



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**Escuela Nacional de Estudios Profesionales
IZTACALA**

**" Prótesis inmediata como medio de
Rehabilitación Estético - Funcional "**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

Juan Carlos Nava Gómez



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

PROLOGO	1
CAPITULO I	
GENERALIDADES (BREVE HISTORIA)	3
CAPITULO II	
ARTICULACION TEMPORO-MANDIBULAR Y SU VITAL IMPORTANCIA	5
CAPITULO III	
¿QUE ES PROTESIS INMEDIATA?	10
a) Sus ventajas	
b) Sus desventajas	
c) Indicaciones y Contraindicaciones	
CAPITULO IV	
HISTORIA CLINICA	15
1) Interrogatorio por aparatos y sistemas	
2) Examen de la boca	
3) Exámenes recomendados	
CAPITULO V	
DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO	23
CONCLUSION	55
BIBLIOGRAFIA	56

PROLOGO

Dentro de la práctica odontológica existen diversos campos de los cuales cada uno de ellos cuentan con técnicas y procedimientos para un resultado final de rehabilitación bucal.

Con los variados procedimientos se origina la mecanización de restauración; en donde "El hombre es esclavo de sus propias Obras" que se vuelven rutina al comenzar una de ellas olvidando el interés particular que guardan.

La presente tesis con el título de "PROTESIS INMEDIATA COMO MEDIO DE REHABILITACION ESTETICO-FUNCIONAL", es uno de estos trabajos, que se debiera tratar con exquisita delicadeza para que sienta el cirujano dentista de práctica general que en verdad, estamos cumpliendo y aplicando los métodos aprendidos.

Para la elaboración de prótesis inmediata se requiere, de dos fases que son:

I.- Fase técnica, que incluye;

- A) Impresiones perfectas
- B) Preparación de los modelos de estudio
- C) Diseño de los aparatos protésicos
- D) Modelos de trabajo
- E) Estética y color de los dientes artificiales

II.- Preparación del paciente propiamente dicho:

- A) Ausencia de anomalías
- B) Mínimo traumatismo en cada una de las extracciones
- C) Cuidados de asepsia y antisepsia en los actos exodónticos
- D) Educación del paciente

- E) Cuidados que deberá guardar el paciente - con la dieta indicada.
- F) Revisiones constantes (oclusión, rebases, etc.)
- G) Cuidados de evolución post-tratamiento en los tiempos indicados: 24 hrs., 78 hrs., - dos semanas etc.

Algunos autores como el Dr. Pedro Sainzar, hece mención a lo siguiente: es cada día - más frecuente el paciente informado y el odontólogo debe estar preparado para prestarle este servicio que será muy bien recibido y resultará una - fuente de satisfacción para el profesional.

El trabajo de tesis no presenta nada - nuevo ni extraordinario sólo tratamos de recordar que nuestro principal objetivo estriba en devolver una función y estética normales del sistema - estomatognático, con delicadeza y diversos cuidados. Y que para realizar este objetivo, el estudiante de odontología y el cirujano dentista de - práctica general, tomen en cuenta el esfuerzo de - tantos y cada uno de los autores.

CAPITULO I

GENERALIDADES (BREVE HISTORIA)

La prótesis inmediata según diversos autores parece haber iniciado, como otros grandes progresos prostodónticos, a mediados del siglo pasado. Tal surgimiento, deriva de los siguientes párrafos extraídos por el doctor Pedro Saizar de el libro "Dental Cosmos" del año de 1860.

"El Dr. Atkinson... Se le enseñó a -- persuadir a sus pacientes que esperaran seis u -- ocho meses antes de insertar una prótesis tempora; ha abandonado ésta práctica, sin embargo y -- ahora espera solamente hasta que la sangre deje -- de correr para tomar una impresión. Si la enca -- es blanda, la corta considerablemente y con fór -- cept cortante remueve el proceso alveolar lo suficiente para hacer una prótesis pareja; toma la -- impresión y arregla los dientes artificiales en -- los lugares de los cuales se extrajeron los dientes".

"Dr. Rodríguez: Inserta a veces una prótesis parcial del siguiente modo; toma una impresión de la boca antes de extraer los dientes, elimina los dientes del modelo y adapta la placa a -- la boca; luego extrae los dientes, colocando los -- artificiales en los alvéolos de los que los otros habían sido removidos. Más sin embargo, no fue -- sino hasta 1920, como consecuencia de las extrac -- ciones en serie impuestas por la teoría de la in -- fección focal, por un lado, y del progreso de la -- anestesia y la radiografía, por el otro, que la -- prótesis inmediata hizo un adelanto espectacular, íntimamente en relación con el progreso también -- espectacular de la cirugía bucal.

El tiempo ha transcurrido, y parece no haber resuelto los problemas entonces planteados: la influencia de las "ayudas quirúrgicas" a la extracción, el verdadero significado de la prótesis inmediata, el carácter con que se debe o puede practicarla.

Para algunos autores los fracasos que se presentan continuamente en prótesis inmediata, donde los pacientes se quejan principalmente de los resultados estéticos insatisfactorios y a una función deficiente. Esto se debe según el doctor Klein (1960), al diagnóstico defectuoso o al plan de tratamiento equivocado, y por el doctor Leather que admite el disgusto con que muchos odontólogos no son preparados suficientemente ya desde estudiantes, para introducir a los pacientes en esta nueva y trascendente etapa de sus vidas.

A criterio personal del doctor Pedro Saizar, sobre las desilusiones antes mencionadas se deben al mal enfoque del problema por odontólogos que incurren en excesivo optimismo.

C A P I T U L O I I

ARTICULACION TEMPORO-MANDIBULAR Y SU VITAL IMPORTANCIA.

Es una articulación gínglimoartroïdal - compleja (rotación y deslizamiento) del género de las bicondíleas.

Se halla constituida por los cóndilos - del maxilar inferior ovoides y eje mayor dirigido hacia, atrás y adentro; la cavidad glenoidea del-temporal dividida en dos, por la cisura de Gla- - sser, siendo la anterior, la funcional y la poste-rior es la que forma la pared anterior del conducto auditivo externo; y el cóndilo del temporal, - situado mesialmente de la cavidad glenoidea.

El cóndilo mandibular se adapta a la cavidad glenoidea por medio de un menisco interar-ticular de eje mayor paralelo al cóndilo el cual puede estar perforado en el centro constituyendo una comunicación para el líquido sinovial y siendo de este modo una sola articulación.

Esta articulación se encuentra unida - por medio de una cápsula articular y los ligamentos son el ligamento lateral externo y el ligamento lateral interno.

Los ligamentos extrínsecos no están tan íntimamente unidos con la articulación y con el - ligamento esfenomaxilar, el ligamento estilomaxi-lar y el ligamento ptérigomaxilar, los cuales deben sus nombres a los lugares de inserción.

Es preciso mencionar los principales - músculos que intervienen durante la masticación - y, de acuerdo a la función que guardan se dividen

en; músculos elevadores ó músculos depresores. - Para que llegado el momento del tratamiento, podamos identificar algún malestar muscular que el paciente nos pueda referir.

MUSCULOS MASTICADORES ELEVADORES.

TEMPORAL

Es un músculo que ocupa la fosa temporal y se extiende en forma de abanico, cuyo vértice se dirige hacia la apófisis coronoides del maxilar inferior.

Función.- Consiste en elevar el maxilar inferior y también en dirigirlo hacia atrás; en esta última actividad del temporal intervienen sus haces posteriores.

MASETERO

Se extiende desde la apófisis cigomática hasta el ángulo de la mandíbula.

Función.- Como la del temporal, la misión del masetero consiste en elevar el maxilar inferior.

PTERIGOIDEO INTERNO

Este músculo comienza en la apófisis pterigoides y termina en la porción interna del ángulo del maxilar inferior.

Función.- Es principalmente un músculo-elevador del maxilar pero debido a su posición, también proporciona a este hueso pequeños movimientos laterales.

PTERIGOIDEO EXTERNO

Se extiende de la apófisis al cuello del cóndilo del maxilar inferior. Se halla divi-

dido en dos haces, uno superior o esferoidal y otro inferior o pterigoideo.

Función.- La contracción simultánea de ambos pterigoideos externos produce movimientos de proyección hacia adelante del maxilar inferior. Si se contraen aisladamente, el maxilar ejecuta movimientos laterales hacia uno y otro lado.

MUSCULOS DEPRESORES

DIGASTRICO

Es un músculo compuesto por dos vientres musculares y un tendón intermedio. Se extiende del temporal al maxilar inferior.

Función.- La independencia de las dos masas musculares del digástrico es tanto mayor, cuanto que se hallan inervados por distintos nervios. Produce la elevación del hioides.

ESTILOHIOIDEO

Es un músculo en forma de hueso, situado en casi toda su extensión por dentro y por delante del vientre posterior del digástrico. Se extiende de la apófisis estiloides al hueso hioides.

Función.- Es elevador del hueso hioides.

MILOHIOIDEO

Entre los dos milohioideos forman el piso de la boca. Se extiende del maxilar inferior al hueso hioides.

Función.- Es elevador del hueso hioides y eleva también la lengua, interviniendo por consiguiente en los movimientos de deglución.

GENIOHIOIDEO

Es un músculo corto que se extiende, - como el precedente encima del cual se halla situado, del maxilar inferior al hueso hioides.

Función.- Es elevador del hueso hioides o abatidor del maxilar inferior, según donde tome su punto de apoyo.

MUSCULOS INFRAHIOIDEOS

ESTERNOCLEIDOHIOIDEO

Como su nombre indica es un músculo que se extiende del esternón y la clavícula al hueso hioides.

Hasta aquí, hemos expuesto un bosquejo anatómico general de la articulación temporo-mandibular y el complejo muscular, con el objeto de hacer notar la importancia que guarda dicha articulación al realizar los variados movimientos y - conocer sus delicadas estructuras que la forman.- Para tener sumos cuidados al efectuar las maniobras de rutina para prótesis inmediata (movimientos de excursión, toma de impresiones, mordida en cera, etc.) ya que el odontólogo erróneamente, - olvida la exploración minuciosa de la A.T.M., exponiéndose a las alteraciones que puedan suscitarse durante la fase operatoria o bien en la post-operatoria; con lo cual el trabajo realizado hasta ese momento será nulo.

Algunas de las alteraciones patológicas de la articulación temporo-mandibular y del constituyente músculo-facial que deberemos de tomar - muy en cuenta al elaborar una prótesis inmediata para evitar futuras complicaciones durante todo - el tratamiento hasta que el aparato protético realice trabajo.

Entre estas alteraciones de especial cuidado están:

- A) Lesión de las ramas nerviosas por maniobras - odontológicas inadecuadas.
- B) Atrofias de los músculos masticadores
- C) Síndromes dolorosos del trigémino
- D) Artritis articular
- E) Chasquidos, mialgias etc.

C A P I T U L O I I I

QUE ES PROTESIS INMEDIATA?

Por prótesis inmediata entendemos la colocación de aparatos protéticos en la cavidad bucal inmediatamente después de haber sido practicadas las extracciones, sin esperar la cicatrización, y no se debe confundir con la prótesis de urgencia que como su nombre indica, es la que se hace con apremio.

SUS VENTAJAS

Las ventajas de este procedimiento son múltiples y favorecen tanto al cirujano dentista como al paciente, logrando considerar cuatro factores que son:

- 1.- PSIQUICO
- 2.- ESTETICO
- 3.- FISIO-BIOLOGICO
- 4.- MECANICO

En el orden psiquico.- inhibe en la persona el complejo de encontrarse desdentado, favoreciendo en ésta forma la continuación de sus actividades en su vida de relación; social, profesional ó de cualquiera otra índole excitando en él la necesidad imprescindible para nosotros de elaborar para el buen éxito del resultado y ya sea por vanidad ó por necesidad, jamás retirará las placas de la boca, aceptando si no gustoso, si resignadamente las molestias inherentes al nuevo estado de su boca, facilitando por consiguiente y conveniencia el aprendizaje.

En el orden estético.- permite la reproducción fiel y exacta de los rasgos fisionómicos del individuo y las características faciales que dependen de la relación craneana con la posición de los dientes logrando si es necesario variar -

la distancia naso-mentoniana ó bien conservar los atributos de forma tamaño, color y posición particular de cada diente, además hay la posibilidad de establecer la dimensión vertical con un punto de referencia positivo, ya que aún se encuentran presentes los dientes anteriores opuestos.

En el orden Físio-biológico.- estimula la reparación de los tejidos por la suave e intermitente presión que se obtiene, la cicatrización se hace en mejores condiciones y según los doctores Camphell, Frham, y otros autores el proceso de resorción ósea se realiza con mayor intensidad favoreciendo el depósito de sales minerales que intervienen en la reparación del hueso; por tanto no suele producirse la alveolitis dolorosa, actuando la placa como férula de contención de la hemorragia. Nos atrevemos a asegurar, que en un cien por ciento no se produce alveolitis por la acción de vendaje protector de la placa.

También la placa protética mantiene la relación craneo-mandibular conservando el tono muscular y el de los tegumentos impide que se presenten cambios morfológicos en la articulación temporo-mandibular evitando los transtornos que frecuentemente los individuos desdentados padecen en sus oídos; la formación alterada en su principio rápidamente se corrige y además se obtiene la justa reproducción de la relación céntrica y la articulación puede ser exacta.

En el orden mecánico.- Limita la reproducción excesiva de área de sustentación de la placa en el maxilar superior ayudando así a la solución de problemas de carácter técnico en la colocación de los dientes artificiales; favorecen la retención física y funcional, y la adaptación-

de la prótesis dental.

SUS DESVENTAJAS

Las desventajas son mínimas entre las - que podemos constatar:

- 1.- Para realizar la prótesis dental debe emplearse una técnica de excesiva precisión la que - no es dable que todos puedan dominar y como - consecuencia de ésta inhabilidad, los aparatosconstruídos provocarán lesiones en proporción mayor de lo debido lo que hará que fracse la prostodoncia y el innmercedo desprestigio del sistema.
- 2.- La erogación que para el paciente sin grandes elementos económicos, la hace privativa ya - que después tendrán que hacer se rebases periódicos sucesivos.

INDICACIONES

Puede decirse que, salvo contadas excepciones está indicada en casi todos los pacientes - cuyo exámen bucal revela la necesidad de extraer - dientes que aún restan a fin de mejor servir a - sus intereses, es decir física moral y social.

Quando el estado de salud general del - paciente permite hacer las extracciones. Cuando - existen piezas anteriores superiores e inferiores que sirven de guía para no perder la relación in - termaxilar. Cuando la dimensión vertical es favo - rable.

Muchas veces es el temor a encontrarse - con otro a un miembro de la familia, durante el - período desdentado, aunque esto sea corto lo que - impide una desición al paciente. O bien influye - la desconfianza de que su aspecto sea alterado y - que adquiriera una expresión facial poco afortunada de amigos y conocidos cuyas prótesis no han sido - construídas con la atención debida.

En el término medio de las personas, - encara la pérdida de sus dientes visualizando la - prótesis en los peores casos en aquellos que él - ha visto en la boca de otros.

Para poder asegurarle al paciente que - las características de la forma y color pueden - reproducirse en los artificiales, y para mostrar - le el arreglo antes que él haya perdido los suyos, debe sabersele dar una certeza completa cuyo va - lor psicológico es inestimable.

CONTRAINDICACIONES

Quando la edad y el estado general del - paciente no aconsejen extraer seis o más dientes -

y hacer las intervenciones quirúrgicas necesarias en una sola sección cuando se trata de pacientes con abscesos u otras lesiones patológicas dentales, habrá que hacer un tratamiento medicamentoso previo.

Y sobre todo ésta contraindicada en la Diabetes y Tuberculosis así como también en los casos que puedan clasificarse como invalidez crónica.

Tampoco debe efectuarse en personas -- hemofílicas y en individuos afectados de Acetone-mia además sifilíticos con lesiones orales terciarias y en cancerosos con lesiones bucales.

CAPITULO IV

HISTORIA CLINICA

Minuciosa en todos sus detalles exploratorios, siendo a su vez general y precisa durante la elaboración de la misma a la cual el operador resta importancia sin saber que es el requisito principal de rutina general, para cualquiera de los tratamientos odontológicos que se traten.

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre _____ Dirección _____

Tel. _____ Edad _____ Sexo _____ Ocupación -

_____ Edo. Civil _____

Lugar de Nacimiento _____

Lugares de Residencia _____ Fecha _____

MOTIVO DE CONSULTA

Alivio de una molestia Corrección de condición anormal.

Emergencia

PADECIMIENTO ACTUAL (Fecha de iniciación, primeros síntomas, donde, cuando, como, terapéutica empleada - causa probable).

ANTECEDENTES FAMILIARES Y HEREDITARIOS

Cancer

F. Reumática

Diabetes

Cardiopatías

Artritis

Hipertensión

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Sarampión

Parotiditis

Convulsiones

Sífilis

Escarlatina Artritis Tumores Tuberculosis
 Tosferina Amigdalitis Diabetes Hepatitis

Fiebre Reumática _____ Medicamentos _____
 Escarlatina _____ Cirugía _____
 Hemorragias _____

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Habitación _____ Alimentación _____
 Higiene Personal _____ Alcoholismo _____
 Tabaquismo _____
 Notas _____

ANTECEDENTES ANESTESICOS, EXODONTICOS Y ALERGICOS

Experiencia a la Anestesia Local _____ General _____
 Exodoncia(Secuelas) _____
 Alergia a Antibioticos _____ Vegetales _____
 Alimentos _____ Contacto con Materiales -
 Dentales _____
 Notas _____

Aquí, en el interrogatorio está dirigido a indagar si el paciente ha tenido experiencias anestésicas general y local y si se le han practicado extracciones dentarias. Si las respuestas son positivas, se preguntará si durante dichas experiencias existieron alteraciones y en que consistieron.

De esta manera el clínico obtendrá datos sobre susceptibilidad a la anestesia, carencia o presencia de reacciones alérgicas, lipotimias y síncope. También se investigará sobre secuelas de extracción, tales como dolor, hemorragia inflamación, trismus, alveolitis, etc.

Así el cirujano dentista podrá normarse un criterio sobre las precauciones que han de tomarse para el tratamiento de este enfermo, cuando

se practique prótesis inmediata.

Respecto a los antecedentes alérgicos - es muy importante conocer si al paciente se le - han administrado antibióticos y especialmente penicilina y sulfas y si se han observado manifes-- taciones de intolerancia tales como prurito, exan-- tema, eritema, etc. -

El valor de esta investigación salta a la vista en la selección del antibiótico, si se - han de usar en abscesos, inflamaciones, etc.

Las alérgicas por contacto a otros medi-- camentos, a vegetales y alimentos se han de inves-- tigar también con el objeto de tener datos que - puedan ser útiles en el estudio de aftas eritemas, escoriaciones que el enfermo pueda presentar en - la boca y en otras partes del cuerpo.

Es menester asegurarnos si el enfermo - no es alérgico (en este caso particularmente) a - los materiales odontológicos como lo son; aleacio-- nes (amalgamas), metales (prótesis fija) y de ma-- nera general a los materiales de base para denta-- duras como lo es el acrílico termocurable.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

APARATO DIGESTIVO

Se investiga sobre: Dolor abdominal, - dispepsia, náuseas, vómitos y hemorragias.

APARATO RESPIRATORIO

Síntomas respiratorios que se han de - estudiar: Respiración bucal, tos, epistaxis, es- pectoración, disnea, y cianosis.

APARATO CARDIOVASCULAR

Síntomas que se investigarán: Palpita- ciones, dolor precordial, cefaleas recidivantes, - mareos, disnea de esfuerzo, edema maleolar y lipo- timias.

APARATO ENDOCRINO

Los síntomas endocrinos que se han de - estudiar son: Oliguria, polidipsia, polifagia, - pérdida de peso, astenia, diarrea, vómitos.

APARATO GENITO-URINARIO

Los elementos que se han de estudiar - son los siguientes: Menarquía, dismenorrea, metro- rragia, (estas dos últimas se relacionan con gin- givitis dismenorreica), embarazo y menopausia.

SISTEMA HEMATOPOYETICO

Datos a investigar: Anemia, astenia, - palidez, palpitaciones, sangrado anormal, epista- xis, gingivorragias, equimosis con traumatismos - leves, sangrado prolongado de heridas.

SISTEMA NERVIOSO

Del sistema nervioso interesan la colec- ción de datos que pueda orientar al descubrimien-

to de neuralgias como la del trigémino la de la -
mitad de la cara, tics dolorosos, etc.

EXAMEN DE LA BOCA

LABIOS

Los labios pueden presentar clínicamente: Alteraciones inflamatorias (queilitis), eruptivas (pénfigo, hérpes), erosivas (ulceras tuberculosas), congenitas (grietas sifilíticas), cambios de color (enfermedad de Fordyce), aumento de volumen, tumefacciones (mucocele, papiloma, quiste nasolobar).

REGION GINGIVAL

Clínicamente pueden apreciarse en la -
región gingival alteraciones de color, forma, con-
sistencia, volumen, pigmentaciones, sarro, exuda-
do.

CARRILLOS

Se investigará: Si presentan algún tipo de lesión, aftas crónicas, placas mucosas sifilíticas, volumen, consistencia, etc.

PALADAR

En el paladar pueden producirse: Absesos alveolares agudos, inflamación de las glándulas palatinas por tabaquismo, úlcera traumática, necrosis post-extracción, quistes mucosos, torus palatino, arco palatino elevado y arco palatino plano.

LENGUA Y PISO DE BOCA

Clínicamente pueden apreciarse en la -
lengua: Lengua seca, saburral, líquen plano, leu-
coplusia, micro y macroglosia.

En el piso de la boca las lesiones más ostensibles son los aumentos de volumen, tales como; ranula, calculos salivares, angina de Ludwig, lipoma, hemangioma, y el torus mandibular.

MAXILARES Y MANDIBULA

En donde pueden apreciarse clínicamente: Periostitis, osteitis actinomicosis, alargamientos o acortamientos de los maxilares, deformidades, hipertrofia, atrofia, fibroosteoma, fracturas del maxilar superior e inferior.

GANGLIOS LINFATICOS

Se registraran cambios o alteraciones de: Volumen, si a la palpación son dolorosos con intensidad, tanto los ganglios submaxilares, submentonianos y los de la cadena carotídea.

OCLUSION

De vital importancia conocer con exactitud el tipo de oclusión que guarda el enfermo, pues el resultado final de nuestro tratamiento dependerá en un cien por ciento del factor oclusal lógicamente sin olvidar el estético y fonético y consecuentemente el de trabajo.

La clasificación oclusal conocida es la siguiente:

- 1.- Oclusión normal
- 2.- Sobreclusión horizontal excesiva
- 3.- Sobreclusión vertical excesiva
- 4.- Oclusión borde a borde
- 5.- Sobreclusión horizontal invertida
- 6.- Sobreclusión vertical invertida
- 7.- Sobreclusión vertical reducida.

ODONTOGRAMA

Deberemos marcar con precisión aquellos órganos dentarios que están destinados a ser extraídos de la cavidad bucal cuando su pronóstico es desfavorable por; caries de tercer grado, movilidad del mismo, paradontosis aguda etc.

También el odontograma, juega un papel primordial en prótesis inmediata, pues con el, precisaremos el número y cada uno de los dientes indicados que serán eliminados durante la fase operatoria.

Afortunadamente son pocas las ocasiones que el clínico equivoca una extracción indicada, por la otra que no lo es y por lo tanto será un error imperdonable para éste y una mala fé para el tratamiento y el dentista por parte del paciente.

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

Clínicamente pueden apreciarse obstáculos al libre movimiento de la mandíbula que provienen de enfermedades de la articulación temporomandibular o de los músculos que en ella se insertan.

Pueden presentarse subluxación o luxación mandibulares, lesiones traumáticas localizadas en la articulación, diversos tipos de artritis como aguda, crónica y traumática crónica (Síndrome de Costen), falsas anquilosis y anquilosis verdadera.

EXAMENES RECOMENDADOS

Cuando llegasen a presentarse alteraciones de tipo sistémico (diabetes), así como de ti-

po bucal (neoplasias), tomaremos las medidas necesarias para remitir al paciente con el especialista indicado y estar en contacto con este para que nos indique las precauciones que deberemos de tomar, cuando vallamos a realizar nuestro tratamiento protético inmediato. Así como los exámenes de laboratorio que creamos pertinentes se haga el enfermo para seguridad propia de él y de nosotros.

RESUMEN DEL EXAMEN

Una vez elaborado la historia clínica, integraremos una síntesis del caso para hacer una colección de los datos de verdadera importancia y eliminar los que carezcan de ella y dar una idea clara y sucinta de estos datos concernientes al enfermo y facilitar el diagnóstico.

CAPITULO V

DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

Mientras mejores materiales y técnicas más nuevas han mejorado la calidad y acertado el tiempo de la prestación del servicio dental al paciente, la falta de un diagnóstico y plan de tratamiento adecuado ha impedido a muchos de nosotros, brindar un servicio adecuado. Esta ha sido una de las etapas más descuidadas en la odontología, y todos nosotros en uno y otro momento, lo hemos sabido, por los resultados inadecuados obtenidos en ciertas circunstancias. Mientras quizá no sea práctico sugerir que para cada tipo de tratamiento dental se deban obtener modelos diagnóstico y montar en articulador en relación céntrica antes de la prestación del servicio, esto nos parece muy importante en la prótesis inmediata.

Todos creemos, como clínicos, que hemos desarrollado a través de los años, gran habilidad clínica y que por ello podemos prescindir de dicho procedimiento. Pero sólo logramos darnos cuenta, más tarde, de que algunos factores nuevos que no hemos visto en el momento del diagnóstico aparecen para efectuar el resultado del trabajo. Por tanto, todos los recursos del examen deben ser explotados a fondo frente al desdentado potencial, puesto que al diagnóstico clínico que indica edentación como tratamiento deben agregarse el quirúrgico y el protético.

DIAGNOSTICO

Deberemos recordar que no debe darse por sentado que los procedimientos diagnósticos para el sujeto parcialmente dentado son los mismos que para el sujeto edentulo. En ambos casos los procedimientos deben ser minuciosos y cabales, incluyendo la evaluación de los estados tanto normales como patológicos, así como de las entidades anatómicas, fisiológicas y psicológicas en cuanto a su relación con el estado local y general del enfermo.

En el paciente que todavía posee algunos dientes la evaluación de éstos cobra una gran importancia. En efecto, el dentista debe decidir si algunos o todos pueden ser conservados y si pueden ser utilizados para retener y sostener una dentadura parcial removible, o bien, si es posible mediante tratamiento adicional, utilizarlos para sostener y estabilizar una dentadura completa apoyada en dientes.

Para valorizar el diagnóstico final de prótesis inmediata deberemos llevar a cabo los siguientes recursos exploratorios:

- A) Exámen Clínico
- B) Impresiones Preliminares
- C) Articulador de Diagnóstico
- D) Exámen Radiográfico

EXAMEN CLINICO.- Ya descrito con detalle minucioso, en nuestra historia clínica.

IMPRESIONES PRELIMINARES (modelos de estudio).- Las cuales nos ayudaran a determinar con exactitud el diagnóstico y a su vez, nos permitirán observar con detalle si los procesos alveolares están en condiciones de aceptar el apara

to pr \acute{o} tetico.

Tambi \acute{e} n, nos se \acute{n} alaren si es necesario practicar alveolectomia correctora \acute{o} si presindimos de ella. Nos indicaran la secuencia de las extracciones a realizar en los dientes naturales remanentes, y de la misma manera los cuidados que deberemos de guardar en los casos de restos radiculares.

El odont \acute{o} logo no deber \acute{a} conformarse con el ex \acute{a} men cl \acute{n} ico para diagn \acute{o} sticar tal tratamiento, y abandonar los modelos de estudio, que frecuentemente equivocamos por las impresiones definitivas.

ARTICULADOR DE DIAGNOSTICO.- El registro intermaxilar (o mordida) a los efectos del diagn \acute{o} stico, ser \acute{a} la oclusi \acute{o} n central actual, con las maloclusiones cong \acute{e} nitas o adquiridas, bastante frecuentes en estos casos. La movilidad mandibular exc \acute{e} ntrica se comprobar \acute{a} sobre el paciente sin necesidad de registros, s \acute{i} ndrome temporomandibular, casos que exigen el montaje de los modelos en articulador adaptable para diagnosticar fielmente la posici \acute{o} n mandibular y la oclusi \acute{o} n.

El articulador de diagn \acute{o} stico en todos los casos que no exigen el adaptable, puede ser simplemente un articulador de yeso, o mejor de alambre (o bisagra), cuyo escaso volumen y reducido valor econ \acute{o} mico permite la conservaci \acute{o} n indefinida, con ventajas para la continuidad del servicio.

EXAMEN RADIOGRAFICO.- Debe considerarse imprescindible el ex \acute{a} men de toda la boca, incluso los espacios desdentados, no s \acute{o} lo como coadyuvante del ex \acute{a} men cl $\acute{n$ ico, del que surge la indicaci \acute{o} n -

de edentar al paciente, si no también para descubrir los restos dentarios y focos en las zonas - aparentemente desdentadas, las cuales nos determinarán el estado actual del hueso y de esta manera facilitar el diagnóstico quirúrgico y completar el diagnóstico protético.

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.

Siendo los casos tan disímiles cada uno debe ser "pensado" en sus distintos aspectos y - como norma general "es mejor no indicar aquello - que no importe mejora". También será prudente - no indicar aquello que no se esté seguro de poder cumplir.

Y, como en este terreno la experiencia es irremplazable, hará bien el principiante y todo odontólogo que no domine estos problemas, en - escribir su plan una vez que halla tomado forma, - para consultarlo con un experto.

Tanto más complejo sea un plan de tratamiento más importante es su formulación escrita.- Una técnica por pasos consiste en:

- 1.- Exámen clínico.*
- 2.- Examen radiográfico*
- 3.- Impresiones preliminares*
- 4.- Articulador de diagnóstico*
- 5.- Impresiones y modelos definitivos
- 6.- Registros de conservación
- 7.- Colocación de los dientes
- 8.- El acto exodontico
- 9.- Instalación
- 10.- Educación del paciente
- 11.- Rebases
- 12.- Conservación funcional y estética

* Ya resumidos anteriormente

IMPRESIONES Y MODELOS

Hay varios métodos aceptables para hacer las impresiones definitivas. Pueden ser hechas con modelina, con modelina y yeso, con modelina y algún hidrocoloide con modelina y pasta de óxido de cinc y eugenol, o solamente hidrocoloide.

Generalmente el alginato es el material de elección para hacer impresiones inmediatas.

Las impresiones deberán tener el ajuste, la exactitud y la delimitación que exigen las impresiones de maxilares desdentados, para ello se utilizan portaimpresiones suficientemente adecuados y de esta manera poder lograr: 1) que la impresión cubra la totalidad del maxilar, hasta el límite prótético; 2) que los dientes y socavados retentivos estén fielmente reproducidos.

Se dice que la cubeta corriente y la impresión que con ella se toma, por regla general son demasiado bajas en la región anterior. La longitud de los dientes más la distancia desde el borde gingival hasta la curva del pliegue, es mayor de lo que generalmente se cree. La inclinación hacia atrás, desde el borde incisal hasta el pliegue mucibucal, es muy grande y engañosa.

Por las razones anteriores, es necesario cortar un portaimpresiones que concuerde aproximadamente con el contorno, y se añada cera Utility Kerr. El bajo punto de blandecimiento de esta cera permite que sea adaptada sin necesidad de aplicar calor.

Además de cubrir con cera la periferia, y una buena porción de tuberosidad a tuberosidad, se debe añadir el centro del área palatina. Esta

cera queda tan blanda luego que se pasa por la llama, inmediatamente antes de colocarla en la boca y antes de añadir el material de alginato, que se adapta bien a la curva del pliegue. Si por acaso se pasase la cera de parte, a parte, a causa del contacto con los tejidos, no perjudicaría la impresión, pues, a causa de su blandura, no ocasiona presión indebida.

Este borde convenientemente alto y empujado es provechoso y elimina parcialmente alguna debilidad del material de alginato. Las bolsas de aire y las imperfecciones en la parte superior del borde son debidas a la falta de suficiente presión hacia arriba en el borde, para llenarlo enteramente. El alginato demasiado blando o aguado no permite la debida extensión.

MODELOS

Una vez obtenido las impresiones se deberán de llenar con cuidado todos los requisitos para asegurarlos correctos. Y para confirmar esto, el positivo de la impresión deberá estar exento de; burbujas de aire, imperfecciones en los dientes remanentes como son zonas bien delimitadas; cuellos, tamaño y forma de los dientes y así mismo, límite y posición de los frenillos. Posteriormente a esto, deberemos eliminar con cuidado todas las partes fluctuantes.

Una variante sobre la que no se ha insistido mucho, pero ciertamente valiosa frente a algunos problemas de la prótesis inmediata (en especial para casos de urgencia, como la transformación rápida de una prótesis parcial incompleta), es hacer los dientes del modelo con acrílico de color apropiado que pasan a formar parte de la prótesis.

REGISTROS DE CONSERVACION

En el servicio de dentaduras inmediatas, los registros previamente a la extracción tienen por objeto conservar la posibilidad de reproducir exactamente el tamaño, la posición, la forma de las encías, la altura facial y, eventualmente, la forma de la cara.

Se han descrito diversos procedimientos más o menos minuciosos para estos registros. Con criterio práctico, pueden considerarse los más importantes; la altura facial morfológica, el color, la impresión frontal, el perfil y las fotografías. Medidas a anotar.- Debemos de medir y tomar nota de las siguientes distancias: I) A boca cerrada, la distancia entre base de nariz y base de mentón; II) La del borde incisivo superior a la base de nariz; III) La de borde incisivo inferior a base de mentón.

El registrador de Willis, o algo similar, resulta muy comodo para estas medidas. En su defecto, se anotarán sobre una hoja de papel doblado dos veces a lo largo, la cual se archivará con la ficha. Si se confecciona un perfil, es innecesario anotar estas medidas, y bastará marcar en él las posiciones de los bordes incisivos.

El articulador de diagnóstico es un registro preciso de la forma, tamaño, posición y articulación de dientes antes del tratamiento. Son muy útiles en el momento del cambio de dientes, para tenerlos a la vista, en tanto se hace la "cirugía del modelo" de trabajo.

El color.- El color de los dientes naturales varía con la colocación, espesor, obturaciones y la edad. En los dientes anteriores varía también la distribución del color en cada --

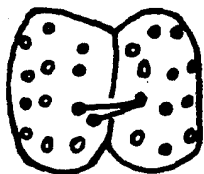
MEDIDAS A ANOTAR



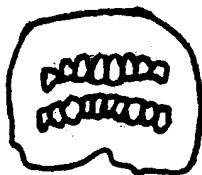
Registrador de Willis, mi
diendo la distancia del -
borde incisivo superior -
a la base de nariz.



Midiendo distancia con el
registrador de Willis de-
borde incisivo inferior a
base de mentón.



Portaimpresión a base de
lámina metálica.



Impresión frontal

diente individual.

Si se desea reproducir el o los colores de la dentadura natural, debe anotarse antes de las extracciones. Si se juzga conveniente reproducir algunas ó alguna incrustación corona o pigmentación es menester ponerse de acuerdo con el paciente y anotar cuáles.

Modelos Frontales.- Son fáciles de obtener y muy útiles cuando, por cualquier circunstancia, no se pueden conservar los modelos de estudio.

Aunque las impresiones puedan tomarse con yeso o godiva, lo más sencillo es la impresión frontal con alginato. En esta situación la cubeta (portaimpresiones), puede hacerse con cera o una lámina metálica del tamaño de una película radiográfica.

Se redondean las cuatro puntas y se hacen escotaduras en los bordes superior e inferior para los frenillos. Se hacen perforaciones para retención del alginato y un pequeño mango de alambre.

Las impresiones completas son útiles para los últimos dientes. Perfil.- Un perfilómetro es lo más cómodo para reproducir el perfil de una persona.

Otro modo de obtenerlo consiste en tomar una fotografía de perfil mientras se mantiene una regla milimétrica frente al perfil. Basta luego ampliar la foto hasta que la regla tome sus dimensiones reales, para obtener un perfil exacto de tamaño natural que se recortará fácilmente -- (Stans Berry, 1933).

fotografías.- Las fotografías de frente y de 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 puedan fotografiarse también. Con el tiempo se puede formar así un valioso archivo.

RELACIONES INTERMAXILARES

Placas de Registro.- Pueden hacerse las bases de "base-plate" o de acrílico autopolimerizable cubriendo los rebordes residuales y paladar con igual criterio que en prótesis total. Deben cuidarse, al hacer, las relaciones con los dientes para no dañarlos; y no deben penetrar los socavados retentivos que suelen presentar hacia gingival; tampoco deben ocupar socavados retentivos de los rebordes residuales. Para mejor exactitud, conviene estabilizarlas rebasándolas con cera o pasta zinquenólica.

Para las placas de registro es preferible los rodetes de cera por la facilidad en su manipulación (Dr. Pedro Saizar). La dimensión vertical esta conservada.- La dimensión vertical de oclusión en la dentición restante no es necesariamente la dimensión vertical de oclusión que deba reproducirse en las dentaduras. La erupción continua de los dientes no estuvo necesariamente en armonía con la abrasión de las superficies de los dientes, pudiendo producirse, por lo tanto, un aumento de la distancia interoclusal. Empero, la abrasión de las superficies de los dientes no siempre es un criterio para aumentar la distancia interoclusal puesto que el proceso alveolar, o los dientes o ambas estructuras, pueden seguir erupcionando o pueden migrar y conservar la distancia interoclusal aceptada desde un punto de vista fisiológico.

El aspecto de sobrecierre (dimensión vertical oclusal demasiado pequeña) no siempre es indicación de que sea necesario aumentar la distancia interoclusal, ya que la desarmonía entre la relación terminal de los maxilares y el contacto oclusal máximo puede producir este aspecto.

Los contactos de los dientes restantes pueden utilizarse como guía para establecer la dimensión vertical de la oclusión, pero aceptar su oclusión como correcta podría ser un error.

Un aumento en la distancia interoclusal podría perpetuar la falta de soporte muscular y conducir a una disminución de la función y aspecto menos agradable. Una distancia interoclusal exagerada es potencialmente perjudicial para las articulaciones temporomandibulares. Una intrusión en la distancia interoclusal dará lugar a pérdida ósea, hasta que sea restablecida la distancia interoclusal apropiada.

Por lo tanto, el conservar la dimensión vertical correcta de la oclusión es factor primordial para la aceptabilidad fisiológica de cualquier tipo de dentadura.

Cuando es necesario aumentar la dimensión vertical, el problema debe encararse como en un desdentado total, estudiando como ayuda de las placas de antagonismo, o de una de ellas, la altura morfológica que se estime adecuada, cuidando de no sobrepasar la altura postural.

Establecida la altura, obtendremos la relación central que es fundamental. La cual no es difícil de tomar cuando hay antagonistas que ocluyen y se tiene la intención de mantener la altura oclusal, basta recortar los rodetes, poco a poco, y reblandecerles los últimos 2 mm para obtener un registro de oclusión central, exactamente como para una prótesis parcial.

Vueltas las placas a los modelos, si se comprobara que los dientes no reproducen exactamente la oclusión central, signo de rodetes insu-

ficientemente plastificados, se los reblandecerá nuevamente y se repetirá el registro.

Quien desee trabajar con mayor precisión puede también tomar un registro de arco facial y mordidas laterales para registro de las trayectorias condíleas.

Una vez obtenido el registro en relación central, este mismo da las posiciones a los modelos para llevarlos al articulador.

FIJACION DE LOS RODILLOS Y MONTAJE EN ARTICULADOR

Una vez terminado la toma de relaciones intermaxilares y, estando ambos rodetes de cera - en la boca del paciente se va a trazar en su parte posterior un triángulo que incluya a ambos rodillos (particularmente por ausencia de dientes - posteriores) se retiran de la boca y se corta la cera correspondiente a estos triángulos, cuyo vértice está situado en el rodillo superior.

Se pide al paciente que haga movimientos para situarlos en relación centrada, con lo cual la punta trazadora habrá penetrado en la perforación que hicimos.

El triángulo que hemos cortado se va a llenar de yeso ó pasta zinquenólica con el objeto de mantener una gafa que no permita la variación de ambos rodillos en su sitio exacto después de separados durante el montaje en el articulador. Una vez fraguado el yeso, se retiran ambas placas de la boca, se lavan y se montan en el articulador de elección ambos rodillos.

TECNICA DE LABORATORIO

Cirugía del modelo.- El primer paso de esta técnica, es seleccionar los dientes de acuerdo a los naturales, en tamaño, forma y color. Esto a menudo necesita la elección de diferentes modelos. Los seis anteriores de un tipo de modelo, rara vez se conforman enteramente a los encontrados en la boca. Donde los incisivos centrales son del mismo tamaño y color que los correspondientes al paciente, se observa a veces, que los laterales artificiales serán más largos o más pequeños que los incisivos laterales naturales. También los caninos artificiales pueden variar de tamaño

maño a los naturales. Así es como se hace necesario elegir dientes de tres ó cuatro modelos diferentes, para que haga juego con las variantes de tamaño y de forma de los dientes naturales.

Deberían ser notadas, también las diferencias en el color de los dientes naturales, y se debería hacer una selección de matices, que correspondieran a ellos. Aunque los dientes naturales fuesen uniformes en el color, es una buena práctica romper la uniformidad del matiz en los dientes artificiales, porque es mucho más general encontrar las diferencias de color entre los centrales y caninos naturales, que la uniformidad.

Después que han sido seleccionados los dientes, en lo que se refiere a tamaño y color, ellos se liman al adaptarlos y conformarlos a la anatomía de los del paciente. Por ejemplo, se encontrarán, generalmente en los enfermos de edad madura, abrasiones y desgastes producidos por el uso, que se tratarán de imitar en lo posible. Los incisivos centrales y laterales, pueden ser limados en su borde incisal para reproducir los desgastes fisiológicos encontrados en los naturales. Además queda bien limitar cualquier mancha o marca de la superficie de los dientes naturales.

Aceptada la selección de los dientes y la posición que les corresponde, así como la corrección del articulador, todo lo que se hace adelante no tiene control de corrección hasta la colocación en la boca. Es menester gran cuidado en todo proceso, empezando por marcar exactamente la línea media.

Varía también la preparación del modelo de acuerdo con el tipo de prótesis, abierta o ce-

rrada, es decir sin encía o con encía vestibular. La prótesis inmediata sin encía vestibular, que algunos técnicos prefieren por creer que el maxilar cicatriza mejor, se puede intentar bien en aquellos casos en que los dientes artificiales se ubicarán exactamente en los lugares naturales, cuando no se prevee alveolectomía.

COLOCACION DE LOS DIENTES.

Un procedimiento consiste en tomar un cuchillo cortante, sacamos del modelo uno de los incisivos centrales superiores justamente a la línea de la encía, preferible más que menos, y colocamos el diente artificial en la misma posición limando si fuera necesario, el cuello para darle la correcta longitud y adaptación. Se une el modelo y se pega con cera el diente artificial en su sitio, de modo que el cuello y el borde incisivo queden exactamente igual que el anterior, (el modelo frontal de gran ayuda en este instante) Repetimos la misma maniobra con los demás dientes hasta concluir el trabajo.

EL ACTO EXODONTICO

Una de las etapas importantes en la prótesis inmediata es la exodoncia en serie. En donde deberemos de guardar con sumo respeto, cuidado y delicadeza cada una de las extracciones indicadas.

Es preciso recordar algunos puntos de suma importancia para el clínico, una vez que va a realizar el acto exodontico:

- a) La asepsia y antisepsia del material quirúrgico y del campo operatorio.
- b) El material indicado para la operación.
- c) Selección del anestésico.
- d) Sedación del paciente.
- e) La técnica anestésica.
- f) Anatomía y dirección de las raíces en los dientes.
- g) Diversas técnicas de extracción para cada uno de los órganos dentarios.

a) Asepsia y antisepsia.- Por las diversas técnicas de esterilización como lo son; la ebullición, el autoclave y los agentes químicos.- Así como el material quirúrgico desde las simples gasas hasta el instrumento más complejo, deberán guardar celosamente su esterilidad de agentes microbacterianos, hasta el momento de efectuar el acto operatorio.

b) El material quirúrgico indicado.- Sin llegar a lo exagerado, como tampoco abandonar el instrumental que aún cuando no se haya planeado para ser usado durante la operación, deberemos de contar con él para alguna emergencia que se pudiese presentar.

c) Selección del anestésico.- Es de -

vital importancia conocer el tipo de anestésico - que el enfermo ha recibido y experimentado, en - sus anteriores tratamientos odontológicos; si es - que los ha recibido. Y si los desconocemos, optare mos por un anestésico de las siguientes caracter ísticas: excelente bloqueador, de toxicidad -- aguda muy bajo, menor acción vasodilatadora que - otros, latencia y corta duración y finalmente sin reacciones sistémicas.

El anestésico comercial que reúne las - características mencionadas es el "Citanest Octa-presín", usado en pacientes con problemas cardio-vasculares y en individuos de edad madura como med io de prevención.

d) Sedación del paciente.- Si el enferm o se ha mostrado nervioso ó atemorizado en las - citas anteriores, es aconsejable mandar algunos - sedativos antes del acto operatorio para evitar - intranquilidades molestas para el enfermo y el - operador.

e) La técnica anestésica.- No es posi-- ble obtener una anestésia eficaz, si no se emplea una técnica adecuada para la inyección indepen- - dientemente del agente anestésico que se utilice.

Tanto al anestesiar por infiltración - como en la anestésia por bloqueo, la solución -- debe ser aplicada correctamente para obtener el efecto máximo.

f) Anatomía y dirección de los dientes. No esta por demás hacer un recordatorio general - de la posición y el número de raíces con que cuent an cada uno de los dientes del maxilar superior- como de la mandíbula. Lógicamente apoyandose en el estudio radiográfico.

g) Diversas técnicas de extracción.- -
Los movimientos adecuados así como el manejo de -
instrumental exodontico tales como; botadores, -
forceps, limas para hueso, osteotomos, etc., son-
de precisión para traumatizar lo menor posible a-
los tejidos dentarios, y aumentar de esta manera-
la fijación de la placa en el momento de su insta-
lación.

La corriente general para llevar a cabo
la avulsión de los dientes enmcarcados para ello.
Entre otras técnicas la mejor de ellas es la de -
extraer primero los posteriores, con el objeto de
poder controlar el sangrado, y a su vez mantener-
"limpios" los dientes anteriores y de esta manera
no complicar las siguientes extracciones.

UNA TECNICA DE ALVEOLECTOMIA

Cuando es necesaria la cirugía ósea, - tres son a seguir las indicaciones más frecuentes de la alveolectomía complementaria de las extracciones que deben seguirse de prótesis inmediata:

1) La alveolectomía avulsora.- Facilitar las extracciones es el objetivo principal de esta técnica, además de ser indicación quirúrgica categórica y debe ser prevista por el cirujano.

Atento que debe realizarse la alveolectomía mínima sólo está debe preverse (de acuerdo con el cirujano), al "operar el modelo".

2) La alveolectomía modeladora.- Debe ser prevista por el protesista, ya que tiene por objeto modelar el maxilar de acuerdo con las exigencias mecánicas o estéticas.

3) La alveolectomía estabilizadora.- - Aún cuando no este bien comprobado que cumple esa función, su objeto más claro es eliminar las crestas del hueso que, bajo la presión de la prótesis, podrían transformarse en traumatizantes de la mucosa. Son principalmente las crestas interradiculares y las interdentarias y no se requiere otra cosa que redondearlas muy ligeramente.

LA TECNICA-PREPARACION DE LA PROTESIS

Se prepara la prótesis con las técnicas que anteriormente se vieron, ayudandonos además - con la base transparente de acrílico de Sears; que permite "adaptar quirúrgicamente el maxilar a la prótesis", pues probando esa base luego de las extracciones, se verán por transparencia los sitios isquémicos debidos a la comprensión de la mucosa en la zona operada, y se puede rebajar el-

hueso hasta lograr calce conveniente.

ANESTESIA.- Este tratamiento puede realizarse bajo anestesia local, regional o general. Un detalle importante se refiere a la necesidad de practicar la anestesia lejos de la zona a operar (dos anestésicos infraorbitarios serían lo ideal), con el objeto de no edematizar la región que luego va a soportar la prótesis. La zona edematizada desde luego, está aumentada de volumen y la prótesis no se adapta comodamente sobre esos sitios; por otra parte, la presión que la prótesis ejerce sobre un territorio edematizado, resulta dolorosa, una vez que ha desaparecido la anestesia.

INCISION.- Se trazan dos incisiones desde el surco vestibular hasta la lengua distal de cada canino. Se seccionan las lenguetas interdentarias y se desprende el tejido gingival del cuello de los dientes. Por el lado palatino se realiza el desprendimiento de la fibromucosa y se traza una incisión pequeña en distal de cada canino, para preparar así un colgajo mínimo, con el objeto de no traumatizar la fibromucosa.

LEVANTAMIENTO DE COLGAJO.- Con la espátula o la legra se separa el colgajo bucal hasta la altura del tercio apical de los dientes frontales. Por el lado palatino se desprende la fibromucosa en la extensión anteriormente señalada.

EXODONCIA.- Se practican las extracciones dentarias según la técnica correspondiente. Evitaremos fractura de la tabla externa hasta donde sea posible.

OSTEOTOMIA.- En los casos normales, es decir, en aquellos que no presenten protusión y -

no necesiten, por lo tanto, alveolectomía correctora, la osteotomía se reducirá a la necesaria para exodoncia y a la eliminación de las crestas interdentarias.

La osteotomía se realiza con pinzas gubias, que resecan los bordes filosos y las crestas prominentes y con limas para hueso. Con el dedo se investigan crestas y bordes y donde la sensación táctil denuncia irregularidades, allí se debe insistir. Es de suma utilidad descender el colgajo y palpar a través de él, para ilustrarnos de la regularidad del borde. La porción palatina de los alveólos, excepcionalmente necesita ser reseca; sólo será menester regularizar el borde filoso de los alveólos.

Para verificar que el caso clínico ha quedado como nos lo propusimos, vale decir, semejante al modelo de yeso sobre el cual se construyó la prótesis inmediata, se desciende el colgajo y se adapta sobre el maxilar del paciente una base transparente de acrílico que tiene, por supuesto, la exacta forma de la prótesis.

Colocamos la base transparente de Sears y en aquellos sitios que se ve empalidecer la encía o se nota exceso de presión será necesario realizar una mayor osteotomía. Se retira la base transparente, se levanta de nuevo el colgajo y con pinzas gubias se reseca el hueso excedente. Se completa el aislamiento con fresas grandes y con limas para hueso. Se vuelve a probar la base transparente. No necesitando nuevamente osteotomía y ya en condiciones de adaptar la prótesis, se corta el excedente.

La maniobra siguiente consiste en la fijación del colgajo gingival, por medio de pun-

UNA TECNICA DE ALVEOLECTOMIA



Preparación de la prótesis en el laboratorio, a) esquema de un corte sagital del modelo a nivel del incisivo central b) las líneas punteadas indican el sitio de la fractura del diente y la porción del modelo que se ha eliminado, c) el modelo separado, d) se ha ubicado el diente, e) la placa encajada.

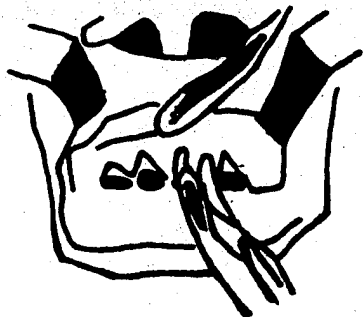
Prótesis inmediata. Esquema del corte sagital de la boca, a nivel de un incisivo central, a) antes de iniciar la intervención, b) el colgajo levantado y el diente extraído, c) se realiza la alveolotomía, d) sutura de la encía sobre el alvéolo, e) la prótesis colocada.



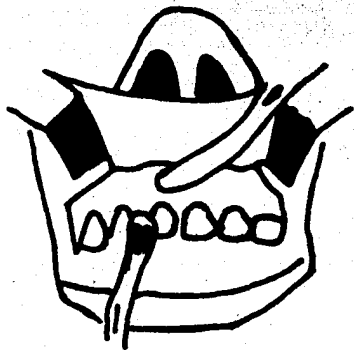
Esquema del corte del maxilar a nivel de un tabique interdentario, a) previo a la intervención, b) con el colgajo levantado, c) la alveolotomía hecha, el colgajo descendido, d) el colgajo vestibular ha sido cortado y suturado, e) con la prótesis inmediata.



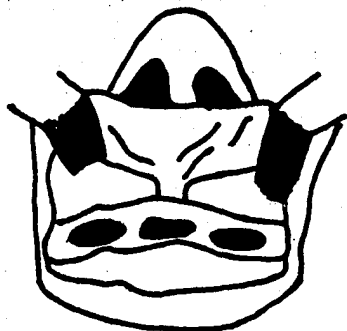
Desprendimiento del colgajo b) producto de la incisión.



Osteotomía. Regularización del reborde.



Regularización de los rebordes óseos con lima después de la alveolectomía con pinza gubia, el colgajo vestibular se mantiene apartado con un separador, para no ser lesionado en curso de las maniobras operatorias.



Prueba de la base transparente.



Sutura final del colgajo.

tos de sutura, que se realizan con seda fina, hilo o nylon, para que no resulten traumatizantes.- Por lo general, tres o cuatro puntos son suficientes. Los colgajos no deben quedar tirantes, ni deben ser modificados las inserciones musculares, ni el contorno para la adaptación de prótesis.

Terminada la operación, se lava la superficie gingival con el atomizador (suero fisiológico o agua oxigenada), y se procede a colocar la prótesis, directamente, o previo añadido a la placa, de cemento quirúrgico. La prótesis debe quedar en la boca sin ser sacada por el paciente durante 24 horas.

Las suturas han de ser extraídas cuatro o cinco días después de la intervención para permitir la correcta cicatrización de los tejidos.

INSTALACION

Extraídos los dientes, el aparato debe calzarse exactamente. Y si por el contrario el aparato retiene mal, el defecto podrá ser mínimo y puede ser suficiente, espolvorear la base con polvo adhesivo; si se da cierta importancia, es mejor proceder a un rebasado inmediato con material acondicionador, con un elastómero o aún acrílico-autopolimerizable (aunque, en términos generales, es preferible postergar el empleo de éste).

Una técnica al efectuar el rebasado, es rellenar los alvéolos con trocitos de gasa y el rebasado con el material elegido. Quitar la gasa de los alvéolos y recortar los excesos de relleno.

Instalación con cemento temporario.- Es otro mecanismo para lograr el ajuste que le falta a la prótesis inmediata en el momento de su instalación normal. La técnica para su empleo consiste en:

A) Mezclar el polvo con el líquido sobre un vidrio de cemento exactamente como se prepara éste, con ayuda de una espátula hasta obtener una mezcla de consistencia como de "cemento para pegar puentes".

B) Revestir con una capa de unos dos milímetros de pasta el interior de la dentadura, llevar éste a la boca, calzarla en su sitio y hacerle morder al paciente con suficiente presión como para eliminar todo exceso de pasta.

C) Esperar el completo endurecimiento, y retirar la placa de la boca.

D) Recortar los excesos de pasta con un cuchillo afilado, eliminar las puntas formadas -

por pasta que ha penetrado en los alveolos (aunque de antemano se hayan taponado con pedazos de gasa), y revisar éstos para eliminar toda partícula de pasta que pueda o pudiera haber quedado.

E) Colocar nuevamente la placa en la boca y dejarla 24 hrs., procediendo como en los demás casos.

Oclusión.- Debemos eliminar cualquier defecto serio en la articulación, ayudandonos con papel de articular y piedras, para poder lograr de inmediato una oclusión central balanceada mediante unos pocos contactos, dejando para después el afinado y las oclusiones excéntricas.

Otras de las sorpresas-falla que se pueden presentar durante la instalación de la prótesis inmediata, es el aspecto estético. En tal caso, el remedio suele ser tranquilizar al paciente de inmediato y rehacerle la prótesis tan pronto se pueda.

El criterio general frente a los defectos es corregirlos de inmediato cuando es preferible limitarse a hacer llevadera la prótesis, postergando la corrección de fondo para cuando el paciente esté en mejores condiciones.

CUIDADOS DURANTE EL POST-OPERATORIO

Educación del paciente.- Es de suma importancia instruir al enfermo, con el objeto de que no retire en ningún momento las placas de su boca pues esto puede significar el fracaso de la operación. Se le advierte que dejar la dentadura fuera de la boca al principio puede producir una inflamación que haga imposible o extremadamente doloroso el colocar la dentadura nuevamente.

El dolor debido al traumatismo de la extracción no se aliviará quitandose la placa. Solamente el cirujano dentista lo hará.

Los enjuagatorios serán suaves, recomendandose masajes con hielo. Esta es sólo una medida de precaución, porque, por regla general, el paciente no sufre dolor ni incomodidad excesiva.- En el caso de que el enfermo no pueda dormir por nerviosidad o incomodidad, se le prescribirá un sedante. De la misma manera se actuará con anti-inflamatorios y si fuese necesario la administración de un antibiotico, lo señalaremos de igual forma.

La alimentación consistira en dieta blanda y líquida, indicandole que se presente veinticuatro horas después, al cabo de cuyo tiempo el cirujano dentista retirará la placa para la varla y desinfectarla sumergiéndola en una solución antiséptica; después lavará las heridas bucales eliminando los colgajos que pudieran formarse y se vuelve a colocar la prótesis dental.

En las subsecuentes visitas y a medida que la inflamación vaya cediendo se harán las correspondientes correcciones necesarias para equilibrar la articulación así como todos los ajustes

que sean necesarios. Para que tenga una duración aceptable.*

CONSERVACION FUNCIONAL Y ESTETICA

Los registros preextracción estudiados - anteriormente, así como 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 el alineamiento primitivo y hasta se puede, como indica el doctor Kelly Geiger, duplicarlos en yeso piedra, ponerlos en posición en el articulador, y cambiarlos - nuevamente uno por uno. Con un poco de habilidad y de paciencia se logra duplicar la prótesis en - todos sus aspectos exteriores, al mismo tiempo - que se le reajusta a las nuevas condiciones oclusales, mediante un simple desgaste selectivo. El cual para poder trazar, deberemos recordar que - los dientes artificiales clasificados en dos grandes grupos de acuerdo al material de que están confeccionados se dividen en dientes; cerámicos - o de porcelana, que están indicados primordialmente para sustituir a los naturales anteriores, por su factor estético excelente. Siendo a su vez - intocables para los ajustes oclusales posteriores, por sus desventajas ya conocidas.

El ajuste oclusal (desgaste selectivo), que se realiza en las futuras prótesis, se lleva a cabo en los dientes posteriores en donde se -- precisa la intervención del segundo grupo de dientes artificiales (dientes de acrílico), que están indicados para estas zonas por sus diversas ventajas como lo son: facilidad de recortar o la necesidad de colocar alguna incrustación o corona to-

tal durante el ajuste oclusal, en nuestras placas futuras. Para obtener de esta manera una conservación funcional y estética mediante la oclusión-balanceada, que será nuestro objetivo final; la cual logramos mediante el desgaste selectivo, al restituir las superficies oclusales con metal colado.

Para llevar a cabo el desgaste selectivo, deberemos apoyarnos básicamente en la selección de los dientes posteriores, que de acuerdo a su angulación nos indicaran cuales son los que utilizaremos para cada caso en especial. O bien, aquellos dientes artificiales que se hayan seleccionado para nuestras placas inmediatas. Pudiendo ser dientes anatómicos (copias fieles de dientes naturales juvenes, con angulación de 33°), --dientes fisiológicos (ideales por la función desempeñada, tratando de favorecer la estabilidad de las placas con una angulación de 20°) y, por último los dientes anatómicos (con caras oclusales planas.

Finalmente como complemento del servicio, luego que se han colocado al paciente la prótesis regular, conviene rebasar, arreglar y pulir la primitiva prótesis inmediata para que su dueño la conserve como repuesto o "rueda de auxilio". Además es preciso recordar al paciente, que no es una prótesis para toda la vida, por lo que deberá consultar al cirujano dentista dos veces al año; para conocer el estado general que guardan las placas protéticas y los tejidos bucales.

C O N C L U S I O N

Para el tratamiento de prótesis inmediata debemos comenzar por darnos cuenta, en odontología, que no todos los pacientes tienen la misma predisposición para ser tratados, aún los casos - en que las condiciones de la cavidad bucal son - aparentemente un problema, si esto existe.

Debemos decidir, antes de cualquier procedimiento clínico si trataremos al paciente con una restauración que nos informe sobre los eventuales problemas presentados por su actitud mental, y reservar el derecho de detener el tratamiento después de que la primera restauración nos haya revelado que su falta de éxito estaba totalmente determinada por la actitud mental negativa del paciente.

Por lo tanto una prótesis inmediata debiera hacerse esencialmente para pacientes que comprendan las necesidades o requisitos y deseen cooperar con el odontólogo. Ya que este "servicio debe considerarse laborioso y que requiere exactitud" por la buena fama de la odontología en general y del práctico mismo.

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

ARANDA RAFAEL

"Fisiología y Estética en Prótesis Total"
Revista de la ADM. Marzo - Abril de 1966.

CLINICAS ODONTOLÓGICAS DE NORTEAMÉRICA

"Dentaduras Completas"
Edit. Interamericana, 1977.

DOXTATER, LEE WALTER

"Dentaduras Completas y Parciales"
Edit. UTEHA, 1940; Buenos Aires.

GARCÍA LOPEZ, HECTOR

"Materiales de Impresión Empleados en
Prostodoncia Total"
Tesis, México 1968.

GARIBAY CUEVAS, JORGE

"La Importancia de la Cirugía en Relación
a la Prostodoncia Inmediata"

GERSHKOFF, AARON

"Dentaduras Implantadas. Indicaciones y
Procedimientos"
Edit. Panamericana Buenos Aires, 1961.

GRANADOS PEON, JOSÉ IGNACIO

"Impresiones en Postodoncia Total"
Tesis, México 1974.

LEVIN, BERNARD

"Manual Clínico de Prótesis Totales"

LOYOLA, JOSÉ C.

"Extracciones Sereadas"
Revista ADM. Vol. XXXIII
Noviembre- Diciembre 1968.

ODONTOLOGIA CLINICA DE NORTEAMERICA
"Prótesis de Dentaduras Completas"
Edit. Mundi, Buenos Aires 1968.

ORLANDO, CAPUSELLI HUGO
"Oclusión para el desdentado Total"
Revista Academica Nacional de Estomatología
Vol. XVI No. 1, 1977.

RAMIREZ SILVA, JAVIER
"Materiales para bases de entaduras"
Tesis, México 1965

RIES CENTENO, GUILLERMO A.
"Cirugía Bucal"
Edit. El Ateneo
Buenos Aires, 1964

SAIZAR, PEDRO
"Prótesis a Placa"
Edit. Progreso Dental 1938

SAIZAR, PEDRO
"Prostodoncia Total"
Edit. Mundi
Buenos Aires, 1972.

SHIMANOVICH LENIN, MAX
"Cuidados Necesarios Después de la Colocación de
Prótesis Totales".
Tesis, México UNITEC 1975.

SWENSON, MERRI G.
"Dentaduras Completas"
1a. y 2a. Edición, Edit. UTHEA
España Cordoba, 1958

VEIRA BELLO, BENJAMIN
"Dentaduras Implantadas"
Río de Janeiro, 1956

VILLA Y ACOSTA HONORATO

"Prótesis Total, Antecedentes Históricos, Estado Actual y Proyección"

Revista ADM. Vol. XXIII Enero - Febrero 1966.