



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

«ZARAGOZA»

29 No 120

**DIAGNOSTICO DE PROTESIS INMEDIATA
EN CIRUGIA BUCAL**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N I

RICARDO PEREZ ALVARADO

MIGUEL ANGEL CRUZ TAPIA

RAUL LANDA LOPEZ

México, D. F.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E .

INTRODUCCION	1
Fundamentación del tema	2
Planteamiento del problema	2
Objetivos	5
Hipótesis	5
Material y Metodo	6
CAPITULO I.	
GENERALIDADES.	
Definición	7
Indicaciones y Contraindicaciones	8
Ventajas	11
Desventajas	12
Tipos de Prótesis Inmediata	13
Bibliografía	15
CAPITULO II.	
VALORACION INTEGRAL DEL PACIENTE.	
Exámen Físico	16
Historia Clínica	18
Historia Clínica Preprotética	29
Interrogatorio	30
Registro del Estado Normal del Terreno de Soporte Protético	34
Posibilidad de Cierre del Borde Protético en Vestibulo y Sobre Reborde Alveolar	44
Bibliografía	49
CAPITULO III.	
MATERIALES DE IMPRESION UTILIZADOS PARA PROTESIS INMEDIATA.	
Generalidades	50
Características de los diferentes materiales	51
Bibliografía	59
CAPITULO IV.	
PASOS CLINICOS EN LA ELABORACION DE LA PROTESIS INMEDIATA.	
Características que se registran	60
Obtención de Modelos de Estudio	61
Exámen del Modelo y su Diseño	63
Portaimpresión Individual	63
Impresiones Fisiológicas	65

Colocación de Rodillo y Orientación	69
Relaciones Intermaxilares	71
Elaboración y Colocación de la Prótesis Inmediata	75
Encerado y Proceso	79
Bibliografía	83

**CAPITULO V.
PREPARACION QUIRURGICA DEL PACIENTE.**

Asepsia	84
Agentes Químicos	85
Agentes Físicos	86
Instrumentos para Cirugía Bucal	87
Instrumentos para Sección de Tejidos Duros	91
Objetivos de la Cirugía Preprotética	96
Medidas Locales	97

**CAPITULO VI.
TECNICAS QUIRURGICAS.**

Alteraciones Post-Quirúrgicas más frecuentes	110
Bibliografía	114

CAPITULO VII.

Cuidados e indicaciones Post-Operatorias de la prótesis — inmediata	115
Bibliografía	118

Resultados	119
Conclusiones	120
Propuestas y/o Recomendaciones	122
Bibliografía General	123

INTRODUCCION.

El diagnóstico es fundamental para lograr el éxito en cualquier tipo de tratamiento odontológico.

Para lograr un diagnóstico correcto en odontología, es necesario tener en consideración, que la boca forma parte del aparato digestivo por lo cual, para efectuar el diagnóstico se debe tener en consideración la relación entre todos los componentes del aparato estomatognático.

Para la colocación de una prótesis inmediata, el diagnóstico es muy importante, puesto que de este depende que la prótesis cumpla con los tres principios básicos a lograr en cualquier tipo de prótesis, los cuales son:

Buen soporte óseo, estabilidad y retención.

El objetivo de esta tesis es el de tratar los factores necesarios que han de tomarse en cuenta para realizar un adecuado diagnóstico en la elaboración de una prótesis inmediata. Por ejemplo: valoración del estado general del paciente, análisis clínicos, estudios radiográficos, valoración de tejidos de sostén, etc.

No es propósito principal el de describir técnicas quirúrgicas, aunque se mencionaran algunas de las más comunes en cirugía preprotética, sin ahondar en cada una de ellas.

Las principales causas por las que escogimos este tema fueron:

Durante la práctica clínica llevada en la escuela encontramos que se presentaba gran porcentaje de pacientes con requerimientos de cirugía preprotética o prótesis inmediata, la atención que recibían estos pacientes no era del todo satisfactoria -- debido a que no se tenía, por parte del alumno los conocimientos adecuados sobre como realizar un correcto diagnóstico de -- las condiciones y necesidades del paciente.

En la práctica a nivel de consultorio, se observa que también el dentista no se encuentra capacitado para brindar un tratamiento adecuado a las necesidades del paciente.

Debido a que las personas con requerimientos de prótesis inmediata o cirugía preprotética son cada vez mayores es necesario que los profesionales de práctica general se encuentren capacitados con los conocimientos más indispensables para brindar al paciente un mejor servicio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Objeto de estudio:

Diagnóstico de prótesis inmediata en cirugía bucal.

Génesis, desarrollo y estado actual:

Cuando es necesario practicar cirugía bucal en un paciente que requiera tratamiento protético, se observa que las alteraciones o estados por los cuales es necesario la cirugía, tiene dos orígenes que son:

A.- Congénitas,

B.- Traumáticas o provocadas,

Tanto las alteraciones congénitas las traumáticas se presentan lo mismo en tejidos duros que en tejidos blandos,

De las alteraciones congénitas más frecuentes tenemos:

- A.- Exóstosis óseas (torus)
- B.- Hiperplasias gingivales .
- C.- Frenillos cortos o largos.

Existen además otras alteraciones que no se mencionan por que requirieron de tratamiento especializado y ser tratadas a nivel hospitalario.

Entre las alteraciones provocadas se encuentran generalmente:

- A.- Las provocadas de las extracciones y que generalmente - afectan al hueso .
- B.- Las provocadas por mal ajuste de la prótesis y que frecuentemente afectan a los tejidos blandos.

Análisis:

De las alteraciones que el dentista de práctica general puede tratar a nivel de consultorio, se encuentran las que afectan a tejidos blandos (frenillos, Hiperplasia gingivales), así como también los tejidos duros pero no involucran estructuras más profundas (torus, tu. crosidades);

También es frecuente que el dentista trate las lesiones provocadas por traumatismo, estas lesiones son producidas en el consultorio dental ya sea por una extracción mal realizada o por una placa o prótesis desajustada,

En el caso de que la lesión se provoque por una extracción, esta puede ser de dos formas:

- A.- Eliminación excesiva de hueso durante la extracción.
- B.- La no eliminación de puntas o bordes óseos.

En los casos en que la lesión es provocada por una prótesis mal ajustada o mal diseñada, las lesiones que se presentan son:

A.- Hiperplasia gingivales.

B.- Zonas de mucosa fluctuante.

Contradicciones.

- I.- Si no se examinan conjuntamente el estado general del paciente así como las condiciones locales de la boca, es difícil que el tratamiento brinde un buen resultado.
- II.- Si no hay un criterio adecuado en el diseño y elaboración de la prótesis, se pueden provocar en lesiones traumáticas al paciente.
- III.- El desconocimiento de las técnicas quirúrgicas más comunes en un consultorio de práctica general, trae como consecuencia que no se le brinde al paciente un tratamiento adecuado.

Medidas superadoras.

Familiarizar y crear conciencia de la ventaja que representa el practicar además de una buena historia clínica general, una adecuada historia preprótesis.

Capacitar al dentista sobre las técnicas clínicas más usuales en la elaboración de una prótesis inmediata, así como también sobre las técnicas quirúrgicas más comunes.

Familiarizar al dentista con la técnica del laboratorio en la elaboración de la prótesis inmediata.

OBJETIVOS

- I.- Recopilación e interpretación de bibliografía existente relacionada con el diagnóstico de prótesis inmediata.
- II.- Valorar el estado general del paciente que deba ser sometido a cirugía preprotética.
- III.- Describir el objetivo de la cirugía preprotética.
- IV.- Describir e interpretar los análisis del laboratorio realizados en el preoperatorio.
- V.- Valorar la importancia que representa la interpretación radiográfica para una intervención quirúrgica.
- VI.- Mencionar los métodos de antisepsia más frecuente en cirugía bucal.
- VII.- Mencionar los cuidados post operatorios y explicar indicaciones y contraindicaciones de la farmacoterapia a seguir.
- VIII.- Mencionar las alteraciones postquirúrgicas más frecuentes.
- IX.- Indicar el procedimiento clínico para el reajuste de la prótesis inmediata.

HIPOTESIS

El correcto diagnóstico representa en cualquier tratamiento especialmente en cirugía preprotética un papel relevante, ya que de él depende en gran medida el éxito del tratamiento,

Por lo tanto mientras mejor capacidad se encuentre el dentista sobre las alteraciones generales que pueden influir en el tratamiento, así como los factores locales de la boca, se podrá brindar al paciente un tratamiento más completo y profesional.

MATERIAL Y METODO

Para la realización de esta tesis se contará con recursos humanos y recursos físicos.

De los recursos humanos se encuentra:

- A.- Investigadores: Se encargarán de recopilar la bibliografía existente sobre el tema.
- B.- Asesor: Supervisará la recopilación de la bibliografía y orientará en el desarrollo del tema.
- C.- Población adulta con necesidades de prótesis inmediata-

Recursos físicos:

Equipo fotográfico.

Libros, revistas, artículos nacionales e internacionales. conteniendo información actualizada sobre el tema.

M E T O D O

Para la recolección de información bibliográfica se utilizarán fichas de consulta y bibliográficas de libros, revistas y artículos de los últimos años.

Basando para ello en el método científico.
Anexando material de apoyo.

GENERALIDADES.

DEFINICION.

Prótesis inmediata, es el procedimiento clínico por el cual se colocan las placas después de haber hecho las extracciones o alguna regularización en los maxilares, en caso necesario es vital la preparación previa de la prótesis antes de aplicar intervención quirúrgica alguna.

La prostodoncia es una rama muy importante de la odontología que ha tenido en los últimos años grandes progresos y beneficios, aunque parezca que el preservar los dientes naturales — eliminará los servicios prostodóncicos en el futuro, es todo lo contrario ya que se debe tomar en cuenta que aumenta el número de pacientes que solicita servicio en este campo.

Para que el cirujano dentista se encuentre apto para ofrecer un adecuado tratamiento a los pacientes que solicitan sus servicios debe tener presentes los siguientes puntos:

- 1.- Tener conciencia que el paciente está dotado de sensibilidad y que siendo un ser humano, sabrá que requiere un servicio dental profesional y competente,
- 2.- Tener presente que se hará una preparación oral, psicológica y física a los pacientes, antes del tratamiento protético.

- 3.- Efectuar los análisis clínicos necesarios, previos a los procedimientos operatorios necesarios para la construcción de la prótesis.
- 4.- Conocer perfectamente los pasos en la construcción de la prótesis y realizarlos de manera adecuada.
- 5.- Tener una buena relación de trabajo entre cirujano y protésista.
- 6.- Debe conocer las técnicas de laboratorio y mecánicas en la construcción de las prótesis y saber dirigir al técnico su terminado.
- 7.- Familiarizarse con las autorizaciones de trabajo para dentaduras y ejecutarlas correcta y fácilmente.
- 8.- Tener conciencia de que algunas ocasiones se tiene que hacer cargo de ciertos pasos en la construcción de las dentaduras, los cuales suelen ser difíciles y exigen tiempo.

INDICACIONES PARA PROTESIS INMEDIATA.

Las indicaciones para prótesis inmediata, se sujetan a cada paciente ya que muchas ocasiones llegan al consultorio con la idea de que se les efectue el tratamiento, aunque por lo gene-

ral se presentan sin saber que tipo de tratamiento necesitan, - es por ello que el dentista a través de un exámen de las condi-- ciones del paciente, puede orientarle en el tipo de tratamiento que más convenga.

Las indicaciones más frecuentes son:

1. - Pacientes adultos en los cuales, se necesitan de sus activi-- dades, no pueden pasar desdentados el tiempo necesario - para que se lleve a cabo la cicatrización y efectuar la pró-- tesis convencional.
2. - Pacientes en los cuales, se necesitan extraer gran canti-- dad de dientes, en este caso se comienza por extraer los dientes posteriores y esperando la cicatrización, para -- que al final se extraigan los dientes anteriores, de esta - forma el paciente, conserva su aspecto estético y no pa-- sa mucho tiempo desdentado.

CONTRAINDICACIONES DE LA PROTESIS INMEDIATA.

Las contraindicaciones para la colocación de una prótesis in-- mediata, generalmente se deben a características especiales de los pacientes, las más comunes son:

1. - Pacientes en los cuales su capacidad psicológica no les per

mite ajustarse al tratamiento.

- 2.- Pacientes que sufren trastornos o afecciones de tipo general, alteraciones que convierten al paciente en sujetos — con mayor riesgo quirúrgico si hay que extraer varios — dientes en una sola sesión.

Entre las afecciones más frecuentes, se encuentran: Diabetes Mellitus, alteración del tiempo de sangrado y coagulación, enfermos con alteraciones cardiacas, Etc.

- 3.- Factor económico, desde el punto de vista económico la prótesis inmediata presenta una desventaja para el paciente en un corto plazo tendrá que volver para que se le haga una prótesis convencional, lo que duplicaría el gasto. De los puntos anteriores, observamos que la elaboración de una historia clínica detallada, nos llevará al éxito del diagnóstico para poder elegir el tratamiento adecuado.

VENTAJAS DE LA PROTESIS INMEDIATA.

Las ventajas de la elección de la prótesis inmediata, se pueden dividir de la siguiente manera:

I. - VENTAJAS FISIOLÓGICAS.

A. - HEMOSTASIS: Generalmente la hemorragia se detiene por que la base de la dentadura cubre los alvéolos de las extracciones y actúa como apósito confinando al coágulo mediante la aplicación de una leve presión.

B. - CICATRIZACIÓN: Aunque es imposible acortar el tiempo de cicatrización, la base de la prótesis protege los tejidos y reduce la acumulación de residuos alimenticios en los alvéolos, lo cual podría retardar la cicatrización.

C. - TONO MUSCULAR: Cuando los dientes son reemplazados de inmediato los músculos de la lengua, labios y carrillos mantienen su posición fisiológica y normal.

D. - MENOR REABSORCIÓN DE REBORDES: La estimulación funcional de los rebordes desdentados que proporciona la base de la dentadura, tiende a reducir la magnitud de la reabsorción postoperatoria del reborde.

e. - Es menos factible que se desarrollen malos hábitos de di-

rección, si los dientes se conservan hasta el momento de ser reemplazados.

F.- El paciente con prótesis inmediata, realiza mejor la fonación y deglución que un paciente sin dentadura, aún por períodos cortos de tiempo.

G.- Se conserva la dimensión vertical.

II.- VENTAJAS ESTETICO-PSICOLOGICAS.

A.- No interrumpe sus quehaceres, el paciente puede volver a su actividad habitual con un mínimo de demora.

B.- Los dientes de la dentadura inmediata, pueden ser colocados en la misma posición que poseía el paciente sus dientes.

C.- No hay período desdentado inhibitorio, por lo que psicológicamente el paciente se siente más confortable.

DESVENTAJAS DE LA PROTESIS INMEDIATA.

Las desventajas de la prótesis inmediata, se relacionan más con las condiciones prostodónticas que con las fisiológicas.

Entre las más importantes tenemos:

A.- Tiempo y gasto; por lo general, se precisan de ajustes postoperatorios adicionales de la dentadura y rebasados o la confección de una prótesis convencional. Este hecho lo debe saber el paciente antes de comenzar el tratamiento.

B.- Falta de prueba: una de las principales causas del fracaso de la prótesis inmediata, es el registro de la relación céntrica incorrecta. Esto se produce cuando se registra como relación mandibular céntrica a la oclusión adquirida por los dientes naturales remanentes en el paciente.

El uso de férulas o prótesis terapéuticas con rodetes posteriores oclusales, ayuda a salvar esta situación.

Con la prótesis inmediata, no hay oportunidad de comprobar las cualidades estéticas de la dentadura antes de su instalación.

Sin embargo, si se hacen prótesis o férulas terapéuticas esto no constituye un problema, ya que las deficiencias estéticas se pueden corregir en la segunda prótesis.

C.- El número de citas es mayor que para un tratamiento de prótesis convencional.

TIPOS DE PROTESIS INMEDIATA.

Existen cuatro tipos de prótesis inmediata conocidos, los cuales son:

I.- PROTESIS SIN FLANCO VESTIBULAR O ABIERTA: Cuando no hay encía anterior, es necesario excavar un poco al alvéolo del modelo de yeso y se introducen de 1 a 3 mm. del

diente por reemplazar ya que esto simplifica el trabajo o la elaboración, el resultado es favorecedor, ya que se ve como si emerfiesen de la encia. Además tiene como ventaja, el permitir la atrofia vestibular sin perturbación.

2.- PROTESIS INMEDIATA CON ENCIA COMPELTA O CERRADA:

Es la preferida por la mayoría, debido a que reduce el peligro de retención deficiente lo cual se puede presentar en la prótesis abierta.

3.- PROTESIS PARCIAL ADITIVA: es una transformación en la prótesis parcial del paciente, a esta se le van agrandando los dientes que van perdiéndose en las extracciones, tiene sus ventajas ya que evita extracciones masivas, el tratamiento puede ser económico, facilita su funcionamiento y en ocasiones llegan a servir -- por mucho tiempo.

Facilita la extracción previa de los dientes posteriores ayudando -- como placa de transición a la prótesis inmediata.

4.- FERULA TRANSITORIA: se considera económica, ya que reemplaza con férulas de acrílico a los dientes posteriores articulándose directamente en la boca, añadiendo acrílico autopolimerizable.

Los dientes anteriores se hacen, vaciando de la impresión de los -- dientes naturales con acrílico del color adecuado, este tipo de prótesis puede ser la solución temporal en algunos casos, debido a la

CAPITULO I

BIBLIOGRAFIA.

1. - Rojas Soriano Raúl.
Gufa para realizar investigaciones sociales.
México, Universidad Nacional Autónoma. 1979.
2. - Bosch García, Carlos.
La técnica de investigación documental.
México, Universidad Nacional Autónoma. 1973.
3. - Miller Samuel, Charles.
Diagnóstico y tratamiento bucal.
Editorial la Médica. 1976.
4. - Capusselli, H. O.; Schvartz, T.
Tratamiento del desdentado total. 2a. Edición.
Buenos Aires, Argentina. 1980.
5. - Sharry J; John.
Prostodoncia dental completa.
Barcelona, Editorial Toray, 1977.
6. - Saizar, Pedro,
Prostodoncia Total,
Buenos Aires, Editorial Mundi. 1972.

rapidez y a la economía.

VALORACION INTEGRAL DEL PACIENTE.

El diagnóstico de las enfermedades médicas y dentales se realiza mediante la valoración cuidadosa de la información que se obtiene sistemáticamente del paciente.

Puede considerarse que todas las actividades del dentista, son formas de observación, las cuales se pueden clasificar de la siguiente manera:

Observación verbal o historia; observación física o exploración y por último observación o análisis de laboratorio.

Para efectuar la evaluación completa de un paciente, se deben de efectuar los siguientes pasos:

1. - EXAMEN FISICO.
2. - HISTORIA CLINICA.
3. - ESTUDIO RADIOGRAFICO.
4. - MODELOS DE ESTUDIO.
5. - ANALISIS DE LABORATORIO.

EXAMEN FISICO.

El dentista ha de valorar el estado físico del paciente, se debe de establecer una buena comunicación con el paciente, conser--

vando un vocabulario a nivel de la comprensión del mismo paciente.

Los aspectos más importantes de este exámen son:

A. - ASPECTO GENERAL: la cultura y costumbres locales influirán en el aspecto general del paciente.

B. - HABITOS PERSONALES: comprende el observar las características sobre higiene y cuidados personales.

C. - FORMA Y ESTATURA CORPORALES.

D. - TIPO CONSTITUCIONAL: la observación del tipo constitucional puede ser útil en la valoración del paciente.

E. - ACTITUD Y POSTURA: debe observarse al paciente en busca de cualquier anomalía postural incluso en la marcha, ya que ésta puede ser patológica.

F. - LENGUAJE: además de escuchar lo que dice el paciente, el dentista debe fijarse en cómo habla de esta forma puede aprender mucho sobre el mismo.

Dentro de la interrogación que implica el exámen, está indicando la palpación, inspección, percusión y auscultación.

El exámen deberá ser cuidadoso y ordenado.

HISTORIA CLINICA.

Unos pocos minutos utilizados para obtener una historia médica concisa antes del tratamiento, proporciona al dentista parte de la información diagnóstica más importante previniendo complicaciones indeseables posteriormente.

La historia revela la razón que tiene el paciente para buscar asistencia odontológica y su experiencia dental previa.

Con una buena relación de preguntas, se pueden diagnosticar enfermedades o padecimientos que pueden provocar alteraciones.

Los aspectos más importantes que debe comprender la historia clínica son:

A. - DATOS DEL PACIENTE: se debe anotar el nombre completo del paciente, su edad, su sexo, ocupación, dirección y teléfono, así como su estado civil.

Es importante registrar los signos vitales del paciente, como son el pulso, la frecuencia respiratoria, su presión arterial, ya que es necesario conocerlos puesto que el paciente será sometido a tratamiento quirúrgico. Se debe tener en cuenta que el paso de la edad varían los valores de los signos vitales.

B. - ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS: lo más importante de este punto es anotar las condiciones sobre higiene del pacien

te, preguntarle si fuma o consume alcohol y en que cantidad y con que frecuencia.

En los casos en que el paciente sea mujer, si se trata de una -- persona joven se le preguntará si se encuentra embarazada, en caso positivo hay que establecer con precisión que tan avanzado se encuentra el embarazo.

C. - ANTECEDENTES PATOLOGICOS: Con la ayuda de la historia clínica se investigan los antecedentes del paciente, para -- obtener datos que ayuden al diagnóstico correcto.

Desde el punto de vista médico tienen especial importancia los antecedentes cardíacos, vasculares, hepáticos, fiebre reumática, tuberculosis, sífilis, infecciones micóticas, parasitosis intestinal, hemofilia, hemorragias prolongadas, diabetes, hipertensión, artritis.

En los pacientes que refieren hipertensión, se deben tomar -- las medidas necesarias para reducir las posibilidades de shock o cualquier otro accidente, es aconsejable el uso de anés-- tésicos sin vasoconstrictores.

No deben ser ignoradas las manifestaciones alérgicas ya sea -- debidas a drogas como las aspirinas, yodo, anestésicos loca-- les, mercurio, etc. Así como también a la penicilina o alguna otra sustancia.

Es también importante saber si el paciente se encuentra bajo tratamiento médico, de que tipos es este tratamiento, si se le está administrando algún medicamento, qué tipo de medicamento, y por cuánto tiempo ha estado bajo el mismo.

D. - EXAMEN DE CABEZA Y CUELLO: Se debe de observar en este punto en primer lugar la forma del cráneo, el tipo de perfil del paciente observando cualquier asimetría o desviación anormal.

La piel del rostro y del cuello deberá observarse anotando la textura, pigmentación, erupciones y/o lesiones que nos indiquen la existencia de una alteración sistémica o local.

El cuello deberá ser palpado para detectar la presencia de alguna linfadenopatía o posibles agrandamientos glandulares.

Se examinará la articulación temporomandibular aún cuando no se encuentre del problema principal del paciente, con el objeto de observar si se presenta desplazamiento a la apertura, si presenta ruidos o crepitaciones y por último para determinar si existe dolor durante la función.

E. - EXAMEN INTRABUCAL: El conocimiento de los procesos patológicos que pueden presentarse en la cavidad bucal es de gran importancia.

Para el exámen de la boca debe seguirse una secuencia específica comenzando por los labios observando simetría, color, sequedad, ulceración, presencia de queratosis, por la posible existencia de neoplasias o lesiones precancerosas.

También los labios cortos, medios o largos tienen importancia frente a la prótesis, ya que en el caso de labios cortos pueden resultar en un factor negativo al trabajo protésico.

Para tener un mejor diagnóstico de la boca, además de la observación es necesaria la palpación.

En la mucosa bucal, su estado de salud se conoce por su color y textura aparte de su condición indolora. Cualquier enrojecimiento, hemorragia al mínimo contacto o dolor, denuncia que la mucosa se encuentra alterada.

Muchas veces las encías son el espejo de alteraciones sistémicas entre las que se encuentran anemia, policitemia, leucemia, etc,

Por lo que es necesario tener cuidado al revisar estas estructuras así podemos detectar estas enfermedades antes que el médico general.

En la revisión de la encía se efectúa palpación, midiendo a la vez profundidades de bolsas o hendiduras,

La palpación debera hacerse profunda incluyendo el tercio posterior y el piso de la boca, fauces y faringe se examinan con ayuda de un espejo.

Siguen las glándulas salivales comenzando por las parótidas pasando luego a las submaxilares efectuando palpación bimanual para evaluar la normalidad de los conductos, la calidad y cantidad salival así como el dolor a la palpación.

La revisión vestibular es similar, sigue el exámen del paladar - buscando fisuras, torus y/o desviaciones de la úvula.

Cualquier dato del exámen que indique un grado de anomalía debera ser descrito detalladamente anotando tamaño, color forma, dolor a la palpación etc.

Hay que valorar la relación de la mucosa bucal movil con el tejido gingival fijo y tener presente que la encia esta preparada para el soporte de dentaduras artificiales, mientras que la mucosa bucal del vestibulo solo proporciona sellado periférico.

Es preciso examinar los procesos alveolares y tomar nota de la -- presencia de reacciones óseas, exóstosis y bordes filosos,

Por lo general las lesiones de la lengua, son de origen traumático sin embargo suelen observarse muchas alteraciones debidas a procesos patológicos o sistémicos. Los más comunes son: carcinomas

tuberculosis, sífilis, anemia perniciosa, herpes, glositis por deficiencias vitamínicas.

Debe tenerse en cuenta que el tamaño de la lengua es importante ya que la macroglosia es un factor negativo durante el acostumbramiento a la prótesis.

En la región palatina pueden presentarse varios procesos patológicos, son comunes las lesiones traumáticas, lesiones de Vincent hiperqueratosis, lesiones herpéticas.

Es importante tener en cuenta la altura y forma del paladar.

El piso de la boca suele presentar más frecuentemente torus maxilares, frenillos largos y diferentes alteraciones de las inserciones musculares.

Por último se examinarán los dientes, al hacerlo se puede auxiliar de modelos de estudio y exámenes radiográficos.

La relación maxilomandibular se examinará observando la forma del arco, las relaciones horizontales y verticales entre los arcos y la oclusión de los dientes, si es que los hay, señalando los dientes en los cuales sea necesaria la extracción.

Deberán incluirse en los antecedentes odontológicos toda la información relacionada con antecedentes parodontales, maloclusión u otras malformaciones dentales o faciales, así como también las -

experiencias odontológicas, como si ha utilizado prótesis; de que tipo y que resultado obtuvo.

EXAMEN RADIOGRAFICO.

Las radiografías aportan información valiosa y constituyen un registro permanente del estado dental del paciente en el momento del exámen.

El conocimiento de la disposición radiográfica de las estructuras óseas normales es importante, debido a que así se podrá elaborar un diagnóstico diferencial entre las estructuras normales y las anormales, (con algún tipo de patología).

En los maxilares existen cavidades, líneas, orificios, canales, conductos y regiones que se traducen radiográficamente por imágenes radiópacas y radiolúcidas.

Las regiones anatómicas normales, son individualizables desde el punto de vista radiográfico; presentan imágenes constantes de intensidad, formas y relaciones semejantes.

Las radiografías seriadas intrabucales proporcionan mayor claridad de detalles que las radiografías de los maxilares. Las radiografías panorámicas, han sido reemplazadas por el juego completo de radiografías dentales intrabucales, aunque sirven como com-

plemento si se precisa de detalles adicionales.

Lo que se debe observar en las radiografías es el estado general de los dientes y el hueso alveolar, la presencia de raíces retenidas y dientes no erupcionados, densidades intraóseas, zonas osteolíticas y cuerpos extraños.

Las raíces de los dientes deberán ser estudiados en relación con el conducto mandibular, la línea milohioidea y los senos maxilares.

El tamaño y densidad de los senos de los maxilares se observará y comparará bilateralmente.

La radiografía de perfil lateral de la cara y cráneo es de utilidad para establecer la relación maxilomandibular correcto.

ANÁLISIS DE LABORATORIO.

El diagnóstico y plan de tratamiento pueden requerir varias pruebas de laboratorio, ya que para elegir el tratamiento más eficaz para establecer el diagnóstico con mayor precisión.

Los datos de laboratorio que el dentista suele necesitar para el examen completo del paciente, son:

A. - BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA.

B. - PRUEBA DE COAGULACION SANGUINEA.

C. - INDICE DE SEDIMENTACION DE ERTROCITOS. (solo en caso necesario).

D. - ANALISIS DE ORINA.

E. - FROTIS Y CULTIVOS BACTERIOLOGICOS. (solo en caso necesario).

F. - QUIMICA SANGUINEA.

G. - ELECTROCARDIOGRAMA. (solo en caso necesario).

H. - CANTIDAD DE GLUCOSA EN SANGRE.

A. - BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA: Es importante al tratar de descartar ciertas enfermedades generales que pueden causar lesiones bucales. El dentista deberá conocer los valores normales, así como las variaciones en las enfermedades más comunes.

Este estudio comprende, recuento del número total de eritrocitos y leucocitos por centímetro cúbico, así como la evaluación de la hemoglobina.

B. - COAGULACION SANGUINEA: El tiempo de coagulación y sangrado, se solicita, ya que no se debe de olvidar que el paciente será sometido a una intervención quirúrgica, por lo que se tiene que estar preparado para evitar cualquier posible complicación -

postquirúrgica.

D. - ANALISIS DE ORINA: Se debe practicar en la primera muestra que el paciente obtenga al despertar, determinando color, claridad, Ph, Albúmina y azúcar mediante pruebas especiales.

E. - FROTIS BACTERIOLOGICOS Y CULTIVOS: El dentista utiliza el servicio bacterioscopico, principalmente para la identificación del microorganismo y la sensibilidad a los antibióticos.

F. - QUIMICA SANGUINEA: Es parte de una buena práctica médica, existen diversos métodos de evaluación para establecer los valores del paciente individual.

G. - ELECTROCARDIOGRAMAS: Este exámen es recomendable - indicarlo en aquellos pacientes que al interrogatorio señale problemas cardiacos, así como aquellos que aún sin referir nada anormal en el interrogatorio sobrepasen de los 40 años, ya que es después de esa edad cuando se está más propenso a sufrir alguna enfermedad cardiovascular.

El electrocardiograma, nos registra las fases sucesivas del circulo cardiaco, permite observar los cambios en el sistema de conducción, enfermedad del músculo cardiaco, infarto agudo y tensión en cualquiera de las cavidades del corazón.

H. - GLUCOSA EN SANGRE: Se le práctica al paciente en ayunas,

es un método principal para la prueba de la diabetes, los valores normales en sangre son: 80-100 mg. por 100 ml.

Se debe tener presente que algunas enfermedades generales pueden aumentar o disminuir los niveles sanguíneos. Por ejemplo en la nefritis, hipertiroidismo y metástasis óseas.

HISTORIA CLINICA PREPROTETICA.

La solución de problemas prostodonticos, debe guiarse por la interpretación racional del interrogatorio y de los hallazgos clínicos.

Lo que interesa conocer ante todo, son hechos físicos que ayudan a un mejor tratamiento.

Se debe poner atención en que medida la forma individual de las utilizables del maxilar desdentado, brindaran retención y utilidad masticatoria a la prótesis.

Para lograr estas condiciones la historia clínica se divide en tres partes, las cuales son:

1. - INTERROGATORIO.
2. - REGISTRO DEL ESTADO NORMAL DEL TERRENO DE SOPORTE PROTETICO.
3. - POSIBILIDAD DEL CIERRE DEL BORDE PROTETICO EN EL VESTIBULO BUCAL Y EN EL REBORDE ALVEOLAR.

Con tal esbozo, tenemos un documento informativo de múltiple utilidad en una forma sencilla y entendible estos conocimientos nos sirven para aprovechar correctamente la información y a decidir

A. - Si es necesaria una corrección quirúrgica del proceso, para-

recibir la prótesis.

B. - ¿Como y con qué técnica, debe hacerse la impresión?

C. - Qué medios auxiliares accesorios para la retención de la placa serán necesarios.

D. - La forma de colocación de los dientes artificiales en la placa.

E. - ¿Cuáles son las instrucciones para el uso, que se le deben -- de dar al paciente?

F. - Los hallazgos, además son una fuente de información para el mecánico dental al obtener más detalles sobre la individualidad - del paciente.

G. - Las observaciones de este modo anotadas, pueden ser utiliza- das para una eventual corrección de la prótesis y/o como prueba en un eventual juicio legal.

INTERROGATORIO.

La historia clínica para un paciente desdentado debe abarcar una - visión global del mismo. Lo que más interesa al odontólogo para - realizar el tratamiento se indaga rápidamente, para lo cual las -- preguntas serán:

1.- ¿Cuándo fué la última extracción?

La respuesta a esta pregunta permitirá apreciar el estado de la cicatrización de los alveolos, así como el modo y expansión de la atrofia existente. Conocer este proceso nos ayuda a dar un pronóstico adecuado de la duración de la prótesis y en cuánto tiempo será necesario una readaptación de la misma.

2.- ¿Cuántos dientes le fueron extraídos?

Esta pregunta se hace para que el paciente nos indique no solo el número de dientes extraídos, sino también las causas por las que fueron necesarias las extracciones. Además da pauta para preguntarle si anteriormente a las extracciones se le explicó que le esperaba.

Porque si de antemano sabe lo que se le espera, podrá adaptarse más fácil y rápido a las placas.

3.- ¿Si es portador de prótesis?

En caso de que sea negativo, se le debe explicar en que consiste el trabajo, basandose en los datos obtenidos del análisis del terreno protético.

En caso positivo, se debe, en primer lugar el hecho de que que los rebordes alveolares todavía bien formados, brindaron excelentes posibilidades para la retención de la prótesis.

En caso que el paciente haya tenido malas experiencias, debemos saber el origen de las mismas, ya que estas experiencias negativas pueden ser provocadas por tres causas, las cuales son:

A. - HECHOS OBJETIVOS UNICAMENTE.

1.- En este caso, el terreno protético brindó un principio pocas posibilidades para la retención de la prótesis.

2.- Debido a lesión del alveolo durante las extracciones. En estos casos por medio del exámen del terreno protético, si es necesaria una corrección del vestibulo bucal.

Por lo que se propone como primer paso en el tratamiento del paciente. Haciendo conciencia en el paciente de que el éxito del tratamiento dependerá en gran parte de la habilidad y paciencia.

B. - ORIGEN PSIQUICO.

En este caso se encuentran personas decepcionadas de la vida, -- mayormente mujeres, teniendo en común el no poder ni querer -- ciertas cosas inevitables de la vida.

Un gran porcentaje de estas mujeres, son jóvenes por lo que sufren por la idea de tener que llevar dientes postizos,

Pertenecen también a este grupo los pacientes que se creen desfigurados, los cuales refieren que sus labios se hundan o se les --

presentan arrugas.

C. - CAUSAS PSIQUICAS Y OBJETIVAS JUNTAS.

En estos casos, antes de proponer un tratamiento odontológico se necesita combatir lo que más dificulta el tratamiento, esto es la causa psíquica.

Una vez superada esa barrera se puede continuar con los procedimientos técnicos, de acuerdo a los hallazgos individuales y en base a estos, poner en conocimiento del paciente de los límites que pueden alcanzarse de acuerdo a su terreno protético.

A estos pacientes también debe aclararseles, que únicamente lo que brinda su terreno protético y lo que aporta de voluntad en el uso de la prótesis, será decisivo para el éxito de la misma.

Es también necesario preguntar al paciente si duerme con la prótesis, pues es de utilizar al observar el estado actual del terreno ya que se puede observar:

A. - Intensidad de daños causados por llevar la prótesis de noche, en relación al tiempo pasado.

B. - Cuáles son las superficies masticatorias más cargadas y por más tiempo, según los lugares de la mucosa que resultan más dañados,

C.- En que medida probablemente el reborde alveolar ha sido -
victima de la llamada "atrofia por presión".

Lo que de esto encontremos nos es útil tanto para nuestro plan
de trabajo, como para el conocimiento del paciente ya que gene-
ralmente no se da cuenta de lo que pasa en su boca de noche.

Por medio de esto se hace conciente el paciente de que todo --
abuso, repercute en el ajuste y retención de la prótesis.

2.- REGISTRO DEL ESTADO NORMAL DEL TERRENO DE SO- PORTE PROTETICO.

Para obtener este registro, se hace observación clínica de la -
boca del paciente, registrandose en el siguiente orden:

I.- El primer registro, se refiere al estado de:

A.- FRENILLOS (figura 1).

En el caso de que los rebordes alveolares tengan su volumen -
normal, se puede dejar de un lado los frenillos ya que no afec-
tan a la prótesis,

En la medida que la cresta alveolar pierde altura, los frenillos
obligan a modificar el borde de la prótesis alterando el cierre
mecánico de la misma.

Si encontramos frenillos que llegan hasta el borde de la cresta

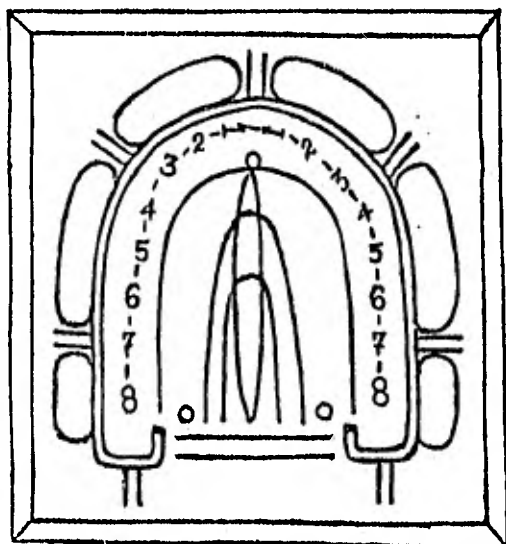
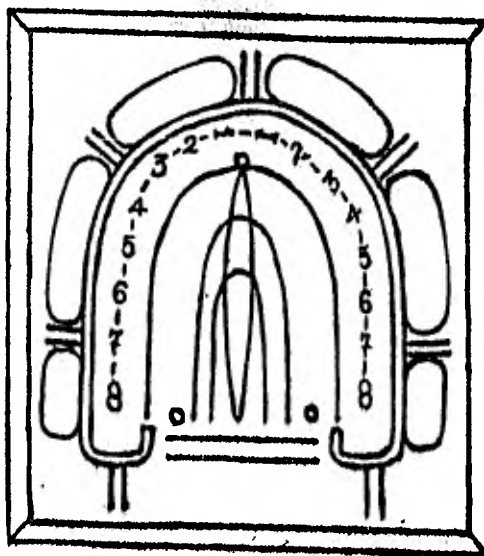


Figura 1: Forma de marcar la presencia de frenillos.

Fig. 2 Cuando los li-
 mosos por el mandibular
 se encuentran sobre el bor-
 do de la tuberosidad, se
 marcan con doble raya.



alveolar actual o son tan voluminosas que no permitan el cierre - mecánico, lo anotamos en nuestro esquema marcando con una doble raya el lugar. En caso de no encontrar frenillo, se marca en la ficha con color azul en el vestibulo no segmentado en esa zona. (indicaciónX).

B. - PLEGUES PTERIGOMANDIBULARES.

Lo mismo que sucede con los frenillos suele suceder con los pliegues pterigomandibulares, en ocasiones son molestos porque se encuentran insetados no solo en la apófisis hamular sino también en la vertiente distal de la tuberosidad, cuando está se encuentra atrofiada.

En esta caso se anotan en la ficha los pliegue pterigomandibulares perjudiciales a la prótesis de la misma forma como los frenillos, esto es con una doble raya. (figura 2).

Frenillos y pliegues pterigomandibulares perjudiciales para la colocación de la prótesis, deben ser eliminados quirúrgicamente.

II. - En segundo lugar, se anota la forma actual del reborde alveolar desdentado en nuestro esbozo topográfico, para esto se emplean los siguientes simbolos. (figura3).

ABOMBADO 

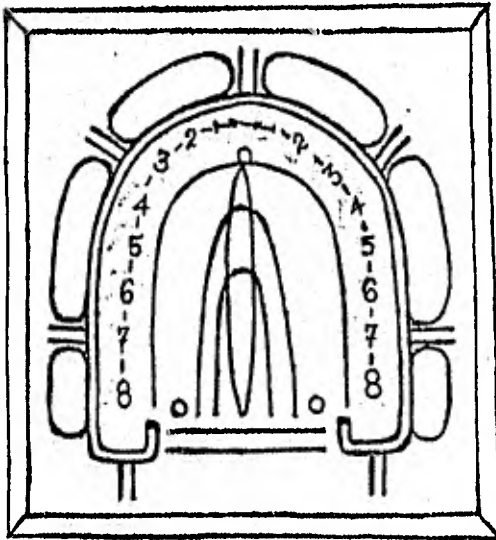
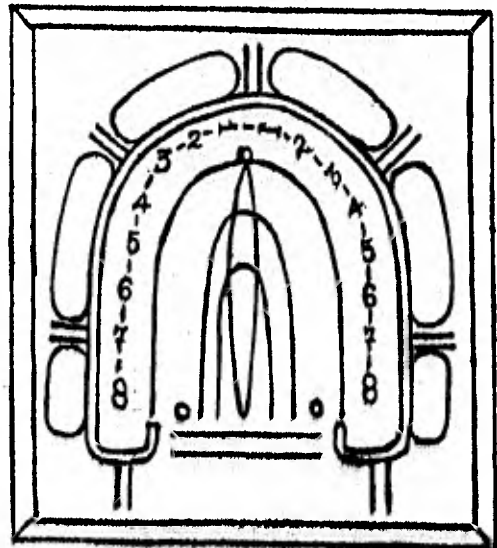


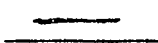


Figura 3: Forma de marcar la forma actual del borde de los dientes.

Figura 4: Zonas de mucosa fluctuante.




FORMA DE CAJA	
FORMA DE TECHO	
APLANADO, REABSORBIDO .	

Estos simbolos corresponden al estado de atrofia que presenta - el proceso.

La atrofia generalmente tiene dos causas.

A. - TRAUMATICA: La atrofia producida por traumatismo es el más frecuente y la produce el odontólogo al realizar extracciones y eliminar más tejido del necesario.

B. - PRESION: La atrofia por presión requiere como su nombre - lo indica una presión exagerada, se provoca por una presión que actua sobre el tejido por largo tiempo y con tal fuerza que afecta la irrigación sanguínea de la zona, generalmente se presenta en pacientes que llevan la prótesis de noche. Este tipo de atrofia tiene mucha importancia para el trabajo protético.

III. - Otro aspecto importante es anotar, en caso de que las haya zonas de mucosa fluctuante, con el siguiente simbolo  en el esquema del terreno protético.

Las crestas alveolares flotantes representan una respuesta del - tegumento a irritaciones mecánicas, El grado de su movilidad -

depende de la fuerza y del tiempo que ha actuado.

Las crestas alveolares flotantes producen ciertas zonas una gran resiliencia, reducen la adherencia, estabilidad y utilidad masticatoria de la prótesis.

En el caso de encontrarse crestas alveolares flotantes, se deben tomar las siguientes medidas.

A. - En caso de que se encuentren en formación, con una técnica especializada de impresión, una adecuada articulación de los dientes y la presencia de zonas de alivio en la prótesis, se le da una adecuada solución al problema.

B. - En el caso de que tenga exagerada movilidad, es recomendable el tratamiento quirúrgico para tensarlas, no se recomienda removerlas completamente pues se corre el riesgo de perder la estabilidad.

IV. - BORDES CORTANTES O PUNTIAGUDOS.

Se deben palpar cuidadosamente los procesos alveolares para detectar cualquier borde cortante o puntiagudo, ya que provocan dolor en la mucosa al ser comprimidos por la prótesis,

Existen dos caminos a seguir al localizarlos:

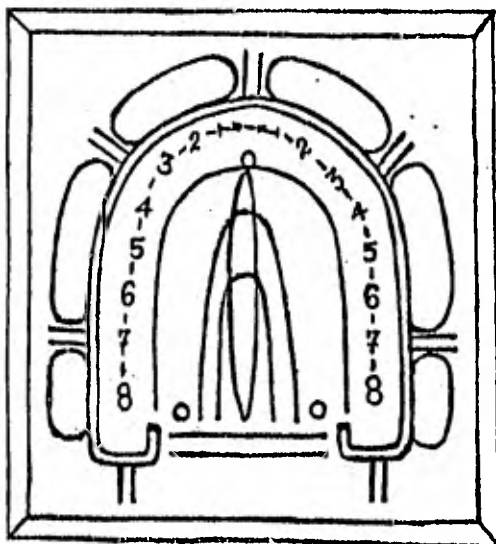
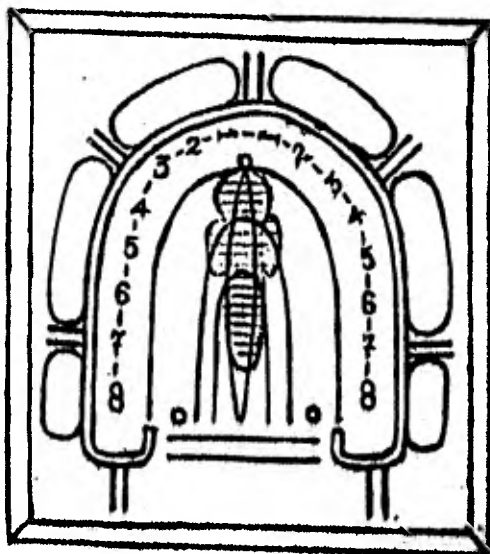



Figura 5: Bordes cortantes o puntiagudos, se marcan con una "X" encerrada en un círculo.

Figura 7: Los toros se marcan con color rojo, con un rayado horizontal, en el lugar correspondiente.



A. - Eliminarlos quirúrgicamente, si existe molestia al rose - con la placa base.

B. - Practicar un alivio en la placa, sobre los bordes, el cual debe ser bastante amplio y redondeado en el lugar de los bordes para no provocar irritación.

Los bordes cortantes o puntiagudos, se marcan en nuestro esquema del terreno protético, con el siguiente simbolo  en el lugar correspondiente. (figura 4).

V. - REGISTRO DEL PALADAR.

El registro del ancho del paladar se hace marcando líneas para las en el esquema del terreno protético.

Debido a que existe cierta relación entre la extensión de la zona palatina (tamaño de retención basal) y la forma retentiva del reborde alveolar, ya que si se encuentra aplanado el reborde alveolar palatino, entonces el área de soporte se vuelve más amplia - y más adherible, pero se hace débil el cierre retentivo de la prótesis. (figura 5).

VI. - TORUS.

En sexto lugar se palpa y marcan en caso de que los haya, los torus rayando firmemente el área correspondiente en el esquema.

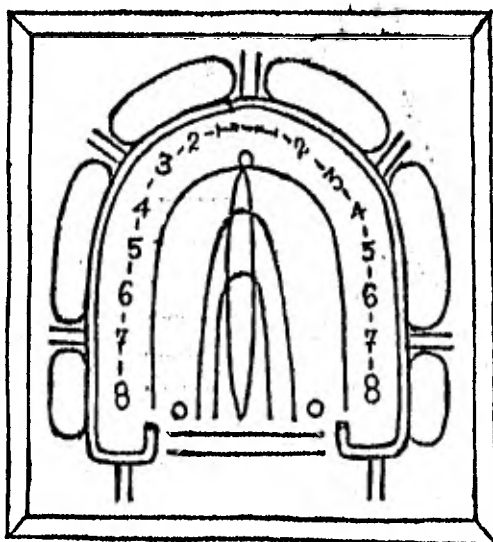
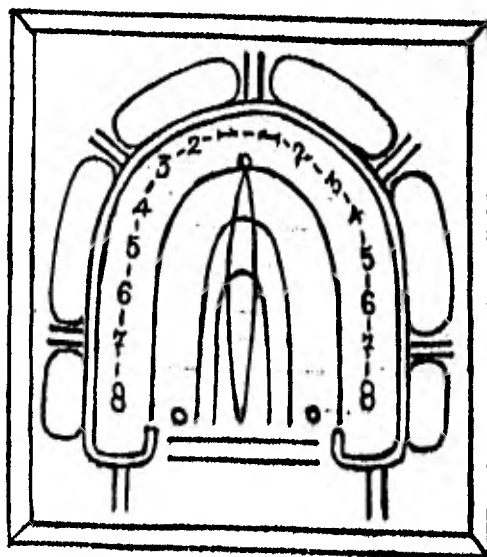


Figura 6 Representación de una bóveda palatina plana.

Figura 6 (bis) : representación de un paladar alto.



(figura 7). Los torus pueden ser de 2 tipos, en el paladar:

A. - Torus Primario: Que no es otro más que la sutura palatina media que sobresale en forma de prominencia.

B. - Torus Secundario: Puede originarse a consecuencia de una irritación constante por una cámara de succión o por una placa cabalgante.

Los torus mandibulares pueden presentarse; unilateral o bilateralmente.

En caso de que se puedan eliminar quirúrgicamente, se procede en esa forma con los torus. De no ser posible la remoción, se debe practicar una zona de alivio en la prótesis, ya que un torus jamás debe servir como cámara de succión activa.

VII. - ZONAS DE MUCOSA FLUCTUANTE.

Cuando se presentan zonas fluctuantes de mucosa, estas dan la pauta para el método de impresión adecuado y determinan además el plan técnico en la elaboración de la prótesis.

En caso de presentarse dichas zonas, se marcan con color verde en los lugares correspondientes del esquema (figura 8),

VIII. - LINEA DEL AI,

La línea del Ahj marca la unión del paladar duro con el paladar blando y sirve para marcar el límite posterior de la prótesis superior.

En el esquema se marca con color azul la línea del Ahj (figura 9).

IX. - DIENTES RESIDUALES.

Cuando se encuentran dientes residuales, se les marca con un círculo rojo, en el esquema. (figura 10).

POSIBILIDAD DE CIERRE DEL BORDE PROTÉTICO EN EL VESTIBULO Y SOBRE LOS REBORDES ALVEOLARES.

Como se sabe, el borde protético constituye con la mucosa del reborde alveolar y con la saliva, como intermediario una "válvula interna" y con los carrillos y labios una "válvula externa".

El cierre doble solo en raras ocasiones puede conseguirse en toda la extensión del borde, ya que el fondo del vestibulo generalmente se encuentra segmentado por los frenillos.

X. - En décimo lugar, se marcan con color azul hasta donde están dadas, en los cuadros en forma de salchicha del esquema, los sitios donde la válvula externa ofrezca buen cierre. (figura 11).

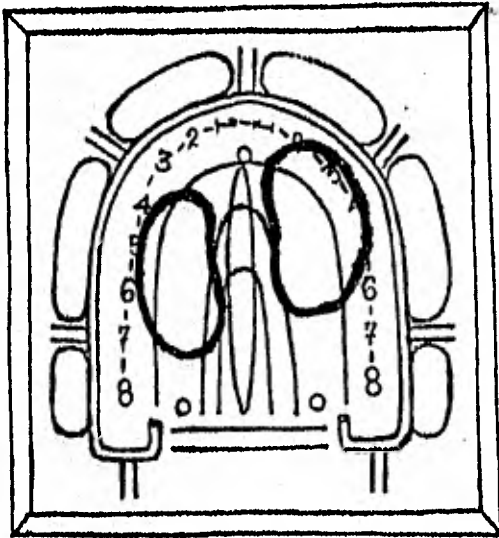
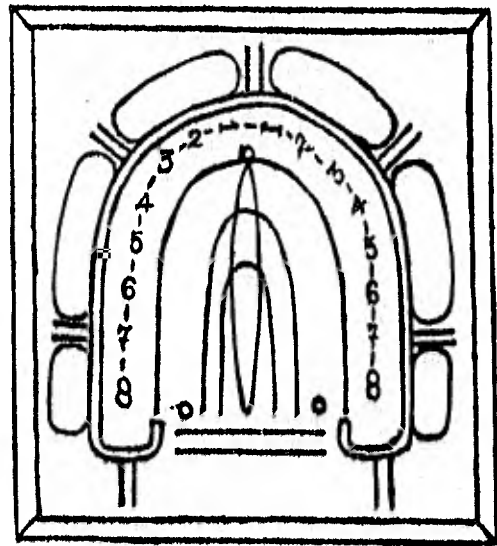
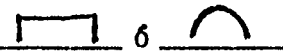


Figura 8: Marcación de zonas de mucosa fluctuante.

Figura 9: Marcación de la línea del alí



XI. - En undécimo lugar, se marca con color rojo entre las líneas paralelas del esquema, los segmentos voluminosos del reborde que ofrezcan un sostén al borde protético deslizante, por lógica en estas zonas la forma del reborde alveolar debe estar caracterizado con el símbolo  (figura 12).

XII. - En último lugar hay que rayar sagitalmente las superficies masticatorias que presumiblemente son utilizados con preferencia.

Dos hallazgos nos permiten prever tales zonas de preferencias masticatorias:

A. - Aquellas superficies masticatorias, que están enfrente de rebordes alveolares voluminosos, que proporcionan un buen cierre al borde protético.

B. - Dientes propios del paciente residuales, a causa de su natural sentido masticatorio.

Para el mecánico dental esta anotación significa, en los lugares rayados, los dientes artificiales deben deslizarse entre sí, sin impedimentos, además que deben ser del material adecuado puesto que en aquellas zonas donde aún quedan dientes naturales no deben de ponerse como antagonistas, dientes de porcelana,

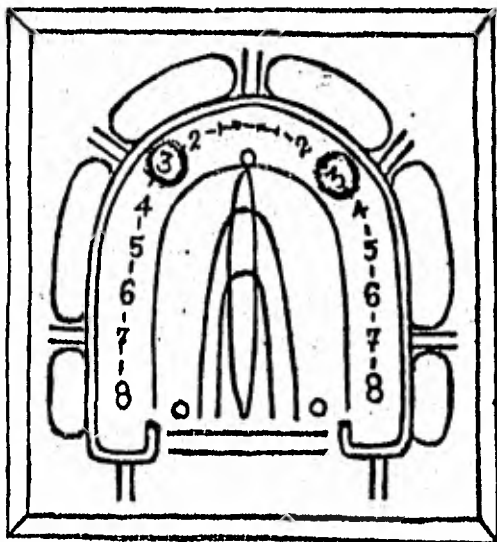
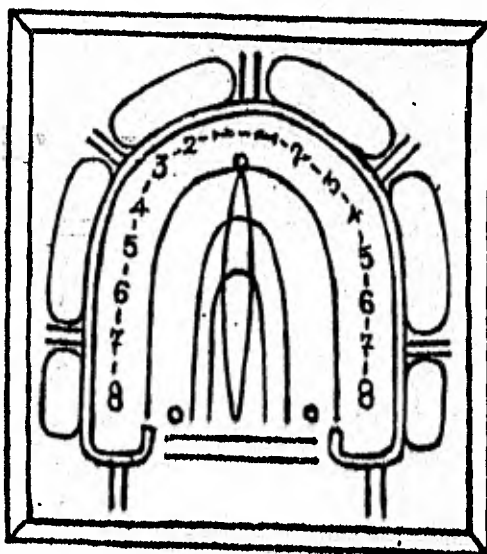


Figura 10: Los dientes residuales se marcan encerrando en un círculo rojo.

Figura 11: La zona de válvula externa se marca en color azul.



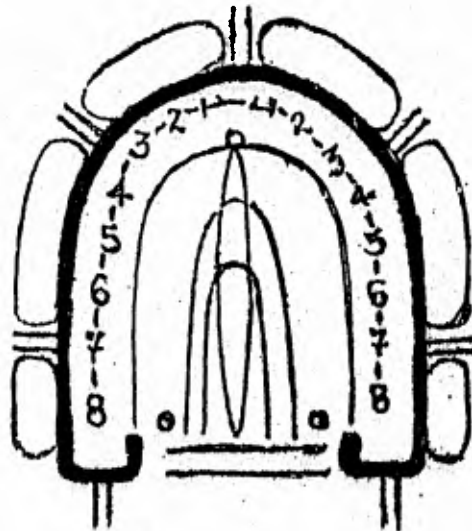


Figura I2: La marcación de la zona de válvula interna se marca con color rojo entre la doble línea.

CAPITULO II

BIBLIOGRAFIA:

1. - Bosch Garrafa, Carlos.
La técnica de investigación documental.
México, Universidad Nacional Autónoma, 1973.
2. - Starshak J, Thomas.
Cirugía Bucal preprotética.
Buenos Aires, Editorial Mundi, 1975.
3. - Ries Centeno.
Cirugía Bucal 8a. Edición.
Buenos Aires, Editorial El Ateneo, 1978.
4. - Miller Samuel, Charles.
Diagnóstico y tratamiento bucal.
Editorial La Médica, 1976.
5. - Buckingham, Sparberg, Brandfonbrener.
Propedeutica clínica.
México, Editor Fernando Aldape Barrera, 1976.
6. - Horst Uhlig, Kiel.
Prótesis para desdentados. I
Berlín, Editorial Die Quintessenz, 1973.
7. - Stafe, Eduard C.
Diagnóstico radiológico en odontología.
Buenos Aires, Editorial médica panamericana, 1978.

MATERIALES DE IMPRESION UTILIZADOS PARA LA PROTESIS INMEDIATA.

GENERALIDADES:

El correcto registro de una impresión, depende de utilizar - - - correctamente el material de impresión, además de conocer las propiedades físico-químicas de los mismos, así como de una adecuada manipulación, para lograr de esta manera, las condiciones óptimas del material.

Un material ideal para impresiones sería aquel que se colocará en las zonas por impresionar, y que adaptandose al más mínimo detalle, pudiera tornarse en un material elástico y librar retenciones fuera de la boca en posición de la forma impresionada.

Los materiales para impresión de uso en la clínica, deben de reunir determinadas características, las cuales son:

- 1.- Permitir la reproducción, lo más fiel, de la zona impresionada.
- 2.- Que no presente cambios dimensionales de valor clínico.
- 3.- Que sea elástico para poder eludir retenciones o en su defecto que se fracture con nitidez para luego ensamblar sus partes y

construir posteriormente el modelo.

4. - Que sea de fácil manejo y conservación.

Los materiales para impresión que con mayor frecuencia se utilizan en la práctica clínica, se clasifican de la siguiente manera:

MATERIALES ELÁSTICOS.

1. - Hidrocoloides Reversibles.
2. - Hidrocoloides Irreversibles (alginatos).
3. - Hules de Mercaptanos.
4. - Compuestos de Silicon. (Silicones).

MATERIALES RÍGIDOS (INELÁSTICOS).

1. - Yeso Soluble.
2. - Modelinas.
3. - Ceras.
4. - Pastas Zincofólicas.

CARACTERÍSTICAS DE LOS DIFERENTES MATERIALES PARA IMPRESIÓN.

1. - Hidrocoloides Reversibles:

Normalmente no tienen aplicación precisa, debido a que no ofrecen ventajas sobre los hidrocoloides irreversibles su manipula-

ción es más compleja, requiere de portaimpresiones especiales.

2.- Hidrocoloides Irreversibles:

Al usar los hidrocoloides irreversibles, sabemos que se introduce en el medio bucal un fluido viscoso, que luego de mantenerse por un tiempo el material gelifica en la posición adquirida, y debido a la flexibilidad del gel, se retira la impresión intacta de la boca, sin deformaciones permanentes apreciables.

Los alginatos, se usan generalmente para registrar impresiones preeliminares anatómicas. Se caracterizan por su elasticidad relativamente alta en estado sólido, lo que permite quitarlo de la boca en una pieza.

Cuando el alginato se usa en un portaimpresiones liso, aumenta la presión, representando una ventaja en la impresión anatómica.

3.- Mercaptanos:

Son materiales a base de hule, se utilizan para registrar impresiones para dentaduras completas, sus desventajas son el que requieren mayor tiempo de endurecimiento, frecuentemente dificultan el ajuste apropiado de los músculos, en la impresión del proceso inferior puede presentarse sobre extensión y distorsión del material.

Para la aplicación clínica de los mercaptanos, se deben de conside

rar sus distintas propiedades, tales como:

- Tiempo de trabajo; es el lapso mínimo y límite en el cual es posible manipular el material y colocarlo en la boca. Un mercaptano tiene entre 5 y 8 min. de trabajo a una temperatura de 25°C.

- Tiempo de endurecimiento; es aquel lapso comprendido entre el comienzo de la mezcla hasta que la polimerización ha logrado lo suficiente para retirarla de la boca con un mínimo de distorsiones.

- Elasticidad; Se deben considerar las deformaciones permanentes y las elásticas. Las deformaciones elásticas están entre un 6 y 7% y las deformaciones permanentes entre 2.6 y 6.9% estos valores son dados a una temperatura de 25°C.

- Estabilidad Dimensional; Tienen una buena estabilidad dimensional, ya que en 30 minutos, estando confinados en el portaimpresiones, sus cambios dimensionales marcan 0% y tres días después apenas llegan a 0.13%.

- Propiedades Térmicas; Son buenos aislantes térmicos, un mercaptano se saca de la boca a una temperatura de 37°C y se lleva a una temperatura ambiente de 20°C experimentando una contracción lineal de 0.26% (está dentro de los límites de tolerancia clínica).

- Manipulación; Es conveniente que el volumen de material a utilizar sea mínimo, ya que la exactitud de la impresión depende de que el material sea lo más delgado posible, con un espesor óptimo entre 1 y 2 mm. por lo tanto será necesario la construcción de un portaimpresiones individual, rígido, usando para esto acrílico.

El material debe de permanecer firmemente adherido al portaimpresiones, para lo cual se utiliza un adhesivo específico, con el que se barniza el portaimpresiones antes de cargarlo.

4.- Compuestos de Silicón (Siliconas).

Son materiales elásticos, para registrar impresiones de dentaduras completas, su costo es elevado, no presenta mal sabor ni olor, pero sus ventajas no son determinantes sobre otros materiales de impresión.

Propiedades de silicones:

- 1.- La absorción del agua de los silicones, es insignificante.
- 2.- No afectan la dureza de la superficie del yeso piedra.
- 3.- El desprendimiento de hidrógeno en los silicones, produce en los modelos pequeñas perforaciones.
- 4.- El octalato de estaño (reactor) es tóxico, sin embargo el producto final no lo es.

- 5.- El color y olor no son repulsivos al paciente, son limpios en su manipulación.
- 6.- La duración del material, no es mayor de 2 meses, desde su producción, esto es importante ya que el material deberá obtenerse directamente de la fábrica.

MATERIALES RIGIDOS.

1.- Yeso Soluble:

Se utiliza frecuentemente para la obtención de impresiones completas o para efectuar rebases. En las impresiones inferiores - tiende a desintegrarse, en presencia de saliva viscosa.

Los yesos para impresión contienen en ocasiones almidón cuyo objetivo es hacerlos solubles, ya que al colocarlos en agua caliente el almidón se dilata y se disuelve, la impresión se desintegra facilitando la remoción del modelo.

2.- Modelinas:

Son de los materiales para impresión más antiguos, se utilizan - generalmente en la obtención de registros para prótesis total en - portaimpresiones individuales y para rectificar.

Son sustancias termoplásticas que se ablandan por acción del calor y endurecen cuando enfrían sin ocurrir en ellos cambios químicos.

Los compuestos de modelar, se utilizan en la práctica clínica - principalmente con 2 objetivos:

- A. - Compuestos de modelar para la obtención de impresiones - anatómicas.
- B. - Compuestos de modelar con mayor rigidez que se utilizan - para confeccionar portaimpresiones individuales.

Su presentación generalmente es en forma de barras o lingotes.

Propiedades:

Baja conductabilidad térmica, la que debe tenerse en cuenta al - manipular puesto que al calentar, la superficie en contacto con el calor, plastifica antes que la parte externa del producto.

Es importante que la temperatura de ablandamiento se logre uniformemente, para evitar; que volatilice o quema alguna de sus - componentes haciendo perder su utilidad; para evitar el fenómeno de relajación.

Escurrimiento: Una vez que ha sido ablandado el producto y mientras es presionado sobre los tejidos, es necesario que escurra o fluya constantemente hasta lograr el registro exacto de los detalles o irregularidades.

3.- Ceras:

No se emplean propiamente para registros de impresiones de dentaduras completas, ya que su principal inconveniente es su lentitud de fluidez, que induce a retirar la impresión antes de igualar las presiones.

El principal uso de las ceras es el de corregir impresiones - anatómicas o para efectuar rebases.

4.- Compuestos Zinquénolicos:

La composición resultante entre el óxido de zinc-sugenol se llama compuesto zinquenólico y tienen las siguientes explicaciones:

- A.- Medio Cementante.
- B.- Cemento Quirúrgico.
- C.- Material para obturación temporal.
- D.- Relleno de conductos radiculares.
- E.- Material de impresión fisiológica en desdentados,

Los compuestos zinquenólicos usados como materiales de impresión de dentaduras completas, son ideales para tomar impresiones fisiológicas, su escurrimiento permite reproducir con mayor exactitud los detalles de la mucosa y revelar los efectos de forma y posición del portaimpresiones individual -

al dejarlo visible en los sitios en que la compresión excesiva -
los hace desaparecer.

Son de fácil manipulación.

De sabor y olor agradables.

El único inconveniente que presentan, es que son muy pegajo--
sos.

BIBLIOGRAFIA:

1. - Bosch García, Carlos.

La técnica de investigación documental.

México, Universidad Nacional Autónoma, 1973.

2. - Horst Uhlig, Kiel.

Prótesis para desdentados.

Berlin. Editorial Die Quintessenz, 1973.

3. - Ozawa Deguchi, José Y.

Prostodoncia total.

México. Universidad Nacional Autónoma, 1979.

4. - Myers, George E.

Prótesis de coronas y puentes.

Barcelona. Editorial labor, 1971.

PASOS CLINICOS EN LA ELABORACION DE LA PROTESIS INMEDIATA.

CARACTERISTICAS QUE REGISTRAN:

Una vez que se ha efectuado la historia clínica, del paciente - al que se le practicará cirugía preprotética, se comienza con registrar el mayor número de datos, sobre las características que presenta en la boca, estos registros, sirven para tener posteriormente una guía tanto para el dentista como para el técnico dental, con los cuales se tratará de hacer una dentadura artificial, lo más cercano posible a como tenía sus dientes naturales.

Las características más importantes son:

- 1.- Tratar de conservar forma, posición, tamaño y color de los dientes.
- 2.- Registrar la altura facial articulación y forma de la cara, estos registros se obtienen por medio de mediciones, entre las que se encuentran:
 - A.- La distancia entre el borde incisivo superior a la base de la nariz,

- B. - Distancia entre el borde incisivo inferior a la base del mentón.
- C. - Cuando el paciente tiene la boca cerrada, se mide la distancia que existe entre la base de la nariz a la base del mentón.
3. - Impresiones para los dientes artificiales, estas sirven para los dientes artificiales que se colocaran después de las extracciones y pueden ser tomadas con cera o modelina.
4. - Fotografías. - Se pueden tomar fotografías que sirvan para auxiliarnos, se deben tomar fotos de frente y de perfil, a boca cerrada y mostrando los dientes para registrar el aspecto del paciente antes de la intervención.

OBTENCION DE MODELOS DE ESTUDIO.

- A. - Impresiones preliminares; Son también llamadas de estudio o anatómicas, para obtener estas impresiones se siguen los pasos:
1. - Selección de un portaimpresiones adecuado, el cual debe reunir las siguientes características;
- a. - Debe cubrir completamente la totalidad del maxilar, hasta el límite protésico o zona retromolar,
- b. - La totalidad de la mandíbula,

c.- Dientes y socavados retentivos.

Para la toma de estas impresiones, el material de elección es alginato.

Las características que deben reunir estas impresiones son:

MAXILAR:

- 1.- Cubrir surcos vestibulares.
- 2.- Impresionar completamente el frenillo labial superior.
- 3.- Impresionar correctamente frenillos bucales y accesorios.
- 4.- Tuberosidad del maxilar,
- 5.- Mostrar nitidez y extensión en superficies mucosas.
- 6.- Abarcar íntegramente la zona de soporte alveolar (rebordes).
- 7.- Impresionar correctamente los dientes presentes.
- 8.- Sobrepasar hacia atrás, los surcos hamulares.

MANDIBULA:

- 1.- Debe existir extensión hacia la zona retromolar, incluyendo papilas periformes.

2.- Una vez reunidas las características suficientes y obtener -
cualidades anteriores, se procede a la obtención en yeso -
piedra del modelo de estudio.

EXAMEN DEL MODELO Y SU DISEÑO.

En el modelo de estudio, se diseña con lápiz tinta el contorno -
periférico siguiendo el fondo del surco vestibular y bucal.

La escotadura hamular, obtener la línea vibrátil del paladar en
el proceso superior; el area retromolar y el piso de la boca.

Los dientes deben ser observados anotando, forma, tamaño y -
posición, después deben ser cubiertos con cera o papel estaño.

PORTAIMPRESIONES INDIVIDUAL.

Una vez obtenido el estudio del modelo se diseña o delimita un -
portaimpresiones o cucharilla individual, el cual debe estar bien
adaptado al modelo.

El objetivo de este portaimpresiones o cucharilla individual, es
el de obtener con su ayuda, una impresión fisiológica, la que de-
be reunir las siguientes características:

Ser rígida para evitar distorsiones en la impresión, para esto lo
más indicado es la construcción del portaimpresiones con acríli-
lico, el cual debe o puede ser de dos formas; Utilizando acrílico

autopolimerizable, en este caso se sigue la construcción por goteo o laminado del acrílico. Puede ser también utilizado el acrílico termopolimerizable, siguiendo en este caso la técnica del método de enfrascado de laboratorio.

Para la impresión fisiológica, se elige un material adecuado el cual puede ser hule de polisulfuro, esta impresión debe reunir condiciones elementales, tales como; buena adaptación en la superficie de asiento, mantener una superficie uniforme.

Al portaimpresión, se le colocará una asa de buen tamaño colocada en la línea media y parte anterior de los rebordes alveolares, casi horizontal, en caso de haber dientes, se colocará en tal forma, que no impida el movimiento normal de los labios.

Ya polimerizada, se retira del modelo, se recortan los excedentes de acrílico con fresón y se pulen las superficies externas.

Habiendo quedado el portaimpresiones individual, se llevará a la boca del paciente observando que tenga buen soporte, extensión para flexión de los tejidos y dejar amplia libertad de movimientos a las inserciones musculares y frenillos.

Se prueba el límite posterior del paladar indicando al paciente que pronuncie la letra "A" marcando con lápiz tinta esa línea, se debe observar si no es necesario modificarlo, ya que el portaim-

presiones debe quedar adaptado al proceso con una suave presión de los dedos, habrá retención efectuando el estiramiento de los labios y carrillos cuando se hagan movimientos de lateralidad o de apertura.

IMPRESIONES FISIOLÓGICAS.

Llamadas también impresiones dinámicas. Una vez hecha la impresión anatómica correctamente y después de construir un portaimpresiones individual ajustado y exacto, se procede a registrar la impresión fisiológica, la cual se hace en dos partes:

1. - Rectificación de bordes.
2. - Impresión fisiológica.

1. - RECTIFICACION DE BORDES.

Maxilar Superior; para rectificar bordes del maxilar, se utiliza modelina de baja fusión la cual se ablanda a la flama de una lámpara y un recipiente con agua tibia para templar la modelina y no quemar al paciente. Se coloca en el borde del portaimpresiones con un grosor y altura de 3 mm. suficiente para rectificar las siguientes zonas:

Zona del Vestibulo y Frenillo Labial:

Para su rectificación se le indica al paciente que proyecte sus la-

bios en forma circular, al mismo tiempo que lleve su labio hacia abajo para marcar la inserción del frenillo, en caso contrario se le ayudará manualmente, efectuando movimientos más acentuados hacia abajo y lateralmente.

Zona de Frenillo Bucal y Fondo de Saco Vestibular:

Para rectificar esta zona, se le pide al paciente que sonría y que pronuncie la letra "E" también que proyecte varias veces sus labios hacia adelante en forma circular, chupándose el dedo índice.

Fondo de Saco Vestibular:

Se le indica al paciente, que se chupe el dedo índice y que abra y cierre poco a poco con movimientos de lateralidad, para que se defina el ancho del borde.

Zona de Sellado Posterior:

Se le tapa la nariz al paciente pidiéndosele que expulse aire por la boca y que pronuncie la letra "A".

Rectificación de Bordes Mandibulares:

Se le indica al paciente que lleve el labio varias veces hacia arriba y que lo proyecte hacia otros extremos, con esto se rectifica -

la zona de frenillo y fondo de saco vestibular labial.

Zona de fondo de saco vestibular bucal:

Se le pide al paciente que con la punta de la lengua baje la modelina y que abra ampliamente la boca, logrando que la mucosa del carrillo suba y marque contorno y profundidad.

Zona del Sellado Posterior:

Se le pide al paciente que efectue varios movimientos de lateralidad.

Borde Lingual Anterior:

Para la rectificación de esta zona se le pide al paciente que efectue movimientos de lateralidad de la lengua, sobre el labio inferior rociándose la comisura.

Borde Lingual Posterior:

Se le pide al paciente que repita varias veces los movimientos de deglución, además se logra la rectificación del piso de la boca.

IMPRESION FISIOLÓGICA.

Una vez efectuada la rectificación de bordes, se procede al registro de la impresión fisiológica. Esta se hace con hule de polisulfuro, ya que por sus propiedades tiene buena retención.

Aunque existen gran variedad de materiales para la obtención de este registro, el de más uso por las facilidades que presenta es el de hule de polisulfuro.

Para la impresión fisiológica, se eliminan los excedentes de modelina que haya por fuera y por dentro del portaimpresión individual, posteriormente se le coloca adhesivo el cual no permitirá la separación del material del portaimpresiones al retirarlo de la boca, se le deja reposar mientras que se prepara el material el cual es batido en las proporciones que el fabricante indique, - por lo general se coloca la misma longitud de base y reactivo.

Se lleva al portaimprsriones y se coloca en la boca del paciente, presionando en la línea media con el dedo índice, pidiendo al paciente que realice los mismo movimientos que se llevaron al cabo para la rectificación de los bordes.

Se espera a que el material polimerize, dejandolo algunos minutos en la boca, retirandolo y observando que haya una buena impresión.

En la impresión fisiológica inferior, se efectuan los mismos pasos, presionando con los dedos pulgares, la zona del reborde del portaimpresiones. Pidiendo al paciente que efectue los mismos -- movimientos que se llevaron a cabo para la rectificación de bor-

des.

Se espera también a que polimeriza y entonces se retira de la boca, revisando que no se presenten burbujas o cualquier otro defecto que altere las características del proceso.

Posteriormente se recortan los excedentes del material teniendo cuidado de no alterar la impresión y efectuando lo más pronto posible, el vaciado del modelo en yeso piedra.

Una vez obtenidos los modelos sifiológicos se preparan las placas de registro, las cuales pueden ser de acrílico o de placa base de Graff.

COLOCACION DE RODILLOS.

El siguiente paso en la técnica clínica de la elaboración de la prótesis inmediata es la colocación de rodillos de cera.

Estos rodillos de cera tienen importancia ya que con ellos se obtendrá entre otras cosas el registro de la dimensión vertical en el paciente.

Los rodillos se elaboran en cera, ya que es un material que no produce traumatismos al reborde alveolar ni a los dientes residuales.

Estos rodillos pueden ser fabricados por el dentista por medio --

de rodetes de hojas de cera o ser comprados ya hechos.

Una vez que se tienen los rodillos de cera, se procede a unirlos a las placas bases, para lo cual por medio de una espátula caliente se une el rodillo a la placa base.

ORIENTACION DE RODILLOS.

Para la correcta orientación del rodillo superior, se toman como referencias, una línea que vaya del tragus de la oreja al ala de la nariz, la cual es paralela a la línea interpupilar, lo que hace que el rodillo superior tenga una correcta orientación.

El rodillo debe quedar por debajo del labio de 1.5 a 2 mm. para orientar la parte posterior del rodillo, se utiliza la platina de Fox desgastando o aumentando cerca en el rodillo.

Para la orientación del rodillo inferior, se toman como referencias el borde del labio inferior y en el rodillo superior, el rodillo inferior debe hacer contacto a todo lo largo del rodillo superior.

RELACIONES INTERMAXILARES.

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

El paciente puede tener dificultad al hablar, si se tiene aumentada o disminuida la dimensión vertical. Quizá una de las pruebas funcionales en la nueva dentadura nos la da el lenguaje, un gran cambio en la dimensión vertical disminuirá la realización de la masticación.

Entonces el paciente se verá forzado a llevar un régimen dietético pobre, y con un aspecto nada agradable. Ahora si la dimensión vertical está aumentada el paciente puede sentir dolor bajo el asiento basal de la dentadura, si sucede lo contrario puede mostrar disfunción de la articulación y del músculo temporomaxilar acompañado de una diversidad de síntomas y signos.

Las relaciones horizontales correctas son también muy importantes. La oclusión correcta es esencial para la salud del hueso de

soporte, para la mucosa, base; la musculatura masticatoria y las articulaciones temporomaxilares.

La verificación y registro de estas relaciones intermaxilares serán inútiles si no se emplea un articulador que posea estos registros. Se dice que el espacio intermaxilar es la distancia entre el maxilar y la mandíbula en descanso.

a) Relación Vertical o Dimensión Vertical.

La relación vertical están unidas a las relaciones horizontales en la misma medida. El éxito o fracaso de la dentadura dependen del buen registro de ambos.

En el sillón dental el operador no puede cambiar una sin la otra, a no ser que se usen otras técnicas.

Algunos autores han llegado a la conclusión de que la dimensión vertical permanece constante durante toda la vida. El registro de la dimensión vertical ha permanecido como tema de juicio clínico.

Pero se dice que cuando uno quiere aumentar la dimensión vertical; el problema lo debemos ver como un desdentado completo, dejando los rodillos más largos que los dientes, tomando dimensión, relación y articulando los dientes. Ahora el caso de querer disminuirla, se rebajan los dientes por sus caras oclusales hasta el tamaño que se quiera y se trata como desdentado completo,

Aunque hay que hacer la aclaración que estos se hace muy raramente por no decir que jamas.

Ya siendo establecida la altura se debe estudiar la altura morfológica. Se le pide al paciente que abra y cierre; cuando hayamos considerado que la mandibula esta ya en reposo, se registra la mordida entre el punto nasal que marcamos con un punto con la base de la nariz y la parte más prominente del mentón con una regla flexible milimetrica, tomaremos dicha medida.

b) Relación Central u Oclusión Central Verdadera.

Cuando hay dientes antagonistas que esten concluyendo y queremos mantener la altura oclusal recortaremos los rodillos poco a poco, reblandeciendo los 2 mm. y así obtendremos la oclusión central, haciendo que el paciente muerda los rodillos quedando marcada la mordida y obteniendo un registro de oclusión central exactamente como para una prótesis parcial.

c) Relación céntrica o dimensión horizontal.

Quizá la posición más importante en lo que se refiere al movimiento horizontal es la relación céntrica.

La relación céntrica es la posición del condilo en la parte superior y media de la cavidad olenoidea.

Hay 3 tipos que nos servirán a llevar una relación céntrica que -

son:

Guiada. - Esta es cuando uno lleva la mandibula hacia atras, se levanta la bolita que se siente en el menton con el dedo pulgar, y llevamos la mandibula atras y hacia arriba.

Forzada. - Su nombre nos indica que es adquirida por el arco gé- tico o facial; consta de una especie de alfiler en la parte superior y una platina de cera azul en la parte inferior y se le dice al pa- ciente que haga movimientos por ejemplo: llevar la mandibula -- hacia posición retrusiva, con un movimiento lateral derecho, y - regresando a posición retrusiva, viendo que en el punto donde - coincidan las líneas sera ahí la relación céntrica.

Activa. - Esta es cuando el paciente lleva arbitrariamente su man- dibula hacia atras o hacia relación céntrica el mismo.

Esto es muy factible en personas desdentadas ya que no hay con- tacto entre cuspides.

Ya estando el paciente en relación céntrica se le hacen unas mues- cas en los premolares en los rodillos de cera en forma de rombo o triangulo colocandole separador o vasolina, se espera a que fra- gue y se procede a montarlos en articulador, a manera que coin- cidan.

ELABORACION Y COLOCACION DE LA PROTESIS INMEDIATA.

Por lo general es aconsejable la extracción de todos los dientes posteriores que vayamos a eliminar y después de un lapso prudente de cicatrización comenzamos con la técnica en si. El éxito como en cualquier prótesis resulta del éxito parcial de cada uno de los pasos, que componen la técnica, y así habra que solucionar los problemas inherentes y modelos, a relaciones maxilares y maxilocraneales y a oclusión. Y cuando hablamos de solucionar los problemas, le damos exactamente la misma importancia que le dimos en el tratamiento del desdentado total, ya que no porque se trate del simple hecho de que una prótesis inmediata tenga un tiempo corto de vida util, podemos dejar de lado el concepto de integración de sistema que rige todos los pasos de su construcción y cada uno de ellos.

Selección de Dientes. - Se toma como base, los dientes naturales o existentes haciendo caso omiso de ellos, Siendo muy apropiado una combinación de estas dos características lo más importante, Su tamaño es importante ya que sabemos que a lo largo de la vida de los pacientes cambia, y que si el paciente es de mayor edad sus dientes seran más pequeños, tomando también en cuenta la abrasión de los dientes naturales, Hay dientes de 0°

20°, 30° y 33° esto es en función del tamaño.

Color.- Este se seleccionara preferentemente en el día y a la luz del sol.

Se probaran los dientes anteriores como los posteriores en la boca del paciente haciendo las correcciones necesarias.

Una vez que hicimos la prueba de articulación y después que se corrigieron los detalles de la articulación sobre el modelo, se realizaron los desgastes necesarios que posteriormente se haran en el paciente, con el objeto de eliminar retenciones y elaborar la gufa quirúrgica, se tomara como base al intervenir al paciente ayudandonos a evitar que la prótesis lastime y provoque zonas isquemias.

Cambios de dientes.- El cambio de los dientes del modelo por los artificiales ofrece tres variantes:

- 1.- Tratar de imitar lo que es existente.
- 2.- Tratar de imitar lo existente con algunas modificaciones.
- 3.- Modificación total en la colocación de dientes artificiales.

1.- Se pegan los bordes de la placa prueba al modelo, cuidadosamente, se elige, se talla y prepara un central, que se parezca al modelo con una fresa redonda o un disco de carborundum se separa de los que estan a los lados cortandolo por el cuello, se reba-

ja el yeso de manera que por palatino quede al nivel de la encia y por vestibular lo que se haga de la alveolectomía. No es mayor de 2 mm. por debajo del borde gingival.

Se pega con cera el diente artificial de manera que el borde incisal y el cuello queden en la misma posición que el anterior. Se repite la maniobra para todos los dientes existentes.

2.- Tratar de imitar lo existente con algunas modificaciones. - -
Es muy común en prótesis inmediata. Se imitan las características esenciales de los dientes y se corrigen defectos mayores. -
Una manera de lograrlo sería:

Preparar los dientes artificiales imitando los naturales. Se recomienda tener 2 juegos de modelos al mismo tiempo, para hacerlos iguales y reproducirlos en la prótesis inmediata. Se prepara la prótesis en base al procedimiento anterior del cambio de dientes corrigiendo las posiciones que se desean enmendar.

Cuando hay un aumento de la dimensión vertical o otras correcciones importantes, no se hará diente por diente, sino que se cortarán todos los dientes de un lado, se arreglará la encía del modelo y se articularán los dientes de ese lado primeramente, conservando el otro lado para mayor control, o bien se cortarán todos los anteriores, se arreglará el modelo y se colocarán los reemplazan

tes del modo que se juzgue conveniente.

3.- Modificación total en la colocación de dientes artificiales. -
Por lo general se debe a grandes aumentos de la dimensión vertical, a grandes cambios en la articulación o a la indicación de alveolectomía corregidora. El procedimiento es el mismo pero el criterio es cada vez mayor en aquellos casos en que la prótesis inmediata está indicada para ambos maxilares, es necesario planear bien el cambio, si es necesario operar por separado ambos maxilares.

No es conveniente colocar una prótesis inmediata completa en el maxilar superior, sin que existan los dientes posteriores inferiores.

En el caso de la prótesis inmediata sin flanco vestibular el grado de desgaste del modelo puede ser un poco mayor en cada alveolo, ligeramente en el alveolo al colocar la prótesis.

Terminado de la Prótesis.

Terminado el enfilado y completa la articulación de los dientes se debe encerar la pieza, tallando y alisando la cera como corresponde la postura en la mufla hasta la terminación siguiendo el procedimiento habitual.

Los defectos del modelo pueden corregirse en la mufla abierta,

La colocación de la prótesis inmediata difiere en dos circunstancias de lo normalmente regular, se hace sobre tejidos anestesiados recién modificados quirúrgicamente y que pueden modificarse aún para adaptarlos a la prótesis y el aparato debe ser colocado sea cual fuere los defectos.

ENCERADO Y PROCESO.

Después de colocar los dientes, las dentaduras de prueba se tienen que encerar cuidadosamente para reproducir los tejidos normales. Es importante elegir una cera de buen color y realizar un cuidadoso encerado antes de la prueba. La reacción del paciente a la dentadura en este momento debe ser favorable; por primera vez, la dentadura se le presenta como si estuviera en la fase final. Si el encerado es imperfecto y de mal color, todas las explicaciones del dentista de que es un borrador no calmarán el miedo, del paciente de que las dentaduras completas queden poco atractivas.

Además, el tiempo empleado en hacer un encerado cuidadoso y con habilidad será largamente recompensado, porque el pulido final de la dentadura entonces será mínimo. Es perfectamente posible encerar la dentadura de modo que un buen alisado seguido de la aplicación de un compuesto de pulir proporciona un amplio pulimiento en el acrílico,

El proceso convierte la dentadura de prueba en una dentadura en -

en su fase final.

ENCERADO.

Las llamadas planchas de base de cera son generalmente las mejores para utilizar en encerar los contornos de las encías. Se debe elegir un color de un rosa agradable y que se parezca al tejido normal. Aunque se pueden conseguir ceras de diversas clases con muchas propiedades físicas, las ceras más duras son mejores. No sólo están sujetas a menos distorsión en la boca, sino que son más fáciles de tallar y también de quitar de las superficies de los dientes.

El encerado terminado debe reproducir el aspecto de la encía adherida y marginal. Desde ese punto, el contorno puede ser alterado para aprovechar los diversos efectos retentivos de los salientes del tejido y de las contracciones del músculo. Fish(1952), ha subrayado los efectos de los contornos de superficies pulidas en la retención de la dentadura. Hablando en término general, las superficies cóncavas entre las zonas gingivales marginales y los bordes de la dentadura son sumamente favorables para los máximos efectos retentivos de las mejillas, labios y lengua,

Frecuentemente se utiliza un diseño que no sólo contribuye a un aspecto de artificialidad, sino que fomenta el que se deposite comida

y manchas, Las pupilas interdentes llenas y convexas son de aspecto más natural y más higiénicas. El tallado en esta zona de edad del paciente, ya que las papilas más largas y delgadas están asociadas con la edad más avanzada.

El encerado se puede realizar bien colocando un rollo grande y blando de cera en las superficies bucales y linguales y tallarlo gradualmente hasta que tenga proporciones correctas, o depositando cera derretida en las zonas apropiadas para contruir las proporciones correctas.

Recordemos que cuando la cera se enfría, encoge. Esta deformación de la cera puede hacer que los dientes se muevan y motivar que se apiñen fuera de la oclusión después de haber sido colocados correctamente. Cuando ocurre esto, deben ser devueltos a su posición original.

La cantidad de cera añadida determina el grosor de la dentadura pulida. Si la impresión se hizo con cuidado, los bordes de la dentadura deberán reproducir el grosor de los bordes de la impresión. Esto requiere el surco del molde se llene con cera. Hay que tener mucho cuidado en encerar al paladar para lograr el grosor correcto.

Aunque las dentaduras muy gruesas y pesadas no son recomenda-

bles no hay excusa para las dentaduras sumamente delgadas. Sus bordes pueden cortar la mucosa. Con frecuencia es imposible - ajustar una dentadura fina correctamente, y a estas dentaduras les falta resistencia.

Las arrugas palatinas de la dentadura no contribuyen a la buena - fonética. Por esta razón, no necesitan estar incluidas en el enca - rado a no ser que estuvieran presentes en la dentadura previa - del paciente y se averigüe que el paciente las considera importante.

El último paso es sellar con cera derretida la base de prueba al molde. Esto hace que la dentadura encerada no se separe del mol - de durante el enmufado, y evita que el yeso se introduzca entre la base y el molde. No se usan disolventes de cera, porque dejan un residuo de cera en los dientes que no se puede quitar.

CAPITULO IV

BIBLIOGRAFIA.

1. - Bosch García, Carlos.
La técnica de investigación documental.
México. Universidad Nacional Autónoma, 1973.
2. - Horst Uhlig, Kiel.
Prótesis para desdentados.
Berlin. Editorial Die Quintessenz, 1973.
3. - Capusselli, H. O.; Scharz, T.
Tratamiento del desdentado total. 2a. Edición.
Buenos Aires. Argentina 1980.
4. - Sharry J, John.
Prostodoncia dental completa.
Barcelona. Editorial Toray, 1977.
5. - Sajzar, Pedro.
Prostodoncia total.
Buenos Aires. Editorial Mundi, 1972.
6. - Casey, David M. D. D. S.
Interim, Dentadura Completa inmediata para un paciente cansado de dentadura parcial removible. Fort Knox, Ky.
Journal Prothet. Dent, June 1978 39(4) 466 - 468.
7. - Hamil M. Cupero. D. D. S.
Técnica de impresión de maxilar completo para dentadura inmediata, Fort Knox, Ky.
The Journal of prosthetic dentistry. Enero de 1978 Vol. 39 Vol. 1,

PREPARACION QUIRURGICA DEL PACIENTE.

Metodos de Antiseptia en Cirugía Búcal.

ASEPTIA. - Aunque la boca sea considerada como un campo contaminado en términos de aseptica quirúrgica, no hay excusa para que el dentista introduzca otros microorganismos en la boca -- del paciente. Si bien el paciente puede tener tolerancia adquirida para los organismos de su propia flora bucal, puede ser muy susceptible a la de otros, ya sea directamente o indirectamente mediante un objeto intermediario, tal como la llave de la luz, - la palanca de ajuste del cabezal, un lápiz o el teléfono.

La esterilización es uno de los fundamentos de la cirugía moderna. Toda intervención para ser coronada por el éxito exige que todos los elementos con dependencia a la operación estén libres de microorganismos.

Dentro del término elementos deben de ser considerados: el sitio donde se realiza la operación (campo operatorio) las manos y ropa de los que realizan la operación, los instrumentos, materiales o cuerpos de cualquier índole que formen parte del acto quirúrgico. La cavidad bucal a pesar de su riquísima flora bacteriana, no debe de apartarse de estos principios quirúrgicos; y -

aunque es verdad que la boca posee un extraordinario mecanismo de defensa, el rigorismo quirúrgico, en lo referente a la cirugía que en ella se aplica, no puede admitir concesiones de ninguna especie.

Para esterilizar los elementos que intervienen en la operación, nos valemos de agentes químicos y físicos.

AGENTES QUÍMICOS. - Constituyen los productos que en terapéutica se denominan antisépticos y desinfectantes. Sólo citaremos aquellos en relación con nuestros objetivos, sin estudiarlos desde el punto de vista químicos:

ALCOHOL: Se emplea para la antisepsia de las manos del cirujano, del campo operatorio, para conservar ciertos materiales.

Las soluciones desinfectantes frías no se consideran adecuadas para la esterilización de instrumentos quirúrgicos.

TINTURA DE YODO: En cirugía general se usa para la antisepsia del campo operatorio. En cirugía bucal su empleo no es muy extenso, porque éste cuerpo tiene propiedades irritantes y todas las mucosas bucales no lo soportan sin reacción. Lo aplicamos para la antisepsia del punto de punción de la aguja en las distintas anestias. En partes iguales con alcohol, se utiliza pincelar los espacios interdentarios, los capuchones del tercer molar el sitio donde va a practicarse la incisión etc.

ACIDO FENICO: En solución alcohólica se emplea para esterilizar el punto de punsión (tiene además ligeras propiedades de - - anestésia). Diluido al 10% sirve para conservar materiales de - sutura.

TINTURA DE NERTIOLATO: Tiene las mismas aplicaciones que las de Yodo.

AGENTES FISICOS: Los agentes físicos utilizados para la esterilización son el calor seco y el calor húmedo.

CALOR SECO: Se obtiene por medio de aparatos que consisten - en cajas metálicas (estufas secas). Cuyo ambiente se calienta - por medio de gas o electricidad (prefiriendo los aparatos eléctricos).

CALOR HUMEDO: El hervido es un método eficaz para esterilización fresas dentales, se eleva en un recipiente la temperatura del auga hasta que ésta alcanza 100°C. (ebullición) dentro de él se introduce el material a esterilizar. Puede emplearse el calor a baja presión con lo cual se consigue elevar la temperatura a - 130°C o 140°C. Los aparatos designados para tal propósito se - denomina autoclave.

El autoclave, es el método corriente para esterilizar los instrumentos quirúrgicos, gasas, toallas, compresas, etc., aunque -

muchos hospitales utilizan la esterilización a gas para determinados instrumentos delicados que podrían arruinarse con el vapor.

El instrumental metálico que se emplea en cirugía debe de ser esterilizado en la estufa seca. Los instrumentos, convenientemente dispuestos en su caja respectiva y acondicionada según las circunstancias o necesidad se introduce en la estufa seca, se elevan a la temperatura de 130° C en la cuál se mantiene durante 30 minutos. Los instrumentos con filo, como bisturís y escoplos, pueden esterilizarse por métodos químicos. Existen esterilizadores especiales para estos instrumentos, a base de sustancias químicas que no dañan el instrumental.

La práctica de mojar fresas en alcohol una vez usadas no se pueden considerar como una manera adecuada de esterilización.

Aunque también intervienen otros factores, hace ya mucho se estableció la relación entre el alvéolo seco postoperatorio y la infección, lo mismo sucede con la relación entre la infección y la contaminación cruzada. Una de las maneras más eficaces que dispone el dentista para reducir la incidencia de la osteítis postoperatoria es eliminar la contaminación cruzada.

INSTRUMENTOS PARA CIRUGIA BUCAL,

BISTURI. - En cirugía bucal se usa comúnmente un bisturí de hoja corta. Este instrumento consta de un mango y de una hoja; --

éste puede tener distintas formas y tamaños. Existen estos instrumentos con hojas intercambiables, las cuales se eligen según la clase de operación a seguir. En nuestra práctica preferimos éste tipo de bisturf (Bard Parker) con hoja No. 15.

TIJERAS. - Las tijeras, como instrumento de sección de tejidos, tiene escaso uso de nuestra especialidad. Se les emplea para -- seccionar lengüetas y festones gingivales y trozos de encía en el tratamiento de la paradentosis. Carranza, aboga por el uso de las tijeras de Neuman para tal operación. Son tijeras curvas que se adaptan al trabajo que han de desempeñar, pudiendo alcanzar la región palatina y lingual, de difícil acceso.

También pueden usarse tijeras para seccionar bridas fibrosas, cicatrices y trozos de colgajos y de las curvas.

Se utilizan tijeras para cortar los puntos de sutura. Tal operación se realiza con tijeras de hojas pequeñas, en especial curvas.

PINZAS DE DISECCION. - Para ayudarse en la preparación de los colgajos y en otras maniobras, el cirujano puede valerse de las pinzas de disección dentadas con las cuales se toma la fibromucosa sin lesionarla, o las pinzas de dientes de ratón con tres pequeños dientes que se engranan y permiten sostener el colgaje.

Para tal caso también se utiliza la pinza de Kocher, de cirugía gastrointestinal que permite tomar la fibromucosa bucal, siempre

delicada, sin lastimarla ni desgarrarla.

LEGRAS, PERIOSTOTOMO, ESPATULAS ROMAS. - El desprendimiento y separación de la fibromucosa primariamente incidida por el bisturí, con el objeto de preparar lo que se determina colgajo, se efectúa con instrumentos de los cuales existen varios tipos, pueden emplearse las pequeñas legbras de las que se incinuarán entre los labios de la herida y entre mucopariostio y el hueso, apartando aquel elemento hasta donde fuera necesario.

Empleamos muy frecuentemente la espátula de Freer, de uso corriente en otorrinolaringología, la cual nos presta gran ayuda. - Pueden utilizarse espátulas rectas o acodadas; éstas últimas están indicadas en sitios de difícil acceso, por ejemplo, como la bóveda platina y la cara lingual del maxilar inferior. Estos instrumentos también se emplean para despegar las bolsas de los quistes, del hueso que las aloja.

SEPARADORES. - En el curso de una operación en la cavidad bucal, es necesario mantener apartados los labios, con el propósito de no herirlos, o los colgajos, para que no sean traumatizados. Para tal fin se pueden utilizar los separadores de Fababeuf, cuyos dos extremos están acodados; los separadores de Volkmann, que constan de un mango y de un tallo que terminan en forma de dientes, los cuales se incindan debajo del colgajo al cual mantienen fijo. Otros tipos de separadores tienen distintos diseños y formas. Los empleamos pa-

ra separar el colgajo, en la extracción del tercer molar inferior:
la misión del separador también puede ser cumplida con un perios-
tótom o con una espátula, con los cuales se sostiene y aparta el-
colgajo.

INSTRUMENTOS PARA LA SECCION DE LOS TEJIDOS DUROS.

EXCOPLOS Y MARTILLO:

El empleo de los escoplos en cirugía bucal es muy frecuente. Tales instrumentos se usan para reseca el hueso que cubre el objeto de la intervención: La tabla externa en las extracciones del tercer molar inferior retenido, el hueso palatino que protege a los caninos u otros dientes retenidos y en general la tabla ósea vestibular, para eliminar los quistes de distintos tipos, que se desarrollan en los maxilares.

El escoplo es una barra metálica, uno de cuyos extremos está cortado en bicele a expensas de una de sus caras y convenientemente afilado. Actúan a presión manual o son accionadas a golpes de martillo, dirigidos sobre la externidad opuesta al filo. Este martillo consta de una asa y de un mango que permite exprimirlo con facilidad. El martillo debe ser dirigido por el mismo operador, quién toma éste instrumento con la mano derecha y el escoplo con la izquierda o por el ayudante, quién golpea sobre el escoplo a pedido del cirujano.

El escoplo puede ser también accionado por el torno dental. Este

escoplo o martillo automático se distingue de estas dos formas. Su funcionamiento mecanismo y manera de actuar son más utilizados en exodoncia. Este escoplo tiene puntas cambiables, las cuales de distintas formas, están dirigidas en sentido diverso y tienen distinta función.

Los escoplos también se utilizan para seccionar dientes en las maniobras llamadas de odontosección.

Hay varios tipos de escoplos que varían entre sí en detalles la hoja del escoplo puede ser recta o estar ahuecada en mediacaña.

Un instrumento que tiene características del escoplo y es utilizado a presión manual es el osteótomo de Winter que se emplea en exodoncia.

PINZAS GUBIAS:

Para realizar la resección del hueso (osteotomía) podemos utilizar las denominadas pinzas gubias, rectas o curvas, que actúan extrayendo el hueso, por mordiscos sobre este tejido, previa preparación de una puerta de entrada con los escoplos, o directamente, como cuando se desea eliminar puntos cortantes, crestas óseas o trozos óseos que emrgen de la superficie del hueso. Existen varios tipos y dentro de éstos, variedades que residen en la angulación de sus ramas o en la disposición de su parte cortante.

FRESAS:

El empleo del torno dental en las operaciones de la boca es extraordinaria utilidad. La ostectomía es sencilla, no tras inconvenientes cuando se emplea con ciertos cuidado. La fresa puede sacar el hueso de por sí, o abrir camino a otros instrumentos. Puede usarse - las fresas comunes empleadas en destistica, redondas del número 5 al 8, o de fisura número 560. La fresa se coloca en la pieza de mano o en el ángulo según las necesidades.

También se utilizan las fresas quirúrgicas de Schamberg para labrar el caucho y las Allport.

LIMAS PARA HUESO:

(escofinas), para la preparación de maxilares destinados a llevar aparatos de prótesis o para alisar bordes y eliminar puntas óseas, se usan las limas para hueso.

PINZAS PARA TOMAR ALGODON, GASAS, ETC:

En el transcurso de la operación hay que limpiar el campo operatorio de la sangre que mana de los vasos vecinos. Por tratarse de vasos pequeños su ligadura es imposible. Es necesario, por lo tanto, eliminar la sangre con trozos de gasa, que se pueden llevar a la herida - con pinzas para algodón o pinzas con sus ramas en bayonetas, instru

mentos éste de uso frecuente en otorrinolaringología. Estas pinzas sirven también para introducir muchas en el interior de las cavidades óseas, alveolos o cavidades patológicas.

CUCHARILLAS PARA HUESO:

Las colecciones patológicas, granulomas, fungocidades, quistes, etc., deben eliminarse del interior de las cavidades óseas con cucharilla para hueso (cureta). Existen infinitas variedades de éstos instrumentos. Los hay rectos o acodados, cuya parte activa puede tener formas y diámetros distintos.

PINZAS PARA EXTRACCIONES DENTARIAS:

Son los instrumentos ideados para la exodoncia.

ELEVADORES:

Su descripción y uso, como también el de las pinzas dentarias se usan en exodoncia.

AGUJAS PARA SUTURA:

La sutura es una parte sumamente importante de la intervención. Nosotros la empleamos en casi todas las operaciones de cirugía bucal, incluyendo exodoncia.

El papel, la virtud y las ventajas de la sutura en nuestra cirugía, -

serán consideradas a fondo como una de las partes esenciales - del acto quirúrgico, para sostener los finos y delicados tejidos gingivales, tan propicios a desgarrarse es menester emplear -- agujas que estén en consonancia con tal delicadeza: agujas sen-- cillas, curvas o rectas, de pequeñas dimensiones.

ELEVADORES:

Su descripción y uso, como también el de las pinzas dentarias se usan en exodoncia.

PORTAAGUJAS:

Agujas tan pequeñas como las indicadas, no pueden ser dirigidas a mano, sino excepcionalmente. Para ser práctico y preciso su uso debemos valernos del portaagujas, tal instrumento que toma la - aguja en el sentido de su superficie plana y la guía en sus movimientos.

SONDAS:

Pueden emplearse distintos tipos de sondas, ya sea durante el curso de una intervención quirúrgica, o bien con fines diagnósticos. En nuestras prácticas se usan las sondas acanaladas que consiste en -- tallo en forma de canal y que se emplea para drenar abscesos, una vez que han sido incididos por el bisturí, o para practicar corte de

tejidos que requieren cierta delicadeza, realizando en dicho caso - la incisión sobre el hueso de la sonda, la cual sirve de guña; las - sondas de conducto; para trayectos fistulosos cortos y finos, o como guña en el curso de una apicectomía; la sonda de plata, con su extremidad en forma de oliva. También para trayectos, para investigar secuestros y estudiar cavidades óseas.

PINZAS DE CAMPO:

Como su nombre lo indica, son instrumentos que se usan para tomar y fijar las compresas esterilizadas que se emplean en la protección del campo operatorio.

OBJETIVO DE LA CIRUJIA PREPROTE TICA.

Para realizar una operación cualquiera en el organismo, salvo las - operaciones de urgencia, se requiere en éste una preparación previa es decir, ponerlo en las mejores condiciones para soportar con éxito una intervención que es el objetivo ideal del preoperatorio. Las operaciones de cirugía bucal no escapan a estas indicaciones, aunque - indudablemente, por tratarse de un paciente con una infección local, para la preparación que necesita es menor que las indicaciones para cirugía general,

Esta preparación previa es la que en cirugía se llama el PREOPERA-
TORIO, definido como, la operación del estado de salud de una perso-

na en vísperas de operarse, con el fin de establecer si la operación puede ser realizada sin peligro, y en caso contrario adoptar las medidas conducentes a que ese peligro desaparezca o sea reducido al mínimo.

Estas medidas preoperatorias pueden clasificarse en generales, que son las que se refieren al organismo total, y locales, las que se realizan en el campo operatorio, antes de nuestra intervención.

MEDIDAS LOCALES.

ESTADO DE LA CAVIDAD BUCAL:

Para realizar una operación en la cavidad bucal, se exige que ésta se encuentre en condiciones óptimas de limpieza, ya que no de esterilización. El tártaro salival, las raíces y los dientes cariados, serán extraídos u obturados. Se exceptúa de esta medida desde luego, cuando la extracción de dichas raíces o dientes constituyen el objeto principal de la operación.

Las infecciones existentes en las partes blandas de la cavidad bucal contraindican una operación, siempre que ésta no sea de gran urgencia. Nos referimos a la gingivitis y a la estomatitis (en especial las ulceromembranosas), terreno extraordinario malo para cualquier operación y que necesita un tratamiento previo.

En cuanto a las lesiones tuberculosas y sifilíticas (chancro, placas mucosas), contraíndican toda operación en la cavidad bucal, por el peligro que significan incisiones sobre tales lesiones y el contagio que representan para el operador.

Aún en estado normal, la boca, antes de una operación en ella, debe ser cuidadosamente labada con una solución de agua oxigenada (en atomizador), o soluciones jabonosas que se preparan diluyendo jabón líquido y agua oxigenada, en un volumen diez veces mayor de agua.

Especial dedicación hay que prestarle a los espacios interdentarios las lengüetas gingivales y los capuchones de los terceros molares. - Estas regiones serán lavadas con una solución de agua oxigenada, o un antiséptico cualquiera y pintadas con tintura de merthilate aún antes de la operación.

Estas medidas antisépticas preoperatorias, colocaran la cavidad bucal en una condición óptica, para realizar en ella una intervención - y disminuir en un alto porcentaje los riesgos y las complicaciones postoperatorias.

TECNICAS QUIRURGICAS.

FRENILECTOMIA:

La corrección quirúrgica de diversos tejidos blandos normales y anormales ayudan al dentista en la confección de la prótesis y al pa--

ciente en el uso más favorable de ellas.

Uno de los procedimientos quirúrgicos que se realizan con mayor frecuencia y facilidad es la excisión del frenillo vestibular hipertrófico. Cuando está indicado, este procedimiento proporciona al paciente desdentado años de satisfacción, y sin embargo, muchas veces se le pasa por alto o se le evita.

FRENECTOMIA LINGUAL:

La anquiologlosia, o lengua atada; se observa con mayor frecuencia en niños y por lo común se le corrige mientras el niño es pequeño. Algunas veces se examina un paciente adulto y se comprueba que tiene un frenillo lingual hipertrófico sin tratar.

El frenillo lingual se compone de un pliegue de mucosa sola, o puede contener un tabique fibroso denso que une la punta de la lengua del proceso alveolar. Puede tratarse meramente de un frenillo fibroso corto que restringe el movimiento de la lengua, o puede contener fibras de los músculos genioglosos.

El movimiento libre e irrestricco de la lengua es importante si el paciente a de usar con éxito una prótesis inferior. Como prueba simple de la función lingual, se pide al paciente que toque sus labios superiores con la punta de la lengua. Cuando el paciente es incapaz de mover la lengua está unida al proceso alveolar, está indica la frenectomía.

ALVEOLOPLASTIA:

Objetivos y principios de la alveoloplastia:

Hay dos objetivos primarios, inmediatos y mediatos, que se dilucirán abajo:

- 1.- Mediante la eliminación del hueso y/o el tejido blando es posible modelar de inmediato el proceso alveolar para facilitar la confección de la prótesis. El dentista puede tomar las impresiones antes se puede hacer inicialmente prótesis mejor adaptada, y el paciente puede usar la dentadura con mayor comodidad y confianza.
- 2.- Hay que impedir la eliminación excesiva de hueso y prevenir la reabsorción excesiva de hueso. En todo momento habrá que conciderar el hueso a largo plazo de las prótesis.

Además estos dos objetivos primarios, es posible establecer varios objetivos secundarios. Es conveniente distribuir la carga de las fuerzas masticatorias sobre la mayor superficie posible. Para ello, los rebordes alveolares deben tener forma de U y ser del mayor ancho posible. Hay que evitar el reborde con forma de V, puesto que el peso por unidad de superficie aumenta a medida que disminuye la superficie. Los espacios muertos no necesariamente añaden protección a la dentadura, y algunos odontólogos prefieren eliminar todos o casi todos los espacios muertos. Por otra parte, no es obligatorio

que el reborde sea perfectamente liso. Ello no significa que el operador deba dejar bordes óseos filosos debajo del mucoperiostio, -
pues ello causará al paciente dolor y molestias. No hay que confundir técnica quirúrgica perezosa con cirugía conservadora. Hay que redondear los rebordes filosos, reducir de tamaño saliencias voluminosas pero no es imperativo que el reborde sea totalmente liso -
además de estos objetivos, hay determinados principios que también guían el tratamiento es menester tomar en cuenta la edad del -
paciente.

Se ha demostrado que los tejidos jóvenes deben de llevar sus prótesis durante mucho más tiempo que los pacientes de más edad. El hueso de los pacientes jóvenes es más plástico y será más propenso a la reabsorción producida por la atrofia y el abuso durante una mayor cantidad de años que los pacientes mayores. En consecuencia, podemos generalizar que en el paciente joven, al realizar la alveoplastia hay que quitar la menor cantidad posible de hueso. En los muy jóvenes, quizás no hay que hacer recorte alguno.

Se tendrá presente la vanidad del paciente. Se ha demostrado que -
los tejidos que soportan prótesis se mantienen en mejor salud si la dentadura se quita en varias horas por día y si se limpian los tejidos. Las mujeres, especialmente las jóvenes, y también muchos -
hombres, si sienten demasiado inhibidos, como para quitarse la --

prótesis para "descansa la boca", y como resultado de ello experimentan mayores dificultades con la reabsorción ósea y la proliferación de tejidos blandos. Según nuestra experiencia, los pacientes - de más edad y los pacientes de "aire libre" (comerciantes inmobiliarios conductores de camiones, granjeros, etc.).

Parecen presentar menor proporción de esas dificultades porque son menos reacios a quitarse de tanto en tanto las prótesis.

Resulta difícil estimar o predecir la futura reabsorción al realizar la alveoloplastia. Se demanda el criterio quirúrgico y la experiencia, pero existen las siguientes pautas para ayudar al inexperto:

1. - El hueso esponjoso se reabsorbe con mayor rapidez y con mayor intensidad que el hueso compacto, de modo que es conveniente conservar la cortical a expensas del hueso medular más blando toda vez - que se prevea la eliminación extensa del hueso. Esta en la base de - la alveoloplastia intercortical. La prótesis debe apoyarse sobre hueso compacto, no sobre hueso esponjoso, para que los resultados - - sean más positivos.

2. - Según lo afirmado con anterioridad, el reborde alveolar residual debe ser ancho para que haya la máxima superficie de contacto y soporte. Si la reducción inmediata de los espacios muertos produjera - un reborde angosto con forma de V, hay que postergar de 3 a 4 semanas la reducción de la alveoloplastia para que el hueso neoformado -

rellene los alveolos. Es frecuente que hayamos que al hacer una alveoloplastia postpuestas hay que eliminar mucho menos hueso que si el hueso se reportara inmediatamente después de la extracción de los dientes.

3.- En caso de periodontitis avanzada, con reabsorción pronunciada del hueso interradicular, se postergará la alveoloplastia hasta que los alvéolos sean rellenados por nuevo hueso. La espera puede oscilar entre las 4 y 8 semanas, pero, como antes, el contorno final del reborde residual será más satisfactorio si se posterga el recorte del hueso.

4.- Si con el diente se eliminan inadvertidamente trozos de hueso, se tratará de volver a colocar por lo menos parte de ese hueso en la zona operada como de todos modos habría que haber descartado estos fragmentos óseos, poco se pierde al intentar reimplantar el hueso a la manera de un injerto libre. Los injertos óseos proporcionan el andamio y los materiales de construcción para la formación de nuevo hueso a medida que el injerto es reabsorbido y reemplazado.

Los injertos óseos esponjosos autógenos frescos y corticoesponjosos no siempre tienen éxito, sin embargo, la proporción de éxitos es suficientemente alentadora como para intentarlos cuando están indicados.

TIPOS DE ALVEOLOPLASTIA.

COMPRESION ALVEOLAR:

La forma más simple y rápida de alveoloplastia es la compresión entre los dedos de las tablas corticales externa e interna. Aunque esto es muy eficaz en pacientes jóvenes, hay que hacerlo después de todas las extracciones, especialmente en aquellas que hubo la posibilidad y necesidad de realizar maniobras considerables con expansión de la tabla vestibular. La compresión reduce el ancho del alvéolo y elimina muchos espacios muertos óseos que sin esa compresión representarían dificultades. Se hace sutura con frecuencia para mantener el tejido blando y el hueso en la posición adecuada.

ALVEOLOPLASTIA SIMPLE:

Cuando se desee reducir al margen cortical vestibular o lingual, o, en ocasiones más raras, el margen alveolar palatino o lingual, el proceso debe ser de mayor simplicidad por lo común está indicado sólo el colgajo en bolsillo, aunque a veces se precise el colgajo trapezoidal con una incisión liberadora o dos. El colgajo se separa inmediatamente más allá de la proyección ósea porque una mayor separación en dirección apical puede generar hinchazón exagerada, hematoma, retardo de la cicatrización y reabsorción ósea excesiva. Con un alicate o guía sostenido en sentido paralelo al margen óseo del pro-

ceso alveolar ya que probablemente fuera suficiente con ello.

En la mayor parte de los casos, el consejo de Schram es correcto.

Los dientes extruidos tienen el proceso alveolar alargado, de manera que está indicada la reducción vertical en los márgenes óseos del alveolar toda vez que esos dientes se extraigan. El seno maxilar se suele dilatar en la tuberosidad maxilar, haciendo que la reducción vertical del reborde maxilar residual se torne difícil. En estos casos hay que tener cuidado en dejar cierta cantidad de hueso para que forme el piso del seno. La ostiotomía maxilar posterior con proyección del proceso alveolar hacia el seno, se podría considerar como una alternativa en casos de alargamiento de la tuberosidad con agrandamiento extremo del seno maxilar.

ALVEOLOPLASTIA CORTICAL VESTIBULAR:

La reducción de la tabla cortical externa es la más antigua y conocida de alveoloplastia. Por muchos años se le practicó casi radicalmente, dejando solo un reborde alveolar pequeño y angosto que se empesaba y estrechaba con el paso del tiempo,

ELIMINACION DEL TORUS PALATINOS Y MANDIBULARES.

El torus palatino es una proyección ósea benigna, de crecimiento lento, de los procesos palatinos de los maxilares y a veces de las lami-

nas horizontales a lo largo de la sutura media en la superficie bucal del paladar duro.

Se ha observado torus palatino en alrededor del 20 al 25% de la población adulta, y el 5% de los recién nacidos, con prevalencia doble en mujeres que en hombres.

La etiología es desconocida. Se indicaron como factores citológicos posibles: la herencia, el traumatismo superficial, la maloclusión y la respuesta funcional.

El torus es una masa con superficie cortical densa y cantidades mínimas de núcleo esponjoso. La mucosa que cubre el torus es muy delgada y da la impresión de que hubiera sido "estirada" por la exostosis de expansión lenta. En razón de la escases de tejido conectivo submucoso, la irrigación de la mucosa es relativamente pobre si se compara con otras zonas de los maxilares. En la periferia del torus. La mucosa adquiere el mismo espesor que en otras zonas del paladar duro.

El torus palatino crece con lentitud y adquiere su tamaño máximo en la tercera década de la vida. El tamaño y la forma son variables, y con mayor frecuencia es nodular que fuciforme. El tipo nodular suele tener un surco medio que corresponde a la sutura palatina media. El torus palatino no tiene finalidad útil.

Por lo general, no está indicado el tratamiento salvo:

1. - Se tornan tan grandes que perturben la dicción.
2. - La mucosa se traumatiza, se ulcera o no cicatriza en razón de la irrigación insuficiente.
3. - No se puede persuadir al paciente que no se trate de un tumor maligno.
4. - Interfiera con el diseño y la confección de una prótesis dental removible.

Incluso cuando se completa la confección de prótesis, no todos los torus deben ser eliminados. Otros criterios para su remoción es:

1. - Tamaño exagerado.
2. - Retenciones.
3. - Interferencia con el sello posterior de la prótesis.
4. - Inestabilidad de la prótesis producida por el movimiento. En esos casos el torus actúa como fulcro.

El plan de tratamiento demanda una valoración atenta al paciente. Al paciente temeroso se le administrará un sedante preoperatorio suave toda vez que venga acompañado por un adulto responsable, -

El procedimiento quirúrgico no es difícil y se le realiza sin dolor - en el consultorio con anestesia local. Si se usara anestesia general hay que hacer intubación endotraqueal para mantener la vía respiratoria adecuada. En tal caso, es mejor realizar el procedimiento en el hospital.

TORUS MANDIBULAR.

El torus mandibular es una exostosis que por lo general se presenta en forma bilateral sobre la superficie media del cuerpo de la mandíbula y el proceso alveolar. Estos torus se hallan en el 5% al 10% de la población adulta, igualmente distribuidos en los dos sexos. Se localizan en la región de canino-premolares pero también se les halla como nódulo óseos múltiples desde la zona de incisivos hasta la zona de molares. La etiología de los torus mandibulares es desconocida, pero se cree que son una reacción funcional a fuerzas masticatorias. Se hallan compuestos por hueso cortical denso con cantidades mínimas de núcleo medular. El mucoperióstico que los cubre es muy delgado, como lo es en toda la superficie media de la mandíbula. No es rara la laceración o las úlceras traumáticas sobre la mucosa.

Los torus mandibulares se eliminan:

1.- Cuando se agrandan tanto que generan dificultades en la dicción

o dificultades en la alimentación.

2.- Cuando la mucosa que los cubre se ulcera como consecuencia de la traumatización y no cicatriza.

3.- Para facilitar la confección de prótesis removibles completas o parciales. La remoción de los torus mandibulares no es difícil. Se realiza fácilmente en el consultorio dental, con anestesia local, muchas veces al mismo tiempo que la extracción de los dientes — posteriores.

ELIMINACION DE CICATRICES.

Según sea el tamaño de la cicatriz y su localización, se pueden realizar diversos procedimientos correctos. Las cicatrices finas se corrigen mediante una incisión transversal a través de la cicatriz similar a la realizada para el frenillo vestibular posterior. La herida se convierte de incisión transversal en herida longitudinal en forma de diamante al tensionar el tejido. La disección más profunda de la banda fibrosa de la cicatriz se hace con tijeras, hasta que el tejido se mueva libremente. Se socavan los márgenes de la herida y se les cierra con sutura.

Las cicatrices grandes se cierran con Z-plastia, V-Y-plastia, u otros procedimientos de desplazamiento de tejidos. Para ayudar a

restablecer un surco vestibular cicatrizado, se puede utilizar una matriz. Así mismo, se puede suturar un cateter o un apósito de cemento quirúrgico a lo largo del fórnix del surco por 10 a 14 días para mantener los colgajos mucosos desplazados y para impedir su reinsertión en sus sitios previos.

ALTERACIONES POSTQUIRURGICAS MAS FRECUENTES.

a) HEMATOMA:

Accidentes frecuentes, que escapa la mayor parte de las veces a nuestras mejores previsiones, consiste en la entrada y depósito de sangre en los tejidos vecinos al sitio de la operación. La piel que cubre la región operatoria se pone turgente y dolorosa. Las regiones vecinas acompañan la tumefacción sanguínea y el todo adquiere un aspecto inflamatorio.

El hematoma puede llegar a superar, dando en estas ocasiones repercusión ganglionar, escalofríos y fiebre.

La conducta en semejante caso puede y debe ser expectante.

Después de un tiempo variable y con suma lentitud el hematoma se reabsorbe; cuando supura, se trata como un absceso incidiendolo a

bisturf.

INFECCIONES:

El proceso infeccioso más frecuente es la alveolitis.

Septicemia y Bacteremia. - Las extracciones dentarias o eliminación de focos sépticos puede ser seguida del paso de microorganismos a la sangre.

Esta complicación tiene importancia en los cardíacos y reumáticos porque pueden originarse endocarditis bacterémicas graves. A los pacientes con lesiones reumáticas o cardíacas es menester administrar penicilina a grandes dosis, antes, durante y después del tratamiento (500 000 Unidades Diarias).

Dolor. - El dolor postoperatorio que se presenta a causa del tratamiento operatorio, debe ser calmado por medicamentos preconizados para tal objeto; antipirinas, piramidón. El frío colocado a intervalos sobre la región operada, calma en las primeras horas los dolores postoperatorios.

Inflamación. - Es de las complicaciones generales más frecuentes, cualquier intervención en la cavidad oral puede ser seguida de complicaciones generales, muchas de éstas podemos evitarlas o prevenir las como en todos los casos de las complicaciones anteriores evitando en las evitamos la presente; aunque algunas escapan de nuestros buenos propósitos.

CAPITULO V

BIBLIOGRAFIA.

1. - Bosch García, Carlos.
La técnica de investigación documental.
México. Universidad Nacional Autónoma, 1973.
2. - Ries Centeno,
Cirugía bucal 8a. Edición.
Buenos Aires, Editorial El Ateneo, 1978.
3. - Starshak J, Thomas.
Cirugía bucal preprotética.
Buenos Aires. Editorial Mundi, 1975.
4. - Archer, Harry, J. V.
Atlas de técnicas quirúrgicas.
Buenos Aires, Editorial Mundi, 1978.
5. - Birn, Herluf.
Cirugía odontológica.
Madrid, Editorial Salvat, 1977.
6. - White E, Daniel.
Cirugía bucal práctica.
Editorial Continental, 1a. Edición 1978.

HEMORRAGIAS:

La salida de sangre en el curso de una operación es un suceso lógico; la cantidad de sangre puede hallarse disminuida por la acción - de los anestésicos locales (vasoconstrictores).

Hemorragias primarias. - Se realiza por dos procedimientos; uno, - instrumental que tiene su aplicación en las ligaduras o en el aplastamiento del vaso.

El otro procedimiento actúa mecánicamente y se logra por el taponamiento, y la compresión, que se realiza con un trozo de gasa. Generalmente, volviendo el colgajo a su sitio y suturando, la hemorragia cesa por, compresión de la cavidad ósea por la sangre que al coagularse obtura los vasos óseos sangrantes.

Hemorragia Secundaria. - Aparece algunas horas o días después de la operación, puede obtenerse obedeciendo a la caída del coágulo luego de un esfuerzo del paciente, o por haber cesado la acción vasoconstrictora de la anestesia, El tratamiento de tal accidente se realiza por medios locales o generales.

Locales. - Se lava la región con agua caliente y que el paciente realice enjuagatorios de su boca para retirar los restos de coágulo. Investigando el lugar por donde mana la sangre, la hemostasis se realiza

por taponamiento a presión con gasa (símple o con medicamento). Encima de la herida y comprimiendo sus bordes, se deposita un trozo de gasa seca la cuál se mantiene a presión masticatoria, cuando menos media hora, transcurrido éste lapso de tiempo se retira con suma precaución, y en caso de persistir se administran los procedimientos generales.

Generales. - Se mejorará el estado general del paciente (pulso, tensión, corazón) administrando tónicos cardiacos (cardiazol) y se tratará de - - reemplazar la sangre perdida por la inyección de suero glucosado, transfusión sanguínea y medicamentos coagulantes.

CAPITULO VI

BIBLIOGRAFIA

1. - Bosch García, Carlos.

La técnica de investigación documental.

México, Universidad Nacional Autónoma 1973.

2. - Starshak J, Thomas.

Cirugía bucal 8a. Edición.

Buenos Aires. Editorial Mundi, 1975.

3. - Birn, Merluf.

Cirugía odontológica.

Madrid, Editorial Salvat. 1977.

4. - Ries Centeno.

Cirugía Bucal 8a. Edición.

Buenos Aires. Editorial Mundi. 1975.

CUIDADOS E INDICACIONES POSTOPERATORIAS DE LA PROTESIS INMEDIATA.

A todos los pacientes se les han de dar instrucciones escritas para que las puedan tener en caso de alguna duda y a grandes rasgos, lo más importante de las mismas será:

- 1.- Que tome las disposiciones necesarias para que alguien le acompañe al consultorio dental el día en que se le habrán de extraer los dientes y se le ha de colocar la dentadura artificial.
- 2.- Durante las cuatro horas siguientes a la extracción de los dientes, pongase una bolsa de hielo sobre los labios durante quince minutos cada media hora, para reducir al mínimo la tumefacción.
- 3.- Se prescribe un analgésico para calmar el dolor que pudiera tener. Para su administración sírvase atenerse a las instrucciones.
- 4.- No se quite la dentadura usted mismo, si se la quita prematuramente se puede producir tumefacción en los tejidos, que impedirá su colocación durante varios días.
- 5.- Cuando el dentista le haya quitado la dentadura (en la cita de 24 -

horas), recibirá instrucciones para volverla a quitar y poner.

- 6.- Cada vez que se quite la dentadura enjuague la boca, con -
agua salada templada (una cucharada de sal en un vaso de agua).

Limpie a fondo las dentaduras antes de volver a colocarlas, no use colutorios comerciales ni pastas analgésicas.

- 7.- Se le citará para enjuagar la dentadura y eliminar los puntos de sutura.

- 8.- Durante el período de cicatrización, su dieta ha de consistir -
principalmente de alimentos blandos.

- 9.- Después de la cicatrización inicial, su dentista ha de examinar sus tejidos orales para descubrir posibles cambios que requieran modificaciones en las dentaduras.

Se revisan las correcciones finales de la oclusión.

Estas no deben hacerse, hasta que hayan cicatrizado las heridas y -
el paciente se sienta relativamente cómodo,

Este período de curación varía, pero generalmente ocurre de 5 a 10 días,

Es conveniente, hacer las correcciones oclusales necesarias lo más pronto posible con el fin de que el paciente pueda reanudar su dieta -

normal y reducir al mínimo los problemas postoperatorios causadas por ellas.

Hay que insistir en la necesidad de los exámenes periodicos regulares, después del período de enjuague inicial que se ha de revisar al paciente a los seis meses para una evaluación precisa y si se comprueba que se ha producido resorción, se ha de practicar un rebase o una reconstrucción a la dentadura.

Tal vez durante el período de ajuste, sea necesario poner material acondicionador de tejido en la base de la dentadura, para evitar molestias al paciente hasta que se pueda rebasear o rehacer la prótesis.

CAPITULO VII

BIBLIOGRAFIA.

1.- Bosch García, Carlos.

La técnica de investigación documental.

México, Universidad Nacional Autónoma, 1973.

2.- Ries Centeno,

Cirugía bucal 8a. Edición.

Buenos Aires. Editorial Mundi, 1975.

3.- Saizar, Pedro.

Prostodoncia total.

Buenos Aires, Editorial Mundi, 1972.

RESULTADOS.

De acuerdo a la investigación realizada se obtuvieron los siguientes resultados:

1. - El elaborar una historia clínica general y auxiliarse de análisis del laboratorio, ayudan a tener una visión más amplia de las condiciones de salud del paciente, sirven además para prevenir posibles complicaciones durante o después de la intervención.
2. - El levantar una historia preprótesis ayuda a conocer las condiciones locales del paciente, lo que sirve para elegir el método clínico más adecuado a las necesidades del paciente.
3. - El conocimiento por parte del dentista de la técnica del laboratorio de la prótesis inmediata es muy importante, ya que de esta manera puede guiar al técnico en la elaboración de la misma o en su caso hacer las correcciones que juzgue conveniente en el proceso de la elaboración de la prótesis inmediata.

CONCLUSIONES.

El diagnóstico en cualquier tipo de tratamiento odontológico es primordial, ya que de él depende el éxito del tratamiento.

En el caso de un paciente que necesita prótesis inmediata el diagnóstico adquiere mayor relevancia, puesto que el paciente tendrá que ser sometido a una intervención quirúrgica.

A través de este trabajo, se presentan los aspectos más importantes que un estudiante de sexto semestre de la carrera en adelante, así como el dentista de práctica general deben de tomar en cuenta para la obtención de un correcto diagnóstico en prótesis inmediata. Puesto que no se requiere un equipo o conocimientos especializados, ya que en su gran mayoría, son aspectos clínicos conocidos pero con una secuencia ordenada.

Se pueden resumir en dos, los aspectos más importantes a tomar en cuenta para un paciente que requiere cirugía preprotética, y son;

1. - Valoración del estado general del paciente:

En este punto se deben de tomar en cuenta los antecedentes patológicos, no patológicos, hereditarios y nutricionales del pacien-

te. En los casos en que sea necesario se pueden complementar estos con la ayuda de análisis clínicos.

No hay que olvidar que algunas enfermedades sistémicas influyen en el tratamiento del paciente y debe realizarse el tratamiento en coordinación con el médico.

2.- Condiciones del terreno de soporte protético:

Este punto se refiere a las condiciones en que se encuentra el proceso desdentado del paciente.

Estas condiciones influyen tanto en la técnica a emplearse para la elaboración de la prótesis, como en la técnica quirúrgica a emplear.

En los dos últimos puntos, se resumen las conclusiones más importantes para lograr un diagnóstico correcto que nos ayude a lograr un tratamiento con mayor posibilidad de éxito ya que también no hay que olvidar que la prótesis inmediata en un plazo corto debe ser substituida por una prótesis de tipo convencional,

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES.

Se recomienda que dentro del plan de estudios de la carrera, a partir de 6o. semestre, se contemplen los aspectos más importantes del diagnóstico, sobre todo en los casos de prótesis total y de prótesis inmediata.

Ya que ello beneficia no solamente el éxito del trabajo realizado sino también ayuda al estudiante a llevar a cabo un estudio más exhaustivo y metodológico de las condiciones del paciente tanto a nivel general como de las condiciones bucales.

Para lo cual se propone que sea utilizada, como complemento de la historia clínica practicada en la escuela, una historia clínica preprotética.

En el caso de que se llegue a utilizar, sólo será anexar la historia clínica general de la escuela.

BIBLIOGRAFIA GENERAL.

1. - Rojas Soriano, Raúl.
Gufa para realizar investigaciones sociales.
México, Universidad Nacional Autónoma, 1979.
2. - Bosch Garcia, Carlos.
La técnica de investigación documental.
México, Universidad Nacional Autónoma, 1973.
3. - Miller Samuel, Charles.
Diagnóstico y tratamiento bucal.
Editorial La Médica 1976.
4. - Capusselli, H. O.; Schwartz, T.
Tratamiento de desdentado total. 2a. Edición.
Buenos Aires, Argentina, 1980.
5. - Sharry J; John.
Prostodoncia dental completa.
Barcelona, Editorial Toray, 1977.
6. - Saizar, Pedro.
Prostodoncia total.
Buenos Aires, Editorial Mundi, 1972.

7. - Starshak J, Thomas.
Cirugía bucal preprotética.
Buenos Aires, Editorial Mundi 1975.
8. - Ries Centeno,
Cirugía Bucal. 8a. Edición.
Buenos Aires, Editorial El Ateneo, 1978.
9. - Buckingham; Sparberg, Brandfonbrener.
Propedeutica clínica.
México, Editor Fernando Aldape Barrera, 1976.
10. - Horst Uhlig, Kiel.
Prótesis para desdentados.
Berlín, Editorial Die Quintessenz. 1973.
11. - Stafe Eduard, C.
Diagnóstico radiológico en odontología.
Buenos Aires, Editoria médica panamericana, 1978,
12. - O'Brien,
Radiología dental. 3a. Edición.
México, Editorial Interamericana, 1979.

- 13.- OZAWA, DEGUCHI, JOSE Y.

Prostodoncia total.

México, Universidad Nacional Autónoma, 1979.

- 14.- Myers, George E.

Prótesis de Coronas y Puentes.

Barcelona. Editorial Labor, 1971.

- 15.- Casey, David M. D.D. S.

Interim, Dentadura Completa inmediata para un paciente cansado de dentadura parcial removible. Fort Knox Ky.

Journal Prothet. Dent. June 1978 39(4) 466 - 468.

- 16.- Hamil M. Cupero. D.D. S.

Técnica de impresión de maxilar completo para dentadura inmediata. Fort Knox, Ky.

The Journal of prosthetic dentistry, Enero de 1978 Vol.

39 Vol. 1,

BIBLIOGRAFIA EXISTENTE EN
C. E. N. I. D. S.
(DE LOS ULTIMOS TRES AÑOS)

BEUMER, Dentadura Completa para Paciente con Injerto del Borde Inferior Mandibular, J. Oral. Surg. May 37(5) 301.

EPKER. BRONSON. Corrección Quirúrgica y Protética de Deformidades Dentofaciales, J. A. D. A. Ago. 1978, 97(2): 182 - 184.

CASEY, INTERIN, Dentadura Inmediata Completa para un Paciente Cansado de Dentadura Parcial Removible, Prothet. Dent. June - 1978, 39(4) 466 - 468.

CUPERD, Técnica de Impresión Completa del Maxilar para Dentadura Inmediata, J. Prothet. Dent. Jun 1978, 39(1): 106 - 109.

JOHNSON. Dentadura Inmediata, Tratamiento para Paciente con Maloclusión Clase II, Aust, Dent. Oct. 1978 25(5): 383 - 388.

LINDHAL. LINDTROM, Integración Protética y Quirúrgica, Tratamientos Quirúrgicos de Tumores Malignos del Maxilar, un Nuevo - Recurso Placa Acrilica, Scand, J. Plast. Reconstr. Surg. 1978 12 - (3): 270 - 281.

QUEREL, MORALES, RODRIGUEZ, CLERO. Resección Parcial del Maxilar Superior y Restauración con Prótesis Inmediata, *Tribuna Odontológica*. (BUENOS AIRES) Jun 1978 2(4-6): 163 - 165.

MC. ARTHUR TURVEY, Osteotomia Segmental Maxilar para Pacientes con prótesis Parcial Removible Mandibular, *J. Prothet. Turvey*, 1979 Abr. 41(4): 381 - 387.