nicotínica, Acromegalia, Leuceplasia, Tumores Malignos, Diabetes Mellitus, Osteoporosis Senil.

5.- Ocupación.

Esto ayudará a determinar sus exigencias sociales y necesidades profesionales, además, existen enfermedades propias de la actividad de el paciente, o sea las enfermedades ocupacionales, que son adquiridas por la continua exposición a ciertos elementos o por posturas viciadas.

6.- Histeria Dental.

Incluyéndose, reacción al tratamiento dental, es decir, - experiencias previas con los dentistas, enumerándose también los hábitos como: Bruxismo, masticar gomas, tabaquismo, etc, tiempo de haber permanecido desdentado, tiempo que el paciente ha usado dentaduras completas, número de dentaduras, resultados obtenidos.

7.- Características Físicas.

8.- Aspecto Facial.

Observando, centerne del labio, cantidad del borde ber - mellón, textura de piel, color de ojos, cabello y piel, lesio - nes en cara e labios y posibles arrugas, el perfil puede mes - trar una dimensión vertical aumentada e disminuida.

9.- Articulación Temporo-Mandibular.

Deberá ser examinada cuidadosamente per medio de un exá - men digital y radiográfico en case necesario. Los movimien - tes anormales, sonidos crepitantes e antecedentes de dolor en el área pueden indicar un aumento e disminución de la dimen - sión vertical.

10.- Movimiento Mandibular.

Algunos pacientes realizan facilmente solo movimientos - de apertura y cierre, mientras que otros realizan todos los - movimientos facilmente, estas posibilidades implican altera - ción e cambio en el tratamiento.

11.- Tamaño de los Maxilares.

Clase I. Grandes, con mayor ventaja de retención, esta - bilidad y eficacia y una buena relación con su antagonista.

Clase II. Medianas, con menos ventajas que el anterior y la -

mandíbula menos desarrollada que el maxilar.

Clase III. Pequeño, con muchas dificultades en alcanzar las cualidades deseadas, una mandíbula mas desarrollada que el maxilar, sin embargo, si las condiciones son favorables, una musculatura fuerte puede suplir la ineficacia de una zona pequeña de trabajo.

12.- Formas del Arco.

Generalmente pueden observarse tres formas; Cuadrada, Cónica y Ovoidea. Desde el punto de vista de la estabilidad de la prótesis superior, la forma ovoidea a menudo presenta la mayor dificultad debido a la falta de un contorno bien proporcionado y una altura del precese en la región posterior y superior. Las formas cuadrada y piramidal son usualmente mas favorables.

13.- Contorno y forma de los Preceses.

Un precese cuadrado e alto con paredes laterales disminuyendo ligeramente proporcionarian la máxima estabilidad, un precese puntiagudo brindará una muy pobre estabilidad, aún la acción de una ligera inclinación en la dentadura sobre el precese de file de cuchillo fácilmente rompería el sellado de la dentadura con los tejidos.

14.- Inserciones del Frenillo.

Clasificación de House). En el maxilar, 1: Alto, 2: Mediano y 3: Bajo. En la mandíbula, 1: Bajo, 2: Mediano y 3: - Alto.

15.- Sensibilidad del paladar.

Clase I: Normal, sin respuesta a la palpación, Clase II: sensible, mínima respuesta a la palpación. Clase III: Hiper-sensible, violenta respuesta a la palpación.

16.- Posición de la lengua.

Este examen deberá de realizarse con la boca ligeramente abierta. Kingery, Wright, Williams y otros han realizado estudios de éstas posiciones y han clasificado aproximadamente un 30% en una posición difícil e retraída cuando la lengua es tá en reposo, las posiciones "normales" de la lengua aumentan la estabilidad de la proyección inferior con menor movilidad de la misma.

Posición Normal de la lengua.

La lengua llena completamente el piso de la boca en descanso. El ápice de la lengua descansa contra e cerca de la ca ra lingual de los incisivos inferiores.

Posición Retraída.

Clase I: La punta de la lengua está encegida atrás y aba

je hacia el piso de la boca hacia la cara mesial de los prime
res molares inferiores.

Clase II: La lengua da la apariencia de no tener un bien
definido ápice. Esta absorbe dentro del cuerpo de la len -
gua y generalmente presenta una apariencia ancha anteriormente
con su cuerpo arqueado hacia arriba.

Clase III: La punta parece estar enrollada hacia arriba
y generalmente la lengua permanece posteriormente en la boca.

Clase IV: La lengua parece permanecer hacia atrás y aba -
je en la boca.

DIAGNOSTICO.

Es el elemento semiológico necesario e indispensable -
para la realización de una mejor prestación. Es la inter -
pretación y valoración de los síntomas, los cuales son dis -
tintos de una enfermedad a otra y frecuentemente de un caso -
a otro.

DIAGNOSTICO PROSTODONTICO.

El diagnóstico bucal concerniente al estado de salud bu -
cal propiamente, se obtiene con el interrogatorio, examen cli
nica visual y de contacto, estudio topográfico con medelas, -
estudio radiográfico completo, análisis de laboratorio y el -

diagnóstica prestodéutica, o sea, la conveniencia y posibilidad de su recurso.

PRONOSTICO.

Estas anotaciones, si bien no hacen el diagnóstico, ayudan a sistematizar el examen, recordarle y estudiar el caso, razonarle y eventualmente consultarle, además pueden adquirir significado legal, técnico y científico.

PRONOSTICO INMEDIATO.

Sin duda, los resultados son satisfactorios cuando las dentaduras cumplen con los requisitos y cualidades técnicas básicas, como el soporte, estabilidad y retención necesarias, con estética y comodidad. Las probabilidades de éxito prestodéutico está en relación no solo de la condición del paciente sino también de los conocimientos, habilidad y técnicas que aplique el prestodentista.

PRONOSTICO MEDIATO.

Depende fundamentalmente de la estabilidad y condiciones cambiantes del organismo. Las probabilidades de duración de una dentadura completa, se considera en condiciones normales de salud, entre 3 a 5 años.

En los casos de preedencia inmediata e colocados sobre correcciones quirúrgicas recientes, el pronóstico indicará la necesidad próxima (un año) de un rebase, e quizá la conveniencia de una nueva dentadura.

ESTUDIO RADIOLOGICO.

Ningún examen oral debe considerarse completo sin un estudio radiográfico. Ya que la causa de pérdida mas frecuente de los dientes es por estar excesivamente cariados e afectados por enfermedad periodontal avanzada, es necesario investigar si persisten infecciones que ocasionaren la condición edéntula.

Con éste obtendremos la evidencia de raíces retenidas, impactos, cuerpos extraños e lesiones que puedan requerir intervención quirúrgica.

Según Wilson, el hueso de sostén a las dentaduras se clasifica en: Clase I. Hueso denso, con trabéculas compactas, pocas espacios medulares y un cuadro general de opacidad. Estas estructuras presentan poca resorción e muy lenta. Este hueso es el óptimo para el tratamiento. Clase II. Hueso reticulado; la placa radiográfica tiene grandes contrastes, las trabéculas y espacios medulares están equilibrados mas uniformemente.

Este hueso dará separte apropiada, siempre y cuando la -
carga oclusal no exceda de los límites fisiológicos. Clase_
III. Hueso no cortical: Este es transparente y pobre en sales
orgánicas, de márgenes delgados y con espículas. Ofrece muy -
poco sostén a las dentaduras y de no reducir considerablemen-
te la carga oclusal acarreará una serie de problemas y moles-
tias.

CAPITULO II

IMPRESIONES PRIMARIAS

Una impresión, es una semejanza exacta en negativo del fondo basal del área. De acuerdo a Pendleton: un buen plan para impresión reúne los siguientes principios:

Extensión máxima sin tocar músculo, contacto íntimo con el área cubierta de tejido, forma apropiada y adaptación de la periferia, incluyendo el borde superior de la parte posterior, relieve apropiado de las áreas duras, vasos sanguíneos y las salidas de los nervios substitutos.

IMPRESION PRIMARIA SUPERIOR.

- 1.- Seleccionar un portaimpresiones de metal para desdentados que deje aproximadamente unos 6 mm. de espacio entre los tejidos orales y el mismo.
- 2.- Cubrir los labios del paciente y comisuras de la boca con vaselina, una vez rectificada la medida del portaimpresiones en la boca del paciente, calentar la modelina en un recipiente especial para ello.

- 3.- Colocar el portaimpresiones ya cargado en la boca del paciente, sobre el centro del proceso, asentarlo firmemente colocando los dedos índices en la región de los primeros molares. Asegurarse que no fluya material hacia la papila piriforme, porque la modelina una vez endurecida en esta área dificulta el retiro del portaimpresiones.
- 4.- Mantener el portaimpresiones en posición hasta que la modelina endurezca, retirar el portaimpresiones y enfriarlo hasta que endurezca en su totalidad, la impresión deberá estar sobreextendida en toda su periferia y deberá ser de gruesa por lo menos 6 mm.

IMPRESION PRIMARIA INFERIOR.

- 1.- Los pasos 1 y 2 son iguales que en el caso del proceso superior, posteriormente amasar la modelina dándole la forma de un rodillo y con una longitud aproximada a la del portaimpresiones.
- 2.- Cargar el portaimpresiones y colocarlo en la boca del paciente, mientras la modelina aún permanece en su estado plástico, decirle al paciente que lleve su lengua hacia el área de los dientes anteriores superiores. Esto libra

rá a la modelina de retenciones por debajo de la línea -
 milohioidea, en el área lingual.

3.- Si hay algún exceso de modelina desalojada del portaim -
 presiones en el área de la papila piriforme, deberá de -
 ser doblada sobre la superficie externa del portaimpresio -
 nes para permitir que quede suficiente espacio en dire -
 cción vertical para el retiro del portaimpresiones.

4.- Después que la modelina ha endurecido, retirar la impre -
 sión de la boca del paciente y enfriarla en un baño de -
 agua helada.

IMPRESIONES PRIMARIAS CON ALGINATO.

Una vez seleccionado el portaimpresiones adecuado, rebor -
 dear sus bordes con cera negra para bardear y asegurarse de -
 que el material de impresiones, impresione todas las áreas de
 la boca, la cera deberá también ser colocada en el área del -
 sellado posterior del paladar, para reducir la cantidad de ma -
 terial que tienda a fluir posteriormente, probar varias veces
 el portaimpresiones en la boca del paciente hasta estar segu -
 ros que la cera cumple sus objetivos.

Preparar el material, cargar el portaimpresiones y colocarlo en la boca del paciente, en la región de la mandíbula, - instruir al paciente para que levante la lengua hacia el espacio lingual del portaimpresiones. Mantener el portaimpresiones en su lugar durante 3 minutos, después retirarlo con un - movimiento enérgico, enjuagar el portaimpresiones y correrlo - inmediatamente.

ELABORACION DE CUCARILLAS INDIVIDUALES EN ACRILICO.

Los portaimpresiones individuales se construyen en el modelo primario, debe ser de limitación precisa, que permita aprovechar al máximo las ventajas del material para la impresión fisiológica.

Existen dos métodos para su elaboración: El método de goteo y el de acrílico laminado.

METODO DE GOTEO.

Marcar con un lápiz una línea aproximadamente a 2 mm. de la vuelta muscular siguiendo la forma de las inserciones musculares. Se coloca separador de yeso-acrílico en el modelo y se deja secar, posteriormente utilizamos dos goteros o jeringas depositando en uno el polímero y en otro el monómero.

Con uniformidad se gotea el monómero sobre el modelo de yeso, preferentemente por regiones, y sobre la superficie húmeda se espolvorea el polímero, esto hasta cubrir las zonas protésicas del modelo y lograr un grosor uniforme y adecuado, la línea marcada en un principio nos ayudará a guiarnos para no exceder el portaimpresiones más allá de la línea.

Con un bisturí, de preferencia, humedecido en el monómero para evitar su adherencia en la superficie aún no polimerizada del portaimpresiones, se recortan los excedentes.

El siguiente paso es preparar el asa que nos servirá para asir el portaimpresiones.

En un recipiente de vidrio se mezclan el polímero y el monómero hasta obtener una masa uniforme en estado plástico, con los dedos previamente humedecidos o envaselinados, darle a la masa una forma rectangular suficiente en extensión para sostener el portaimpresiones y con una inclinación de 85° para el portaimpresiones superior y 80° para el inferior, respecto a la parte anterior del mismo, éste se fijará humedeciendo con el monómero al portaimpresiones y unirlo después hasta lograr su polimerización, después de la cual retiramos al portaimpresiones del modelo y procedemos a pulirlo.

METODO DE ACRILICO LAMINADO.

Preparamos en un recipiente de vidrio una regla de acrílico de consistencia plástica, previamente envaselinamos 2 -- lozetas de vidrio y ponemos en la que nos servirá de base 4 _

monedas, una en cada esquina, con los dedos damos forma esférica a la masa y la colocamos en el centro de la lozeta base, para después hacer presión con la otra hasta extender la masa acrílica, posteriormente la colocamos sobre el modelo de yeso, el cual deberá ya estar cubierto con el separador yeso-acrílico, con los dedos ajustamos a el acrílico para posteriormente recortar con un bisturí los excedentes y construir el asa de la misma forma que en el método anterior y proseguir a su pu-lido.

CAPITULO III

RECTIFICACION DE BORDES.

Probar los portaiimpresiones individuales en la boca del paciente y determinar que los bordes se extiendan correctamente. Si se produjo un error en la extensión de los bordes - durante la impresión primaria será necesario modificar el portaiimpresiones individual. Un portaiimpresiones exacto es esencial para una impresión satisfactoria.

MAXILAR.

Colocar modelina en el borde bucal del portaiimpresiones, del ángulo bucal distal al área del frenillo bucal, de un lado.

- Acondicionar la temperatura de la modelina y colocar el portaiimpresiones en la boca del paciente.
- Tirar del ángulo bucal distal hacia arriba, afuera y abajo y ligeramente hacia adelante.
- Retirar el portaiimpresiones y enfriarlo en agua fría.
- Colocar modelina en el borde bucal del lado opuesto y repetir los pasos 2, 3 y 4.

- Colocar modelina en la región del frenillo bucal, acondicionar la temperatura de la modelina y llevar el portaimpresiones a la boca del paciente.
- Tirar de los tejidos de la región del frenillo bucal hacia arriba, afuera, abajo, adelante y atrás para simular la acción del músculo elevador del ángulo de la boca.
- Repetir el paso 7 para rectificar el frenillo bucal del lado opuesto.
- Colocar modelina en el borde labial del portaimpresiones, de la escotadura para el frenillo bucal a la escotadura para el frenillo labial, de un lado y tirar del labio superior hacia arriba, afuera y abajo.
- Repetir el paso 9 para la rectificación del lado opuesto.
- Agregar modelina en la parte anterior del portaimpresiones y calentar toda el área del borde labial de ambos lados, acondicionar la temperatura de la modelina y llevar a la boca del paciente. Tirar del labio hacia arriba, afuera y abajo y hacer que el paciente lleve el labio superior hacia abajo, sobre los bordes labiales del portaimpresiones.
- Calentar los bordes bucales distales de ambos lados, acondicionar la temperatura de la modelina y colocar el portaim-

presiones en la boca.

- Colocar modelina en la región del sellado posterior del paladar de escotadura hamular a escotadura hamular. La modelina deberá extenderse aproximadamente 2 mm. hacia adelante y 2 mm. hacia atrás de la línea de vibración.
- Acondicionar la temperatura de la modelina y colocar el portaimpresiones dentro de la boca bajo presión. Indicar al paciente que pronuncie la letra "A" varias veces.
- Retirar el portaimpresiones y colocarlo en agua fría.
- Calentar la modelina del área de ambas escotaduras hamulares, acondicionar la temperatura y colocar el portaimpresiones dentro de la boca del paciente.
- Hacer que el paciente abra ampliamente la boca para que se moldeen las regiones de las escotaduras hamulares.

MANDIBULA.

- Colocar modelina en el área del borde bucal de un lado en el portaimpresiones, del ángulo bucal distal a la región del frenillo bucal. Después de acondicionar la temperatura de la modelina en un baño de agua caliente, llevar el portaimpresiones a la boca del paciente y mantenerlo bajo presión con una mano, mientras que con la otra tirar de la mejilla ha

cia afuera, arriba y sobre el portaimpresiones.

- Repetir el paso 1 en el lado opuesto.
- Examinar y retirar cualquier exceso de modelina con un bisturí.
- Colocar modelina en la región del frenillo bucal del portaimpresiones, acondicionar la temperatura de la modelina y colocar el portaimpresiones en la boca del paciente. Tomar la comisura y tirar hacia afuera, adelante y atrás. Esto permitirá espacio para librar la acción del músculo depresor del ángulo de la boca.
- Repetir el paso 4 para la región del frenillo bucal del lado opuesto.
- Colocar modelina en el borde labial de un lado del portaimpresiones, de la escotadura para el frenillo bucal a la escotadura para el frenillo labial, acondicionar la temperatura de la modelina y colocar el portaimpresiones en la boca del paciente. Tirar del labio hacia afuera, arriba, y sobre la modelina.
- Después de retirar y enfriar el portaimpresiones, repetir el paso 6 para rectificar el área del borde labial opuesto.

- Calentar toda el área de ambos bordes labiales del portaimpresiones, acondicionar la temperatura de la modelina, y colocar el portaimpresiones en la boca del paciente. Tirar del labio inferior hacia abajo, afuera y arriba y luego hacer que el paciente lleve su labio sobre los bordes labiales.
- Para rectificar los bordes linguales, poner modelina y acondicionar su temperatura, en el borde lingual comprendido entre la región de los premolares de un lado a la región de los premolares del lado opuesto. Después que el portaimpresiones ha sido colocado en la boca del paciente, hacer que este levante la lengua. Repetir éste procedimiento las veces que sea necesario. Durante cualquiera de estas etapas, retirar los excesos de modelina que se adhieran dentro del portaimpresiones, volver a calentar la modelina y rectificar de nuevo.
- Colocar modelina en el borde lingual de la región de los premolares, acondicionar la temperatura de la modelina y colocar el portaimpresiones en la boca del paciente. Indicar al paciente que lleve su lengua de una mejilla a otra. El exceso de material deberá ser retirado. Puede ser necesario repetir este procedimiento varias veces.

- Repetir el paso 10 para la rectificación del borde lingual en la región de los molares del lado opuesto.
- Colocar modelina en los dos extremos distales del portaimpresiones, del ángulo bucal distal al ángulo lingual distal, y en el área de la zona retromolar, acondicionar la temperatura de la modelina y llevar el portaimpresiones a la boca del paciente. Hacer que el paciente abra ampliamente la boca, levantar la lengua y cerrar sobre los dedos del operador.

Este procedimiento permitirá la acción de los músculos masetero, pterigoideo interno y rafe pterigo-mandibular.

IMPRESION FISIOLOGICA.

Debe reunir características específicas con el objeto de:

- Que sea funcional.
- Que sea lo mas fiel a la región anatómica y que no interfiera con los movimientos musculares.
- Que tenga una adaptación continua y constante, con el objeto de evitar la entrada y salida de aire entre la dentadura y la mucosa.
- Por ningún motivo deberá comprimir zonas por donde pasen vasos o troncos nerviosos para evitar parestesias ocasionadas por la protodoncia en determinadas zonas anatómicas.
- Sea fiel y exacta para evitar ulceraciones.

Existen varias técnicas y materiales para la toma de impresiones fisiológicas, como yeso, godiva, elastómeros, que es la más útil.

IMPRESION CON PASTA ZINQUENOLICA.

El portaimpresiones deberá estar seco antes de cargarlo.

Una vez delimitado y seco el portaimpresiones se extiende entre 4 y 8 cm. de contenido de los tubos (según el tamaño de la impresión). Se espatula sobre un vidrio hasta obtener una

mezcla homogénea, posteriormente se deposita en el portaimpresiones procurando distribuir el material en toda la superficie interior, llevando el portaimpresiones a su posición, la profundización de la parte superior se hará preferentemente con el dedo medio apoyado en el centro del paladar, presionando hacia la parte alta, en la parte inferior apoyaremos al portaimpresiones con los dedos índices, apoyados por ambos lados a la altura de los segundos premolares por debajo del borde mandibular presionando hasta que se vea aparecer el exceso por lingual.

Debe mantenerse inmóvil la posición alcanzada durante el tiempo suficiente para que empiece el fraguado, lo que se produce más rápidamente en la boca que en el vidrio, por la humedad y el aumento de temperatura. Para el retiro es necesario separar el labio, facilitar la entrada de aire y traccionar firmemente, pues la pasta zinquenólica se adhiere a los tejidos. Una impresión correcta de pasta zinquenólica muestra gran nitidez en los detalles de superficie; el recorte muscular bien definido sigue el contorno determinado por la cubeta mostrando el rechazo hecho por los tejidos periféricos, par-

ticularmente los frenillos.

La cubeta no debe verse a través de la pasta, cuando se vea, es menester distinguir si ello se debe a defecto de la cubeta, por la impresión primaria, o bien solo se trata del portaimpresiones mal centrado, lo que exige repetición.

El borde del portaimpresiones a través de la pasta indica impresión sobreextendida.

Cualidades y Características del material para determinar:

- El tiempo de espatulado.
- Variación de la temperatura ambiente.
- Momento preciso (estado filamentosos) en que debe ser introducido en la boca.
- Tiempo de que dispone (3 minutos) para realizar la rectificación del contorno periférico.
- Tiempo de endurecimiento (5 minutos) para ser retirado de la boca.

CAPITULO IV

ELABORACION DE PLACA BASE CON ROJETES DE CERA.

Modelos de Yeso.

El método usado para correr impresiones tomadas durante la construcción de dentaduras completas, depende básicamente del material de impresión empleado. Las impresiones tomadas con modelina, hule o pasta zinquenólica deben ser encajonadas para ayudar a la conservación de los bordes y para formar las bases de los modelos.

Las impresiones tomadas con alginato o con hidrocoloide-reversible no es posible encajonarlas, por que las ceras que se usan para encajonar no se adhieren a estos materiales.

Encajonamiento de las impresiones.

-Adaptar una tira de cera periférica alrededor de la impresión a 2 mm. por debajo de los bordes. Esta cera se sellará a la impresión, colocando una espatula caliente al lado inferior de la cera. Tener cuidado de que la cera se adapte de manera que a su lado mas ancho se extienda horizontalmente, -

para asegurar un espesor de 3 a 5 mm. en el modelo de yeso.

Esto es mas importante que el área de la papila piriforme, en la impresión inferior y en la región de la escotadura-hamular en la impresión superior.

- Antes de que se corra la impresión inferior, cubrir el espacio lingual con un pedazo de cera rosa recortada para adaptarse a este espacio y extenderse hasta la porción mas posterior de la cera periférica. Esta cera para cubrir el espacio lingual también debe sellarse con una espátula caliente.

- Adaptar una tira de cera rosa, a la cera periférica para formar la base del modelo. La cera para encajonar deberá extenderse de 1 cm. a 1.5 cms. por arriba de la parte mas alta de la impresión para poder darle un grosor adecuado a la base.

Esta cera para encajonar deberá sellarse también con la cera periférica para que el yeso no se escurra cuando se esté corriendo el modelo. Este puede verificarse colocando la impresión contra la luz y observar si existen aberturas en el sellado, o colocando agua dentro de la impresión y ver si se gotea.

Vaciado de Modelos.

- Verter yeso piedra mezclando de acuerdo a las especificaciones del fabricante. Evitar incorporar burbujas cubriendo el material de impresión con yeso.
- Invertir la impresión sobre un vibrador y dejar que el exceso de material fluya hacia afuera, esto romperá la tensión superficial y reducirá la incidencia de burbujas.
- Llenar, ahora si, la impresión lentamente colocada sobre el vibrador hasta que tenga un grosor aproximado de 13 o 14mm.

Retiro del modelo definitivo de la impresión.

El modelo deberá ser retirado cuidadosamente de la impresión. Si es necesario, puede seccionarse el portaimpresiones individual con una fresa de fisura.

Recortado del Modelo.

El modelo deberá ser recortado para su terminación, teniendo cuidado de conservar debidamente la profundidad y ancho de la vuelta muscular. Así mismo, se recortará la extensión distal en el área retromolar en el modelo inferior, y la extensión distal en el área de la escotadura hamular del modelo superior para permitir su montaje en el articulador sin inter

ferencia en estas áreas. También es necesario hacer surcos - en forma de "V" en las bases de los modelos para que sirvan - de índices en el procedimiento de remontaje.

Sellado posterior del paladar.

El propósito de hacer el sellado posterior del paladar - es con el fin de asegurar un buen sellado en el área poste - rior de la dentadura superior y para ayudar a compensar la - contracción de la resina acrílica en esta área durante el - procesado.

- Dibujar una línea que pase por la mitad de las escota - duras hamulares aproximadamente a 4 mm. frente al área de - las foveolas palatinas en el modelo superior. El sellado de - berá quedar a 2 mm. por delante del borde posterior de la den - tadura ya terminada.

- Hacer un surco aproximadamente con un ancho de 1 mm. y - con una profundidad también de 1 mm. en el modelo. El surco - deberá ser redondeado para no producir un borde irritante en - la dentadura. También se le podrá dar forma de alas de mari - posa o de bigote.

PLACAS BASE DE ACRILICO.

La técnica de espolvoreado, sugerida por Mc. Cracken, es el método mas apropiado para la obtención de una exactitud.

Despues que el modelo ha sido revestido con el separador, el monómero es aplicado al modelo y el polímero es rociado sobre el mismo, alternando ambos hasta que el espesor deseado es obtenido para su rigidez. El exceso de material es quitado por medio de bandas de Arbor y piedras montadas de acrílico, hasta que el acrílico haya ajustado y los portaimpresiones totales deberán ser colocados en agua, si no es usado inmediatamente.

Rodillos Oclusales.

Los rodillos de oclusión o de relación, se pueden hacer con la ayuda de un conformador de rodillos. Se debe tomar en cuenta que la medida que le damos a los rodillos de cera rosa es arbitraria.

Objetivos:

1.- Determinar la dirección del plano de orientación o de re-

lación maxilo-mandibular.

- 2.- Realizar registros intermaxilares de diagnóstico o definitivos y valorar el espacio libre.
- 3.- Establecer la forma del contorno vestibular y lingual relacionada al sistema labios-carrillo-lengua.
- 4.- Colocar estética y funcionalmente los dientes artificiales.

Requisitos:

- Las láminas de cera rosa plastifican con facilidad y su forma se adapta a las necesidades del caso.
- Son susceptibles al desgaste y agregados del mismo material sin dificultad.
- Tienen la suficiente resistencia para conservar la forma adquirida y para sostener los aditamentos de registro.

Obtención:

- Se utilizan conformadores para rodillos, previamente envasados y ajustados en sus dos partes, de tal manera que las superficies del conformador coincidan y queden hacia arriba.

- Se funde una lámina de cera rosa en un recipiente metálico-
y se vierte llenando el espacio externo del conformador.
- Una vez duro el material, separar las mitades del conforma-
dor para obtener el rodillo.

PLANOS DE REFERENCIA.

Línea bipupilar.

Es una línea que une horizontalmente el centro de las pu-
pilas, vista de frente.

Línea Auriculo-ocular.

Es una referencia anteroposterior que va del ángulo exter-
no del ojo a la parte media del tragus; se usa para localizar
arbitrariamente el eje intercondilar.

Plano de Frankfort.

Pasa por los bordes superiores de los conductos auditivos
externos (puntos porción), y por los bordes inferiores de las-
órbitas (puntos infraorbitarios), se considera que el plano -
de oclusión forma con el plano de Frankfort un ángulo abierto
hacia adelante de unos 10 grados.

Plano de Camper.

Formado por la unión de los conductos auditivos con la -
espina nasal.

Plano de Oclusión.

Va de la parte media del tragus al implante infero exter
no del ala de la nariz.

Plano Bicondileo-suborbitario.

Es un plano próximo al plano de Frankfort y se utiliza -
para las transferencias con el arco facial estático.

CAPITULO V

DIMENSION VERTICAL Y RELACION CENTRICA.

Dimensión vertical.

Se ha definido a la dimensión vertical como: Una medida vertical de la cara entre dos puntos seleccionados arbitrariamente (relación céntrica) uno arriba y otro abajo de la boca, casi siempre a nivel de la línea media.

Esta dimensión es una relación importante de la mandíbula hacia el maxilar, para ser determinada en el paciente. No es una posición fácil para registrar, ya que no hay un método infalible para determinarla.

Generalmente, son referidas dos posiciones de la dimensión vertical en la literatura. La dimensión vertical de descanso y la dimensión vertical oclusal. Cuando la mandíbula está en descanso después de hablar, deglutir o masticar, asume una posición terminal la cual es llamada 'la dimensión vertical de descanso'. La dimensión vertical oclusal, es la posición del arco inferior hacia el superior, cuando los dientes están en oclusión céntrica. En los pacientes edéntulos, la dimensión vertical oclusal, deberá ser definida, como la -

distancia intermedia de los procesos cuando los rodillos -- oclusales de los dientes están en contacto uniforme, en el caso promedio, los procesos parecen ser paralelos, después que los modelos son montados en el articulador.

Determinando la dimensión vertical oclusal influye la -- expresión facial y los mecanismos de las dentaduras.

a) Expresión facial, particularmente del tercio inferior de -- la cara, tendrá un efecto agradable cuando la dimensión vertical oclusal haya sido determinada correctamente.

b) Influyen también los mecanismos de las dentaduras para de-- terminar su dimensión. Un procedimiento acerca de que pueda ser considerado lo normal para el individuo, reducirá las -- fuerzas de masticación, incorporará fuerzas horizontales desfavorables en las dentaduras, y puede causar alteraciones en la articulación temporo-mandibular. Ocasionamente, un escaso procedimiento es aconsejable en pacientes de edad avanzada.

Si la dimensión vertical oclusal es establecida mas allá de los límites, esto es, abierta demasiado lejos, resultará -- un dolor y una resorción de los tejidos y del hueso. A senu--do el audible "clicking" de los dientes de la dentadura durante el habla, puede hacer dudar acerca de tal abertura.

DETERMINACION DE LA DIMENSION VERTICAL OCLUSAL.

Como previamente ha sido establecido, no hay un método - infalible. Los métodos siguientes son utilizados aceptablemente y a menudo combinados. El primero de tres es el usado más comúnmente.

1.- Registro de Pre-extracciones.

Son una ayuda valiosa, tales como perfiles y máscaras faciales. Placas laterales de rayos "X" también han sido usados.

2.- Determinación de la posición de descanso por medio de la fonética.

"Posición de descanso", es la posición que la mandíbula toma en el descanso de una contracción tonal de la musculatura sin ninguna interferencia externa.

Es la posición que la mandíbula toma después que cualquiera de sus funciones es terminada. La posición varía un poco con la posición del cuerpo. Debería ser registrada preferentemente con el cuerpo y la cabeza en una posición exacta. De acuerdo a Thompson, es una posición relativa a través de la -

vida siendo determinada después de la edad de 3 meses. Está reconocido que cuando la mandíbula está en su posición de — descanso, los dientes o rodillos oclusales están separados de 2 a 4 mm. Este espacio es el llamado el "Espacio libre".

Gillis, defensor del uso de la fonética para determinar la dimensión vertical de descanso haciendo que el paciente diga "m-m-n-n-m-n , sesenta y seis, o, z, " alternándolo con la acción de pasar saliva, relajándose y sonriendo. Cuando la — mandíbula parece estar en posición de descanso, la distancia — entre un punto debajo de la nariz y otro en la parte inferior de la barba, puede ser medida. Esto es repetido un número — determinado de veces y los resultados son calculados si estos muestran algunas variaciones. La dimensión vertical oclusal, está determinada, reduciendo esta medida 2 a 4 mm. y el rodillo oclusal inferior es ajustado al contacto del rodillo su — perior en esta distancia.

3.- Un estudio de la armonía de las proporciones faciales es una ayuda valiosa.

4.- Algunas mediciones pueden ser usadas como guía de partida si es necesario.

a) Willis (1939) defendió la distancia de la pupila del ojo-

a la separación de los labios (rima oris) ha sido igual a la distancia de la base de la nariz al borde inferior de la mandíbula.

b) Swenson desarrolló una escala del perfil dental en la cual la dimensión vertical oclusal puede ser determinada. La distancia ha sido medida con la escala, desde el puente de la nariz a la base de la nariz a partir de los labios.

5.- Walter H. Wright, procuró determinar la dimensión por medio de fotografías (1939).

6.- Dr. Ralph Boos desarrolló un Bimeter, el cual emplea un punto de presión máxima entre un resorte en la punta y una placa las cuales están atadas en placas bases estables. Variando la distancia en el resorte de la punta. El punto de fuerza máximo puede ser establecido cuando el sienta que está cerca de la dimensión oclusal vertical correcta.

7.- Un cálculo por medio del largo del incisivo central inferior, el cual es de 8 mm, largo que también puede ser usado en el promedio.

La cantidad de resorción es surada a ésta medida y la placa de mordida inferior es estabilizada a esta altura como una medida inicial.

RELACION CENTRICA.

Es la relación del cráneo y de la mandíbula. La relación céntrica existe cuando ambos cóndilos están en su más pura rotación alrededor del eje de bisagra y se produce un arco y antes de que el movimiento de traslación ocurra.

Sin embargo, un término que explica claramente a la relación céntrica es el siguiente: Cuando ambos cóndilos se encuentran alojados en la parte mas posterior, superior y media de la cavidad glenoidea, sin causar dolor.

La relación céntrica es uno de los temas más discutidos, confusos y controvertidos en Odontología. Durante muchos años la profesión ha usado indistintamente dos entidades relacionadas; éstas son: La relación céntrica y la oclusión céntrica.

La relación céntrica es una relación de la mandíbula con el maxilar. La oclusión céntrica es una relación de diente a diente.

En una boca dentada existe tanto relación céntrica como oclusión céntrica. En una boca desdentada existe solamente relación céntrica. Cuando se colocan dentaduras en una boca-

desdentada vuelve a existir tanto relación como oclusión céntrica.

El método funcional más usado para registrar la relación céntrica es el de la deglución, este concepto se basa en la filosofía que el acto de la deglución se realiza en relación céntrica.

REGISTRO PRELIMINAR DE RELACION CENTRICA.

1.- Debe de dedicarse el tiempo que sea necesario para practicar con el paciente el movimiento de cierre en relación céntrica, el objetivo es el de poder manipular la mandíbula y eliminar la influencia adversa de los músculos. El método usual es el de mantener el rodillo inferior en posición con la mano izquierda. La mano derecha la usaremos para manejar el mentón con los dedos pulgar e índice y con un movimiento suave, la mandíbula es llevada a relación céntrica.

2.- Observar la relación de los rodillos cuando el paciente cierra en relación céntrica. Puede colocarse líneas verticales en los rodillos con una espátula que sirvan como referencias para el cierre correcto de la mandíbula.

3.- Cuando el paciente se encuentre familiarizado con el procedimiento, es el momento de tomar el registro de relación céntrica.

4.- Hacer dos surcos en forma de "V" sobre la superficie oclusal del rodillo superior en cada lado del mismo (cuatro en total), en la región de los premolares y de los molares en aproximadamente 3 mm. de profundidad y 5 mm. de ancho c/u.

Estos surcos servirán de llaves para la reposición del registro interoclusal fuera de la boca. El rodillo inferior se reduce aproximadamente 2 mm. de la región del primer molar hacia atrás. Esta reducción le dará cierto espesor al yeso sin abrir la dimensión vertical de oclusión.

5.- Lubricar la superficie oclusal del rodillo superior con vaselina para asegurar que el registro interoclusal quedará en el rodillo inferior. Colocar los rodillos en la boca del paciente.

6.- Colocar yeso sobre la superficie oclusal del rodillo inferior en la región de los premolares y molares a una altura de 6 a 8 mm.

7.- Cerciorarse de que las placas base estén correctamente colocadas sobre los procesos residuales.

- 8.- Indicarle al paciente que lleve la lengua lo mas alta tocándose el paladar y que cierre como se le habia indicado, manipular la mandíbula, esperar a que fragüe el yeso.
- 9.- Pedirle al paciente que abra la boca cuidadosamente. Retirar los rodillos con el registro interoclusal de la boca.
- 10.- Se pueden recortar los excesos de yeso y colocar de nuevo los rodillos en la boca; ellos deben permitir que el paciente pueda cerrar con el registro.

Montaje en el articulador.

Primeramente se preparan las retenciones en los modelos superior e inferior de trabajo, para que sirvan como guías de remontaje en el articulador.

Mojar la parte superior del modelo para obtener una mejor unión del yeso y el mismo. Colocar el modelo superior haciendo coincidir el borde del rodillo con la línea horizontal y la línea media con la vertical del plano y prolongándolo posteriormente con la línea cruzada en el modelo.

Correr el yeso sobre el modelo hasta cubrir la copa superior sin mover el modelo, eliminar excedentes antes de que fragüe por completo, alisarlo con agua.

Montaje del modelo inferior.

Aplicar vaselina a la copa y al pasador, voltear el articulador y hacer que coincidan los modelos utilizando la relación que fijamos con las grápas y la parte de óxido de zinc.

Mojar el modelo y hacer la retención como en el superior, correr el yeso de la misma forma que en el superior, dibujar con lápiz tinta las líneas accesorias.

Línea media, línea de los caninos y línea de la sonrisa, en los modelos, en virtud de que en el alineamiento de los dientes, los rodillos van desgastando las líneas mencionadas.

Se marca un punto a la altura del primer molar y otro en el canino, se unen estos con un lápiz tinta utilizando una regla flexible y se prolonga a los extremos del modelo. Se coloca el rodillo inferior y se transporta a la superficie de cera la línea marcada, que indicará donde debe quedar el centro de los dientes inferiores con el objeto de favorecer la estabilidad de la protodoncia durante la masticación.

CAPITULO VI

ENFILADO DE DIENTES.

ENFILADO DE DIENTES SUPERIORES.

20° y 33°

INCISIVO CENTRAL SUPERIOR.

Su eje longitudinal está completamente perpendicular al plano de oclusión, su borde incisal, haciendo contacto con el plano de oclusión, visto lateralmente, su tercio medio y su tercio incisal, completamente perpendiculares al plano de oclusión, su tercio gingival ligeramente hacia adentro.

INCISIVO LATERAL SUPERIOR.

La única diferencia con el central es que su borde incisal se encuentra ligeramente $3/4$ de mm. arriba del plano de oclusión.

CANINO.

Visto de frente y lateralmente, su eje longitudinal completamente perpendicular al plano de oclusión.

PREMOLARES.

Su eje longitudinal perpendicular al plano de oclusión y las dos cúspides haciendo contacto con el plano de oclusión.

PRIMER MOLAR SUPERIOR.

La única cúspide que hace contacto con el plano de oclusión, es la cúspide M-P, las restantes se encuentran ligeramente 1mm. arriba del plano de oclusión.

SEGUNDO MOLAR SUPERIOR.

Todas las cúspides se encuentran de 1 mm. a 1.5mm. por encima del plano de oclusión.

Ya articulados, el canino y los dos premolares, se comprueba que los rebordes vestibulares del canino y ambos premolares se encuentren en línea recta, y que los dos molares superiores se encuentren en línea recta en sus rebordes vestibulares.

DIENTES INFERIORES

PRIMER MOLAR INFERIOR.

Su cúspide M-V va a hacer contacto con la foceta D del - segundo premolar superior, y la foceta M del primer molar superior, su cúspide media va a hacer contacto con la foceta media del primer molar superior.

SEGUNDO MOLAR INFERIOR.

Su cúspide V va a hacer contacto con la foceta D del primer premolar superior y con la foceta M del segundo premolar superior,

SEGUNDO MOLAR INFERIOR.

Su cúspide M-V va a hacer contacto con la foceta M del - segundo molar superior, su cúspide D-V hará contacto con la - foceta D del segundo molar superior.

INCISIVOS.

Visto de frente, su eje longitudinal está completamente perpendicular al plano de oclusión, vistos de perfil, el cen-

tral, su eje longitudinal ligeramente hacia labial. El lateral visto de lado, su eje longitudinal perpendicular al plano de oclusión.

CANINOS.

Vistos de frente, su eje longitudinal ligeramente hacia M, y vistos de perfil, su eje longitudinal ligeramente hacia Lingual.

TECNICA DE PILKINGTON-TURNER DE 30°. ENFILADO DE POSTERIORES.

PREMOLARES SUPERIORES.

La única cúspide que toca el plano de oclusión es la cúspide palatina, ya articulados los dientes, checaremos que los rebordes vestibulares de canino, premolares y cúspide M-V de primer molar superior estén en línea recta.

ARTICULACION DE DIENTES DE 0°

Cuando se articulan los dientes posteriores en 0°, los superiores deben de estar 3 mm. aproximadamente por fuera de los inferiores, con el fin de que el paciente no se muerda los carrillos, en estos dientes no hay cúspides, cuidando bá-

sicamente la función, se usan cuando no hay suficiente retención o algún problema de oclusión p. ej. prognatismo o retrognatismo.

Las principales características de los dientes naturales que pueden ser reproducidas en una protodoncia total son:

- 1) Curva de sonrisa.
- 2) Desgaste en bordes incisales.
- 3) Características de los dientes femeninos y masculinos.
- 4) Ubicación de línea media.
- 5) Efectos en reflexión de luz.
- 6) Alineación de caninos superiores.
- 7) Alineación de dientes incisivos inferiores.
- 9) Nivel de áreas de contacto, en papilas interdentarias y cu
ellos.
- 10) Línea del habla.
- 11) Características individuales.
- 12) Elevación del labio superior.

CURVA DE SONRISA.

Esta curva se traza desde la punta de un canino a otro, - pasando por los bordes incisales de los incisivos superiores.

Puede ser declarada o discretamente positiva, y en algunos casos excepcionales negativa, entre mas positiva se asocia al sexo femenino, ya que suaviza las facciones, si es menos positiva irá endureciendo las facciones, asociándose al sexo masculino; pero también, la curva de sonrisa positiva es característica de personas jóvenes sin importar el sexo, conforme avanza la edad ésta curva irá haciéndose menos curva, de tal forma que la deflexión de dicha curva dependerá también de la edad.

DESGASTE DE LOS BORDES INCISALES.

Es indudable que conforme avanza la edad, los dientes naturales también manifiestan a través de desgaste el paso del tiempo. Es ilógico que a una persona de cierta edad (como promedio se llega a usar prostodoncia total a los 50-55 años) - tenga los dientes intactos, es decir, sin desgaste, por lo que es aconsejable realizar desgastes en los bordes incisales de manera estratégica. El desgaste de dientes superiores deberá

tener una inclinación de palatino a labial, al contrario de los inferiores en donde la inclinación debe de ser de labial-hacia lingual, con objeto de no alterar la función.

UBICACION DE LA LINEA MEDIA.

En estudios realizados en personas con dientes naturales se han observado en la mayoría de las veces que la línea media superior no coincide con la inferior, y en muchos casos mas, la línea media dental no coincide con la facial.

EFECTO DE REFLEXION DE LUZ.

Según la posición, orientación e inclinación de cada die nte superior, dependerá la reflexión de luz, si se alinean en forma uniforme estos dientes, la reflexión seguirá siempre — determinada dirección, restándoles naturalidad. Bastará con ligeras alteraciones en la posición, orientación e inclina — ción en cada diente.

ALINEACION DE CANINOS SUPERIORES.

La situación de los caninos es de suma importancia en el

aspecto estético, por dos razones; la primera porque ahí se origina la curva de la sonrisa, y la segunda porque ahí exactamente hace deflexión la línea del arco, o sea, donde la línea de arco anterior se convierte en línea de arco posterior.

El canino superior debe ser colocado de tal forma que viéndolo exactamente de frente oculte su tercio distal, con una ligera depresión en el cuello y el vértice de su punta dirigido hacia adentro, resaltando de esta forma su convexidad-vestibular, aparentando que su eje longitudinal se dirige hacia afuera del arco, la altura no deberá sobrepasar a la de los incisivos centrales, sólo en caso que se quiera dar una curva de sonrisa negativa.

ALINEACION DE INCISIVOS SUPERIORES.

Los incisivos laterales deberán de ser de 0.5 mm. a 1 mm. mas cortos que los centrales, con esta observación y conjugando a la posición del canino se podrá ver luz al interior de la boca con la sonrisa natural del paciente, con la distalización y giroversión a criterio de los laterales, se evitará la alineación en forma de teclado de piano, característico de la dentadura artificial.

ALINEACION DE INCISIVOS INFERIORES.

Desde una vista incisal los bordes no deberán seguir una línea demasiado continua, sino con ligeros cambios, lo que indica que estos dientes se les da giroversión a criterio del cirujano dentista, simulando la de dientes naturales.

NIVEL DE AREAS DE CONTACTO.

Todas éstas en los dientes naturales alcanzan diferentes niveles, se debe evitar ubicarlas a un mismo nivel, ya que esto resultaría fatal, puesto que es sinónimo de dentadura artificial, variando los niveles se brindará un aspecto de dentadura natural.

LINEA DEL HABLA.

Es de suponer que cualquier persona al hablar deja ver determinada porción de sus dientes, y esto es lo que se debe captar para poder determinar si es favorable o no a la colocación de los dientes. Esto ayudará a estimular al paciente pudiendo alcanzar una sonrisa natural, que nos permitirá observar las posibles deficiencias pudiendo mover los dientes hasta dar un resultado satisfactorio.

CARACTERISTICAS INDIVIDUALES.

Hay pacientes que durante toda su vida han tenido características individuales tales como: Diastemas, incisivos centrales muy prominentes, malposiciones y malformaciones, etc.-

Si al momento de necesitar una protodoncia total no se reproduce ésta característica el cambio será detectable de inmediato, se pedirá la opinión del paciente al respecto, ya que por lo general se consideran estas características como anormales, y es posible que el paciente quiera corregirlos, pero se puede suponer que no quiera que el cambio sea tan notable.

ELEVACION DEL LABIO SUPERIOR.

Al momento de perderse los dientes la facie de la persona se hunde ocasionando una depresión y arrugas sobre todo en el labio superior, la posición de los dientes anteriores superiores nos ayudará a recobrar la apariencia natural de ese labio, debiendo tener cuidado en no abultarlo demasiado, pues se podrá causar un aspecto desagradable.

Todas éstas características se deben llevar a cabo a cri

terio del dentista y el paciente, jamás se podrá ignorar la
opinión del paciente.

CONCLUSIONES.

En la elaboración de una prostodoncia total es indispensable el brindar los requerimientos propios de:

Fonética, función y estética. Se debe también combinar el conocimiento del problema y el de la personalidad del paciente para así poder llegar a la mejor solución del caso.

Es de gran importancia tomar en cuenta la edad del paciente que solicita el tratamiento para poder brindar el aspecto más natural y funcional posible.

No se puede soslayar la ayuda que nos brinda la colaboración de el técnico de laboratorio competente, por lo que se debe mantener una comunicación permanente entre éste y el cirujano dentista.

BIBLIOGRAFIA

Prostodoncia Dental Completa de John J. Sharry.

Ediciones Toray 1977, Barcelona España.

Prótesis Dental, dentaduras completas de Sears H. Victor -
Nagle J. Raymond. Ediciones Toray 1965, Barcelona España.

Prostodoncia Total de José Y. Ozawa Deguchi.

Textos Universitarios 1979, U.N.A.M.

Prostodoncia Total, S.U.A. Facultad de Odontología U.N.A.M.
Núcleo I 1979.

Oclusión de Ramjord Ash.

Segunda Edición 1972, Editorial Interamericana, México.

Prostodoncia Total de Sheldon Winkler.

Primera Edición 1982, Editorial Interamericana, México.

Apuntes. Dr. Anselmo Apodaca Lugo.