

54
2 de m.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO DE LA PROSTODONCIA INMEDIATA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

Julián Bello Segura



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	Páginas
INTRODUCCION	1
HISTORIA CLINICA	2
CARACTERISTICAS FISICAS DEL PACIENTE	7
EVALUACION CLINICA	10
RELACION DE LOS PROCESOS	14
TEJIDOS BLANDOS QUE CUBREN EL PROCESO ALVEOLAR	16
EXAMEN RADIOGRAFICO	22
PROTESIS INMEDIATA	23
VENTAJAS DE LA PROTESIS INMEDIATA	23
a).- Anatómicas	
b).- Funcionales	
c).- Estéticas	
d).- Psíquicas	
DESVENTAJAS DE LA PROTESIS INMEDIATA	25
INDICACIONES DE LA PROTESIS INMEDIATA	26
CONTRAINDICACIONES DE LA PROTESIS INMEDIATA	27
DIAGNOSTICO	28
EXAMEN CLINICO	29
IMPRESIONES PRELIMINARES	29
ARTICULADOR DE DIAGNOSTICO	29
PLAN DE TRATAMIENTO	31
TECNICA POR PASOS	31
IMPRESIONES Y MODELOS DEFINITIVOS	32
REGISTROS INTERMAXILARES	33
SELECCION DE DIENTES	34

CIRUGIA Y COLOCACION DE LA PROTESIS	36
INDICACIONES POST-OPERATORIAS	37
CORRECCION DE LA OCLUSION	38
ATENCION POSTERIOR	38
ADAPTACION DEL PACIENTE	39
ADAPTACION PRIMARIA	39
ADAPTACION SECUNDARIA	40
EDUCACION Y CONSERVACION DE LA PROTESIS	41
CARACTERISTICAS DE LAS PROTESIS TOTALES	42
PRIMERAS SENSACIONES BUCALES	43
EXCESO DE SALIVA	44
HABLA	44
ALIMENTACION	44
POSICION DE LA LENGUA	45
CONSERVACION DE LA SALUD TISULAR	45
ODONTOLOGIA CASERA	46
HIGIENE	48
AGENTES LIMPIADORES	49
CONCLUSIONES	54
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	56

INTRODUCCION

La historia clínica es un documento legal, en el cual buscamos el respaldo de nuestro futuro tratamiento, con los datos reportados por el paciente dentro del examen semiológico realizado por el profesional. Es el primer paso al diagnóstico, y es el relato de la molestia inmediata del paciente, de sus afecciones pasadas relacionadas con las actuales y finalmente de su salud en general.

Todo esto con el fin de saber cual sera la forma en que debemos tratar al paciente.

En la historia clínica se recabarán datos como son: datos generales del paciente, ya que son datos de caracter personal que reportan la identificación y localización del paciente a tratar, se debe incluir en la historia clínica el aspecto general del paciente, posición social, ocupación y actitud mental, ya que de ello depende en gran parte el éxito del tratamiento.

Tambien en esta se incluirán datos sobre el uso de dentaduras o prótesis, número de ellas, experiencias que haya tenido durante su uso.

HISTORIA CLINICA:

Información general: Esta parte de la historia clínica será relatada por el paciente, se refiere a la toma de datos de carácter personal, los cuales deben estar perfectamente estipulados ya que la información nos reporta la identificación y localización del individuo, así como datos que son valiosos para dictaminar un diagnóstico una vez concluida la historia clínica.

1.- Ficha de identificación:

- a).- **Nombre:** Dato que nos repota definitivamente la identificación del individuo a interrogar.
- b).- **Edad:** Es importante anotar dicho dato ya que en etapas de la vida se producen determinadas enfermedades, además nos muestra un panorama del estado hormonal, los cuales pueden influir de una u otra forma con nuestro plan de tratamiento. Dentro de este punto también podemos determinar la forma de trato y la capacidad de adaptación del paciente.
- c).- **Sexo:** Generalmente las mujeres son pacientes más difíciles que los hombres. En los pacientes femeninos es de mayor importancia la estética, y no importa la edad. Los hombres jóvenes frecuentemente se preocupan también por este aspecto; sin embargo, con la edad parece ser que les interesa más la comodidad y funcionalidad de la prostodoncia total. Ciertas enfermedades de tipo sistémico o local que se presentan con mayor frecuencia en determinado sexo.

d).- Salud general: Es de gran importancia tener presente este punto, ya que existen diversas enfermedades locales o generales que afectan a los maxilares o las mucosas bucales. De igual forma no ay que olvidar que algunas enfermedades se manifiestan primero en la cavidad oral, debiendo ser el Cirujano Dentista el primero en descubrir los signos y sin tomas de una enfermedad general.

Una persona que goza de buena salud es mejor paciente prosg todóntico que otro que se encuentre enfermo.

Algunos trastornos generales pueden tener manifestaciones orales, siendo necesario que el paciente sea tratado médicamente antes de la construcción de la prótesis total, para lograr un mayor éxito. Dichos trastornos son: Anemia, - artritis, parálisis de Bell, mal de Parkinson, tuberculo-- sis, lupus eritematoso, pénfigo, estomatitis nicotínica, - enfermedad de Paget, acromegalia, leucoplasia, tumores ma- lgnos.

Se deben tomar en cuenta la presencia de otras enfermeda- des como son: Diabetes, epilepsia, enfermedades cardiovas- culares, enfermedades de vias respiratoria. Para saber la forma en que debemos tratar al paciente y los cuidados que debemos tener con este.

e).- Ocupación y posición social: La ocupación del paciente ayu dará a determinar sus exigencias sociales y necesidades -- profesionales.

f).- Historia dental: Se preguntara al paciente cual fué la cau

sa por la que perdió los dientes, si fue por traumatismos, por caries, por iatrogenia o enfermedad parodontal. También deberán enumerarse los hábitos, por ejemplo: Eruxismo, masticar gomas, fumar pipa o cualquier otro objeto que se lleve a la cavidad oral.

g).- Historia de dentaduras: El paciente relatara brevemente su experiencia con el uso de primera dentadura hasta la que porta o la ultima que porto.

Tiempo de haber permanecido parcialmente desdentado y el tiempo que uso su primera prótesis. Este dato es primordial ya que hará del conocimiento del Cirujano Dentista - la capacidad de adaptabilidad del paciente.

Tiempo de haber usado dentaduras, se anota el número de meses y años que ha llevado las dentaduras.

Si el paciente ha sido desdentado parcial por mucho tiempo sin llevar prótesis, si las ha llevado. Se describe la experiencia que ha tenido en cada maxilar.

Dentaduras anteriores.

- 1.- Clase: Se enumeran los tipos de dentaduras que ha llevado el paciente, prótesis parcial removible o plaquitas parciales y de que material fueron elaboradas.
- 2.- Número de dentaduras: Se enumeran las dentaduras que el paciente ha llevado, por lo general son pacientes difíciles.
- 3.- Experiencia de dentaduras: Se comprueba si ésta experiencia es favorable, éste dato puede ser una indicación con

respecto a la capacidad que tiene el paciente para llevar o ajustarse a las dentaduras.

4.- Dentaduras actuales:

Se llena el cuestionario con: excelente, satisfactorio y no satisfactorio.

Al comparar las reacciones del paciente con las observaciones del Cirujano Dentista, respecto a las dentaduras que esta llevando, el paciente, obtendremos indicaciones sobre la calificación mental del paciente. Si el paciente criticó sin justificación la construcción de la dentadura frecuentemente será una experiencia muy difícil.

El profesional pondra especial interes en el estado actual de la dentadura, eficiencia masticatoria, retención, estabilidad, fonética, estética, comodidad, dimensión vertical, adaptabilidad, relaciones oclusales, problemas --- irritativos, sellado periférico, camaras de compensación--- camaras de succión, liberación de frenillos, movimientos musculares, reparaciones, habitos de higiene.

Eficiencia a la masticación:

La educación del paciente es muy necesaria cuando se considera la función de la dentadura. Es muy importante que el Cirujano-Dentista equipare lo que el paciente espera con los resultados probables.

Es necesario advertir al paciente que la eficacia masticatoria de sus nuevas dentaduras debere desarrollarse lentamente y refinarse. Al principio debe limitarse a alimentos blandos o cru

jientes que son masticados con facilidad.

Tiene que evitar alimentos duros y resistentes que sobrecarguen la capacidad de sus rebordes alveolares residuales. La habilidad para comer con las dentaduras debe ser aprendida.

ESTABILIDAD:

La acción coordinada y equilibrada de las superficies pulidas con las presiones de los labios, carrillos y lengua generan fuerzas estabilizantes durante la función y mantienen una estrecha relación con la oclusión de los dientes.

FONETICA:

Debido a la sensación inicial de volumen y al exceso de saliva que la acompaña, no es raro que el habla del paciente se distorciona, esta distorción fonética es más evidente cuando enuncian los sonidos sibilantes, la fluidez del habla puede ser afectada. El aparato fonético, aunque muy preciso, también puede adaptarse.

DIMENSION VERTICAL:

La posición postural habitual de la mandíbula cuando el paciente se encuentre descansando en posición erguida y los condilos se encuentren en una posición neutra, no forzada dentro de la cavidad glenoidea.

Es una dimensión facial en la cual se toma un punto móvil y un punto fijo, un aumento excesivo puede interferir en el habla y la masticación y crear un aspecto facial tenso, molestia, dolor en los rebordes y chasquido de la dentadura, también produce náuseas y vómito ya que los músculos elevadores están relajados.

RECOMENDACIONES DEL PACIENTE Y C.D. PARA MEJORAR LAS DENTADURAS

En este aspecto se le preguntará al paciente que es lo que espera como resultado final del tratamiento, el aspecto de más interés para él (función, fonética, estética) y el material del que pretende será la dentadura, para así el C.D. recabar datos y proporcionar confianza al paciente para la realización de un trabajo exitoso.

CARACTERISTICAS FISICAS DEL PACIENTE:

1.- **Habilidad neuromuscular:** Se prueba la capacidad del paciente al realizar los movimientos fisiológicos normales.

a).- **Lenguaje:** Capacidad de pronunciar y la expresión de fonemas los cuales pueden ser normales o defectuosos.

b).- **Coordinación:** Capacidad de hilar frases y de comprobar la coordinación de los músculos de la masticación.

2.- Aspectos generales:

a).- **Índice de cosmético:** Observar el vestido y la cantidad de cosmético que lleva el paciente, si éstos son mayores que el promedio, el paciente será generalmente más exigente con respecto a la estética de la construcción de la dentadura.

b).- **Aspecto:** Una persona con aspecto agradable, que se interesa en la vida, es generalmente un riesgo protésico mucho menor que una persona que se encuentra tensa y ha perdido el gusto por la vida.

c).- **Personalidad:** Delicada, media, vigorosa. Este punto tiene por objeto orientar al C.D. a ubicar a sus pacientes y así mismo en relación con los problemas prostodónticos.

3.- CARA:

a).-Forma: Está representada por los contornos fisonómicos que dependen de la forma del esqueleto y por ende comparados con las formas geométricas: Cuadrada, triangular y redonda. Es necesario apresarlas en las distintas combinaciones que sugen de ellas, teniendo en cuenta la piel, músculo y panículo adiposo, una variación de está repercute en el contorno facial. Se trata de caras de líneas laterales paralelas convergentes cuando se les mira de frente. La importancia de esto para la prostodoncia, radica en el parecido que encontramos en la forma de la cara y el incisivo central.

b).-Perfil: Esta integrado por la frente (incluyendo la glabella) la depresión nasal, el caballete y extremidad nasal, los labios y el menton.

Reconociendo estas referencias se encuentran tres tipos de perfil en el adulto. Recto, cóncavo y convexo, siendo este el más frecuente y el cóncavo el menos frecuente. Estas referencias son útiles y aplicables para encontrar más fácilmente la línea de armonía en la rehabilitación del edentulo.

c).-Textura: Las variaciones estructurales de la piel se manifiestan según la zona, las profundidades de las arrugas es sumamente fina formada por dos o tres capas de células epidérmicas carente de estrato granuloso, se consideran cambios histológicos por una desintegración de las fibras elásticas, aparecen unicamente en la piel cenil de zonas expuestas.

ARRUGAS DEBIDO A:

1.- **EDAD:** Es frecuente observar la aparición de leves arrugas sobre párpados, frente, ángulo externo del ojo y entre la nariz y la comisura de la boca, superada la edad de 30 -- años, hacia los 65 años adquieren profundidades permanentes debido a expresiones faciales habituales de tensión y preocupación. Estas arrugas no son meras invaginaciones de la epidermis, sino que se asocian a cambios estructurales definidos.

Las arrugas debido a la edad no deben ni pueden corregirse con las dentaduras.

2.- **PERDIDA DE LA DIMENSION VERTICAL:** Las arrugas debido a la dimensión vertical disminuida, o al mal soporte de los labios deben mejorarse con las dentaduras.

El contorno del labio y la cantidad de borde bermellón visible, frecuentemente se alteran cuando se pierden los -- dientes. En algunos pacientes, el contorno de los labios y el borde bermellón puede no alterarse o incluso mejorar se con la pérdida de los dientes.

3.- **COLOR Y TEXTURA DE LA PIEL:** Puede dar una identificación con respecto al estado general del paciente. Las caras -- delgadas y de aspecto anémico, con la mala textura de la piel, frecuentemente indican que existirán períodos de -- ajuste prolongados.

4.- **LABIOS:** Se observará cualquier agrietamiento, fisura o ulceración de los labios, pérdida de la dimensión vertical,

es el factor etiológico más común, los dientes faltantes, anomalías anatómicas y la posición incorrecta de los dientes perpetúan la tensión mucocutánea.

Con labios delgados la desviación más leve de los dientes en sentido anterior, afecta la expresión facial, suele encontrarse labios tensos y tirantes en individuos muy nerviosos.

EVALUACION CLINICA

1.- ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR:

- a).-COMODIDAD: Nos describe una articulación aceptable en línea recta, relajada y sin ruidos.
- b).-CREPITANTE: Microruidos que forman un sonido.
- c).-SONORA: Sonido fuerte que se escucha sin necesidad de un estetoscopio.
- d).-SUAVIDAD: Realizar su abertura máxima.
- e).-DESVIACION: Cuando se denota un cambio en la dirección de los movimientos de abertura y cierre mandibulares.

2.- MOVIMIENTOS MANDIBULARES: Las personas parcialmente desdentadas presentan distorsión de los movimientos mandibulares los cuales realizan al azar. (protrusiva, lateral izquierda y lateral derecha), algunos pacientes pueden sólo realizar movimientos de apertura y cierre, mientras que otros pueden realizar todos los movimientos mandibulares excéntricos.

FACTORES BIOLÓGICOS: El haber un diagrama general de los factores biológicos y de su interpretación, muchas veces determina

rá los procedimientos adecuados para la fase mecánica del trabajo y revelará através del plan de tratamiento, las condiciones que sean favorables o desfavorables.

TONO MUSCULAR: Los tejidos pueden ser tensos, flácidos o de tono mediano, tiene importancia observarlos porque la ubicación de los bordes en los sujetos de fuertes músculos y gran tonalidad de los tejidos, debe ser mucho más preciso que en sujetos de tejidos flácidos, los cuales admiten sobre extensiones con facilidad.

CLASE I: Los tejidos son normales en tono y función. No se han producido aún cambios degenerativos en los músculos de la expresión o masticación o en sentido de tacto de los maxilares y mucosas. Excepto en casos de restauración inmediata, los pacientes desdentados no tienen tono muscular de clase I, ya que se han presentado cambios degenerativos diversos.

CLASE II: Los pacientes en que se conserva la función normal, el tono y sentido de tacto. Cuando se han perdido los dientes naturales, nunca podrá utilizarse función muscular máxima. Los pacientes que han llevado dentaduras eficaces, que restauran la dimensión vertical correcta de la oclusión pertenecen a esta clase.

CLASE III: Casos de función subnormal, tono o sentido de tacto pérdida de dientes naturales por tiempo largo o por llevar dentaduras totalmente ineficaces, resultado de mala salud. Frecuentemente existe un exceso de cierre que da --

por resultado arrugas y la boca caída, protrusión en la mandíbula y pérdida del tono y fuerza muscular.

DESARROLLO DE LOS MUSCULOS DE LA MASTICACION Y EXPRESION.

En este aspecto se buscará la simetría de los músculos de la masticación, los cuales deben presentar similitud en sus proporciones dimensionales (tamaño, hipertrofia, atrofia).

TAMAÑO DE MAXILAR Y MANDIBULA.

El tamaño del maxilar y la mandíbula, pueden ser -- grandes, medianos y pequeños, en términos generales cuando mayores sean más favorables serán para la protodoncia. No obstante en el maxilar superior especialmente, a veces el gran tamaño puede deberse a hipertrofia ósea que en vez de favorecer perjudican la retención o colocación de la prótesis.

CLASE I: Maxilares grandes, ofrecen la mejor ventaja posible -- para la retención, estabilización y eficacia.

CLASE II: Maxilares medianos, ofrecen menos ventajas para la -- retención, estabilización y eficacia.

CLASE III: Maxilares pequeños, presentan muchas dificultades -- en alcanzar la estabilidad y eficacia deseada.

ALTURA DEL PROCESO RESIDUAL.

Forma del arco y la bóveda palatina.

CLASE I: Borde maxilar y forma de la bóveda cuadrada. Suave-- mente curvo y ovalado.

CLASE II: Triangular o en forma de "V".

CLASE III: Plana.

FORMA DEL PROCESO RESIDUAL: El tipo ideal del borde desdentado

do es en forma de "U" con paredes paralelas, una cresta amplia y bien redondeada. Este tipo de reborde ofrece una retención - optima, soporte y estabilidad de la prótesis.

Las retenciones en los rebordes son indeseables --- cuando interfieren con la vía de inserción de las dentaduras - en un grado que el alivio necesario afecta de manera significativa la adaptación tisular de la dentadura al reborde, así como la retención de la misma.

FORMA DE "U" INVERTIDA PLANA.

Reborde residual afilado, con frecuencia están relacionados con el dolor producido por la dentadura, es principalmente en la zona antero inferior donde es más frecuente.

FORMA DE ARCO.

Aunque la clasificación general de las arcadas es - cuadrada, triangular y ovalada, deberá tenerse presente que muchas bocas presentan un tipo de arcada combinada como: Ovalada triangular, ovalada-cuadrada, cuadrada-triangular o triangular invertida.

FORMA DE PALADAR DURO.

Forma la bóveda palatina cullos limites son hacia - adelante y los lados, las apófisis residuales, hacia atras el paladar blando.

INCLINACION DEL PALADAR BLANDO.

Existen tres clases de configuración de paladares - blandos empleados habitualmente, se basan en el angulo que forman el paladar blando con el duro. Mientras más agudo sea el

angulo del paladar blando en relación con el duro, mayor actividad muscular será necesaria para establecer el cierre nasofaríngeo. Por consecuencia mientras más sea desplazado el paladar blando en su función, menor será la superficie del mismo.

Se clasifica de la siguiente manera:

CLASE I: Indica un paladar blando horizontal, al extenderse -- hacia atrás con mínima actividad muscular.

CLASE II: Señala los contornos palatinos que se encuentran entre la clase I y III.

CLASE III: Indica un contorno más agudo en relación al paladar duro exigiendo una elevación marcada de la musculatura para crear un cierre velo-faríngeo.

RELACION DE LOS PROCESOS:

CLASE I: Normal. La cresta del reborde superior directamente - sobre el reborde inferior.

CLASE II: Prognático. Toda la cresta del reborde mandibular está fuera de la cresta del reborde maxilar. Una mandíbula más grande que el maxilar.

Mordida cruzada anterior, mordida cruzada posterior, mordida cruzada unilateral, un lado de la boca tiene una relación normal y el otro lado del reborde mandibular es más - ancho que el reborde maxilar.

CLASE III: Retrognático, el reborde mandibular es más estrecho y más corto que el reborde maxilar.

PARALELISMO DE LOS PROCESOS: Ambos rebordes se encuentran paralelos al plano oclusal.

El reborde mandibular divergente (anteriormente).

Reborde maxilar divergente (anteriormente).

Ambos rebordes divergentes (anteriormente).

DISTANCIA INTER-ARCO.

Se refiere al espacio que existe entre los arcos en el cual se acomodarán los dientes.

La distancia inter-arco puede ser excesiva o insuficiente provocando dificultades a la hora de la colocación de los dientes.

RETENCION OSEA:

La identificación y corrección quirúrgica de los tejidos duros anormales de maxilar y mandíbula se realizarán antes de elaborar las dentaduras. Debido que el reborde forma la base del soporte de la dentadura, deberá realizarse la cirugía para lograr resultados óptimos y la menor eliminación de hueso posible.

TORUS: Son proyecciones óseas benignas de crecimiento lento -- presentes en maxilar, frecuentemente, logra su máximo tamaño en la tercera década de la vida siendo de etiología desconocida, los torus están formados casi siempre por hueso cortical laminado cubierto por una delgada capa de mucosa.

Cuando los torus están ausentes, se ofrecen leves dificultades para la eficacia de las prótesis. No es necesaria la intervención quirúrgica.

Rebordes que presentan grandes exostosis que complican la construcción o impiden el éxito de las prótesis.

Rebordes que requieren intervención quirúrgica para permitir la construcción satisfactoria y uso apropiado para las prótesis totales.

TEJIDOS BLANDOS QUE CUBREN EL PROCESO ALVEOLAR:

Tejido hiperplásico o resilente. Resulta de la resorción ósea bajo una dentadura mal ajustada, debido a las fuerzas oclusales constantes no equilibradas.

Suele encontrarse en la porción antero-superior del reborde desdentado o encima de un reborde mandibular atrofiado en filo de cuchillo. De la misma manera suelen presentarse cuando se emplean dientes anteriores de porcelana con dientes posteriores de resina, debido a una hiper-oclusión anterior.

Para determinar lo que se debe palpar durante el examen bucal ya que el color y la textura superficial son similares a los tejidos adyacentes, lo que dificulta su diagnóstico. Si el tejido móvil se localiza y no interfiere con la estabilidad de la prótesis, se puede retener o se usarán técnicas de impresión mucostáticas que no causen presión.

Si por el contrario el tejido es excesivo y colgante e interfiere con la estabilidad de la dentadura, se extirpa quirúrgicamente.

ESPESOR FIRME Y UNIFORME:

Corresponde a la mucosa gingival completamente sana la cual se encuentra adherida firmemente al proceso y no presenta agrandamiento de tejidos blandos. Si por el contrario el tejido es excesivo y grueso, corresponde a la mucosa fibrosa -

e hiperplasia fibrosada, causada en ocasiones por irritación - constante de la prótesis.

MUCOSA:

Cuando está sana, es interesante, sobre todo, desde el punto de vista de su resiliencia. Pueden encontrarse mucosas tensas resilientes y blandas. Para las prótesis las resilientes son las mejores.

Una mucosa delgada y muy tensa, da por resultado un maxilar muy duro, de dureza realmente petrea.

Una mucosa espesa y blanda, si bien puede absorber admirablemente los efectos de la base, resulta difícil de impresionar, dificultara el registro de la relación central y resiste mal, los esfuerzos masticatorios.

La mucosa puede encontrarse irritada y por lo tanto la toma de impresión y colocación de la dentadura se dificulta en gran manera.

Cuando la mucosa se encuentra patológica, es necesario tratarla con anterioridad, ya sea con cirugía, antibiotico terapia o radiaciones.

INSPECCIONES TISULARES. (encia insertada):

CLASE I.- La altura de inserción a la cresta del reborde se encuentra superior a 1.25 cm.

CLASE II.- La altura de inserción en relación a la cresta del reborde se encuentra entre 1 y 1.25 cm.

CLASE III.- La altura de inserción en relación a la cresta del reborde es de 0.75 cm.

Las inserciones de tejidos en los rebordes están sujetas a cambios en la boca desdentada. El grado de resorción residual del reborde varía la relación del músculo e inserciones tisulares a la cresta del reborde.

INSERCIÓNES MUSCULARES Y FRENILLOS:

Clasificación de House, las inserciones musculares y del frenillo se clasifican de igual manera que las inserciones tisulares y del reborde. En el maxilar superior se clasifican: 1- alto, 2- medio y 3- bajo.

En la mandíbula se clasifican: 1-bajo, 2- medio y 3- alto.

ESPACIO POST-MILOHIODEO:

Se clasifica de igual manera que las otras inserciones musculares, es decir según su proximidad a la cresta del reborde cuando la lengua se encuentra extendida.

SENSIBILIDAD DEL PALADAR:

Se clasifica en: normal, sensible e hipersensible.

TAMAÑO DE LA LENGUA:

Generalmente la lengua de un desdentado se ensancha considerablemente y se levanta, se expande entre los rebordes residuales para ponerse en contacto con las mucosas linguales y labial. A medida que los rebordes residuales se reducen, si no se hace uso de la compensación protética (lo cual constituirá el soporte de la lengua), la lengua se expande cada vez más, terminando por levantarse el piso bucal que pasa a ocupar un lugar por encima de la rama horizontal.

Esto interferirá considerablemente en la retención

de la dentadura colocada en el proceso inferior la cual tendera a desplazarse constantemente.

POSICION DE LA LENGUA:

La dentadura mandibular depende de una posición adecuada de la lengua para conservar un sellado periférico adecuado y estabilidad para determinar la posición normal de la lengua o una posición retruida normal. Se le pide al paciente que abra la boca lo suficiente para introducir alimento. La lengua que se encuentra en íntimo contacto con la superficie lingual de la dentadura y el piso de la boca a un nivel normal.

WRIGHT'S la clasifica de la siguiente manera:

CLASE I.- Normal. Cuando la lengua ha estado normalmente restringida por los dientes inferiores y yace completamente laxa en el piso de la boca, con la punta ligeramente debajo de la posición normal de los rebordes incisales de los incisivos inferiores.

CLASE II.- Subnormal. Lengua aplanada y ensanchada en toda su longitud debido a la pérdida de todos los dientes inferiores, al fracaso de llevar dentaduras, se encuentra relajada con su ápice en posición normal.

CLASE III.- Anormal. Lengua retraída, va tomando una de las siguientes formas:

Una retracción por la cual el ápice de la lengua se dirige hacia abajo desde los incisivos mandibulares y dorsalmente a lo largo de los frenillos, mientras que la raíz de la lengua se encuentra elevada.

El ápice de la lengua se dirige hacia arriba y dorsalmente desde los incisivos mandibulares.

El ápice parece que desaparece en el cuerpo de la lengua y le da un aspecto cuadrado.

El cuerpo de la lengua se encuentra deprimido en el piso de la boca moviendo toda la masa hacia dorsal.

SALIVA:

Posee numerosas funciones químicas y mecánicas. Además de su función protectora y de sus funciones en el gusto y digestión, desempeña una función importante en la lubricación de la mucosa bucal y de los labios, coadyuvante en el lenguaje adecuado y soporte cómodo de las prótesis.

Si el flujo es excesivo, el paciente podrá quejarse de dentaduras flotantes y a un exceso de saliva acuosa, es necesario asegurar al paciente que este flujo excesivo de saliva constituye una reacción normal a las nuevas dentaduras y que disminuirá lentamente en las próximas semanas.

Todos los clínicos hacen hincapié sobre la importancia de la cantidad y calidad de la saliva para la retención de la prótesis. La falta de saliva suele acompañar los trastornos de la menopausia y el tratamiento de éstos es de rigor, se ha podido aliviar algún caso administrando 5 gotas de policarpina en solución al 2% antes de las comidas.

ACTITUD MENTAL:

Debe ser valorada para determinar el grado de aceptación y cooperación antisipadamente. El éxito del tratamiento

depende de la cooperación del paciente para aceptar ciertas responsabilidades dentro del tratamiento. La actitud mental de igual forma es un reflejo de la salud general y se encuentra clasificada de la siguiente manera.

FILOSOFICA:

Comprende la necesidad que existe de cooperación, y hace todos los esfuerzos necesarios para asegurar el éxito es un tipo amable, no es hipercrítico y está bien centrado -- mentalmente.

EXACTA O EXISTENTE:

En este tipo se refleja una actitud de perfección, resulta algo difícil al trato durante el tratamiento, ya que el paciente considera que el profesional deberá devolverle la fisonomía exacta.

HISTERICOS:

Son los individuos que causan más problemas. Estos pacientes son difíciles de manejar y el profesional deberá -- utilizar mucha paciencia y tacto para el trato. Estos pacientes como característica presentan problemas de tipo sistémico y esto es responsable de gran número de quejas conflictivas, algunas de las cuales carecen de fundamento.

INDIFERENTE:

A estos no les preocupa el encontrarse desdentados estos no realizan ningún esfuerzo especial para ajustarse a -- las prótesis y resulta ampliamente nula su cooperación para -- realizar el tratamiento, casi por lo general el pronóstico --

suele ser desfavorable en estos casos.

EXAMEN RADIOGRAFICO:

Este es un coadyuvante muy valioso para examinar - las estructuras óseas que van a sostener las dentaduras.

El estado de la estructura ósea es inseparable de la comodidad futura y duración de la restauración.

WILSON clasificó al hueso para sostén de dentaduras como: Hueso denso. Los trabéculos son compactos, los espacios medulares son pocos y el cuadro general es de opacidad. La corteza es sólida y bien definida. Si todos los otros factores son constantes, estas estructuras presentan poca resorción. Este hueso proporciona el fundamento óptimo para dentaduras artificiales.

Hueso articulado: Es mucho más ligero y el aspecto de la placa tiene grandes contrastes. Las trabéculas y espacios medulares están equilibrados con mayor uniformidad.

Hueso no cortical: Este hueso es transparente y pobre en sales orgánicas, no existe corteza definida, los margenes son muy delgados y con espículas. Ofrece muy poco soporte para dentaduras, a menos de reducir estrictamente la carga oclusal, se producirá una larga serie de molestias de resorción.

PATOLOGIA RETENIDA:

Como quistes, dientes impactados, restos radiculares que demuestren áreas transparentes deberán extraerse antes de colocar la prótesis.

PRÓTESIS INMEDIATA:

Prótesis inmediata, son aquellas que se confeccionan antes de la extracción de los dientes y se coloca inmediatamente después de la remoción de los dientes remanentes, sin esperar la cicatrización del tejido.

La prótesis inmediata no se debe confundir con la prótesis de urgencia, como su nombre lo indica es la que se hace con apremio.

VENTAJAS DE LA PRÓTESIS INMEDIATA:

Las ventajas de la prótesis inmediata se pueden clasificar en: Anatómicas, funcionales, psíquicas y estéticas.

VENTAJAS ANATOMICAS:

- 1.- Mantiene la relación craneo-mandibular conservando el tono muscular, y el de los tegumentos impiden que se presenten cambios morfológicos en la articulación temporomandibular evitando los trastornos que frecuentemente los individuos desdentados padecen en sus oídos.
- 2.- Impide la pérdida inmediata de altura, al reemplazar el tope oclusal, preservando o restituyendo la altura morfológica.
- 3.- Impide el ensanchamiento lingual. La lengua antes extendida en un espacio considerable, ahora es comprimida o contenida.
- 4.- Impide el colapso labial y el hundimiento de las mejillas. Esto es por el relleno de las prótesis, produciéndose el encajonamiento.

VENTAJAS FUNCIONALES:

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

VENTAJAS ESTETICAS:

- 1.- Impide el colapso facial, consecuencia de las pérdidas y transformaciones anatómicas.
- 2.- Con frecuencia permite introducir mejoras, a veces considerables.
- 3.- Permite la reproducción fiel y exacta de los rasgos fisiológicos.
- 4.- Permite conservar los atributos de forma, tamaño, color y posición particular de cada diente.

VENTAJAS PSIQUICAS:

- 1.- Elimina la humillación que sufren muchos pacientes al presentarse sin dientes.
- 2.- Permite mantener el equilibrio espiritual y facilita la continuidad de la vida de relación.
- 3.- Reduce los trastornos del acostumbramiento a la prótesis.

DESVENTAJAS DE LA PROTESIS INMEDIATA:

Las desventajas de la prótesis inmediata son mínimas si la cirugía se hace con una buena técnica y la prótesis se confecciona de la misma manera.

- 1.- Un trabajo adicional. Tanto en la clínica como en el laboratorio, más visitas para los reajustes.
- 2.- Costo adicional. Además de necesitarse más tiempo en su construcción, los gastos de los materiales a utilizarse también son más costosos.
- 3.- No hay pruebas como en la prótesis total mediata.
- 4.- Menos ajuste del asiento. Las bases no se fijan a los tejidos de soporte con tanta exactitud como cuando no hay dientes.
- 5.- Perdida temprana de la fijación. Debido a los cambios subsiguientes a la eliminación de los dientes.
- 6.- Las prótesis inmediatas, por lo general necesitan de rebases.

INDICACIONES:

Se le debe asegurar al paciente que las características de forma, tamaño y tono de los dientes naturales se pueden reproducir en los dientes artificiales, y se le mostraran antes que el paciente haya perdido los suyos.

- 1.- Cuando el estado de salud general del paciente permite hacer las extracciones de los dientes remanentes.
- 2.- Cuando existen dientes anteriores superiores e inferiores que sirven de guía para no perder la relación intermaxilar
- 3.- Cuando la dimensión vertical es favorable.
- 4.- que el estado de la boca y dientes admitan la espera requerida para el trabajo preoperatorio.
- 5.- Que el paciente desee este tipo de tratamiento y esté dispuesto a aceptarlo.
- 6.- Que la edad y el estado general del paciente permitan la o las intervenciones quirúrgicas que se requieran.
- 7.- Salvo contadas excepciones está indicada en casi todos los pacientes cuyo examen bucal revela la necesidad de extraer dientes que aún restan a fin de mejor servir a sus intereses, física, moral y social.

CONTRAINDICACIONES:

- 1.-- No debe intentarse prótesis inmediata en pacientes que no reúnan las condiciones físicas y espirituales adecuadas para recibir el servicio y afrontar su responsabilidad como corresponde.
- 2.-- Cuando la edad y el estado general del paciente no aconsejan extraer seis o más dientes.
- 3.-- En pacientes con problemás dentales patológicos como: Abscesos u otras lesiones que impidan realizar la intervención quirúrgica.
- 4.-- En pacientes que tengan alguna enfermedad sistémica; diabetes, tuberculosis, y en pacientes con invalidez crónica
- 5.-- Tampoco se debe realizar en pacientes hemofílicos y en pacientes con acetonemia, sífilíticos con lesiones orales terciarias.
- 6.-- Cuando la intervención quirúrgica implica un riesgo.
- 7.-- La posibilidad de que el paciente experimente más molestias después de la colocación de la prótesis.
- 8.-- Cuando el paciente no se halla preparado para valorar las implicaciones de ese tipo de atención o hacer frente a gastos y tiempo adicionales que ello involucra.
- 9.-- Las prótesis inmediatas requieren mayor servicio de mantenimiento que las prótesis completas mediatas.
- 10.-- Se establecerá y se explicará de antemano la probabilidad de un nuevo gasto.

DIAGNOSTICO:

Debemos tener en cuenta que el diagnóstico para el paciente parcialmente desdentado, que requiere de una prótesis inmediata. Es el mismo que para el paciente edentulo.

Los procedimientos de examen deben ser minuciosos y explotados a fondo, y a estos debemos incluir la evaluación de los estados normales, patológicos, anatómicos, fisiológicos y psicológicos. En cuanto a la relación con el estado actual, local y general del paciente, puesto que el diagnóstico clínico que indica la edentación como tratamiento, deben agregarse el quirúrgico y el protético.

En pacientes que cuentan con algunos dientes, la evaluación de éstos dientes es muy importante. Podemos obtener los registros de forma, tamaño, color, características individuales y posiciones relativas. Lo que es más importante, la dimensión vertical de los maxilares y la relación centrada debidamente registrada, y se pueden utilizar como guías para restablecer estas mismas relaciones cuando se construyan las prótesis totales.

Para valorizar el diagnóstico definitivo de la prótesis inmediata, debemos llevar a cabo los siguientes recursos exploratorios. Como son:

- 1.- Examen clínico.
- 2.- Impresiones preliminares.
- 3.- Articulador de diagnóstico.
- 4.- Examen radiográfico.

EXAMEN CLINICO:

La elaboración de la historia clínica completa, para cualquier tratamiento odontológico es de vital importancia, ya que en ella nos apoyaremos para la determinación del diagnóstico y -- realización del tratamiento.

La historia clínica tiene importancia tanto médica, técnica, científica y legal. Ya que con ella nos protegemos de cualquier problema que pudiera existir con el paciente u otra persona.

IMPRESIONES PRELIMINARES:

Modelos de estudio: Son de mucha importancia para - determinar con exactitud el diagnóstico, permitiendo observar detalladamente si los procesos alveolares están en condiciones de soportar las prótesis.

También podemos observar en los modelos si es necesario practicar la alveolectomía y alveoloplastia, si prescindimos de ambas, tendremos que seguir una secuencia de las extracciones a realizar de los dientes naturales remanentes y los -- cuidados que debemos tener en caso de que existan restos radiculares.

ARTICULADOR DE DIAGNOSTICO:

El registro intermaxilar o mordida a los efectos de diagnóstico, será la oclusión central actual, con las maloclusiones congénitas o adquiridas.

Con el montaje de los modelos en el articulador, -- tendremos la oclusión central actual maxilomandibulares y la

dirección del plano de relación. Además obtendremos las siguientes ventajas:

- a).- Las impresiones permiten un exámen más real de la sensibilidad transmitida por el paciente y la disposición al tratamiento.
- b).- Es de primordial importancia el que hayan bases protéticas de prueba muy estables que se adapten exactamente a los tejidos.
- c).- Los modelos se pueden montar en un articulador de bisagra, puesto que su valor es mínimo y su volumen pequeño, esto nos permite conservarlos indefinidamente.

EXAMEN RADIOGRAFICO:

Debe considerarse imprescindible el exámen de toda la boca, incluso los espacios desdentados. Si la causa más frecuente de la pérdida de los dientes son los que están excesivamente cariados o afectados por enfermedad parodontal avanzada, es necesario investigar si persisten infecciones que ocasionaron este problema, también para descubrir los restos dentarios y focos en la zona desdentada, 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 disimiles, en cada tratamiento deben de hacerse registros preoperatorios como son:

- a).- Fotografias de perfil, de frente y primeros planos de los dientes restantes.
- b).- Modelos de estudio.
- c).- Los perfiles recortados en cartón.
- d).- Planos con las características de los dientes.
- e).- Radiografías.
- f).- Medidas intra y extra-orales.
- g).- En algunos casos mascarillas faciales.

Estos registros serán útiles tanto para la primera restauración protodontica y durante toda la vida del paciente, siempre que se tenga que proceder a restauraciones.

UNA TECNICA POR PASOS CONSISTE EN:

- 1.- Exámen clínico.
- 2.- Exámen radiográfico.
- 3.- Impresiones preliminares.
- 4.- Articulador de diagnóstico.
- 5.- Impresiones y modelos definitivos.
- 6.- Registros de conservación.
- 7.- Colocación de los dientes.
- 8.- Cirugía.

- 9.- Colocación de la prótesis.
- 10.- Corrección de la oclusión.
- 11.- Rebases.
- 12.- Conservación funcional y estética.
- 13.- Educación del paciente.

Exámen clínico, exámen radiográfico, impresiones preliminares y articulación de diagnóstico. Resúmenes anteriormente.

IMPRESIONES Y MODELOS DEFINITIVOS:

Hay varios métodos aceptables para hacer las impresiones definitivas. La confección del porta impresiones individual depende de la técnica de impresión utilizada, éstas deberán tener el ajuste, la exactitud y la delimitación que exigen las impresiones de maxilares desdentados.

TECNICA I:

Se confeccionan portaimpresiones individuales de resina autopolimerizable sobre el modelo con espaciador de cera, estableciéndose un tope en tripode, sobre los bordes incisales de los dientes remanentes, sellado posterior y la repisa vestibular.

El portaimpresiones se recorta y se hace la rectificación de bordes como en el caso del desdentado total, posteriormente se hacen varias perforaciones al portaimpresiones y se aplica un adhesivo, para tomar la impresión definitiva con alginato o con elastómero y se corre con yeso de precisión.

TECNICA II:

Se basa en un sistema combinado. Se confeccionan con acrílico autocurable adaptadas únicamente en las zonas de dentadas. Estas portaimpresiones tendrán topes en las superficies linguales o palatinas de los dientes remanentes, en la re pisa vestibular y en el sellado posterior.

Terminado el portaimpresiones se rectifican los bor des y se alivia el portaimpresiones y se efectúa la impresión con pasta zinquenolica, dicha impresión será retirada, por medio de un portaimpresiones comercial. Con alginato, cuando ge lífica se retira y salen juntas las dos impresiones.

MODELOS:

Una vez obtenidas las impresiones fisiológicas, se procede a correr con yeso de precisión para obtener los mode los maestros o de trabajo definitivos. Estos deben tener las siguientes características: Excentos de burbujas de aire, im perfecciones de los dientes remanentes, deben tener las zonas bien delimitadas; cuello, forma y tamaño de los dientes remanentes, límites y posición de los frenillos.

REGISTROS INTERMAXILARES:

Para estos registros es necesario la elaboración de placas base y de rodillos de oclusión.

Las bases deberán ser lo más estables posible, es decir que se adapten exactamente a los tejidos, pudiendo utilizar para su elaboración cera dura para bases, y cera reforzada

o rodillos prefabricados, resina acrílica autopolimerizable, fabricándose de igual forma que para una prótesis total mediatá.

La presencia de dientes inferiores naturales es una guía útil para el esbлесimiento del plano de oclusión y los rodetes de oclusión se confeccionan en forma que corresponda a su altura.

Por lo general en las dentaduras inmediatas, el registro de las relaciones intermaxilares se hace innecesario, ya que en la mayoría de los casos la dimensión vertical se conserva igual que los planos de oclusión y la relación céntrica por la presencia de los dientes remanentes. En ocasiones estas relaciones pueden estar disminuidas o alteradas por factores como: La pérdida desigual de los dientes, aflojamiento de los dientes remanentes y la abrasión dentaria, por lo tanto es muy necesario la toma de registros, siguiendo la misma técnica que para desdentados totales.

Obtenidas estas relaciones se procede a montar los modelos en el articulador.

SELECCION DE DIENTES:

La selección de dientes es fácil de realizar, si se obtienen los registros de los dientes inferiores remanentes, estos deben de constituir un duplicado.

Las mediciones directas en la boca o en el modelo guía ayudarán a determinar el tamaño, la forma y el tono de los dientes seleccionados. Estos dientes a colocar pueden ser

de acrílico o de porcelana, anatómicos o no anatómicos de acuerdo a cada paciente.

Los modelos frontales son fáciles de obtener y muy útiles cuando por cualquier circunstancia no se pueden conservar los modelos de estudio.

Es importante que para la colocación de los dientes también se debe tomar en cuenta la opinión del paciente, ya que en algunos casos, el paciente puede querer una disposición más regular de los dientes, que la que tenía.

Ya articulados los dientes se procede a enmular.

TERMINACION DE LA PROTESIS INMEDIATA:

Ya enmulladas las dentaduras se colocan alivios en las zonas duras en caso de ser necesario, esto se hace con hojas de estaño o de plomo que se biselan y se bruñen. Posteriormente se retira del modelo, se pule y se corrige la oclusión con papel de articular para eliminar los contactos prematuros, además se eliminarán los ángulos muertos o retenciones del reborde alveolar.

PREPARACION DE LA FERULA DE ACRILICO:

Se construye una férula quirúrgica de acrílico transparente como guía del modelado del reborde en el momento de la extracción dentaria y colocación de la prótesis.

La férula revela la ubicación de puntos en el reborde donde se requiera eliminar más hueso, reduciendo la magnitud de la cirugía.

Se elaboran con los modelos en los cuales se han qui

tado los dientes, se toma una impresión con alginato mojando el modelo y se impresiona, se retira la impresión y se hace el vaciado.

Sobre el modelo se adapta cera y se confecciona un patrón para la férula, que deberá tener un espesor uniforme de 2 mm. exento en los bordes. Se coloca en la mufla para retirar la cera, ya limpio el modelo se coloca separador de yeso-acrílico y se coloca resina acrílica transparente termocurable y se termina como una prótesis cualquiera.

CIRUGIA Y COLOCACION DE LA PROTESIS:

Una intervención quirúrgica conservadora y precisa permitirá eliminar muchos problemas postoperatorios que a veces se presentan con las dentaduras inmediatas.

Técnica quirúrgica: Asepsia y antisepsia, anestésia local, tanto en tejidos linguales como labiales, pudiendo emplear premedicación para ventajas del cirujano y comodidad del paciente.

Incisión: Festoneada por la cara lingual o palatina y vestibular.

Separación del colgajo: éste se hará con una legra para no desgarrar el mucoperiostio y con esto tendremos una mejor visibilidad.

Avulsión de los dientes remanentes o restos radiculares.

Eliminación de las protuberancias (alveolectomía y alveoloplastia).

El levantamiento exagerado de los colgajos puede - producir tejido cicatrizante innecesario e inchazón inmediata, acompañada con hematoma, lo cual causará daños en la estabilidad y retención de la prótesis.

Se vuelve el colgajo a su sitio y se verifica con - el dedo la existencia de puntas o bordes agudos, se cortan las papilas interdentarias y se cierra la herida con puntos de sutura aislados. Con ceda negra tres ceros, es la más recomendable. Colocados los puntos de sutura se coloca la prótesis previamente esterilizada en una solución antiséptica fría.

Se le indica al paciente que cierre la boca para el primer control de oclusión, si la prótesis se colocó adecuadamente no habrá contactos prematuros muy pronunciados, se pedirá al paciente que conserve la prótesis en su sitio durante 24 horas, lo cual el C.D. la retirara por primera vez.

INSTRUCCIONES POST-OPERATORIAS:

Se pedirá al paciente que deje la prótesis en su si tio hasta que regrese al consultorio al día siguiente. El reti ro prematuro puede provocar inflamación que dificultará la posición posterior o la hará muy dolorosa, haciendo incapie de - que el dolor producido por el trauma de la cirugía no se ali via retirando la prótesis.

Dentro de las 24 horas se puede colocar hielo en la cara, 15 minutos cada hora y se prescribe un sedante, si hay - pérdida de sueño debido a molestias, tensión o irritación.

Se le aconseja al paciente que no mastique durante

las primeras 24 horas, indicándole una dieta líquida, blanda ya que la oclusión no está ajustada definitivamente.

Pasadas 24 horas, se retira la prótesis y se buscan zonas de presión marginal y se realizan los ajustes necesarios. Los puntos de sutura se retiran aproximadamente 5 días después de la operación. .

CORRECCION DE LA OCLUSION:

Esta se hace pasadas 48 horas, ya que haya desaparecido el edema y se retira la prótesis sin demasiada molestia, tomándose el registro de la relación céntrica como en -- las prótesis completas.

ATENCION POSTERIOR:

Después de los ajustes necesarios, se atenderán -- las prótesis según las condiciones individuales del paciente, por lo menos cada 3 meses para determinar la magnitud de los cambios progresivos, checando la retención de la prótesis y -- haciendo uso de acondicionadores de tejido en caso de que fuera necesario para la retención de la prótesis.

ADAPTACION DEL PACIENTE:

El adaptarse a una prótesis completa, depende en gran parte del dinamismo emocional del paciente. Esto origina el grado de satisfacción o de desdicha con que acepta su prótesis, que va de la tolerancia absoluta al complejo de inferioridad o la neurosis franca.

ADAPTACION PRIMARIA:

Al colocar la prótesis suele observarse una reacción de desagrado, o molestia de cuerpo extraño, deseo de no tenerla, acción nauseosa y si hay defectos en la construcción de la placa, habra compresión y dolores causados por ésta. Al mismo tiempo se observa que no hay cambios morfológicos. Los tejidos blandos se adaptan a la forma que la prótesis les impone.

Siempre existe una rebelión orgánica, que se acentua más en pacientes con prótesis mal elaboradas, la mucosa se ulcera en algunos puntos, la boca se hace dolorosa, la salivación se hace más abundante, la prótesis molesta, su presencia tortura. Esto se debe a que los órganos existentes en la boca no pueden soportar la presencia de una máquina extraña, la lengua choca con la prótesis, la rechasa, tartajea las palabras, las glándulas salivales aumentan su fluides.

Al colocar la prótesis, la mucosa queda aislada de sus estímulos normales, la descamación no se produce como antes, se modifica el funcionamiento de las glándulas, cuyos conductos excretores quedan cubiertos.

Si la higiene no es estricta se crea un ambiente de proliferación bacteriana y de putrefacción, debido a que se deja de hacer el lavado y barrido fisiológico y la descamación - se acumula entre la placa y la mucosa.

ADAPTACION SECUNDARIA:

Pasadas las reacciones iniciales y la adaptación -- primaria, vencida poco a poco la rebelión orgánica, la mucosa y el hueso terminan por habituarse al cuerpo extraño, presentándole suficiente apoyo para hacerlo efectivo en la masticación (adaptación secundaria).

La adaptación de la motilidad, varía en la rapidez con las personas y con los aparatos. Se acostumbra la lengua a hacer presión en sentido correcto, los músculos masticadores - no hacen más presión que la tolerada por la sensibilidad de la mucosa y la lengua adquiere más fuerza muscular que la de una persona dentada.

La adaptación hística, principia con el relleno de los puntos en que la base no contacta con los tejidos y continúa con el aplastamiento de los tejidos blandos que la sustentan. Esto trae como consecuencia el descenso en la dimensión - vertical entre 1 y 3 mm. durante los primeros meses de uso de la prótesis, debido al aplastamiento de la mucosa que produce el llamado encajonamiento de las bases protéticas en los tejidos blandos.

Cuando la mucosa no sufre daño alguno, su epitelio se cornifica o aumenta su grado de queratosis y las glándulas

mucosas privadas de su función tienden a atrofiarse.

La adaptación psíquica, involucra todos los cambios funcionales, necesarios al desarrollo de la serie de reflejos condicionados requeridos para la incorporación de los aparatos protéticos. Poco a poco se pierde la sensación penosa de cuerpo extraño, su presencia va dejando de ser conciente.

EDUCACION Y CONSERVACION DE LAS PROTESIS:

Se puede definir como la manera de aumentar los conocimientos del paciente sobre la cavidad oral y sus cuidados hasta el punto en que sea capaz de comprender las razones de los servicios dentales que se le proponen.

Comienza con la impresión inicial que es hecha por el Cirujano Dentista, continúa durante el tratamiento, y se refuerza con las visitas de revisión. Casi siempre nos da información para el éxito de las dentaduras y fija la responsabilidad del paciente en la conservación de las prótesis. Esto ayuda a que utilice su prótesis durante un periodo mucho mayor y con gran satisfacción que aquel que no tiene ninguna información.

Se sabe que una gran medida del éxito, estriba en la capacidad del paciente para comprender los problemas básicos relacionados con las prótesis totales y superarlos o compensarlos.

La aceptación del paciente por una prótesis total, se encuentra relacionada íntimamente con la actitud protética

del paciente, por esto debemos dar información sobre los problemas especiales relacionados con la utilización de las dentaduras completas, consejos acerca de formas de vencer o compensar estos problemas dados sobre la higiene bucal y lo relativo a la dentadura, así como advertencias sobre la odontología casera o de farmacia.

Un programa sobre la educación del paciente debe incluir los siguientes puntos:

- 1.- Naturaleza de las dentaduras completas.
- 2.- Naturaleza de las estructuras de sosten.
- 3.- Condiciones orales y generales que complican el uso de las dentaduras totales.
- 4.- Uso de las dentaduras.
- 5.- Problemas de salivación excesiva.
- 6.- Primeras sensaciones bucales.
- 7.- Problemas fonéticos.
- 8.- Sugestiones para comer.
- 9.- Posiciones adecuadas de la lengua.
- 10.- Importancia de la salud de los tejidos.
- 11.- Limpieza de las dentaduras y de las estructuras de soporte.
- 12.- Advertencia sobre los productos dentales.
- 13.- Peligros de la odontología casera.
- 14.- Importancia de las revisiones periódicas.

CARACTERISTICAS DE LAS PROTESIS TOTALES:

Debemos señalar al paciente que los dientes natura

les poseen raíces que están rodeadas por hueso y una prótesis se asienta sobre tejido húmedo y resbaloso (el paciente tiene que participar activamente en la desición), por lo cual la dentadura natural constituye un aparato eficaz para la masticación de alimentos duros.

Las fuerzas masticatorias generadas por la dentadura, están limitadas por la magnitud de presión que puede ser aplicada en forma cómoda y segura a estos tejidos interpuertos.

Los dientes naturales tienen un promedio de fuerza de mordida de 22 Kg. de presión y las prótesis totales una fuerza de mordida de 7 Kg. el paciente debe tener en cuenta que los dientes naturales son capaces de detectar variaciones pequeñas en el movimiento, así como las diferencias de tamaño localización y textura, lo que la prótesis total no podrá hacer, ya que estas no son un buen sustituto para los dientes naturales, sino que sólo es una sustitución protética para resolver la falta de dientes.

PRIMERAS SENSACIONES BUCALES:

La percepción bucal, es notable por su exageración por lo que debemos permitir al paciente observarse al colocar las prótesis, lo que ayudara a asegurar a la persona y contrastar la sensación; hay que advertirle que experimentara una sensación temporal exagerado de volumen que va a desaparecer con la familiarización de las prótesis. Para esto existen dos aspectos.

- 1.- Tomar ventaja de la mayor zona tisular posible para ayudar a la estabilización, retención y distribución de las fuerzas masticatorias.
- 2.- Cualquier cambio en el contorno de la dentadura es percibido por la boca como un volumen grande.

EXCESO DE SALIVA:

Una dentadura nueva es interpretada como alimento por el sistema sensorial de la boca, lo que produce una estimulación a las glándulas salivales para que secreten más saliva, trayendo consigo una dentadura flotante por el exceso de saliva. La que disminuye en pocas semanas.

HABLA:

En ocasiones el habla se distorciona al enunciar los sonidos sibilantes así como la fluidez de la misma. Debemos alentar al paciente a leer en voz alta hasta que adquiera un tono natural y fluido.

ALIMENTACION:

Es necesario advertir al paciente que la eficacia masticatoria de sus prótesis totales deberá desarrollarse lentamente y refinarse. Al principio solo masticar alimentos blandos o crujientes, evitando los duros y resistentes que sobrecarguen la capacidad de sus rebordes alveolares residuales.

El aprender la habilidad de comer con sus prótesis totales dependerá de cada persona y de su sentido común lo que podrá comer. Lo ideal es que mastique en forma bilateral, porque ayuda a estabilizar la base de la dentadura mediante la --

distribución de las fuerzas de la masticación a ambos lados de los rebordes residuales.

POSICION DE LA LENGUA:

Existen impedimentos básicos relacionados con todas las prótesis totales. Primero ambas están sometidas a las mismas cargas y presiones oclusales. Segundo, la dentadura mandibular está rodeada por músculos, los cuales pueden trastornar las bases de la misma, dependiendo de una posición adecuada de la lengua para la conservación de un sellado periférico adecuado y estable.

Para determinar si existe una posición normal de la lengua, se le pide que abra la boca al paciente y observamos la lengua y dientes. Si se notan las superficies oclusales, linguales y la posición anterior de piso de boca, la lengua estará en una posición retruida, lo que traerá una inestabilidad de la prótesis total.

Tendremos que hacerlo consciente de la importancia de la posición lingual adecuada, así como el aumento subsecuente en la retención y estabilidad de la dentadura mientras que el paciente se observa en un espejo; debe abrir y cerrar la boca mientras la lengua toma una posición normal, la cual se logra solo con la práctica.

CONSERVACION DE LA SALUD TISULAR:

Para lograr lo anterior existen tres factores que son:

- 1.- Descanso adecuado de los tejidos.

2.- Nutrición correcta.

3.- Limpieza de los tejidos de la boca.

El descanso adecuado logra que los tejidos de la boca contrarresten la presión diaria ejercida sobre los mismos por el uso de la dentadura. Al retirar la dentadura superior e inferior, antes de dormir tiene dos objetivos:

- a).- Proporcionar un tiempo conveniente para someter las dentaduras a una solución limpiadora.
- b).- Permite el descanso de los tejidos bucales.

Casi siempre se descuida la limpieza y el estímulo de la mucosa bucal, pero esto se puede hacer con un cepillo -- suave y con movimientos ligeros en los rebordes residuales con lo que eliminarán los residuos de alimento y la placa bacteriana, estimulando a la vez la circulación local; para después seguir con un vigoroso enjuague con solución astringente o solución salina, para reducir la cuenta bacteriana y micótica, sin teniendo además la boca fresca.

ODONTOLOGIA CASERA:

Las reparaciones y los rebases echos en casa ocasionan o perpetuan cambios patológicos en los tejidos bucales. Estos rebases caseros, así como las cantidades excesivas de preparaciones adhesivas, no se adaptan correctamente a la zona basal de la dentadura; los cojines y las almoadillas de cera, -- crean zonas de presión que sobrepasan la tolerancia fisiológica de los tejidos subyacentes, ocasionando irritación e inflamación de estas mucosas. .

Tambien llegan a producir necrosis resorción ósea locales. Estos cambios patológicos casi siempre pasan desapercibidos por el paciente.

El cambio tisular más frecuente es el endurecimiento y la inflamación, variando desde el eritema hasta la ulceración marcada. Si esto persiste largo tiempo, la inflamación -- crónica conducira a la grave resorción ósea, se pueden presentar tambien petequias palatinas, hiperplasia papilar, papilomatosis, epulis fissuratum y en caso de que la irritación sea -- crónica, la secuela más grave es el carcinoma bucal.

Los materiales de rebase aumentan el grosor de la prótesis total y por lo tanto la dimensión vertical, pudiendo trastornar la relación horizontal correcta de las dentaduras -- lo que trae una maloclusión.

Otro peligro son las reparaciones caseras de las -- cuales se dividen en cuatro tipos:

- 1.- La de un diente o dientes anteriores.
- 2.- La de un diente o dientes posteriores.
- 3.- La de la aleta fracturada de una prótesis.
- 4.- La de una prótesis fracturada en su base.

La reparación de los dientes anteriores es la más -- benigna, la mayor parte de estas reparaciones son desagradables y causan la malposición de un diente y un contacto prematuro anterior, mientras que la reparación de los posteriores -- ocasionan contactos prematuros y falta de armonía bilateral. -- La reparación más peligrosa es la fractura de la aleta o de la

base de la prótesis.

Es responsabilidad del Cirujano Dentista advertir a sus pacientes que son necesarios los ajustes a las prótesis y que pueden hacerse un daño irreparable si estos ajustes son intentados fuera del consultorio dental. Los ajustes caseros enmascararan los síntomas de las dentaduras mal ajustadas.

HIGIENE:

El paciente debe saber, que sus prótesis sufren desgaste y no son irrompibles, que mantenerlas en buen estado higienico exigen un esfuerzo personal permanente.

La limpieza de las prótesis, es una parte de la higiene personal que tiene por objeto eliminar los detritus de sales calcáreas y tal vez, otras. Cada resquicio de la prótesis no alcanzado por el cepillo o el agente químico es un foco de infección, que origina halitosis y puede contribuir a las inflamaciones de la mucosa bucal, enviando sus propios productos al tubo digestivo con la saliva y los alimentos.

La limpieza de la boca consta de dos partes: Enjuagatorios y limpieza a fondo.

Enjuagatorios: Despues de cada comida con agua corriente o adicionada a un elixir que no necesita ser desinfectante, completando con el enjuague de las prótesis totales bajo la canilla.

Limpieza a fondo: Por lo menos una vez al día, la limpieza sera más minuciosa antes de acostarse y muy especialmente si se usan las prótesis por las noches.

El cepillado de la mucosa cubierta por las prótesis , es similar a la acción estimulante como la del cepillado sobre la gingiva en los dentados, que trae como resultado el aumento de queratinización de la mucosa.

AJENTES LIMPIADORES:

Los restos alimenticios, las bacterias y el sarro - contaminan las prótesis, dan desagradable apariencia que puede ser responsable de la infección de los tejidos bucales. La prótesis se mancha en tres facas:

- 1.- Los restos alimenticios se acumulan sobre la superficie, - pero ofrecen poca resistencia y pueden eliminarse con un - leve cepillado con jabon.
- 2.- Los contaminantes superficiales mucilaginosos, aparecen pa - ra lograr adhesión al material y formar una placa donde se depositan los pigmentos derivados del metabolismo de los - alimentos.
- 3.- Cuando se calcifica la materia orgánica, se forma el tártaro; solo ocurren en las superficies protéticas adyacentes a la desembocadura de los conductos salivales. Cuando la - prótesis ha sido afectada por los pigmentos o por el depósito de tártaro, se usan metodos de limpieza físicos o quí - micos.

Por lo tanto es preciso que el paciente reciva una orientación respecto a los productos que se expanden en el comercio, los que el paciente mismo puede adquirir.

AGENTES LIMPIADORES

Limpiadores caseros.

Dentífricos.

Química Hipocloritos alcalinos.

Proxidos alcalinos.

Acidos diluidos.

Limpieza

Lavado.

Cepillado.

Mecánica

Frotando con esponja.

Raspando.

AGENTES QUIMICOS:

Detergentes: Ejemplo, perborato de sodio combinado con algunos alcalis (fosfatos) disueltos en agua, que produce una solución alcalina de agua oxigenada. Esta en contacto con restos alimenticios o de mucina, desprendera burbujas de oxigeno.

ALCALIS:

Fosfatos, carbonatos y silicatos; pero solo la alcalinidad de un ph de 8.5 por lo menos, es limpiadora efectiva. - Una cantidad de detergente sintético ayuda a su penetración y su acción, ejemplo:

Fosfato trisódico-----120 gr.

Aceite de canela-----0.30 cc.

Disolver la cuarta parte de una cucharada en un vaso con agua usar con cepillo, no dejar la prótesis por la noche en esta solución.

VINAGRE:

Limpiador casero, elimina las manchas y sarro; bañar las prótesis en cuatro onzas de vinagre blanco puro durante toda la noche, proporciona una concentración de ácido acético, que descalsifica los depósitos de sarro.

HIPOCLORITOS ALCALINOS:

Disuelven la matriz orgánica sobre la que se forma el tártaro, pero en las prótesis que contienen metal causa corrosión a estos (se diluye agregando sustancias anticorrosivas como el hexametafosfato y un exceso de alcalinos) no es útil en forma de polvo y posee una acción blanqueadora.

PEROXIDOS ALCALINOS:

Son tabletas o polvo, que al disolverse en agua -- proporcionan una solución alcalina de peróxido de hidrogeno. Contiene un agente liberador de oxigeno, como el perborato o percarbonato de sodio y un detergente alcalino como el fosfato trisódico. Cuando se emplea regularmente desde la instalación de una prótesis, elimina eficazmente la mucina y los restos alimenticios poco adheridos a la base, no causan daño al material de la prótesis.

ACIDOS DILUIDOS:

Son en su mayoría, soluciones de ácido clorhídrico al 5% y ácido fosfórico al 15% completando su acción limpiadora.

ra. Ataca al fosfato inorgánico de los depósitos de sarro, remueve pigmentos que resisten la acción del cepillado. Se aplica con un cepillo o esponja y por un periodo breve, no deben ser utilizados en prótesis que poseen elementos metálicos.

Algunos individuos son capaces de mantener sus prótesis cepillándolas con agua y jabon despupes de cada comida, la mayoría recurre a la pasta dentífrica o agentes limpiadores apropiados.

Un metodo efectivo y seguro es sumergir las prótesis diariamente en una solución de peróxido alcalino.

La State University of New York at Buffalo Dental School recomienda la siguiente formula:

4 ml. de Calgon.

4 onzas (114 ml.) de agua.

MECANICOS:

Un cepillo para prótesis, dentífrico, jabon o bicarbonato de sodio son los instrumentos más importantes de limpieza. Deben excluirse los abrasivos fuertes (piedra pómez, pulo-
il) por su acción de desgaste.

El cepillo deve ser de cerdas duras, pero no excesivamente, que alcance puntos profundos y usarlos con un movimiento circular pequeño; no es cosa de cepillar con fuerza, simplemente que no queden puntos sin alcanzar. Debe evitarse el empleo diario de polvos abrasivos fuertes, de cepillos muy duros y también el cepillado muy vigoroso.

Los adhesivos, intervienen en la higiene, puesto -

to que ellos pueden facilitar la multiplicación bacteriana, se dificultara la limpieza y enmascara la estomatitis protéolítica o atrofia ósea con hiperplasia fibrosa.

Tambien producen alteraciones en la dimensión vertical y posición de las prótesis, porque ocupan espacio donde no lo hay. Si se concidera necesario el aumentar la retención de la dentadura, puede esparcirse un poco de polvo adhesivo sobre la superficie de soporte mojada de la base. El exceso se sacude antes de colocar la prótesis, con cuidado en relación céntrica, con una presión moderada y completar el asentamiento correcto de toda la superficie basal.

Si se desea renovar el producto, debe quitarse la dentadura, lavarla y limpiarla cuidadosamente para eliminar toda la goma adhesiva y espolvorear nuevo adhesivo como se había mencionado.

Cuando la prótesis esta fuera de la boca, deben ser guardadas embueltas en algodón, en pañuelos o en papel, mantenerlas en agua pero de ningun modo deben pernoctar en soluciones desinfectantes o antisépticas fuertes.

LIMPIADORES SONICOS:

Son relativamente nuevos y emplean energia vibratoria, no energia ultrasónica, para limpiar dentaduras. Este limpiador de acción sónica para dentaduras resulta adecuado para la eliminación del sarro en diversas situaciones limpiadoras, como eliminar manchas de cigarrillos y cafe.

En conclusión las instrucciones y consejos para el cuidado y uso que podemos dar al paciente serian las siguientes:

- 1.- Puntualizar las limitaciones de las dentaduras artificiales.
- 2.- En el comienzo solo limitarse a los alimentos blandos o cortarlos en pequeños trozos, y no masticar de un solo lado.
- 3.- Leer en voz alta procurando separar las sílabas.
- 4.- Explicar que las prótesis se construyen para los rebor-- des existentes y que continuara produciendose alguna --- reabsorción, con lo que deberán ser controladas regular-- mente y tendra que ser reemplazada tiempo despues.
- 5.- Recalcar al paciente que sus condiciones físicas, menta-- les y bucales son individuales.
- 6.- Cepillar los procesos y enjuagarlos con sustancias as--- tringentes.
- 7.- Lavar las prótesis con cepillo blando y jabón, despues - de cada comida, para eliminar restos alimenticios.
- 8.- No utilizar cepillos duros o sustancias abrasivas, ya -- que el acrílico se abrasiona muy fácilmente; tampoco --- usar polvos limpiadores abrasivos caseros.
- 9.- Al limpiar las prótesis, hacerlo sobre una toalla o un - recipiente de agua fria para que no se fracture en caso de que se deslice de las manos.
- 10.- No tomarlas en la palma de la mano mientras la cepilla - ya que esta es una causa común de rotura, particularmen--

te la inferior.

- 11.- Si se forman depositos de sarro, es necesario emplear un agente que lo disuelva y no dañe la placa.
- 12.- No utilizar la prótesis durante la noche (solo los primeros días, ya que ayuda al paciente a adaptarse). No es natural que la mucosa esté cubierta, la presión continua de la prótesis, infiere en la circulación capilar normal y los microorganismos pueden desarrollarse bajo las placas dañando los tejidos subyacentes.
- 13.- Si se experimentan algunas irritaciones de los tejidos -- blandos, se le aconseja que se quite su prótesis y deje descansar los tejidos de la mucosa lesionada. Se las coloca dos o tres horas antes de la revisión, para que estén presentes y visibles los sitios dolorosos y se pueden hacer correcciones adecuadas.
- 14.- Cuando no se usen las placas, deben mantenerse en agua o en un recipiente especial con algodones.

BIBLIOGRAFIA

- ALVIN L. MORRIS----- Las especialidades odontológicas en
 HARRY M. BOHANNAN la practica general.
 Ed. labor España 1971
- BOUCHER CARL O.----- Prótesis para el desdentado total.
 Traducción de Marie Urlaub de Gonz.
 Ed. Mundi Buenos Aires 1977
- CLINICAS ODONTOLOGI-- Dentaduras completas.
 CAS DE NORTEAMERICA 1^a Edición Ed. Interamericana
 Abril 1977
- DEAN L. JOHNSON ----- Fundamentals of Removable prosthodon-
 tics.
 Ed. Quintessence publishing Co, Inc.
 1980
- ELINGER M. CHARLES--- Synopsis of Complete Dentures.
 RAYSON JACK A. Ed. Lee And. Febiger, Philadelphya
 RAHN ARTUR O. 1975
- TERRY JAMES M.
- KIEL HORST UHLIG ---- Prótesis para desdentados.
 Ed. Quinta-esencia
 Berlin 1973
- KRUGER GUSTAVO O.---- Tratado de Cirugia Bucal
 Ed. Interamericana
 1963
- EQUIPO DE COLABORA--- Modulo de prostodoncia total.
 DORES DE PROSTODON- S.U.A.
 CIA TOTAL. U.N.A.M. México

- NAGLE RAYMUND J. ---- Prótesis dental, dentaduras completas.
Barcelona Teray
España
- NEILL D. J. ----- Prótesis completa.
- NAIR R.I. manual clínico de laboratorio.
Ed. Mundi, Argentina
1971
- OZAMA DEGUCHI JOSE Y.-Prostodoncia total
Ed. U.N.A.M. 4^a Edición
México 1981
- RIES CENTENO----- Cirugía Bucal.
Ed. El Ateneo 3^a Reimpresión
Septima edición 1978
- RIPOL CARLOS ----- Prostodoncia. Conceptos Generales.
Mercadotecnia odontológica
México 1976
- SAIZAR PEDRO ----- Prostodoncia total.
Ed. Mundi S.A. I.C. Y F.
Buenos Aires 1972
- SHARRY, JOHN J. ----- Prostodoncia total completa.
Versión Española de Pedro Planas Teray
1977
- SHELDON WINKLER ----- Prostodoncia total.
Ed. Inter-americana S.A. de C.V.
México 1982
- SWENSON MERRIL ----- Dentaduras completas.
D.D.S. FI. C.D. Ed. Hispanoamericana
3^a Edición 1965