



31
2 ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Escuela Nacional de Estudios Profesionales
" Z A R A G O Z A "

PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS PARA LA ELABORACIÓN DE PROTESIS INMEDIATA CASO CLÍNICO

T E S I S

Que para obtener el Título de:

Cirujano Dentista

P r e s e n t a n :

Rosa María Dantuz Bolaños

Roberto Gamiño López

México, D. F.

1 9 8 5





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

PAGS.

Introducción.....	1
Fundamentación del tema.....	2
Planteamiento del Problema.....	3
Objetivos.....	6
Hipótesis.....	7
Material y Método.....	8

CAPITULO I.

GENERALIDADES.

Definición.....	14
Indicaciones y Contraindicaciones.....	15
Ventajas.....	17
Desventajas.....	19
Tipos de Prótesis Inmediata.....	20
Bibliografía.....	22

CAPITULO II.

VALORACION INTEGRAL DEL PACIENTE.

Introducción.....	23
Exámen Físico.....	24
Historia Clínica.....	25
Historia Clínica Preprotética.....	32
Exámenes de Laboratorio.....	42
Bibliografía.....	45

CAPITULO III.

MATERIALES DE IMPRESION UTILIZADOS PARA PROTESIS INMEDIATA.

Generalidades.....	46
Características de los Materiales utilizados.....	48
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.....	62
Portaimpresión Individual.....	62
Impresiones fisiológicas.....	64
Colocación de rodillos y orientación.....	67
Establecimiento de la dimensión vertical de descanso.....	69
Registro de las relaciones maxilares.....	70
Transferencia con el arco facial.....	71
Montaje en el articulador.....	72
Selección de dientes.....	73
Elaboración y colocación de la Prótesis Inmediata.....	73
Bibliografía.....	80

CAPITULO V.

PREPARACION QUIRURGICA DEL PACIENTE.

Resumen de historia clínica.....	81
Interpretación de Rx, exámenes de laboratorio y modelos de estudio.....	84
Diagnóstico.....	87
Pronóstico.....	88
Farmacoterapia pre-quirúrgica.....	89

ETAPA TRANSQUIRURGICA.

Asepsia.....	90
Antisepsia.....	90
Instrumental.....	92
Técnica de Anestesia.....	96
Extracciones propiamente dicha y Alveoloplastia.....	98
Lavado de la zona.....	99
Hemostasia.....	99
Sutura.....	99
Colocación de la prótesis.....	100

ETAPA POST-QUIRURGICA.

Farmacoterapia.....	101
Diatermia.....	102
Bibliografía.....	104

CAPITULO VI.

Educación del Paciente y Mantenimiento de la Prótesis Inmediata.....	105
Bibliografía.....	117
RESULTADOS.....	118
CONCLUSIONES.....	120
PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES.....	122
SIBLIOGRAFIA GENERAL.....	123

TITULO:

PROCEDIMIENTOS CLINICOS PARA LA ELABORACION DE PROTESIS INMEDIATA.-. CASO CLINICO.

AREA ESPECIFICA:

Prótesis Inmediata.

ALUMNOS:

**Dantuz Bolaños Rosa Ma.
Gamíño López Roberto.**

ASESOR:

**C.D.Guillermo Espinosa
Cacho.**

INTRODUCCION.

La Prostodoncia es una parte de la Odontología que se dedica al estudio de la rehabilitación fisiopatológica de la -- edentación, por lo que la prótesis Inmediata o de Implante requiere de un tratamiento técnico-quirúrgico previo, en el cual se deben tener en cuenta los materiales y técnicas así como las reacciones orgánicas. Así mismo, se debe considerar que es un servicio de salud el cual se va integrando como un servicio asistencial más directo y efectivo a la población - de escasos recursos económicos.

Además, dentro de sus limitaciones, la prostodoncia total es un servicio de salud, en sentido biológico y médico cada vez más definido, lo que es obra de los odontólogos los cuales - la controlan por medio de su experiencia clínica y de la investigación para aplicar nuevas y mejores técnicas de elaboración.

La Odontología en los últimos años ha tenido una gran evolución con respecto al tratamiento del paciente que se debe -- efectuar en una forma integral y no interesarnos sólomente - en la cavidad oral, para esto es necesario partir de un buen Diagnóstico donde el odontólogo debe apoyarse en la elaboración de una buena historia clínica, estudios radiográficos, análisis clínicos, toma de modelos y valoración de tejidos - de soporte; lo anterior va a ayudar al dentista en la elección del tratamiento a seguir y así asegurar los resultados satisfactorios que el paciente espera de él.

FUNDAMENTACION DEL TEMA.

En el consultorio del Cirujano Dentista se presentan pacientes que requieren atención de las diferentes especialidades que existen en la Odontología, entre ellas son comunes las personas que por muy variadas circunstancias han perdido piezas dentales, ya sea por caries, parodontopatías o algunos otros motivos, el caso es que la persona se encuentra semi edéntula; muchas veces el tratamiento que requiere consiste en extracciones múltiples, regularización del proceso alveolar y colocación de una prótesis inmediata.

Tomando ésto en consideración y haciendo un análisis de --- nuestros planes de estudio observamos que durante la carrera es poca la atención enfocada hacia las técnicas o procedimientos necesarios para la elaboración de una Prótesis -- Inmediata.

Por tal motivo, es necesario que el odontólogo de práctica general se prepare y tome conciencia de los conocimientos - que debe de tener o manejar para que le permitan atender -- en una forma integral y más satisfactoria al paciente que - presenta éste tipo de problema.

Los conocimientos de las técnicas que debe conocer y manejar el odontólogo para la elaboración de la prótesis Inmediata, las aplicaremos en el caso clínico que se seleccionó para - la elaboración de ésta Tesis.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En todos los pacientes semiedéntulos puede aplicarse indistintamente el tratamiento de Prótesis Total Inmediata?

##...

INDICACIONES PARA PROTESIS INMEDIATA.

Se sujetan a cada paciente, ya que en muchas ocasiones llega al consultorio con la idea de que se les efectue un tratamiento aunque por lo general se presentan sin saber que tipo de tratamiento necesitan, es por ello que el dentista a través de un exámen de las condiciones 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 las actividades, no pueden pasar desdentados el tiempo necesario para que se lleve a cabo la cicatrización y efectuar la prótesis convencional.
- 2.-Pacientes en los cuales se necesita extraer gran cantidad 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 pasa mucho tiempo desdentado.

CONTRAINDICACIONES.

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

- 1.-Pacientes en los cuales su capacidad psicológica no les permite 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 alteraciones más frecuentes, se encuentran pacientes con diabetes mellitus no controlados, alteraciones 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.

OBJETIVO GENERAL.

Aplicar adecuadamente los pasos clínicos para la elaboración de una Prótesis Inmediata, así como su manejo en el quirófano y su comportamiento post-operatorio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 1.1. Determinar que es una Prótesis Inmediata, conocer sus ventajas, desventajas, indicaciones y contraindicaciones.
- 2.1. Conocer y aplicar los pasos y técnicas existentes para establecer el estado de salud general del paciente.
- 2.2. En base a la historia clínica el dentista determinará el uso de la Prótesis Inmediata.
- 3.1. Tener conocimiento de los materiales de impresión que se utilizan en la elaboración de prótesis Inmediata.
- 3.2. Conocer la composición y técnica de manejo de estos materiales.
- 4.1. Utilizar adecuadamente los pasos clínicos en la elaboración de la Prótesis Inmediata.
- 4.2. Para conformación de una Prótesis Inmediata se manejan registro, impresiones (fisiológica y anatómica) y su montaje en el articulador.

- 5.1. La preparación quirúrgica del paciente será en base al Diagnóstico, estudio de modelos y comportamiento del mismo.
- 5.2. Emplear las técnicas de asepsia, antisepsia y anestesia adecuadamente para evitar alguna complicación.
- 5.3. Se seleccionará la técnica de alveoloplastia menos traumática.
- 5.4. Al finalizar la cirugía se colocarán las dentaduras con un acondicionador de tejidos.
- 6.1. En base a las indicaciones que se le darán al paciente, será el mantenimiento y manejo de las placas.

H I P O T E S I S.

Indistintamente no se puede aplicar el mismo tratamiento de Prótesis Inmediata en pacientes semiedéntulos, ya que cada paciente presenta alteraciones diferentes, por lo tanto el Odontólogo debe programar un plan de tratamiento de acuerdo a las necesidades del mismo.

SECUENCIA DE ACTIVIDADES.

C R O N O G R A M A .

Elaboración del Protocolo	30 días
Aceptación del Protocolo	3 semanas
Desarrollo Bibliográfico del tema	5 meses
Diagnóstico, pronóstico y tratamiento del Caso Clínico.	3 meses
Revisión del trabajo	1 mes
Impresión de la Tesis	15 días

CRITERIOS DE SELECCION.

RECURSOS MATERIALES.

La BIBLIOGRAFIA consistente en revistas y libros, serán seleccionados de acuerdo a la actualización que exista en ellos, por lo menos de 3 años a la fecha, se consultarán las últimas ediciones sobre el tema.

La selección de la bibliografía en general será obtenida al visitar la Biblioteca Central de la Unam, de la Enep Z., A. D. M. y Cenit.

ARTICULADOR WHIP MIX, éste articulador fué seleccionado por que con el se puede realizar la Odontología Restauradora con mayor precisión, sin recurrir a equipos muy costosos o técnicas complicadas, lo cual hace fácil su manejo, además de ajustarse con mayor eficacia a los movimientos fisiológicos de la Articulación Témpero Mandibular.

RX, son un método auxiliar de diagnóstico indispensables para poder obtener con certeza las condiciones en que se encuentran las estructuras óseas y tejidos de soporte del paciente.

FOTOGRAFIAS, son de gran importancia, ya que por medio de éstas se podrá registrar la facie y condiciones de la cavidad oral del paciente antes y después del tratamiento, manejando las necesarias para llevar la secuencia de la realización del Caso Clínico.

Instrumental y Materiales Específicos de Prostodoncia.

##...

RECURSOS HUMANOS.

ASESOR.-El asesor fue seleccionado de acuerdo a su especialiddad, ya que dentro de ésta se encuentra la Prostodoncia Inmediata, la cual domina desde el Diagnóstico - hasta el alta del paciente.

INVESTIGADORES.-Recopilaremos toda la información necesaria de las fuentes documentales seleccionadas para este tema, así como el buen tratamiento del paciente que fue elegido para el Caso Clínico.

PACIENTE.-El paciente de sexo masculino fué seleccionado por presentar enfermedad parodontal crónica con gran resorción ósea, así como movilidad grado II y III en las piezas dentarias con que cuenta, ya que sólo le quedan en cavidad oral 13. Además no presenta ninguna enfermedad sistémica que nos impida llevar a cabo la elaboración del tratamiento.

Una vez que se han seleccionado las fuentes documentales, se van a analizar por medio de la lectura y así se obtendrán los datos necesarios de acuerdo al tema que tratamos, además de apoyarla a las características del paciente mencionado en el Caso Clínico.

##...

M E T O D O .

ANALITICO, RETROSPECTIVO Y PROSPECTIVO.

ANALITICO.-Utilizamos este método porque tratamos de obtener un panorama más amplio sobre Prótesis Inmediata - para poder realizar la forma de tratamiento buco dental más eficaz para el paciente tratado.

RETROSPECTIVO.-Porque se hizo un estudio bibliográfico de lo descrito con anterioridad.

PROSPECTIVO.-Porque se realizó el tratamiento a nivel privado de un caso clínico.

C A P I T U L O I.

G E N E R A L I D A D E S

DEFINICION

Una Prótesis Inmediata es una Prótesis dental confeccionada antes de la extracción de los dientes naturales de un maxilar o de ambos para ser instalada inmediatamente después de su extracción.

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 efectúe el tratamiento, aunque por lo general se presentan sin saber que tipo de tratamiento necesitan, es por ello que el dentista a través de un examen de las condiciones del paciente puede orientar en el tipo de tratamiento que más le convenga.

Las indicaciones más frecuentes son:

- 1.-Pacientes adultos que por sus actividades no pueden pasar desdentados el tiempo necesario para que se lleve a cabo la cicatrización y efectuar la prótesis convencional.

2.-Pacientes en los cuales se necesitan extraer -- gran cantidad 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 pasa mucho tiempo desdentado.

CONTRAINDICACIONES DE LA PROTESIS INMEDIATA.

Las contraindicaciones para la colocación de una Prótesis Inmediata, generalmente se deben a características especiales de cada paciente, las más comunes son:

1.-Pacientes en los cuales su capacidad psicológica no les permite 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 cardíacas, etc.

3.-Factor económico, desde el punto de vista económico la prótesis inmediata presenta una desventaja para el paciente, el cual en un corto plazo tendrá que volver para que se le haga una prótesis convencional, lo que duplicaría el gasto.

VENTAJAS DE LA PROTESIS INMEDIATA.

LAS VENTAJAS DE LA ELECCION DE LA PROTESIS INMEDIATA SE PUEDEN DIVIDIR DE LA SIGUIENTE FORMA:

I.-VENTAJAS FISIOLÓGICAS.

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

B.--CICATRIZACION: 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 alveolos, 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 REABSORCION 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 dirección, 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.

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 son 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.

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 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:

- 1.-PROTESIS SIN FLANCO VESTIBULAR O ABIERTA: Cuando - 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 emergiesen de la encía. Además, tiene como ventaja, el permitir la atrofia vestibular sin perturbación.
- 2.-PROTESIS INMEDIATA CON ENCIA COMPLETA 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 de la Prótesis Parcial del paciente, a ésta se le van aumentando los dientes que van perdiéndose en las 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 de color adecuado, éste tipo de prótesis puede ser la solución temporal de algunos casos, debido a la rapidez y a la economía.

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

- 1.-ROJAS, R.: GUIA PARA REALIZAR INVESTIGACIONES SOCIALES.
6a. ed. Ed. U. N. A. M. MEXICO 1981. Pp. 89-119, 121 --
122 - 123.

- 2.-WINKLER, S.:PROSTODONCIA TOTAL. 1a. ed. Ed. INTERAMERI-
CANA. MEXICO 1982. Pp. 1 - 3, Cap. 25.

- 3.-STARSHAK, T.: CIRUGIA BUCAL PREPROTETICA. 1a. ed. ED. -
MUNDI. BUENOS AIRES 1978. Pp. 99 - 100 - 101 - 102.

CAPITULO II.

VALORACION INTEGRAL DEL PACIENTE.

INTRODUCCION.

Para llevar a cabo correctamente los procedimientos en la elaboración de la Prótesis Inmediata, se debe tomar en cuenta al paciente integralmente y no sólo como parte de un tratamiento bucal.

Lo anterior será reforzado al elaborar los siguientes procedimientos, ya que el Odontólogo debe conocer el estado de salud de su paciente.

EXAMEN FISICO.

El dentista ha de valorar el estado físico del paciente, se debe de establecer una buena comunicación con él, empleando un vocabulario a nivel de la comprensión del mismo.

Los aspectos más importantes de este examen son:

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

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

3.-FORMA Y ESTATURA CORPORALES.

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

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

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

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

El examen deberá ser cuidadoso y ordenado.

HISTORIA CLINICA.

Dedicar unos pocos minutos para obtener una historia clínica concisa antes del tratamiento, proporciona al dentista - parte de la información diagnóstica más importante previniendo complicaciones indeseables posteriores.

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 él será sometido a tratamiento quirúrgico. Se debe tener en cuenta que al paso de la edad varían los valores de los signos vitales.

B.-ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS: lo más importante es anotar las condiciones sobre higiene del paciente, 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 anestésicos sin vasoconstrictor.

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

También es importante conocer si el paciente se encuentra bajo tratamiento médico, de que tipo es el tratamiento, si se le esta administrando algún medicamento, qué tipo 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 examen de la boca debe seguirse una secuencia especial, comenzando por los labios observando simetría, color, resequedad, 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 dichas 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 deberá hacerse profunda incluyendo el tercio posterior y el piso de la boca, fauces y faringe se examinan con ayuda de un espejo.

Para las glándulas salivales se comienza 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 examen del paladar buscando fisuras, torus y/o desviaciones de la úvula.

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

Además se debe valorar la relación de la mucosa bucal - móvil con el tejido gingival fijo y tener presente que la encía esta preparada para el soporte de dentaduras artificiales mientras que la mucosa bucal del vestíbulo solo proporciona sellado periférico.

Es preciso examinar los procesos alveolares y tomar nota de la presencia de retenciones 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 acostumbamiento de la prótesis.

En la región palatina pueden presentarse varios procesos patológicos, son comunes las lesiones traumáticas, lesiones de Vincent, hiperqueratosis, lesiones herpéticas. También es importante tener en cuenta la altura y forma del paladar.

El piso de la boca presenta con mayor frecuencia torus mandibular, frenillos largos y diferentes alteraciones de las inserciones musculares.

Por último se examinarán los dientes existentes, nos podemos auxiliar con 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 que requieran ser extraídos.

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 examen.

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.

En los maxilares existen cavidades, líneas, orificios, canales, conductos y regiones que se traducen radiográficamente por imágenes radiopacas 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 complemento 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 correcta.

HISTORIA CLINICA PREPROTETICA.

La solución de problemas prostodónticos, 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.

Se debe tener una información sencilla y entendible para aprovechar correctamente la información a decidir:

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

B.-¿Cómo 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 utilizadas para una eventual corrección de la prótesis y/o como prueba en su 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 ráni- damente, para lo cual las preguntas son:

1.-¿Cuándo fué la última extracción?

Esta respuesta permitirá apreciar el estado de la ci- catrización de los alveolos, así como el modo y ex-- pansión de la atrofia existente. Además nos ayuda a dar un pronóstico adecuado de la duración de la próte--- sis 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 la pauta para preguntarle si anteriormente a las extracciones se le explicó que le esperaba, ya que si está enterado 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, basándose en los datos obtenidos del análisis del terreno protético.

En caso positivo, se debe, en primer lugar el hecho de 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:

HECHOS OBJETIVOS UNICAMENTE:

1.-En este caso, el terreno protético brindó un principio de 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 del tratamiento - haciendo conciencia en el paciente de que el éxito del tratamiento dependerá en gran parte de la habilidad y paciencia.

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.

Pertencen también a este grupo los pacientes que se creen desfigurados, los cuales refieren que sus labios se hunden o se les presentan arrugas.

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 esta 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 del terreno, ya que se puede observar:

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

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

3.-En que medida probablemente el reborde alveolar ha sido víctima 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 generalmente no se da cuenta de lo que pasa en su boca de noche.

Estas indicaciones nos sirven para hacer conciente al paciente de que todo abuso, repercute en el ajuste y retención de la prótesis.

REGISTRO DEL ESTADO NORMAL DEL TERRENO DE SOPORTE PROTE TICO.

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

1.-El primer registro, se fiere al estado de:

FRENILLOS.

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

En la medida que la cresta alveolar pierde altura, los frenillos obligan a modificar el borde de la prótesis alterando e

cierre mecánico de la misma.

Si encontramos frenillos que llegan hasta el borde de la cresta alveolar actual o son tan voluminosas que no permitan el cierre mecánico, lo anotamos en nuestro registro.

PLIEGUES PTERIGOMANDIBULARES.

Lo mismo que sucede con los frenillos suele suceder con los pliegues, en ocasiones son molestos porque se encuentran insertados no solo en la apófisis hamular, sino también en la vertiente distal de la tuberosidad, cuando esta se encuentra atrofiada. Los perjudiciales deben ser eliminados quirúrgicamente.

II.-También se deben anotar en el registro la forma actual del reborde alveolar desdentado:

ABOMBADO

FORMA DE CAJA

FORMA DE TECHO

APLANADO, REABSORBIDO.

Esta atrofia tiene dos causas:

1.-TRAUMATICA.-es la producida por traumatismos, es la más común y la produce el odontólogo al realizar extracciones y eliminar más tejido del necesario.

2.-PRESION.-requiere como su nombre lo indica una presión exagerada, se provoca por una presión que actúa 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, son las zonas de mucosa fluctuante.

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. Producen ciertas zonas una gran resiliencia, reducen la adherencia estabilidad y utilidad masticatoria de la prótesis.

En caso de encontrarse crestas alveolares flotantes, se -- deben tomar las siguientes medidas:

1.-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.

2.-En 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 formas a seguir al localizarlos:

1.-Eliminarlos quirúrgicamente, si existe molestia al roce con la placa base.

2.-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.

V.-REGISTRO DEL PALADAR.

El registro del ancho del paladar se hace marcando líneas paralelas 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.

VI.-TORUS.

En caso de existir debemos de palpálos correctamente para no confundirlos, se dividen en:

1.-TORUS PRIMARIO.-Que no es otro más que la sutura palatina media que sobresale en forma de prominencia.

2.-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.

VIII.-LINEA DEL AH.

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

IX.-DIENTES RESIDUALES.

Cuando se encuentran se deben marcar en la historia clínica para tener un mayor control en la elaboración de la prótesis.

POSIBILIDAD DE CIERRE DEL BORDE PROTETICO 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 vestíbulo generalmente se encuentra segmentado por los frenillos.

X.-Observar los sitios donde la válvula externa ofrezca buen cierre.

XI.-Observar los segmentos voluminosos del reborde que ofrezcan un sostén protético deslizante, por lógica en estas es donde con mayor frecuencia existen.

XII.-Observar las superficies masticatorias que presumiblemente son utilizadas con preferencia, tales como:

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

2.-Dientes propios del paciente residuales, a causa de su natural sentido masticatorio, ya que en la elaboración de la prótesis no se deben poner como dientes antagonistas, ni zas de porcelana.

EXAMENES DE LABORATORIO.

El diagnóstico y plan de tratamiento pueden requerir - varias pruebas de laboratorio, ya que sirven 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 ERITROCITOS (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 bacterioscópico, 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 examen es recomendable -- indicarlo en aquellos pacientes que al interrogatorio señale problemas cardiacos, así como aquellos que aún sin referir nada anormal en el interrogatorio sobrepasan de los 40 años, ya que es después de esta 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 genera-
les pueden aumentar o disminuir los niveles sanguíneos. Por
ejemplo en la nefritis, hipertiroidismo y metástasis óseas.

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

1.-RIES, C.: CIRUGIA BUCAL. 8a. ed. ED. EL ATENEO.
BUENOS AIRES 1978. Pp. Cap. 1.

2.-WILLIAM, B.: PROPEDEUTICA CLINICA. 2a..ed. ED.
TORAY. S. A. BARCELONA ESPAÑA 1981. Pp.1-20, -
45-50, 117-122, 55-63, 382-385.

C A P I T U L O I I I .

MATERIALES DE IMPRESION UTILIZADOS PARA PROTESIS INMEDIATA.

Los materiales de impresión utilizados con mayor frecuencia en la elaboración de la Prótesis Inmediata son detallados - en el presente capítulo, ya que reúnen las condiciones necesarias para llevarla a cabo, de los cuales mencionaremos -- su composición y técnica de impresión.

GENERALIDADES.

Actualmente se cuenta con materiales que reúnen propiedades fisiológicas como son: manipulación sencilla, plasticidad - homogénea y endurecen en corto tiempo.

Los materiales no deberán ejercer influencia biológica perjudicial sobre los tejidos blandos al ponerse en contacto, como son:

- a) Temperatura (máxima 55°C)
- b) Elasticidad de la presión.
- c) Resistencia a la tracción.
- d) Reactivos químicos.
- e) Fijación y adhesión.

Además, dichos materiales no deben provocar:

- a) Alteración en el conducto digestivo
- b) Ni ser tóxicos.

Los Materiales de Impresión utilizados en Prosthodontia se dividen en:

ELASTICOS

Alginato

Hidrocoloides reversibles

Mercaptanos (base de hule)

Compuestos de Silicona

INELASTICOS

Yeso soluble

Modelina

Cera

Compuestos zinquenó
licos.

CARACTERISTICAS DE LOS DIFERENTES MATERIALES.

Los materiales de impresión que utilizaremos para llevar a cabo la Prótesis Inmediata del caso clínico son:

ELASTICO

Alginato

INELASTICO

Compuesto Zinquenólico

El alginato se utiliza para registrar impresiones preliminares o anatómicas. Caracterizado por su elasticidad relativamente alta que posee en estado sólido y el cual se puede retirar de la cavidad oral de una sola intención.

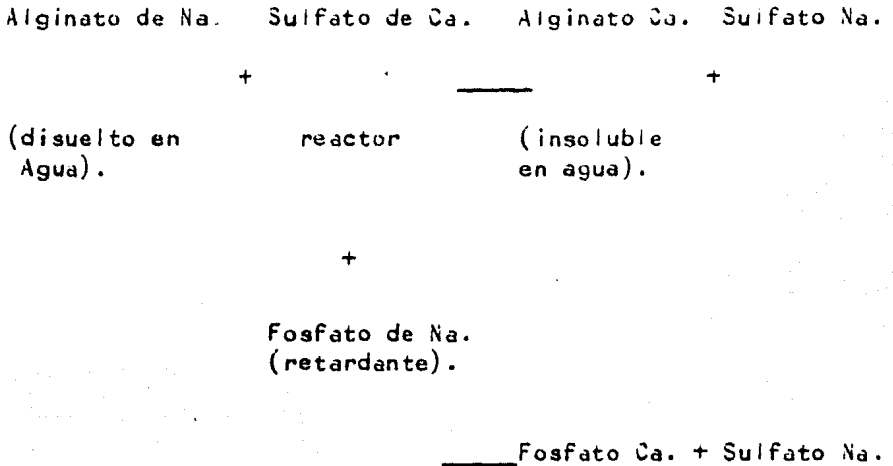
REACCION QUIMICA.

Este material es un hidrocoloide irreversible, posee la propiedad de que el Sol se puede cambiar en gel, pero éste no puede regresar a su estado primitivo, al menos por medios simples.

Su base química es un alginato soluble, el componente principal es el ácido algínico, el cual se obtiene de las algas marinas.

El Alginato de Sodio soluble se combina con una sal de calcio, bario o plomo (reactor), convirtiéndose en un alginato insoluble, sólido, de calcio, bario o plomo; es decir, se endurece y se forma una masa sólida, pero para retardar al principio el endurecimiento de éste material, se le agrega una segunda sal a la reacción (fosfato, citrato u oxalato de sodio, potasio o amonio).

ETAPAS DE ENDURECIMIENTO DEL ALGINATO DURANTE LA IMPRESION.



Así el alginato de Ca. puede combinarse libremente y el --
endurecimiento se realiza con mayor rapidez.

Sus componentes son:

Alginato de potasio	12 %
Tierra de diatomeas	70 %
Sulfato de Ca. (dihidrato)	12 %
Fosfato trisódico.	2 %

##...

COMPUESTOS ZINQUENOLICOS.

Son pastas de óxido metálico, las más utilizadas para registrar impresiones fisiológicas, actualizadas en dentaduras totales; fraguables, de alto índice de escurrimiento que -- les permite reproducir con fidelidad las estructuras de la mucosa y además nos indica los defectos de forma y posición que pudiera tener el porta impresiones, los cuales desaparecen cuando la compresión de la pasta es excesiva. Además, son de manipulación fácil, olor y sabor agradables. El único inconveniente es que son pegajosas.

COMPOSICION:

Varía según el fabricante.

PASTA I (base).	Oxido de Zinc	85 %
	Colofonia	14 %
	Cloruro de Magnesio	1 %

PASTA II. (acelerador)	Aceite de Clavel o eugenol	60 %
	Balsamo de Canadá	35 %
	Balsamo de Perú	5 %

Además se le agregan reblandecedores, material de relleno y aceleradores. El endurecimiento se debe a la formación de un eugenolato o eugenato de zinc.

Las pastas endurecidas al estar en contacto con el aire no -- varían de volumen y forma.

T E C N I C A .

- 1.-En una loseta colocar una porción de pasta base y una de pasta acelerador, para realizar la mezcla.
- 2.-Con una espátula mezclar el material por 30 segundos, --dejarla reposar 15 segundos, colocarla en la cucharilla y cubrir toda la superficie interna.
- 3.-Esperar de 1 a 2 minutos, llevarla a la cavidad oral del paciente, centrarla e indicarle que cierre varias veces en oclusión céntrica y proceder a delimitar la influencia muscular.
- 4.-Mantener la posición céntrica con una presión moderada y esperar de 4 a 5 minutos.
- 5.-Retirar la cucharilla y eliminar los excedentes de material.
- 6.-Realizar el mismo procedimiento con la cucharilla antagonista.
- 7.-Finalmente realizar el vaciado y obtener el modelo de --trabajo fisiológico.

TECNICA DE IMPRESION CON ALGINATO.

1.-Contar con el portaimpresión adecuado a la boca del paciente para poder obtener una buena impresión, la cual debe quedar de 1 a 2 mm. más corto que el fondo de saco, sin interferir con los frenillos.

Como un recurso para la retención del alginato, se recomienda encajonar el portaimpresión con cera negra, con tiras de 2 ó 3 mm. de diámetro por 20 ó 25 cm. de largo.

2.-Preparar el material de impresión. Las porciones deben ser las necesarias; polvo 20 a 25 gr. diluidos en 50 cm³. de agua, la cual debe estar a una temperatura de 21°C.

3.-Mezclar en tasa de hule el agua, en seguida colocar el polvo, con una espátula plana y ancha de metal o plástico efectuar al principio movimientos lentos, después vigorosamente y contra las paredes hasta obtener una pasta de consistencia homogénea, se debe efectuar por 60 segundos.

4.-Llenar en forma uniforme el portaimpresión, con los dedos humedecidos modelar el alginato, con el dedo índice se debe extender hacia fuera para engrosar los bordes y marcar un surco en el material, que corresponderá al reborde alveolar.

5.-Al tener determinada la altura correcta del sillón y boca del paciente, nos debemos colocar por detrás; indicar al

paciente que cierre ligeramente la boca y lleve el labio superior hacia arriba y hacia adelante. Efectuar la retracción del labio con el dedo índice y pulgar de la mano izquierda por debajo del labio y a los lados de la Línea media. Para el modelo inferior, traccionar los carrillos para que no queden atrapados con el portaimpresión después indicar al paciente que relaje la lengua, colocar el dedo pulgar derecho debajo del mentón y los dedos índice y medio sobre el borde superior en la zona de premlares y aplicar una presión moderada, pedir al paciente que saque y proyecte la lengua hacia adelante.

6.-Centrar el portaimpresión a su posición definitiva, haciendo presión en la parte anterior y después subirlo en la parte posterior hasta que el alginato encuentre un contacto firme. Indicar al paciente respire por la nariz. Con el dedo índice de cada mano hacer presión en los dos lados. Indicar al paciente que pronuncie varias veces la palabra ¡ah! para que se marque la Línea de Vibración sobre el material.

7.-Mantenga la cucharilla inmóvil y espere el fraguado del alginato; recuerde que éste no es uniforme porque lo acelera el calor en las partes que entran en contacto con los tejidos.

8.-Indicar al paciente que cierre ligeramente y comprobar la consistencia de los excedentes de alginato por vestibular y palatino.

Para retirar la impresión se debe levantar los carrillos para romper el sellado periférico y hacer presión hacia abajo sobre el flanco de la impresión a la altura del primer molar, también se recomienda hacer presión sobre el asa del portaimpresión hacia abajo y adelante.

Para poder retirar la inferior, tomar el asa de la cucharilla entre el pulgar y los dedos índices y medio de la mano derecha y aplicar una fuerza hacia arriba y atrás, es decir, en dirección inversa a la de entrada.

9.-Después de retirar las impresiones de la boca, se deben lavar con un chorro de agua a 21°C. Poner los modelos en una solución de Sulfato de Potasio al 2 %. y correr de inmediato los modelos, ya que el alginato sólo alcanza una resistencia de 2 minutos después de la gelificación. Posteriormente colocar los modelos en un Humidificador durante 1 hora.

EVALUACION.

La impresión superior debe registrar todas las zonas protésicas y estructuras anatómicas del nivel muscular, como son:

- 1.-Reborde residual, debe ser totalmente registrado.
- 2.-Paladar, debe cubrir todo el paladar duro y prolongarse en el paladar blando incluyendo la Línea vibrátil.
- 3.-Extensión posterolateral, debe registrar la profundidad del surco hamular.
- 4.-Extensión vestíbulo bucal, debe alcanzar la profundidad del fondo de saco, incluyendo la tuberosidad del maxilar.
- 5.-Extensión vestíbulo labial, debe alcanzar la profundidad del fondo de saco, incluyendo las posiciones de los frenillos bucales y el frenillo labial superior.

ERRORES PREVISIBLES.

Entre los errores más frecuentes se encuentran:

- 1.-Llevar a la boca un material parcialmente fraguado.
- 2.-Movimientos del portaimpresión durante el fraguado.
- 3.-Deformaciones permanentes durante el registro.

Ademas pueden agregarse los defectos que pueden originarse de la inestabilidad del alginato:

- 1.-Sinéresis y evaporación, si se ha esperado mucho para hacer el modelo.
- 2.-Inhibición, si se ha dejado la impresión en agua.
- 3.-Modelo deformado, por presión sobre paredes flexibles.

EVALUACION.

La impresión inferior debe registrar al igual que la superior todas las zonas protésicas y estructuras anatómicas del nivel muscular, como son:

- 1.-Regiones retromolares, deben ser totalmente registradas incluyendo la papila piriforme.
- 2.-Profundidad del piso de la boca, debe ser lo suficiente incluyendo lateralmente las líneas milohioideas y anteriormente el frenillo lingual.
- 3.-Extensión del vestíbulo bucal, debe abarcar ampliamente, incluyendo las líneas oblicuas externas.
- 4.-Extensión del vestíbulo labial, debe alcanzar la profundidad del fondo de saco, incluyendo las posiciones de los frenillos bucales y labial inferior.

ERRORES PREVISIBLES.

- 1.-Exceso de material en el frente de la cucharilla, que invade el piso de la boca distorsionando el surco lingual y restringiendo los movimientos de la lengua.
- 2.-Extensión inadecuada hacia la bolsa lingual:
Por interferencia de la lengua
Por cantidad insuficiente de material
Conformación incorrecta del material en el portaimpresión
Portaimpresión escaso.
- 3.-Extensión inadecuada en el vestíbulo labial por interferencia del labio o porque estuvo muy tenso.
- 4.-Carrillos atrapados por la falta de tracción durante la aplicación del material.

Para efectuar el vaciado de la impresión en yeso, éste debe reunir los siguientes requisitos:

- 1.-Cuanto más fino y puro es el molido del yeso, más rápido es el fraguado; esto también se refiere al origen del producto.
- 2.-Proporción Agua-Yeso, afecta al tiempo de fraguado, si la relación disminuye (mezclas más espesas), el tiempo de fraguado es más rápido y la dilatación y resistencia aumentan.
- 3.-Espatulado, cuanto más sea el espatulado, más rápido será el fraguado.
- 4.-Agentes químicos, están determinados por la presencia de substancias que pueden acelerar o retardar el tiempo de fraguado, se debe considerar lo siguiente:

ACELERADORES.

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1.-Sulfato de potasio K_2SO_4 | 1.-Coloides: Gelatina
Agar-Agar
Goma arábiga |
| 2.-Sulfato de zinc $ZnSO_4$ | 2.-Sulfato férrico Fe_2SO_4 |
| 3.-Alumbre | 3.-Sulfato crómico Cr_2SO_4 |
| 4.-Tierra alba. | 4.-Sulfato de aluminio Al_3SO_4 |
| | 5.-Citrato de sodio |
| | 6.-Citrato de potasio |
| | 7.-Óxido más del 7 %. |

- 5.-Resistencia, el yeso necesita teóricamente menos del 20% de agua (en peso) para Hidratarse.

Entre menos agua, más ajustados quedan los cristales y más resistente el producto.

- 1) Resistencia superficial, dureza que impide el desgaste de los modelos por el uso.
- 2) Resistencia a la compresión, que permite prensar las

bases protéticas contra los modelos.

- 3) Resistencia a la fractura, que impide que los modelos sean quebradizos.

YESO FRAGUADO.

Al considerar las características del yeso fraguado, habremos de tener en cuenta:

- 1.-Cambios dimensionales.
- 2.-Estructura
- 3.-Control de expansión
- 4.-Resistencia.

TIPO DE YESO:

Para modelos de estudio o preliminares: Yeso hemihidrato beta (yeso paris).

Para modelos de trabajo o definitivas: Yeso hemihidrato alfa I, Hemihidrato alfa II (yeso piedra).

La resistencia del Alfa I, seca es de 420 a 530 kg/cm^2 .

La resistencia del Alfa II, seca es de 700 kg/cm^2 .

La diferencia se establece principalmente en el tamaño de la partícula del hemihidrato alfa empleado.

Las del alfa II, son de mayor tamaño que las del Alfa I, por lo tanto, las del Alfa II necesitan menor cantidad de agua.

Hemihidrato Alfa I 25 cm^3 . a 30 cm^3 . (agua) 100 gr.
(polvo)

Hemihidrato Alfa II 20 cm^3 . a 24 cm^3 . (agua) 100 gr.
(polvo)

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

1.-OZAWA, J.: PROSTODONCIA TOTAL. 3a. ed. ED. U. N. A. M.
MEXICO 1979. Pp. 200-205, 214 - 221 - 226- 228 - 229.

2.-WINKLER, S.: PROSTODONCIA TOTAL. 1a. ed. ED. INTERAME-
RICANA. MEXICO 1982. Pp. 131-140.

C A P I T U L O I V .

PASOS CLINICOS EN LA ELABORACION DE LA PROTESIS INMEDIATA.

CARACTERISTICAS QUE REGISTRAN:

Una vez que se ha efectuado la historia clínica, se comienza con registrar el mayor número de datos, sobre las características que presente 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 natural a como tenía sus dientes.

Las características más importantes son:

- a) Tratar de conservar forma, posición, tamaño y color de los dientes.
- b) Registrar la altura facial, articulación y forma de la cara, estos registros se obtienen por medio de mediciones, entre las que se encuentran:
 - 1.-La distancia entre el borde incisivo superior a la base de la nariz.
 - 2.-Distancia entre el borde incisio inferior a la base del mentón.
 - 3.-Cuando el paciente tiene la boca cerrada, se mide la distancia que existe entre la base de la nariz a la base del mentón.

- c) Impresiones para los dientes artificiales, estas sirven para los dientes que se colocarán después de las extracciones y pueden ser tomadas con cera o modelina.
- d) Fotografías, se pueden tomar para auxiliarnos las 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.

Impresiones preeliminares.-Son también llamadas de estudio o anatómicas, para obtener estas impresiones se siguen los siguientes pasos:

1.-Selección de un portaimpresiones adecuado, el cual debe reunir ciertas características:

- a) Debe cubrir completamente la totalidad del maxilar hasta el límite protético o zona retromolar.
- b) La totalidad de la mandíbula.
- c) Dientes y socavados retentivos.

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

Las características que deben tener las impresiones son:

MAXILAR SUPERIOR:

- 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 (re-
bordes).
- 7.-Impresionar correctamente los dientes presentes.
- 8.-Sobrepasar hacia atrás, los surcos hamulares.

MAXILAR INFERIOR:

- 1.-Debe existir extensión hacia la zona retromolar, in-
cluyendo papilas piriformes.
- 2.-Una vez que se obtuvieron las características suficientes
y haber registrado cualidades anteriores, se procede
de 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 conto
torno periférico siguiendo el fondo del surco vestibular y bu-
cal.

La escotadura hamular, obtener la línea vibrátil del palada
dar en el proceso superior; el área 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.

PORTAIMPRESION INDIVIDUAL.

Una vez obtenido el estudio del modelo se diseña o deli-
mita un portaimpresiones o cucharilla individual, el cual debe

estar bien adaptado al modelo.

El objetivo es el de obtener con su ayuda, una impresión fisiológica, la que debe reunir las siguientes características:

1.-Ser rígida para evitar distorsiones en la impresión, - para esto lo más indicado es la construcción del portaimpresiones con acrílico, 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. y utilizando - el acrílico termopolimerizable, siguiendo en este caso la técnica del método de enfrascado de laboratorio.

2.-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.

3.-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.

4.-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 delmovimientos 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 portaimpresión 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.

También se las llama dinámicas. Una vez hecha la impresión anatómica correctamente y después de construir un portaimpresión 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 efectuar la rectificación de los bordes 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 portaimpresión con un grosor y altura de 3 mm. suficiente para rectificar las siguientes zonas:

ZONA DEL VESTIBULO Y FRENILLO LABIAL:

Se le indica al paciente que proyecte sus labios 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, chupandose el dedo índice.

FONDO SE 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 pidiendosele que expulse aire por la boca y que pronuncie la letra "A".

RECTIFICACION 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 rozandose la comisura.

BORDE LINGUAL POSTERIOR:

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

2.-IMPRESION FISIOLOGICA.

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 portaimpresión al retirarlo de la boca, se le deja reposar mientras 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 portaimpresiones y se coloca en la boca del paciente, presionando en la línea media con el dedo índice, pidiendo al paciente que realice los mismos movimientos que se llevaron al cabo para la rectificación de -

los bordes.

Se espera a que el material polimerice, dejándolo algunos minutos en la boca, retirándolo y observando que haya una buena impresión.

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

Se espera también a que colimerice y después 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 con cuidado de no alterar la impresión y efectuando rápidamente el vaciado del modelo en yeso piedra.

Al obtener los modelos se preparan las placas de registro, las cuales pueden ser de acrílico o de placa base de Graff.

COLOCACION DE RODILLOS Y ORIENTACION:

Los rodillos de cera tienen importancia, ya que con ellos se obtendrá entre otras cosas el registro de la dimensión vertical en el paciente. Se elaboran en cera, ya que es un material que no produce traumatismos al reborde alveolar ni a los dientes residuales.

Pueden ser fabricados por el dentista por medio de rodets de hojas de cera o ser comprados ya hechos.

Al tener los rodillos, 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:

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 cera en el rodillo.

Para el rodillo inferior se toma como referencia el rodillo superior, al cual debe hacer contacto a todo lo largo de éste.

ESTABLECIMIENTO DE LA DIMENSION VERTICAL DE DESCANSO.

1.-Se pide al paciente colocarse en una posición relajada, fijando los ojos sobre un objeto que permita adoptar una posición erguida y cómoda de la cabeza.

2.-Se colocarán triángulos de tela adhesiva en la punta de la nariz y en la punta del mentón.

3.-Se pide mojar sus labios con la lengua, deglutir y -relajarse. Si se relaja, el maxilar inferior suele descender hasta una posición de descanso.

4.-Se registra en milímetros la distancia entre las puntas de los dos triángulos.

5.-Cuando se encuentre sentado, con las bases de registro contorneadas y los rodillos oclusales dentro de la boca en un momento de descuido en que la mandíbula descienda hasta la posición de descanso vuelve a medirse la distancia entre las puntas del triángulo. Si en realidad se ha relajado las distancias no cambiarán en forma significativa.

REGISTRO DE LAS RELACIONES MAXILARES.

En estos procedimientos se hará un esfuerzo para registrar a la vez las posiciones horizontales de los cóndilos en sus relaciones terminales posteriores con las fosas, así como las posiciones verticales de los cóndilos en sus relaciones superiores con las fosas. Al mismo tiempo que se realizan estas relaciones posterosuperiores de los cóndilos, deberán estar en contacto máximo las superficies oclusales de los rodillos. La mandíbula es desplazada desde la posición de descanso hasta una distancia interoclusal aceptable. El medio de registro ha de ofrecer resistencia mínima al cierre de los maxilares.

Cuando los procedimientos se siguen con precisión y se colocan dientes artificiales en las posiciones ocupadas por los rodillos oclusales, deberá haber máximo contacto dentario oclusal posterior o interdigitación cuspídea, cuando se repita el movimiento mandibular. Durante el cierre de los maxilares bajo control fisiológico la potencia de la contracción isotónica de los músculos elevadores tiene que estar gastada, por lo que la contracción isométrica deberá haber reforzado los maxilares para el momento de cierre al entrar en contacto los dientes. No deberán interferir los músculos antagonistas o abatidores bajo condiciones fisiológicas.

Los registros hechos utilizando rodillos oclusales son tentativos, por lo que serán verificados cuando los dientes hayan sido colocados en la visita de prueba.

TRANSFERENCIA CON EL ARCO FACIAL (WHIP-MIX).

Se une la base maxilar estabilizada al tenedor oclusal. Se inserta en la boca y se pide al paciente que lo sostenga en su sitio con ambos pulgares utilizando presión ligera, o que coloque la base inferior en la boca y ocluya contra el tenedor oclusal. El arco facial se lleva a la cara del paciente y se coloca el tornillo prisionero del tenedor del arco facial en el tallo del tenedor oclusal, las olivas de plástico se insertan en los meatos auditivos externos llevándose ligeramente hacia adelante. El relacionador de Nación y su ensamble se une al arco facial, la pieza de plástico para la nariz debe descansar sobre Nación y se aprieta el arco facial.

El arco facial y el tenedor oclusal se unen con firmeza. El posicionamiento del arco facial y la unión del tenedor oclusal con el arco facial deberá hacerse con cuidado o se derrotará el propósito de la transferencia con el arco facial.

Todo el aparato es llevado entonces al articulador. El modelo superior se coloca sobre el articulador.

El uso correcto del arco facial evita errores oclusales en las dentaduras terminadas durante los movimientos excéntricos del maxilar inferior dentro de sus límites funcionales.

MONTAJE EN EL ARTICULADOR (WHIP-MIX).

Para realizar el montaje se efectúan los siguientes --
pasos:

- 1°.-Colocación del tenedor al rodillo de la placa base superior.
- 2°.-Colocación de ambas placas base dentro de la boca del paciente.
- 3°.-Colocación del arco facial en el paciente y transporte del arco facial al articulador (ya ajustado).
- 4°.-Montaje del Modelo Superior al articulador.
 - a) El techo de la cavidad glenoidea debe ser de 30°.
 - b) La pared interna puede tener la angulación de --- 15°. ó 0°.
 - c) Colocar el tornillo soporte para el tenedor o en su defecto colocar un poco de yeso blanca nieves como soporte.
- 5°.-Retirar el arco facial y colocación del vástago incisal. Llevar ambas placas base a la cavidad oral, unirlas por medio de una guía (triángulo fijado con yeso o pasta sinquénica) en relación céntrica, retirarlas y hacer el montaje en el articulador.
- 6°.-Para la selección de dientes llevar las placas a la boca del paciente, tomar línea media y línea de caninos.

ELABORACION Y COLOCACION DE LA PROTESIS INMEDIATA.

Generalmente 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 sí. El triunfo como en cualquier prótesis resulta del buen manejo 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, ya que se da la misma importancia del tratamiento del desdentado total y se debe tomar en cuenta el concepto de integración de sistema que rige todos los pasos de su construcción y cada uno de ellos.

SELECCION DE DIENTES:

Se toma como base, los dientes naturales o existentes haciendo caso omiso de ellos. 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 serán 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 seleccionará 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 realizarán los desgastes necesarios que posteriormente se harán en el paciente, con el objeto de eliminar retenciones y elaborar la gufa quirúrgica, se tomará como base al intervenir al paciente ayudándonos a evitar que la prótesis lastime y provoque zonas isquémicas.

CAMBIOS DE DIENTES.-El cambio de los dientes del modelo por los artificiales ofrece tres variantes:

- a) Tratar de imitar lo que es existente.
- b) Tratar de imitar lo existente con algunas modificaciones.
- c) Modificación total en la colocación de dientes artificiales.

a) 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 carbundum se separa de los que estan a los lados cortandolo por el cuello, se rebaja el yeso de manera que por palatino quede al nivel de la encía y por vestibular lo que se haga de la alveolectomía. No es mayor de 2mm. por debajo del borde de 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.

b) 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 forma 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 placa en base al procedimiento anterior del cambio de dientes corrigiendo las posiciones que se desean enmendar.

Cuando hay un aumento de la Dimensión Vertical u otras correcciones importantes, no se hara diente por diente, sino que se cortaran todos los dientes de un lado, se arreglará la enca del modelo y se articulan los dientes de ese lado conservando el otro lado para mayor control, o bien se cortarán todos los anteriores, se arreglará el modelo y se colocarán los reemplazantes del modo que se juzque conveniente.

c) 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 aque--- llos casos en que la prótesis inmediata esta 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 PROTESIS.

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 2 circunstancias de lo que regularmente se hace, ya que se --- efectua sobre tejidos anesteciados recién modificados quirúrgicamente y que pueden modificarse aún para adaptarlos a la órtesis 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 recomensado, ya que el pulido final de las placas será mínimo. También es 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.

Este proceso convierte a la placa de prueba en una prótesis 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 que se parezca al tejido normal. Aunque existen diversos tipos de ceras, las más duras son las mejores, ya que no solo 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 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. Hablando en terminos generales, 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.

Con frecuencia se utiliza un diseño que no sólo contribuye a un aspecto de artificialidad, sino que fomenta el que se deposite comida y manchas. Las papilas interdentes llenas y convexas son de aspecto más natural y más higiénicas. El tallado de esta zona de las papilas más largas y delgadas estan asociadas con la edad más avanzada del paciente.

El encerado se puede realizar correctamente 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 construir las proporciones correctas.

Se debe recordar que la cera se enfría, encoge, esto puede hacer que los dientes se muevan y motivar que se apiñen fuera de la oclusión normal en la que se habían colocado. -- Cuando esto ocurre, debe ser devueltos a su posición normal.

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 la impresión. Esto requiere el surco del molde se llene con cera. Hay que encerar el paladar para lograr el grosor correcto.

Aunque las dentaduras muy gruesas y pesadas no son recomendadas no hay excusa para las dentaduras sumamente delgadas. Sus bordes pueden cortar la mucosa, con frecuencia es imposible ajustar una dentadura fina correctamente y además les falta resistencia.

Las arrugas palatinas de la dentadura no contribuyen a la buena fonética, es por esto que no necesitan estar incluidas en el encerado a no ser que estuvieran presentes en la dentadura previa del paciente y se averigüe que el paciente las considera importantes.

El último paso es sellar con cera derretida la base de prueba al molde. Esto hace que la dentadura encerada no se separe del molde durante el enmuflado 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.

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

- 1.-SCHVARTZ, T., CAPUSSELLI, H.: TRATAMIENTO DEL DESDENTADO TOTAL. 2a. ed. ED. MUNDI. BUENOS AIRES 1980. Pp.348--379.
- 2.-RAMFJORD, A.: OCLUSION. 2a. ed. ED. INTERAMERICANA. MEXICO 1972. Pp. Cap. 10.
- 3.-BOUCHER, C.: PROTESIS PARA EL DESDENTADO TOTAL. 1a. ed. - ED. MUNDI. BUENOS AIRES 1977.Pp .493-513.
- 4.-MARTINEZ, E.; OCLUSION. 2a. ed. ED. FACTA NON VERBA. MEXICO 1978. Pp. Cap. 5 y 6.
- 5.-HAMIL, C.: TECNICA DE IMPRESION DE MAXILAR COMPLETO PARA DENTADURA INMEDIATA. THE JOURNAL OF PROSPHETIC DENTRISTY. FORT KNOX, KY. ENERO 1978. Vol. 1 y 39.
- 6.-WINKLER, S.: PROSTODONCIA TOTAL. 1a. ed. ED. INTERAMERI/ CANA. MEXICO 1982. Pp. 220--230, 242 - 243 - 252 - 255 - Cap. 13 y 26.

C A P I T U L O V.

PREPARACION QUIRURGICA DEL PACIENTE.

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA.

PACIENTE: Masculino de 57 años de edad.
NOMBRE: JOSE BECERRIL ORTIZ
OCUPACION: Agente de ventas.
DOMICILIO: D. F.
ESTADO CIVIL: Casado.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Presenta enfermedad parodontal avanzada y caries.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

Higiene regular, sin hábitos de tabaquismo y alcohol, - sus visitas al Odontólogo han sido para efectuar exodoncias.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

El paciente presenta inflamación de las venas de su pierna izquierda sin que a la palpación y espontáneamente presente dolor. Presenta en un 40 % de su cuerpo manchas blanquecinas o falta de pigmentación de forma y tamaño diferentes, las cuales al estar expuestas al sol se irritan causandole molestias. A los 23 años presentó cuadro infeccioso de tipo gonorrrea el cual fué tratado sin dejar secuelas, padeció las enfermedades propias de la infancia, refiere que no muy frecuentemente sufre de gripes; con respecto a los antecedentes hemo-

crónicos se encuentra aparentemente sano.

En los antecedentes heredo-familiares del paciente se observa que no hay padecimientos hereditarios ni contagiosos. No presenta alergia a medicamentos ni alimentos, así como a la morfina y anestésicos. No ha sido hospitalizado y actualmente está inyectando una gragea diaria de UNICAP (T), complemento dietético. La alimentación del paciente no es completamente balanceada.

EXAMEN DE CABEZA Y CUELLO.

Presenta craneo forma mesocéfalo, perfil recto, tez morena, abios de tamaño regular de consistencia blanda e integridad completa, ganglios linfáticos sin alteración.

a. T. O.

No presenta alteraciones.

EXAMEN INTRABUCAL:

Paciente desdentado parcialmente que presenta inflamación generalizada de las encías con sangrado a la presión, sin dolor con apariencia lisa, mucosa brillante, presentando bolsa periodontal y presencia de cálculo en 7 dientes; con resorción gingival dejando expuesto el cemento dental.

La lengua no presenta ninguna alteración, así como los carrillos, las amígdalas y el ítimo de las fauces. Las glándulas salivales no presentan patología alguna.

OCLUSIÓN:

Presenta clase II de Angle en caninos, en molares no -- existe oclusión por falta de alguno de ellos, desgaste en caninos e incisivos. Su línea media normal y frenillos maxilar y lingual sin alteración.

HIGIENE ORAL:

Deficiente.

TEJIDOS DUROS:

Presenta 13 dientes, 6 en el maxilar superior y 7 en el inferior, los cuales presentan movilidad, así como 6 dientes con caries.

INTERPRETACION RADIOGRAFICA.

Existe desaparición de crestas alveolares, con pérdida horizontal de hueso alveolar. Además de bolsas periodontales y cálculo, así como separación del ligamento parodontal.

EXAMENES DE LABORATORIO.

Los análisis de laboratorio nos confirman el diagnóstico de alguna enfermedad orgánica complicante, mediante las -- pruebas hematológicas, bioquímicas, biológicas u otras adecuadas.

	CANTIDADES REPORTADAS POR EL LABORATORIO.	CANTIDADES NORMALES.
Eritrocitos	4'700,000/mm ³ .	4.7 a 5.8 millones por mm ³ .
Hemoglobina	15.3 g/l.	14 A 18 g/l.
Hematocrito	47.0 %	40 a 54 %
Conc.Media de Hb.Corp.	32.0 %	30 a 35 %
Velocidad de Eritrosedimentación.	15 mm.en 1 hr.	0 a 15 mm.en 1 hr.
Leucocitos.	7,600 /mm ³ .	5,000 a 10,000/mm ³ .
Linfocitos	21 %	20 a 40 %
Monocitos	5 %	3 a 7 %
Eosinófilos	4 %	1 a 4 %
Basófilos	0 %	0 a 1 %
Mielocitos	0 %	0 %
Metamielocitos (juveniles).	0 %	0 a 1 %
Neutrófilos Segmentados.	69 %	50 a 70 %
Neutrófilos en banda	1 %	1 a 4 %
Tiempo Sangrado	2 min. 15 seg.	1 a 3 minutos.
Tiempo Coagulación	7 minutos.	5 a 10 minutos.
Glucosa en Sangre	93.0 mg. %	70-110 mg.%. 70-110 mg. %.
Neutrófilos	70 %	55 a 70 %

MODELOS DE ESTUDIO.

Los rebordes alveolares tienen su volumen normal y los frenillos maxilar y mandibular se encuentran en una posición media, de tal forma que no afectan a la elaboración de la -- Prótesis lo mismo que los pliegues pterigomandibulares. Si los frenillos llegaran hasta el borde de las crestas alveolares o son tan voluminosos, nos permiten el cierre mecánico de la prótesis.

La forma del reborde alveolar es abombado, no presentan do bordes cortantes o puntiagudos, el paladar presenta forma de trapecio y gran extensión en la zona palatina, ya que no es alto o muy profundo. No existen prominencias en toda su extensión (torus). ni dientes residuales.

En las piezas dentarias, se observa desgaste en caninos superiores, en molares se presenta resorción gingival.

DIAGNOSTICO DE LA HISTORIA CLINICA.

Paciente que a nivel sistémico se encuentra en condiciones normales manifestando únicamente varices en pierna izquierda y vitiligo, enfermedades que estan siendo tratadas por su médico familiar.

Con respecto a cabeza, cuello y ATM no existe ninguna alteración patológica, no siendo así en los tejidos blandos en los cuales encontramos periodontitis crónica generalizada y sólo presenta 13 dientes con movilidad dentaria clase I y II con caries.

DIAGNOSTICO.

Extracciones seriadas, Alveoloplastía Simple y colocación de Prótesis Inmediata.

PRONOSTICO.

Favorable.

De acuerdo a las condiciones sistémicas de nuestro paciente no existe alguna alteración que nos impida llevar a cabo la cirugía preprotética (alveoloplastía simple) procediendo a eliminar la menor cantidad de hueso posible, Únicamente prominencias agudas alveolares con el fin de conservar el hueso alveolar en condiciones óptimas para soportar la prótesis Inmediata. Psicológicamente el paciente esta consciente de la responsabilidad que tiene dentro del tratamiento y de colaborar en la adaptación de las dentaduras.

FARMACOTERAPIA PRE-QUIRURGICA.

Antes de efectuar el procedimiento quirúrgico se le recetó a nuestro paciente, lo siguiente:

NOMBRE COMER- CIAL.	NOMBRE QUIMICO o GENE- RICO.	DOSES	VIA DE ADM.	PRESEN TACION	HORA RIO.
ANTIBIOTICO	Binotal Ampicilina trihidrata da.	500 mg.	Via Oral.	Cápsu las.	1 c/8 h

Esto fué como una medida profilactica.

ETAPA TRANSQUIRURGICA.

A S E P S I A.-Es la absoluta ausencia de microorganismos patógenos. Es una condición imprescindible para realizar un -- acto quirúrgico, ésta consiste en el lavado escrupuloso de las manos del operador y del ayudante, el lavado se debe realizar antes de tocar cualquier cosa de la sala de operación y debe - hacerse cepillándose las manos y antebrazos con jabón y cepi-- llo por 10 minutos, después de esto se colocan los guantes.

A N T I S E P S I A.-Es la práctica de todas aquellas medi-- das o precauciones que conjugan o combaten la infección, destru-- yendo los respectivos microbios patógenos. Los antisépticos son poco irritantes y perjudiciales para las células de los tejidos vivos.

Se dividen en:

ANTISEPTICOS EXTERNOS o DESINFECTANTES:

ALCOHOL, se usa para las manos del cirujano y del campo ope-- ratorio y para la conservación de ciertos materiales.

TINTURA DE YODO, yodo diluido en alcohol al 10%, es usado en Cirugía General sobre los tejidos a incidir.

ACIDO FENICO, tiene a la vez acción anestésica y se usa - en igual dilución que el yodo.

AGUA OXIGENADA, se usa también sobre los tejidos.

TINTURA DE MERTHIOIATE, reúne las mismas aplicaciones que el yodo y en la actualidad es reemplazado por este.

ANTISEPTICOS INTERNOS: Son todos aquellos fármacos que combaten a los microorganismos patógenos, los de amplio espectro son las sulfas y los antibióticos.

INSTRUMENTAL PARA CIRUGIA BUCAL.

INSTRUMENTOS PARA SECCION DE TEJIDOS BLANDOS.

BISTURI.-Se utiliza el de hoja corta, existen de distintas formas y tamaños, en nuestra práctica el más utilizado es el de Bard Parker con hoja del No. 15.

TIJERAS.-Instrumentos de sección de tejidos como lenguetas, festones gingivales y trozos de encía en parodontosis. - Las más recomendables son las curvas ya que se adaptan mejor, pudiendo alcanzar la región palatina y lingual de difícil acceso. También se pueden utilizar para seccionar bridas fibrosas, cicatrices y trozos de colgajos y de las curvas.

Además, se utilizan para cortar los puntos de sutura.

PINZAS DE DISECCION.-Para ayudarse en la preparación de los colgajos y otras maniobras; con la desdentada se puede tomar la fibromucosa bucal sin lesionarla, existen también: la de KOCHER o la ATRAUMATICA DE CHAPUT DE CIRUGIA GASTROINTESTINAL que también nos sirve para tomar la fibromucosa, sin ocasionarle daño alguno.

Las pinzas de dientes de ratón (dentadas) poseen 3 denticitos que engranan entre sí y nos permiten sostener firmemente el colgajo.

LEGRAS, PERIOSTOTOMOS, ESPATULAS ROMAS.-seccionan la fibromucosa, se utilizan en la separación y desprendimiento en la preparación de colgajos. Espátulas rectas o acodadas, estas ---

Últimas indicadas en sitios de difícil acceso, tales como la bóveda palatina y la cara lingual del maxilar inferior.- Dichos instrumentos también se utilizan para despegar bolsonas de los quistes del hueso que los aloja.

SEPARADORES.-Se utilizan para mantener separados los labios o los colgajos sin que sean traumatizados o lastimados, los más utilizados son los de Farabeu, cuyos dos extremos están acodados.

INSTRUMENTOS PARA LA SECCION DE TEJIDOS DUROS.

ESCOPLOS Y MARTILLO.-Utilizados en la osteotomía y en la resección del hueso (osteotomía) que cubre el objeto de la intervención. EL ESCOPLLO instrumento de hoja plana o barra metálica con un extremo cortado a bisele a expensas de una de sus caras y convenientemente afilado, actúa a presión manual o a golpe de martillo. La hoja puede ser recta o ahuecada en media cuña (acañalada).

EL MARTILLO permite agarrarlo con facilidad, será dirigido por el operador o el ayudante. Consta de una asa y un mango, el cirujano debe tomarlo con la mano derecha y el escoplo con la izquierda, así el ayudante golpeará sobre el escoplo a petición del operador.

PINZAS GUBIAS.-para realizar la resección del hueso, se utilizan pinzas rectas o curvas (gubias). Actúan extrayendo el hueso por mordiscos sobre este tejido.

FRESAS.-puede sacar el hueso de por sí, o abrir camino a otros instrumentos, ostectomía u osteotomía del número 5 al 8 de forma redonda y de fisura la No. 560. También se utilizan las de Schember, las de Allport y las de Lindeman.

LIMAS PARA HUESO.-se preparan maxilares que llevarán ap ratos o prótesis o para alisar bordes y eliminar puntas óseas.

PINZAS PARA TOMAR ALGODON, GASA, ETC.-se utilizan para mantener el campo operatorio libre de sangre, saliva y otros elementos que nos interfieran en la visualidad.

CUCHARILLAS PARA HUESO.-Sirven para eliminar del interior de la cavidad óseaquistes, fungosidades y granulomas. Las hay rectas o acodadas, cuya parte activa puede tener formas y diámetros distintos.

PINZAS PARA EXTRACCIONES DENTARIAS.-Instrumento indicado para exodoncia.

ELEVADORES.-Utilizados para las exodoncias, los hay en forma de bandera y rectos.

AGUJAS PARA SUTURA.-por la delgadez y delicadeza de los tejidos gingivales, tan propensos a desparrarse, las agujas deben ser sencillas, curvas o rectas, pero de dimensiones -- pequeñas, las hay cóncavas, convexas en el sentido de sus caras o en el de sus bordes.

PORTAAGUJAS.-nos sirven para dirigir la aguja y guiar sus movimientos.

SONDAS.-se utilizan para llegar a un diagnóstico, en nuestra práctica se utilizan las acanaladas y sirven para drenar abscesos ya abiertos por bisturí o para cortar tejidos que requieren cierta delicadeza, realizando en dicho caso la incisión sobre el hueso de la sonda, la cual sirve de guía; las sondas de conducto: para trayectos fistulosos cortos y finos o como guía 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.-son instrumentos que se usan para tomar y fijar las compresas esterilizadas que se emplean en la protección del campo operatorio.

TECNICA DE ANESTESIA.

De acuerdo al procedimiento efectuado en la Cirugía de nuestro caso clínico y a la posición de los dientes existentes en la cavidad oral, se utilizaron las siguientes técnicas de anestesia:

Técnica Intraoral y Extraoral del nervio Infraorbitario el cual es continuación del nervio maxilar superior.

Técnica Intraoral y Extraoral de las ramas alveolares superiores, nervio palatino anterior y nervio nasopalatino.

Bloqueo Intraoral del nervio alveolar inferior (anestesia regional), se desprende del nervio maxilar inferior.

Técnica Intraoral del Nervio Mentoniano, se origina en el conducto mentoniano inferior a partir del nervio alveolar inferior y sale a través del agujero mentoniano a la altura del premolar distal (primer premolar).

En caso necesario, los nervios que van hacia un incisivo en particular pueden bloquearse también infiltrando la encía correspondiente al diente sobre el cual se va a intervenir. También se puede utilizar la infiltración complementaria del nervio lingual, la cual se efectúa inyectando una pequeña cantidad de anestésico local en el aspecto lingual, inmediatamente por detrás del diente que se va a extraer.

A N E S T E S I A .

Por las características de nuestro caso clínico se utilizó el anestésico XYLOCAINA que es el nombre registrado de LIDOCAINA, el cual está compuesto por Clorhidrato de Dietil-amino-aceto 2, 6-xilidida.

Las características de la Xylocaina con Epinefrina al 1:100,000 son rapidez de acción, baja toxicidad, buena difusión y carencia de efectos alérgicos.

La solución bloqueadora posee generalmente un Vasoconstrictor el cual disminuye la absorción y por lo tanto, mejora la tolerancia clínica del agente, ya que en Odontología la región operatoria es ricamente vascularizada.

Los vasoconstrictores prolongan la acción y reducen la toxicidad sistémica de los anestésicos locales por retardo - en su absorción.

EXTRACCIONES PROPIAMENTE DICHA Y ALVEOLOPLASTIA.

La extracción de los dientes fue el comienzo de la cirugía bucal, el éxito final de la prótesis depende en gran parte de la técnica empleada para la extracción de los dientes. El manipuleo cuidadoso de los tejidos vitales puesto que el traumatismo del hueso y tejidos blandos nos podría originar por consecuencia dolor, retardo de la cicatrización, necrosis e infección, por lo que fue preciso realizar las extracciones en la forma más atraumática posible.

De acuerdo a esto el tipo de alveoloplastia que se practicó fue:

COMPRESION ALVEOLAR.-Es la presión entre los dedos de las tablas corticales externa e interna, reduce el ancho del alveolo y elimina muchos espacios muertos óseos.

ALVEOLOPLASTIA SIMPLE.-Fue necesario reducir el margen cortical vestibular a nivel de caninos superiores, por lo que sólo se realizó el colgajo en bolsillo y con la lima para hueso se eliminó la cantidad adecuada (lo menos posible) de hueso.

LAVADO DE LA ZONA.

El lavado de la cavidad oral se hará inmediatamente después de haber terminado la cirugía, utilizando la jeringa acento y suero fisiológico, esto se hace con el fin de eliminar to dos los restos de hueso y coagulos existentes.

HEMOSTASIA.

Por lo general la hemorragia se detiene con bastante rapidez, por que la base de la dentadura cubre los alveolos de --- las extracciones y actúa como apósito, confinando el coágulo - mediante la aplicación de presión leve.

SUTURA.

Después de haber realizado el tratamiento de la cavidad - oral, el colgajo debe ser vuelto a su sitio y mantenerlo en posición original, ya que el colgajo desprendido puede ocasionar su retracción indebida, con los consiguientes trastornos estéticos o la infección del alveolo con dolor y la supuración. La sutura se debe hacer con puntos aislados y se colocarán cuantos sean necesarios hasta lograr que la cavidad quede cerrada. Los puntos se deben retirar al 4°. ó 5°. día para evitar que se -- traumatische el tejido ya regenerado.

Utilizaremos seda 3 ceros.

COLOCACION DE LA PROTESIS.

Después de haber elaborado los procedimientos anteriores procedimos a insertar las placas para checar las zonas de presión, las cuales se eliminarán en caso de existir mediante el desgaste con una fresa para acrílico seguido por un pulido; - esto se efectúa hasta que las placas asienten uniformemente - sobre el proceso alveolar.

Inmediatamente se procedió a colocar sobre la base de -- las prótesis un acondicionador de tejidos, el cual se utiliza para rehabilitar específicamente los tejidos que soportan la dentadura, como la mucosa bucal traumatizada. También tienen aplicación como obturaciones temporales de áreas quirúrgicas para estabilizar bases de registro o apósitos quirúrgicos.

El material utilizado fue:

RESIL THE PROTHOPLAST, compuesto a base de Silicona.

Así mismo se le indicó al paciente que no debía quitarse las placas hasta 24 hrs. después de la intervención. Se le -- citó al día siguiente.

ETAPA POST-QUIRURGICA.

FARMACOTERAPIA.

Por las condiciones de nuestro paciente y por la cirugía practicada, se recetaron los siguientes medicamentos:

COMERCIAL.	NOMBRE QUIMICO o GENERAL.	DOSIS	VIA DE ADM.	PRESENCIA	HORARIO.
ANTIBIOTICO Binotal	Ampicilina trihidratada.	500 mg.	Via Oral.	Cápsulas	1 c/8hrs
ANTIINFLAMATORIO, ANALGESICO y ANTITERMICO.	Dolotanderil. Pirozolo na.		Via Oral.	Cápsulas	1 c/6hrs

D I A T E R M I A.

Una operación realizada en la cavidad bucal requiere de una serie de cuidados posoperatorios. Parte de estos deben - realizarlos el paciente, otros los efectúa el profesional. - La colaboración entre el cirujano y el enfermo llevará a -- buen éxito la intervención.

Se le indicó al paciente que al llegar a su casa, guardara reposo entre 1 y 2 días. Se colocara compresas frías so bre la región operada en forma intermitente durante 20 ó 30 minutos por un lapso de 48 horas.

Además de indicarle que no debía realizar ninguna clase de enjuagatorios, por término de 3 horas. En caso de que tuviera dolor exagerado, podría repetir el medicamento indicado cada dos horas.

Su dieta será líquida y blanda y debe contener las proteí nas adecuadas para que haya una cicatrización normal.

Después de la intervención se citó al paciente a las 24 horas para examinar la cavidad oral y ajustar la prótesis, - eliminando posibles zonas de necrosis por presión de la mucosa. El material de reestimiento blando que se utilizó (RE--SIL) para tener un buen contacto entre la dentadura y los tejidos bucales y además para suprimir la necesidad de emplear adhesivos, se cambió una vez por semana hasta el rebase secundario que fué 3 meses después. A los 9 meses se hizo el - segundo rebase.

Posteriormente y de acuerdo a las condiciones económicas de nuestro paciente, se podrá realizar la PROTESIS TOTAL ---- CONVENCIONAL.

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

- 1.-RIES, C.: CIRUGIA BUCAL. 8a. ed. ED. EL ATENEO.
BUENOS AIRES 1978. Pp. Cap. 2 - 3 y 22.

- 2.-KRUGER, G.: TRATADO DE CIRUGIA BUCAL. 4a. ed. ED. INTER
AMERICANA. MEXICO 1980. Pp. Cap. 1 - 2 - 5 y 8.

- 3.-OZAWA, J.: PROSTODONCIA TOTAL. 3a. ed. ED. U. N. A. M.
MEXICO 1979. Pp. 122-129.

- 4.-STARSHAK, T.: CIRUGIA BUCAL PREPROTETICA. 1a. ed. ED.
MUNDI. BUENOS AIRES 1978. Pp. Cap. 2 - 4 y 6.

- 5.-MIELS, J., JESS, H.: ANESTESIA ODONTOLÓGICA. 1a. ed.
ED. INTERAMERICANA. MEXICO 1967. Pp. Cap. 4 y 23.

cuales estan rodeados por hueso, por el contrario, la dentadura se asienta sobre tejido húmedo y resbaloso. Las fuerzas masticatorias generadas por las dentaduras están limitadas - por la magnitud de presión que puede ser aplicada en forma - cómoda y segura a estos tejidos interpuestos, ya que los dientes naturales tienen una fuerza de mordida promedio de 22 kg. y los pacientes con prótesis totales estan limitados a 7 kg. Además debe explicárseles que los dientes tienen un sistema - proprioceptivo agudo y que los pacientes con dentaduras han -- perdido su mecanismo de gafa dental.

También es importante indicarles que las prótesis totales no son un buen sustituto para las piezas dentales naturales, sino que sólo una solución protética para resolver la -- falta de dientes. Así mismo, se les debe indicar que las placas presentan una serie de problemas los cuales no son imposibles de resolver, ya que son vencidos con paciencia, determinación y habilidad.

Estas comparaciones no deberán hacerse para desalentar al paciente, sino para hacerle notar las desventajas físicas y mecánicas existentes con las dentaduras.

2.-LAS PRIMERAS SENSACIONES BUCALES.

Después de colocar las placas totales en la cavidad - bucal debemos permitir al paciente observarse, esto ayudará a

asegurar y contrarrestar sus sensaciones bucales exageradas, hay que advertirle que sentirá una sensación temporal de volumen exagerado.

Existen dos motivos para esto:

1) El dentista desea tomar ventaja de la mayor zona tisular posible para ayudar en la estabilización, retención y distribución de las fuerzas masticatorias.

2) Cualquier cambio pequeño en el contorno de la dentadura es percibido por la boca como un volumen grande, dicha sensación desaparecerá con la familiarización.

3.-LOS PROBLEMAS DE SALIVACION EXCESIVA.

Este problema surge por el sistema sensorial de la boca, el cual confunde a las dentaduras como alimento, lo que conduce a un estímulo de las glándulas salivales para producir saliva, por lo que es necesario asegurar al paciente que este flujo excesivo de saliva constituye una reacción normal a las dentaduras y que disminuirá lentamente. También debe indicarsele que evite escupir o enjuagarse, ya que esto tiende a desplazar las bases de las dentaduras.

4.-PROBLEMAS FONETICOS.

A causa de la sensación inicial de volumen y a exceso

de saliva en habla del naciente se distorsiona, esto se observa con mayor frecuencia durante la conversación rápida, pero el aparato fonético aunque es muy preciso también es capaz de adaptarse; debemos alentar al paciente y hacer que este practique la lectura en voz alta, ya que así el habla pronto adquiere un tono natural y se hace más fluida.

5.-SUGESTIONES PARA COMER.

Es necesario indicar al paciente que la eficacia masticatoria de sus placas deberá desarrollarse lentamente y refinarse. Al principio su alimentación deberá ser blanda, evitando masticar cosas muy duras, ya que algunas personas debido al grado de resorción alveolar nunca podrán ingerir ciertos alimentos en forma adecuada.

La forma de comer con dentaduras es una habilidad que tiene que ser aprendida, ya que en un principio la masticación es más metódica que con dientes naturales.

Se debe indicar al paciente que al ingerir alimentos - coloque una porción en la parte anterior y otra en la posterior en ambos lados a la altura del primer molar, ya que aumenta el poder del ciclo masticatorio y coloca la carga oclusal sobre la zona principal de soporte. La masticación bilateral ayuda a estabilizar las bases de las dentaduras por medio de la distribución de las fuerzas de masticación a ambos lados de los rebordes residuales. Esto contrarresta el levantamiento y desalojamiento de la base de la dentadura.

El ciclo masticatorio deberá ser de un movimiento hacia arriba y hacia abajo, lo que ayuda a reducir los desplazamientos laterales y estabilizará la base mandibular de la dentadura.

El paciente puede vencer todos los obstáculos existentes si esta consciente que el comer con dentaduras es una habilidad y si el dentista lo motiva y lo guía a través de un programa de educación.

6.-POSICION ADECUADA DE LA LENGUA.

Existen 3 impedimentos básicos relacionados con la dentadura inferior:

a) Aunque la zona de la base de la dentadura es la tercera parte del área de la dentadura maxilar, ambas están sometidas a las mismas cargas y presiones oclusales.

b) La dentadura está rodeada en su aspecto lingual y bucal por músculos, los cuales poseen la capacidad para transformar la base de la dentadura.

c) Esta dentadura depende de una posición adecuada de la lengua para conservar un sello periférico adecuado y estabilidad.

La lengua está en íntimo contacto con la superficie lingual de la dentadura y el piso de la boca a un nivel normal. La

placa tiene que ser estable y capaz de resistir una presión suave sobre los incisivos mandibulares.

Cuando la lengua se encuentra en posición retruida el primer paso del tratamiento es hacer consciente al paciente de la importancia de la posición lingual; segundo demostración de la posición lingual adecuada y el aumento en la retención y estabilidad de la dentadura, además debe de practicar el abrir y cerrar mientras la lengua toma una posición normal es importante hacer notar al paciente que la posición lingual es un problema propio de él mismo que ningún rebase ni ajuste de la placa lo podrá corregir.

7.-LA IMPORTANCIA DE LA SALUD DE LOS TEJIDOS.

Para obtener una mejor conservación de la salud tisular debemos tener en cuenta 3 factores importantes: Descanso adecuado de los tejidos, Nutrición correcta y Limpieza de los tejidos de la boca. Al paciente se le debe indicar que antes de dormir debe quitarse las placas, ya que esto proporciona un tiempo conveniente para remojar las dentaduras en una solución limpiadora y permite el descanso de los tejidos bucales, ya que todas las fuerzas oclusales actúan por compresión de los tejidos blandos y aplasta los tejidos entre la dentadura y el hueso; el no permitir el descanso da como resultado el dolor y la irritación.

Un aspecto importante que casi siempre descuida el paciente es la limpieza y estímulo de las mucosas bucales, lo

cual debe realizarse con un cepillado ligero de las porciones residuales, esto se debe hacer con un cepillo suave para dientes de puntas redondas el cual eliminará la placa y los residuos de alimentos estimulando así la circulación local. Lo anterior deberá ser seguido por un vigoroso enjuague con alguna solución astringente o salina para reducir la población bacteriana y micótica y refrescar la boca.

8.-ADVERTENCIA SOBRE LOS PRODUCTOS DENTALES QUE SE ENCUENTRAN EN EL COMERCIO.

Los productos dentales comerciales son utilizados generalmente por pacientes que poseen placas dentales mal ajustadas, lo cual hace que se olviden de consultar al dentista, ya que los fabricantes no van a informar acerca de los peligros en potencia que implica utilizar placas mal ajustadas.

9.-EL PELIGRO DE LA ODONTOLOGIA REALIZADA POR EL MISMO PACIENTE.

Las reparaciones y rebases hechos en casa ocasionan o perpetúan cambios patológicos en los tejidos bucales, ya que los rebases de farmacia, así como cantidades excesivas de preparaciones adhesivas no se adaptan correctamente a la zona basal de la placa. Los cojines y almohadillas de cera crean zonas de presión continua que causan irritaciones e inflamación de la mucosa, los cuales pueden producir necrosis y resorción ósea local. Además el cambio tisular más frecuente es el endurecimiento

to y la inflamación. Estos cambios patológicos pasan desapercibidos por el paciente, debido a que no presentan dolor.

Los materiales de rebase no solo aumentan el grosor de la dentadura, sino también la dimensión vertical. Así mismo, afectan la relación horizontal lo que da como resultado la maloclusión.

REPARACIONES EN CASA Y AJUSTES HECHOS POR EL PACIENTE.

Existen cuatro tipos de reparaciones:

- a) Un diente o dientes anteriores.
- b) La de un diente o dientes posteriores.
- c) La de aleta fracturada de una dentadura, y
- d) La de una dentadura fracturada en su base.

La reparación más benigna es la reposición de los dientes anteriores, ya que causan contactos prematuros anteriores.

La más peligrosa es la fracture de la aleta o la base de la dentadura, ya que por esta existe la falta de alineamiento de los fragmentos, presión desigual sobre la base de la dentadura y maloclusión.

El diente posterior causa un contacto prematuro y falta de armonía bilateral. Estas alteraciones son causadas por la ignorancia del paciente y además es culpa del dentista en algunas ocasiones por no advertir al paciente que es necesario realizar algunos ajustes a sus placas totales.

ADHESIVOS PARA DENTADURAS.

Debido a que los adhesivos para dentaduras ocupan espacio y por tener un flujo reducido causan errores en la dirección vertical y la posición de la dentadura, pero si el paciente ha consultado a su dentista puede utilizar en forma temporal un polvo adhesivo en una cantidad mínima que se coloca sobre la superficie humedecida de la base de la dentadura, el excedente debe eliminarlo y después debe colocarse con suavidad su prótesis y así cerrar suavemente en una posición maxilar más retruida para que así la dentadura se coloque en posición normal.

UNGUENTOS ANALGESICOS

Estos aumentan la dimensión vertical de las dentaduras y alteran la posición correcta y oclusión subsecuente de las prótesis, además causan los mismos problemas que las pasta - adhesivas.

10.-LA LIMPIEZA ADECUADA DE LAS PROTESIS TOTALES.

El dentista debe hacer ciertas recomendaciones sobre la limpieza de las dentaduras al paciente antes de que salga del consultorio para evitar que este utilice soluciones comer ciales o medios caseros. La solución recomendada para este uso es la siguiente:

- a) 1 cucharadita (15 ml) de hipoclorito de sodio (blanqueador casero)
- b) 1 cucharadita (4 ml.) de Calgon
- c) 4 onzas (114 ml.) de agua.

a) Es un agente germicida eficaz.

b) Es un ablandador de agua, proporciona una acción detergente que ablanda y desaloja depósitos de alimentos.

También se debe recomendar a los pacientes que deben cepillar sus dentaduras con un cepillo blando bajo el agua co rriente, después de haber sido colocadas en la solución química antes de su colocación en la cavidad oral.

Para eliminar el sarro se recomienda remojar la dentadura con 114 ml. de vinagre blanco durante toda una noche.

LIMPIEZA DE LOS MATERIALES DE REBASE BLANDOS.

El cuidado de limpieza debe ser especial, es un lavado suave bajo agua corriente fría con algodón blando, la superficie externa puede cepillarse de manera normal, por la noche son colocadas en agua simple con los dientes hacia abajo, ya que si es colocada con las piezas hacia arriba -- distorciona el material suave de rebase.

LIMPIEZA MECANICA

C E P I L L A D O

El cepillado debe hacerse con un cepillo blando para dentaduras y advertirle que no utilice cepillo para dientes y dentífrico, ya que al utilizar el cepillo blando y un detergente no abrasivo se obtiene el mejor método de limpieza en especial cuando se combine con el remoje nocturno el -- cual permite descansar durante la noche a los tejidos bucales.

LIMPIADORES SONICOS.

Estos limpiadores son prácticamente nuevos, emplean -- energía vibratoria, ya que es adecuado para eliminar sarro en diversas situaciones limpiadoras, además de eliminar manchas de cigarrillo. y café.

En resumen se puede decir que no importa el método de limpieza empleado por el paciente, lo más importante es que se convierta en un hábito cotidiano, ya que la responsabilidad del dentista es informar y motivarlo para realizar esta rutina diariamente, por lo que debe comunicar las siguientes ideas:

1.-La limpieza diaria de las placas elimina las acumulaciones bacterianas que se forman en las superficies de -- las mismas, ya que son capaces de formar ácido y de irritar los tejidos.

2.-La limpieza diaria evita manchas y acumulaciones de sarro.

3.-Las dentaduras sin higiene son causa del mal olor de la boca.

4.-La irrigación bucal vigorosa y el cepillado suave es un estimulante, refrescante y promueve la buena salud de los tejidos.

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

- 1.-WINKLER, S.: PROSTODONCIA TOTAL. 1a. ed. ED. INTER-AMERICANA. MEXICO 1952. Pp. 424 - 425 - 426 - 427 - 428 - 429- 430 - 431 - 432 - 433 - 434.

RESULTADOS.

Los resultados obtenidos son:

1.-Al conocer los tipos de prótesis existentes, se puede elegir las dentaduras más adecuadas a las condiciones y necesidades bucales del paciente.

2.-El Odontólogo esta obligado a concientizar a su paciente con respecto a las ventajas y desventajas del tipo de prótesis al que será sometido, esto influye directamente en un fracaso o resultado satisfactorio.

3.-Para poder llegar a un diagnóstico y tratamiento definitivo se debe de elaborar una buena historia clínica y hacer uso de los auxiliares de diagnóstico que permiten conocer íntegramente al paciente que ayudará para evitar errores en la elaboración de la Prótesis Inmediata.

4.-Se conoció el manejo y técnica del material utilizado con mayor frecuencia en Prótesis Inmediata.

5.-Se deben organizar los pasos de elaboración de la Prótesis Inmediata de forma eficaz que puedan llevarse a cabo el máximo número de los mismos en el mínimo de visitas, cada paso dentro del procedimiento es el más importante; cuando el Odontólogo comprende esto, los resultados serán más satisfactorios.

6.-La cirugía bucal preprotética contiene procedimientos que son posibles de realizar en el consultorio dental sin requerir de equipo e instrumental sofisticado, permitiendo así poder atender a todo paciente que lo requiera.

7.-Planear una buena técnica quirúrgica ayudará a no sacrificar tejidos que posteriormente son necesarios para la colocación de la Prótesis Inmediata y repercute en el proceso de cicatrización.

8.-El paciente fue enseñado a utilizar y cuidar las dentaduras.

CONCLUSIONES.

El Odontólogo debe conocer el tema de Prótesis Inmediata, para poder aplicarlo con certeza a los pacientes que lo requieran.

En primer lugar debemos conocer al paciente con una buena historia clínica que nos ayude a detectar alteracio es de los aparatos y sistemas, así como anatómicas que influyen actuar de primera intención.

Para poder establecer un diagnóstico certero y correcto es necesario el uso de auxiliares de diagnóstico, que nos permitan detectar alteraciones sistémicas y bucales del paciente, como son: Rx., modelos de estudio y exámenes de laboratorio.

El registro de impresiones correctas no depende únicamente del material, sino de su adecuada manipulación, para lograr las condiciones cualitativas óptimas que determinan los requisitos de conseguir el mejor producto terminado.

El dentista debe poner el mismo énfasis en cada uno de los pasos de elaboración de la prótesis Inmediata, ya que todos tienen la misma importancia y de fallar alguno de ellos el tratamiento se verá alterado.

El manejo adecuado del paciente en el post operatorio ayuda a una recuperación más rápida y satisfactoria de las funciones del aparato estomatognático.

Después de terminar el tratamiento protético, el paciente debe ser informado adecuadamente acerca de cómo cuidar y conservar sus dentaduras. Una orientación respecto a higiene bucal y limpieza de las placas es una etapa muy importante de la prostodoncia que le incumbe decidir al -- profesionalista en beneficio del paciente.

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES.

Se propone que dentro del plan de estudios de la carrera, se programe un módulo de estudios que abarque aspectos importantes del Diagnóstico sobre casos de Prótesis Inmediata, ya que no existe mucho material disponible sobre este tema: el cual va a beneficiar al estudiante al conocer las condiciones del paciente a nivel general y bucal.

Que el Cirujano Dentista de práctica general, haga un mayor uso de este tipo de Prótesis, ya que con ello disminuirá el problema psicológico y sistémico de los pacientes.

Así mismo, se sugiere sea utilizada una historia clínica Preprotética como complemento a la historia utilizada en la escuela, la cual en caso de ser aprobada sólo se anexaría a la que existe en las clínicas.

El Odontólogo debe hacer uso adecuado de la historia clínica Preprotética, ya que con ella se determinará el pronóstico y duración de las dentaduras.

BIBLIOGRAFIA GENERAL.

- 1.-ROJAS, R.: GUIA PARA REALIZAN INVESTIGACIONES SOCIALES.
6a. ed. Ed. U. N. A. M. MEXICO 1981.

- 2.-WINKLER, S.: PROSTODONCIA TOTAL. 1a. ed. ED. INTERAMERI
CANA. MEXICO 1982.

- 3.-STARSHAK, T.: CIRUGIA BUCAL PREPROTETICA. 1a. ed. ED.
MUNDI. BUENOS AIRES 1978.

- 4.-RIES, C.: CIRUGIA BUCAL. 3a. ed. ED. EL ATENEJ. BUENOS
AIRES 1978.

- 5.-WILLIAM, B.: PROPEDEUTICA CLINICA. 2a. ed. ED. TORAY
S. A. BARCELONA ESPAÑA 1981.

- 6.-OZAWA, J.: PROSTODONCIA TOTAL. 3a. ed. ED. U. N. A. M.
MEXICO 1979.

- 7.-SCHWARTZ, T., CAPUSSELLI, H.: TRATAMIENTO DEL DESDENTADO TOTAL. 2a. ed. ED. MUNDI. BUENOS AIRES 1980.
- 8.-RAMFJORD, A.: OCLUSION. 2a. ed. ED. INTERAMERICANA. MEXICO 1972.
- 9.-BOUCHER, C.: PROTESIS PARA EL DESDENTADO TOTAL. 1a. ed. ED. MUNDI. BUENOS AIRES 1977.
- 10.-MARTINEZ, E.: OCLUSION. 2a. ed. ED. FACTA NON VERBA. MEXICO 1978.
- 11.-HAMIL, C.: TECNICA DE IMPRESION DE MAXILAR COMPLETO PARA DENTADURA INMEDIATA. THE JOURNAL OF PROSPHETIC DENTISTRY. FORT KNOX, KY. ENERO 1978. VOL. 1 y 39.
- 12.-KRUGER, G.: TRATADO DE CIRUGIA BUCAL. 4a. ed. ED. INTER AMERICANA. MEXICO 1980.
- 13.-MIELS, J., JESS, H.: ANESTESIA ODONTOLOGICA. 1a. ed. -- ED. INTERAMERICANA. MEXICO 1967.