

238
2ej



Universidad Nacional Autónoma
de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

“PROSTODONCIA INMEDIATA”

T E S I S

Que para obtener el título de
CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a

CARLOS ENCARNACION ORTEGA ZANABRIA



México, D. F.

1987



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

| | Página |
|--|--------|
| Introducción | 1 |
| I Objetivos | 2 |
| II Diagnóstico y Plan de Tratamiento | 3 |
| III Registros Preliminares | 6 |
| IV Impresiones Primarias | 9 |
| V Modelos de Diagnóstico | 11 |
| VI Cucharillas Individuales | 12 |
| VII Impresiones Definitivas y Modelos | 21 |
| VIII Registros Intermaxilares | 30 |
| IX Selección y Colocación de Dientes | 35 |
| X Cirugía y Colocación de la Prótesis | 41 |
| XI Atención Postoperatoria | 44 |
| XII Conclusiones | 50 |
| XIII Bibliografía | 51 |

INTRODUCCION

Hasta antes de 1935, para restaurar la totalidad de las arcadas dentarias, el odontólogo seguía el tratamiento consistente en extraer todos los órganos dentarios y esperar de 3 a 6 meses para que cicatrizaran los tejidos bucales, y poder después colocar las prótesis completas. Esta manera de encarar las cosas ha sido abandonada por la mayoría de los odontólogos en vista de existir mejores técnicas.

Entre estas técnicas está la de colocar las prótesis inmediatamente después de realizar las extracciones, proporcionando al paciente, beneficios tales como mejor estética y funcionalidad.

La protodoncia inmediata ha sufrido, al transcurrir el tiempo, modificaciones tanto en su diseño como en las impresiones.

Debido a los beneficios estéticos y funcionales y a toda una gama de bienes que se ofrece al paciente opté por realizar esta tesis con el objeto de difundir el estado actual de la prótesis inmediata con el deseo de que le sea útil a mis compañeros y a la profesión dental.

I. OBJETIVOS

Los objetivos que persigue la prótesis total inmediata son: psicológicos, estéticos y funcionales.

1.- Psicológicos. Proporcionar al paciente confianza sin -causarle un trauma psicológico, por el hecho de quedar edentado por un tiempo muy largo.

2.- Estéticos. La prótesis inmediata pueda por su técnica igualar o mejorar la apariencia de tal forma que no se note el -cambio, o bien mejorar la posición de los órganos dentarios.

3.- Funcionales. Es evitar que el paciente se encuentre e-dentado por algún tiempo y que pueda rápidamente desempeñar las funciones de masticación, deglución y habla normal.

II. DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

El diagnóstico y el plan de tratamiento deben ser considerados juntos. Heartwell 14 menciona que el diagnóstico es la determinación de la naturaleza, localización y causa de la enfermedad, incluyendo lo no patológico, las condiciones anormales y normales y la evaluación de la reacción del paciente ante las instrucciones de aceptación de la dentadura.

El plan de tratamiento serán los pasos para la construcción de prótesis inmediata que son: hallazgos en el diagnóstico como el tratamiento preoperativo, la impresión, registros de las relaciones maxilomandibulares, la oclusión de los dientes, los procedimientos quirúrgicos y el tratamiento de postinserción.

Procedimientos de diagnóstico.

Es importante saber lo que desea el paciente de los resultados de su prótesis, proporcionando una explicación de lo que son las dentaduras inmediatas evitando problemas en el transcurso o posterior al plan de tratamiento.²

Los pasos a seguir en el diagnóstico son:

1) Actitud mental del paciente. De acuerdo con Heartwell - 14 existen cuatro tipos de pacientes: el filosófico, el exigente, el indiferente y el histérico.

El paciente filosófico será el mejor porque acepta reempla-

zar sus dientes por dentaduras y será ordenado en sus hábitos.

El paciente exigente deseará explicación de cada paso evitan- dose problemas el dentista si proporciona una explicación que en- tienda al paciente.

El paciente indiferente podrá causar problemas porque no ob- decerá las instrucciones, faltará a los procedimientos postinser- ción, resultando en boca una hiperplasia inflamatoria.

En el histérico se tratará de conservar los dientes el tiem- po que sea posible hasta que se favorezca su actitud mental.

2) La salud general del paciente. Es importante para la de- cisión de las necesidades anestésicas y la cirugía involucrada.²

Las complicaciones sistémicas adversas a los componentes de cicatrización y regeneración de tejidos blandos y duros serán un factor en contra del pronóstico.

Entre las condiciones sistémicas que afectan al asiento ba- sal estan:

- a) Necrosis, osteoporosis y xerostomía en paciente dia- bético no controlado.
- b) Mecanismos pobres de la coagulación en pacientes con enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.

3) Condiciones orales locales. Serán evaluadas por medio - de radiografías, modelos de estudio montados correctamente y exa- minación visual y digital.¹⁸ Los factores locales de significado

particular en el tratamiento de dentaduras completas inmediatas son:

- a) Condiciones de los dientes por extraer
- b) Posición de los dientes
- c) Presencia de cuerpos extraños
- d) Exostosis o tejidos que deben ser reducidos o eliminados
- e) Pérdida de hueso junto a los dientes remanentes
- f) Coordinación muscular

4) Historia dental pasada. Importante para saber si tuvo dolor excesivo postoperatorio, tendencia a hemorragia excesiva o reacciones alérgicas a los anestésicos.

III. REGISTROS PRELIMINARES

Antes de la cita protética, se indica la realización de la - profilaxis de los dientes remanentes para preparar el campo quirúrgico, facilitando las extracciones y ayudar a una mejor cicatrización postoperatoria.

Frecuentemente es favorable el ajuste oclusal de los dientes remanentes; Las discrepancias oclusales así como caries extensa y enfermedad periodontal dificultan el registro de las relaciones intermaxilares. El establecimiento de una oclusión céntrica que coincida con la relación céntrica asegurará que no será llevada a la oclusión protética las relaciones maxilomandibulares incorrectas del paciente.

Se tomaran registros y medidas por si se desea reproducir la forma, posición de los dientes y conservar la altura facial. Los registros consisten en:

Fotos e impresiones de la superficie vestibular de los dientes anteriores para observar su colocación, color de las manchas, fisuras y restauraciones de dientes anteriores.^{20,23,24.}

Fotografías de frente y perfil a boca cerrada y mostrando los dientes, para conservar el registro antes del tratamiento y compararlo con los resultados que también se pueden fotografiar.

La relación antero-posterior de los rebordes alveolares y el espacio inter-alveolar debe ser examinado. La dimensión vertical

y el espacio libre que esté aumentado o disminuido deberá ser corregido en las dentaduras. Si la dimensión vertical es la correcta, a boca cerrada, se medirá la distancia entre la base de la nariz y base del mentón.

A la vez se tomarán perfiles de la cara del paciente con un alambre de plomo o cobre que se transporta a una hoja de cartón, se recorta el cartón con la finalidad de obtener un registro de la altura facial y plenitud del labio que no se modifique, probándose al paciente antes y después del tratamiento.²³ (Fig. III-1)



Fig. III-1. Alambre de plomo adaptado al perfil (Izquierda) y prueba del perfil obtenido (Derecha).

Se obtendrán modelos de estudio de los dos arcos. La profundidad de las bolsas gingivales asociada con los dientes que serán extraídos y reemplazados por prótesis inmediata será medido y registrado en los modelos ayudándonos con radiografías. Este concepto de medición es importante porque es la única medida directa que es tomada para evaluar el grado necesario para modificar el modelo de trabajo, previamente a la extracción de los dientes y el ajuste de las dentaduras.²

Si se realizan prótesis inmediatas superior e inferior es -
conveniente construirlas al mismo tiempo. 20

IV. IMPRESIONES PRIMARIAS

El tratamiento que se describirá en esta tesis es aquel que se basa en extraer los dientes posteriores antes de la toma de impresiones primarias dejando los premolares antagonistas unilaterales como topes en céntrica para evitar el cierre de la distancia intermaxilar durante el período de cicatrización; Obteniéndose un mejor registro de la porción posterior y ofrece una mayor vida a las prótesis.

Para las impresiones primarias o preliminares o estáticas se utilizan cucharillas comerciales metálicas perforadas que se les agrega cera utility en los bordes que brindan un soporte para el material de impresión; También se colocará cera en el centro de la zona palatina.

La cera localizada en los flancos distobucles hará que los carrillos se muevan lateralmente permitiendo que el material de impresión entre en el vestíbulo y en la hendidura hamular. La cera situada en el sellado palatino posterior hará que el material esté en íntimo contacto con el paladar blando y la colocada en el centro de la zona palatina de la cucharilla es para aproximar la cubeta al paladar.^{7,12,14}

La posición del paciente deberá ser sentado con la cabeza recta y para estas impresiones el hidrocoloide irreversible será el material a escoger, mezclándolo según las instrucciones del fabricante e inmediatamente se coloca en la cucharilla y en el paladar del paciente para evitar atrapar aire y así se lleva la

cucharilla a la boca del paciente. Durante el registro de la impresión se realizan movimientos funcionales de la musculatura bucal y labial del paciente. La impresión estará en boca durante tres minutos.²

Para la toma de impresión inferior será el mismo procedimiento a diferencia que al colocar la cucharilla en la boca se pedirá al paciente que levante ligeramente su lengua para que se localice esta en el espacio lingual del portaimpresiones y posteriormente la relaje.

Después se corren las impresiones con yeso piedra y un método útil para mantener la cucharilla es haciendo que la cucharilla se sostenga solo por el mango y donde se encuentra el material de impresión estará en el aire. Estos modelos se dejarán en la impresión durante 45 a 60 minutos.

V. MODELOS DE DIAGNOSTICO

Los modelos son útiles para la construcción de cucharillas - individuales; Pero no pueden ser usados como modelos de trabajo - porque los portaimpresiones comerciales empleados para obtener estos modelos no se adaptan bien y tienden a deformar los tejidos - limitantes.

La zona de la superficie de asiento en su totalidad debe de hallarse incluida dentro de la superficie de impresión de la cucharilla en forma tal que se incluyen todos los tejidos de soporte de la prótesis en la impresión preliminar sobre-extendida.⁷

Al tomar impresiones preliminares el desplazamiento del vestíbulo y el sellado de los bordes no es tan crítico ya que son registrados con componentes de baja fusión en el moldeado de los bordes en la toma de impresiones definitivas.

Sin embargo los modelos de estudio deben de provenir de impresiones precisas demostrando los dientes en detalles, los márgenes gingivales de la extensión total del área edéntula actual presentes y el área de asiento de la dentadura que se presentará después de la extracción de los dientes.

Esto es importante para que se reproduzca la profundidad completa del fondo de saco porque una evaluación total de las áreas potenciales edéntulas guiarán para la situación final de la dentadura final, tomando en cuenta también los modelos para la construcción de cubetas individuales en correcta profundidad.²

VI. CUCHARILLAS INDIVIDUALES

Para la toma de impresiones definitivas se usan en general - dos técnicas; una que toma el arco superior o inferior con un sig tema combinado y la otra que toma el arco en conjunto. Estas técnicas tienen un gran número de modificaciones y que mas adelante mencionaremos algunas.

Las cucharillas individuales se realizarán de acuerdo con la técnica de impresión que se sigue.

Técnica combinada,

Técnica combinada de Ellinger 12 y Lembrecht 19. Sobre el mo delo de estudio se alivia la superficie lingual de la dentición remanente, el reborde residual y la superficie palatina con cera aliviadora de calibre número 20.

Se extiende esta cera aliviadora 2 milímetros anteriormente sobre los bordes incisales de los dientes para proveer una salien te en la cucharilla de impresión para soportar la región vestibular labial de la impresión final. El espaciador de cera proveerá lugar en la cubeta para el material de impresión definitiva.

En el modelo superior haga topes para la colocación de la cu charilla de impresión final cortando dos ventanas en la cera que estén separadas sobre los bordes incisales de los dientes anteriores. No se recubre con cera la zona del sellado palatino posterior para que la cucharilla contacte con el reborde residual supe

rior a través del sellado palatino posterior.

Pinta la sección del modelo que no ha sido aliviada, ya sea con cera o con sustituto de papel estaño. Se realiza la cucharilla con resina acrílica autopolimerizable sin abarcar la región vestibular; Se agrega un mango a nivel de los incisivos centrales. Al polimerizar el acrílico se remueve la cucharilla del modelo de estudio.

Se pule y alisa la cucharilla teniendo en cuenta que no deberá cubrir la superficie labial de los dientes o el vestíbulo labial. Cuando se forma un portaimpresión inferior con esta técnica la cera aliviadora se remueve del área de las conchas bucales y de la fosa postmiloidea lingualmente. ^{7,12}

Técnica combinada de Campagna 9 y Solouri 6. En este procedimiento se toma una impresión preliminar con hidrocoloide irreversible y posteriormente de removerla se dibuja una línea en la unión de tejidos libres y sujetos que se transferirá al modelo dándonos así, el límite del portaimpresiones a construir.

En el modelo se colocará cera en su totalidad debiendo estar de 1 a 22 mm corto del delineamiento de lo que será la cucharilla; Se lubrica con vaselina o con sustituto de papel estaño.

Se usa la técnica del polvo rojo para colocar el acrílico formando el portaimpresiones con un diseño similar a una cucharilla para dentaduras completas pero dejando libre la superficie ocupada por los dientes anteriores. Después se recorta de 3 a 4 mm de las reflexiones vestibulares del modelo y de 2 a 3mm de los -

márgenes gingivales de los dientes remanentes.

Bolouri 6 forma otra cucharilla pequeña sobre los dientes remanentes cubriendo la cera expuesta y de 2 a 3 mm la cucharilla principal; Y para asegurar las dos cucharillas realiza una llave y una contrallave para relacionarlas. Es importante que las dos cubetas se separen. (Fig. VI-1).



Fig. VI-1). La cucharilla pequeña - se perfora para facilitar el uso de hidrocoloide irreversible.

En cambio Cempagna 9 emplea como segundo portaimpresiones un comercial que estará colocado cubriendo la cucharilla principal.

Posteriormente se colocan rodillos de oclusión para obtener las siguientes ventajas.

a- Se utilizan los rodillos como mangos para manipular la cuca-

rilla cuando se toma la impresión final.

b- Sustituyen a los dientes soportando las majillas durante los movimientos de refinamiento de los bordes.^{9,14}

c- Aseguran un asiento positivo de la impresión de los segmentos posteriores del arco cuando se toma la impresión del segmento anterior del arco con hidrocoloide irreversible.¹⁴

(Fig. VI-2).



Fig. VI-2. Los rodillos de oclusión son colocados en posición aproximada a la ocupada por los dientes artificiales.

La cucharilla se coloca en la boca para verificar las interferencias en la inserción y remoción de la cucharilla.

Técnica combinada de Heartwell 14 y Cupero 10. Heartwell 14 forma una cucharilla que cubre la superficie lingual de los dientes anteriores, pero dejando libre la superficie labial de los dientes y tejidos vestibulares (Fig. VI-3).

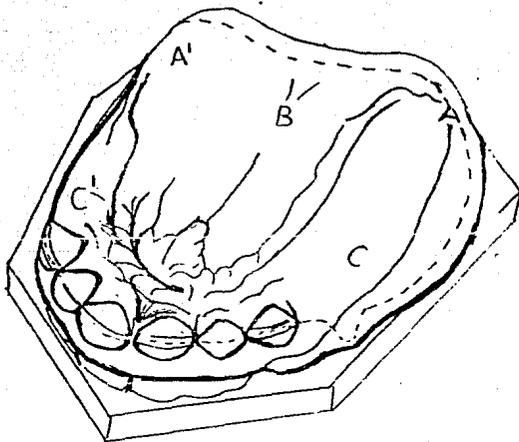


Fig. VI-3. Delineamiento de la cucharilla. Los surcos hemulares A y A' se incluyen; B es la fovea y C y C' puntos en el ángulo distopalatino de caninos que no llegan a las socavaciones.

En cambio Cupero 10 utiliza el mismo sistema pero el borde anterior de la cucharilla se localiza hacia palatino o lingual de todos los dientes remanentes, sin tocar los dientes. (Fig. VI-4).



Fig. VI-4. La cuchera debe estar en la posición edentula.

También son colocados rodillos de oclusión. Cuando el porta impresiones es revisado en boca para la propia extensión y adapte ción se verifican las áreas definitivas. Se determina el sellado palatino posterior en el tejido blando distal que se une con el - paladar duro; Este procedimiento consiste en cerrar las ventanas de la nariz del paciente e instruyendolo a que exhale a través de la nariz, reflejándose así el tejido blando inferiormente en o - cerca de la unión de la aponeurosis y distal al hueso palatino. Observe también la actividad de la musculatura palatina cuando el paciente dice "ah", siendo el punto anterior de la reflexión la - línea vibratoria. Una segunda línea vibratoria menos activa es - vista distal de la fovea (pequeños orificios en la parte distal -

del paladar duro en el área del proceso espinoso posterior).

La línea vibratoria anterior se localiza cerca de la unión - del hueso y la aponeurosis, mientras que la línea vibratoria distal se encuentra cerca de la aponeurosis y los músculos palatinos.

En el paciente se marca una línea del área del sellado palatino posterior que después se transferirá al portaimpresiones - cuando se lleve a la boca y así la cucharilla se modificará a la adecuada extensión.^{7,14,21} (Fig. VI-5).



Fig. VI-5: Se dibuja el límite posterior de la cucharilla pintando una línea que va de un surco hamular al otro a través del área vibratoria del tejido blando. Esta área se - determina pidiendo al paciente que menciona "ah".

Entre las modificaciones que se encuentran en la técnica combinada está la técnica de Javid, Tanaka y Porter 16, que es una combinación de la técnica de Heartwell 14 y Cupero 10.

Técnica que toma el arco en conjunto.

Técnica de Vargas Iovar 26. Se comienza trazando en modelo de estudio la extensión del portaimpresiones. Posteriormente se continúa en formar sobre los dientes del modelo una caja de yeso con objeto de dar espacio suficiente a los dientes para permitir la libre entrada y salida de la cucharilla en la toma de impresión definitiva. (Fig. VI-6).



Fig. VI-6. Sobre los dientes del modelo (izquierda), se formará una cajita de yeso (derecha).

El siguiente paso consiste en formar sobre el modelo con la cajita de yeso un portaimpresiones individual en adecuada extensión. (Fig. VI-7).

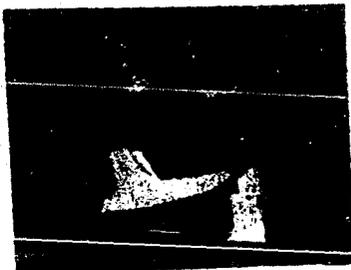


Fig. VI-7. Portaimpresiones individual y modelo de estudio con la cajita de yeso.

Técnica de Boucher 7. Menciona el realizar portaimpresiones de resina autopolimerizable sobre el modelo con espaciador de cera, estableciendo un efecto de tope en trípode al quitar cara sobre los bordes incisales de los dientes remanentes en anterior y en la zona del sellado palatino posterior. Bates y Stafford 4 - describen que el espaciador de cera debe ser de 2 mm para mantener una capa uniforme de material para su estabilidad dimensional.

VII. IMPRESIONES DEFINITIVAS Y MODELOS

En la construcción de prótesis inmediata puede existir un registro inexacto del flanco anterior de la dentadura.^{5, 9}

Esto sucede en la toma de impresión por dos causas. La primera se debe a que el labio superior puede ser desplazada hacia adelante y arriba causando distorsión y la segunda causa son las socavaciones profundas de dientes y hueso en el reborde alveolar labial evitando la suficiente extensión de la impresión.⁶ En el arco mandibular el problema radica en la angulación de los dientes anteriores para la correcta colocación de la cucharilla.¹²

De ahí que se han dado a conocer una gran variedad de técnicas para la toma de impresión; pero en realidad, cuando todas son debidamente realizadas, permiten resultados satisfactorios.

La técnica de impresión final se divide en dos procedimientos:

- 1) Refinamiento de los bordes del área del sellado de la dentadura.
- 2) Refinamiento del área de la superficie de asiento.

El primer procedimiento consistente en el refinamiento de los bordes sólo es posible tomarlos con materiales susceptibles de recortificación ya sea recortando, calentando, aumentando o disminuyendo en la porción deseada.

El material utilizado será componente de modelina de baja fusión y el procedimiento a seguir será el de calentar a la flama - el componente de impresión y templandolo en agua a una temperatura de 60°C y posteriormente llevandolo a la boca para el refinamiento de los bordes.

Lo importante de la fase es el sellado de los bordes con un desplazamiento mínimo de los tejidos blandos y con una adaptación funcional de las arcadas del paciente y de los movimientos de los tejidos blandos.⁹ También el refinamiento de los bordes ofrece - un íntimo contacto entre los bordes de la dentadura y el vestibulo dando retención adicional a la dentadura.

Se empieza en recortar la cucharilla en los bordes de 2 a - 4 mm cortos de las reflexiones.

La colocación del material de impresión bilateralmente asegura centrar la cucharilla de impresión.

Se continúa en colocar modelina en el portaimpresiones en la zona que va por el lado vestibular desde el principio del surco - hamular de los dos lados de la cucharilla hasta el nivel aproximado del sitio que ocupará la primera molar; Colocando al mismo tiempo en el área del sellado palatino posterior. La acción combinada de abrir, protruir la mandíbula y moverla a la derecha e izquierda fuerza al material de impresión dentro de los surcos hamulares, dando espacio en la impresión para la reflexión de los tejidos sobre el ligamento pterigomandibular y determina el espacio disponible para la base de la dentadura entre los bordes de la rama de la mandíbula y los bordes laterales de los tuberculos

alveolares. La colocación del componente en el área del sellado palatino posterior, mantiene un íntimo contacto de la impresión con los tejidos del paladar blando, pero sin desplazarlo.

Heartwell 14 en el sellado palatino posterior utiliza además del componente de baja fusión un material que fluye a una temperatura menor empleando el mismo material de baja fusión como parte de la cucharilla.

Se continúa con el refinamiento de los bordes, pero unilateralmente con los carrillos superiores relajados moviéndolos manualmente en una dirección anteroposterior para obtener el contorno necesario para acomodar el frenillo bucal. Se continúa con el vestíbulo del otro lado. (Fig. VII-1)

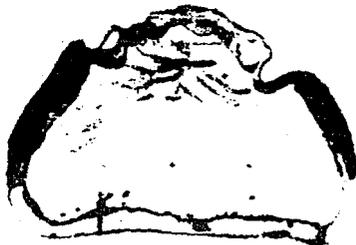


Fig. VII-1. Refinamiento de los bordes.

Cuando el refinamiento de los bordes de la región anterior es necesario el procedimiento a seguir será el consistente en ele

var el labio superior y traccionarlo hacia afuera, abajo y adentro.

Para el refinamiento de bordes del arco inferior primero se reducen los flancos de la cucharilla para que no contacten con las estructuras anatómicas limitantes. Primero se moldean los bordes del flanco vestibular traccionando el labio inferior hacia afuera, arriba y adentro; no es necesario mover el labio inferior de un lado a otro ya que el frenillo central vestibular no se desplaza lateralmente durante la función.

En la región del frenillo lateral la mejilla se tracciona hacia afuera, arriba, adentro, atras y adelante para imitar el movimiento del frenillo vestibular lateral. En la región posterior - el moldeado de los bordes del flanco vestibular se moldea llevando las mejillas hacia afuera, arriba y adentro.

Para la porción lingual de la cubeta se protruye la lengua del paciente produciendo así la actividad funcional del sector anterior del piso bucal, del frenillo lingual y determina la longitud del flanco lingual de la cubeta en esta región. El procedimiento por lo tanto a seguir será el de plastificar el compuesto de la superficie lingual del flanco lingual en su región anterior (de premolar a premolar) y se indica al paciente apoyar con fuerza la lengua contra la porción palatina anterior formando así el espesor de la parte anterior del flanco lingual.

Se agrega material en los bordes linguales de la región molar de los dos lados de las eminencias, entre las eminencias pre y postmilohioideas llevando así la cucharilla a la boca e indican

do al paciente protruir la lengua. Esta operación forma las pendientes de los flancos linguales en la región molar para facilitar la función del músculo milohioideo.

El segundo procedimiento en la impresión definitiva es el registrar la superficie de asiento.

Técnica de Ellinger 12 y Lambrecht 19. Se comienza tomando la porción edentada y la superficie lingual de los dientes remanentes con una impresión de óxido de zinc y eugenol.

En el portaimpresiones superior se forman escapes en el área del rafe medio palatino y en los tejidos palatinos sobre cada lado del rafe palatino con objeto de dar una salida al exceso de material de impresión. En la cucharilla mandibular las perforaciones se forman sobre la cresta del reborde. Posteriormente se coloca el material de impresión en la cucharilla y se lleva a la boca, actuando los topes del portaimpresiones como guías para colocarla dentro de la boca; se espera a que endurezca el material de impresión y sin desplazar la impresión se remueve el exceso que fluye alrededor de los dientes. Se remueve la impresión para revisar cualquier discrepancia y si la impresión de la cucharilla es satisfactoria, se volverá a colocar la impresión en la boca del paciente.

Para el segmento labial de la impresión se utilizan diferentes materiales como yeso de París, componente de modelina y cera. En primer lugar se limpiara la superficie labial de los dientes y el vestíbulo labial colocando en este sector yeso de París manipulando el labio del paciente hacia afuera y abajo (sobre la impre-

sión mandibular hacia afuera y arriba). Con los dedos se moldea el labio determinando así el grosor del flanco labial.

Al endurecer el yeso, se hará una hendidura lateral al frenillo labial; la hendidura deberá estar aproximadamente a la mitad de grueso del yeso de impresión y con un cuchillo secciona el yeso el nivel de la muesca hecha y remueva las dos secciones de la impresión labial. (Fig. VII-2).



Fig. VII-2. Una mitad de la sección anterior de la impresión se ha removido.

Posteriormente se retira la sección posterior de la impresión, uniendo fuera de boca las tres secciones de la impresión con cera para formar la impresión final. Inmediatamente se corre la impresión.

Lambrecht 19 en estudios realizados menciona que el yeso de París es el más adecuado para esta técnica porque se obtienen ca-

racterísticas como exactitud, fácil manipulación y en general buena calidad. Recomienda en segundo lugar a la modelina o a la cera para base con las características de que pueden ser corregidos, pero se requiere habilidad para manipularlos.

Técnica de Campagna 9 y Bolouri 6. El primer paso es perforar la cucharilla en la región de premolares y molares con fresa de bola con objeto de dejar escapar el material de impresión hacia bucal y lingual del reborde.

Posteriormente se coloca adhesivo de hule a la cucharilla y sobre la modelina. Se emplea una pasta de óxido de zinc y eugenol para perfeccionar la porción edentada y normalmente se presiona en el área de los dientes remanentes una capa delgada de material, pero que cuidadosamente será recortada de los bordes de la cucharilla. (Fig. VII-3)



Fig. VII-3. Impresión de la porción edentada en la cucharilla principal.

Campagna 9 utiliza como cucharilla secundaria una comercial mezclando hidrocoloide irreversible aplicando a los dientes y tejidos gingivales expuestos y también el portaimpresiones comercial, llevándolo así a la boca obteniendo una impresión conjunta de la cucharilla de acrílico y la comercial.- Se retira de la boca y se corre el modelo.

La diferencia de Bolouri 6 es utilizar como cucharilla secundaria una pequeña hecha de acrílico en la que se coloca hidrocoloide irreversible y se lleva a la boca. Esta cucharilla impresionará los dientes remanentes y tendrá que embonar con la cucharilla principal; al endurecer el hidrocoloide se removerán las impresiones juntas y se corre el modelo maestro.

Técnica de Heartwell 14 y Cupero 10. En primer lugar se palpan con un instrumento como las áreas de tejido desplazable y la extensión del desplazamiento; la profundidad de las áreas de desplazamiento son registradas en la cucharilla.

Heartwell 14 forma perforaciones en la cucharilla principal para evitar atrapar aire en el paladar. Heartwell 13, 14 y Cupero 10 mezclan óxido de zinc y eugenol colocándolo en la cucharilla para así llevarla a la boca.

La diferencia de Cupero 10 es el retirar la impresión de la superficie edentada y aplicar un adhesivo en spray para hidrocoloide irreversible sobre la superficie opuesta a los tejidos de la impresión y vuelve a colocar la impresión en la boca.

El paso final en la técnica consiste en seleccionar un por-

taimpresiones comercial perforado que acomode a los dientes anteriores y se extienda lo suficientemente posterior y que cubra los rodillos de oclusión; se mezcla hidrocoloide irreversible colocándolo en la cucharilla para llevarlo a la boca. Al endurecer el material se retira de la boca y se corre la impresión inmediatamente.

Javid, Tanaka y Porter 15 realizan una combinación de la técnica descrita sólo que la cuchilla secundaria es una pequeña que toma el segmento anterior.

Técnica de Vargas Tovar 26. La impresión se toma con pasta de óxido de zinc y eugenol, colocando el material en el portaimpresiones en lo que corresponde al proceso, excepto donde se alojan los dientes. Al endurecer la pasta el portaimpresiones se retira de la boca.

Posteriormente se impresionarán los dientes consiguiendo tal objeto perforando el portaimpresiones al nivel de donde se localiza la cajita de yeso; se impresionará esta porción con hidrocoloide irreversible.

Técnica de Boucher 7. En la cucharilla que impresionará el arco en conjunto se forman perforaciones retentivas y también se aplicará un adhesivo a lo que corresponde a la superficie tisular para tomar la impresión con hidrocoloide irreversible.

VIII. REGISTROS INTERMAXILARES

Para los registros intermaxilares y para la colocación de dientes artificiales se utilizará una base de registros sobre el modelo. Estas bases deben ser rígidas, de ajuste preciso a los tejidos, con los bordes registrados en la misma manera que los bordes de una dentadura final y además estables.

Las bases se realizan modificando las socavaciones del modelo maestro con cera, posteriormente se colocará un separador de alginato, dejándolo secar y se hará una cucharilla de resina acrílica autopolimerizable, extendiéndose hasta los cíngulos de los dientes remanentes para proveer un soporte adicional. 12, 4, 14

Encima de la base se colocarán rodillos de oclusión formando su contorno final durante los registros intermaxilares. El contorno anteroposterior de la superficie oclusal del rodillo superior coincidirá con una línea dibujada desde el borde inferior del ala de la nariz al borde superior del tragus del oído (línea de Camper). En el arco inferior la presencia de dientes inferiores naturales son una guía útil para el establecimiento de la altura del plano oclusal junto con la almohadilla retromolar. En el lugar de estos rodillos irán colocados los dientes artificiales.

Se harán en los rodillos muescas bucopalatinas de 5 mm en el área del primer molar para ayudar a situar el rodillo de oclusión en la cera de la horquilla del arco facial y para los registros de la oclusión céntrica. Para que los rodillos se encuentren más estables, Bates y Stafford 4 fijan alambres que van de las bases

a los dientes remanentes.

Se realiza un estudio al tomarse el registro de las relaciones maxilomandibulares para determinar si se producirá exactamente la dimensión vertical oclusal y también la dimensión vertical de la posición fisiológica de descanso (debe existir un espacio interoclusal o se pueden desarrollar condiciones patológicas) más no hay un método científico preciso para registrar la dimensión vertical de la posición fisiológica de descanso. 7, 14

El mantenimiento de la dimensión vertical por los dientes naturales es una de las ventajas de las prótesis inmediatas, siendo necesario observar la dimensión vertical de la posición fisiológica de descanso por los siguientes procedimientos. 1, 4, 14

1. Medición facial: Colocando marcas en la punta de la nariz y en la barba del paciente. Con las bases y rodillos en la boca del paciente la mandíbula deberá estar en descanso para lo cual no habrá contacto entre los rodillos o el rodillo y los dientes.

2. Expresión facial: El surco mentolabial es obliterado (desaparece) cuando los maxilares están demasiado separados o muy arrugado cuando están demasiado juntos.

Transferencia del arco facial. El arco facial sirve para registrar la relación del maxilar con la articulación temporomandibular y para orientar el modelo superior con el articulador en la misma relación.

En una dentadura inmediata, el dentista tiene que escoger - un eje arbitrario o un verdadero eje bisagra para la transferencia del arco facial.

La colocación de la horquilla del arco facial es más difícil con las dentaduras inmediatas debido a que los segmentos de los rodillos deben ser completamente situados en el reborde residual sin interferencia de los dientes naturales remanentes. La unión de la horquilla a la superficie oclusal de la cera puede ser hecha en el modelo maestro o en la boca. La horquilla puede ser calentada y permitir que derrita la superficie oclusal de la cera o puede ser unido con cera pegajosa; cuando el rodillo de oclusión es colocado en el modelo o en la boca, la parte anterior de la horquilla no deberá tocar los dientes naturales remanentes, siendo colocado en el pequeño espacio existente entre horquilla y dientes componente del moldeado el cual registrará indentaciones leves de los dientes anteriores. Es necesario recordar que la horquilla debe asentar simultáneamente con el rodillo de oclusión y los bordes incisales de los dientes naturales remanentes.¹²

Es importante saber que cuando el paciente muerde la horquilla no debe ser confundido con el registro de la relación maxilomandibular.¹⁴ La transferencia se completa llevando el arco al articulador y colocando el modelo superior en el articulador.

Oclusión céntrica y relación céntrica tentativa. El contacto máximo de los dientes remanentes puede no estar en armonía con la relación céntrica, por lo tanto, la relación maxilomandibular es registrada con los dientes fuera de contacto.

El procedimiento a seguir será en ablandar cera y colocarla en los rodillos y así se lleva la base de registros a la boca intruyendo al paciente que retruya la mandíbula y cierre; el cierre es detenido antes del contacto de los dientes y así se retira el registro de la boca. Estos registros con los rodillos de oclusión son considerados tentativos que deben ser verificados posteriormente que los dientes son colocados y la cera ha sido contorneada para que sea compatible en la boca. Se monta en el articulador el modelo inferior.

Colocación de dientes posteriores. Los dientes posteriores deben ser colocados sobre un plano de oclusión céntrica sin alterar las superficies oclusales. Posteriormente que los dientes son colocados, se aplica cera a los dientes y a la base de registros, contorneándose y alisándose la cera para que sean compatibles con los tejidos orales durante el procedimiento de prueba.

Prueba y verificación de registros maxilomandibulares. Los registros tentativos de relación céntrica y oclusión céntrica se verifican en este paso por medio de un registro interoclusal que consiste en una impresión en cera que verifica la posición de los modelos articulados.

El registro consiste en ablandar dos tiras de cera y colocarlas sobre las superficies oclusales de los dientes posteriores; instruir al paciente que retruya la mandíbula y que cierre hasta que el sienta el primer contacto sin perforar el registro.

Después afloje los elementos condilares del articulador y coloque el registro verificador en el articulador. Discrepancias -

entre este registro y el montaje tentativo será necesario un nuevo registro de la relación intermaxilar.

Sellado palatino posterior. El área del sellado palatino posterior es delineado en la misma manera a la usada cuando la cu charilla de impresión fue corregida para la correcta extensión posterior, esta marca indeleble se transferirá a la base de registro y a la vez la marca se transfiere de la base al modelo para así alterar el modelo por raspado. (Fig. VIII-1).



Fig. VIII-1. El sellado palatino posterior
esta marcado en el modelo.

IX. SELECCION Y COLOCACION DE DIENTES

Para la selección de dientes anteriores, la mejor guía nos -
la darán los dientes naturales en cuanto a forma, tamaño y tono.¹

La resina acrílica es usualmente el material a escoger para
los dientes artificiales en dentaduras inmediatas porque esta pue-
de ser contorneada para ser parte de la dentadura sin destruir su
retención en la base de la dentadura. 13

Para la colocación de los dientes se seguirá dos procedimien-
tos. El primero se realiza en el caso que los dientes naturales
se desean reproducir exactamente, removiendo uno por uno de los -
dientes del modelo, permitiendo así que el diente adyacente actúe
como guía, ya que los músculos de la expresión facial depende de
la reproducción del arco dentario. 7, 12, 14 También es posible -
si se desea, reproducir restauraciones metálicas. 8

El segundo procedimiento se escoge cuando la posición de los
dientes naturales no se desea reproducir; En este caso se remue-
ven los dientes central, lateral y canino de un lado del modelo y
como guía se mantienen en el modelo los dientes del lado más acco-
table.

Es importante el recorte del modelo de trabajo teniendo ba-
ses científicas porque al haber un recorte inadecuado habrá un -
mal ajuste entre la base de la dentadura y el reborde residual.
Entre estas bases están los factores anatómicos que nos hablan de
que el hueso alveolar que soporta los dientes, no rodea la super-

ficie entera de la raíz, es decir que entre la cresta de hueso alveolar y la unión cemento esmalte hay una porción radicular que no es rodeada por hueso y esa porción de raíz soporta los tejidos gingivales circundantes. ¹⁷ Al extraer los dientes, los tejidos gingivales se colapsan en la región del alveolo.

Jerbi ¹⁷ menciona una regla para el recorte del modelo con - sistiendo en dividir el aspecto labial del reborde en tres partes desde la línea gingival hasta la profundidad del vestibulo. También es necesario mencionar que hay una porción de la corona del diente (I mm) localizado debajo del margen gingival.

El primer paso de la técnica de recorte del modelo se basa - en cortar la corona del diente del modelo de yeso junto con el mi límetros de la corona localizada debajo del margen gingival. - (Fig. IX-1)

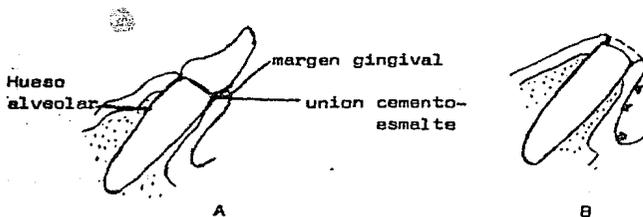


Fig. IX-1. A. El aspecto labial del reborde ha sido divi dido en tres partes como guía del recorte. B. El primer paso es cortar la corona del diente junto con el milímetros localizado debajo del margen gingival.

Se continua en remover yeso en forma de bisel desde la gingiva al tercio medio de la superficie labial del reborde, representando así el colapso de los tejidos labiales hacia el alveolo. - El siguiente paso es el contorno de la superficie labial de reborde formando otro corte en el centro del reborde hacia labial. Se prosigue con la porción lingual del reborde haciendo que la superficie lingual o paletina del reborde se continúe con los tejidos linguales o palatinos, pero teniendo cuidado en preservar lo que representa la papila incisiva en el arco superior. El último paso es pulir las superficies formadas en los pasos anteriores y - consistirá en eliminar los ángulos agudos existentes. El último tercio vestibular del reborde no se recortará. (Fig. IX-2).



Fig. IX-2. A. Se forma un bisel desde el margen gingival al - tercio medio vestibular y después se forma otro corte desde el centro del reborde a labial.

B. El último paso es contornear el reborde del lado lingual y vestibular sin tocar el último tercio vestibular.

Se continua en remover yeso en forma de bisel desde la gingiva al tercio medio de la superficie labial del reborde, representando así el colapso de los tejidos labiales hacia el alveolo. - El siguiente paso es el contorno de la superficie labial de reborde formando otro corte en el centro del reborde hacia labial. Se prosigue con la porción lingual del reborde haciendo que la superficie lingual o palatina del reborde se continúe con los tejidos linguales o palatinos, pero teniendo cuidado en preservar lo que representa la papila incisiva en el arco superior. El último paso es pulir las superficies formadas en los pasos anteriores y - consistirá en eliminar los ángulos agudos existentes. El último tercio vestibular del reborde no se recortará. (Fig. IX-2).



Fig. IX-2. A. Se forma un bisel desde el margen gingival al tercio medio vestibular y después se forma otro corte desde el centro del reborde a labial.

B. El último paso es contornear el reborde del lado lingual y vestibular sin tocar el último tercio vestibular.

Cuando es necesario una alveoloplastia se removerá yeso adicional del modelo en una cantidad similar a la de la operación.

Cuando las circunstancias presentes no son normales como las anteriores, pueda existir por ejemplo una pérdida de altura de hueso con recesión de tejidos blandos o pérdida de hueso sin recesión comperable de tejidos blandos; En este caso será necesario un sondeo periodontal y un diagnóstico preciso de las radiografías. En situaciones en que la reducción de hueso se acompaña de recesión de tejidos blandos el recorte del modelo a seguir será igual que cuando son condiciones normales, pero removiendo más yeso del tercio gingival que del tercio medio. Cuando hay pérdida de hueso sin recesión gingival se deberá remover gran cantidad de yeso simulando la extracción y el recorte de tejido gingival que se recortará durante la misma extracción.

Demer II menciona que se planeará la colocación de la prótesis con un paralelómetro para ayudar a aliviar los flancos protésicos o cuando los flancos en la prótesis inmediata serán cortos (este procedimiento en una modificación de la prótesis inmediata convencional). En el modelo se marcará aproximadamente la altura del hueso labial y si la aparente socavación consiste en tejidos blandos sin soporte que se colapsaran después de la extracción de los dientes, no habrá problema en la colocación de la dentadura.

Posteriormente que los dientes artificiales son colocados, la dentadura se encera en el borde vestibular de la prótesis de acuerdo con el ancho del borde del modelo. El resto del encerado será similar que para una dentadura completa.

Se enmufla la dentadura y la cera es eliminada. Al separar las dos porciones de la mufla superior se coloca una hoja de estaño para aliviar la papila incisiva. 7, 12

En este tiempo se toma una impresión del modelo colocado en la mufla y se corre para obtener una trasbase quirúrgica transparente ya sea por la técnica de enmuflado o por la técnica al vacío. Esta trasbase sirve como guía del modelado del reborde en el momento de la extracción dentaria y la colocación de la prótesis. (Fig. IX-3)



Fig. IX-3. Trasbase terminada que se compara con la prótesis superior terminada.

Después de procesada la dentadura se reposicione en el articulador para eliminar errores de procesamiento y se verifica por la altura de la guía o vastago incisal del pin del articulador - que deberá estar en su lugar; al no estar en su sitio puede indi-

car aumento de la dimensión vertical de oclusión.

Preparación para la cita de inserción. Se remueve la dentadura del modelo y se reduce las socavaciones del flanco labial - que estarán en contacto con el tejido, verificando en el paralelómetro que las interferencias se eliminaron como lo planeado. Se desgastarán las prominencias existentes en la superficie interna de la prótesis al igual que la trasbase quirúrgica.

X. CIRUGIA Y COLOCACION DE LA PROTESIS

Durante la extracción de los dientes se tratará de preservar la mayor cantidad de hueso y tejidos blandos, esperando así un reborde satisfactorio al presentarse la siguiente secuencia: - un coágulo, un tejido conectivo joven, un hueso fibrilar y finalmente un hueso maduro que ocupará el alveolo que será protegido por cortical de hueso y su cubierta periostica. 13, 14.

Se empleará anestesia local y se procede a la cirugía, si es necesario realizar un colgajo y alveolectomia se inicia antes que la extracción para una mejor visión y acceso; Posteriormente se extraeran los dientes con las técnicas convencionales. 18

Al retirar los dientes hay dos procedimientos para el adecuado ajuste en la boca de la dentadura. Uno es por medio de la trasbase quirúrgica transparente que se coloca perfectamente asentada, indicando así los tejidos que deberán ser recortados y observando a través de la trasbase zonas isquémicas. Se retira la trasbase y los tejidos blandos o el hueso son recortados según las zonas isquémicas para aliviar las áreas de presión excesiva. 25

El segundo procedimiento es colocar material rectificador o acondicionador de tejido en el interior de la dentadura que revelará áreas de presión y que serán rebajadas en la dentadura hasta que las zonas de presión se alivien verificando el correcto recorte, volviendo a colocar la pasta rectificadora en el interior de la dentadura y posteriormente se puliran las superficies rugosas.

14 , 15 La pasta ayudará a revelar presión sobre todo en el área de la eminencia canina o el tubérculo alveolar. (Fig. X-1)

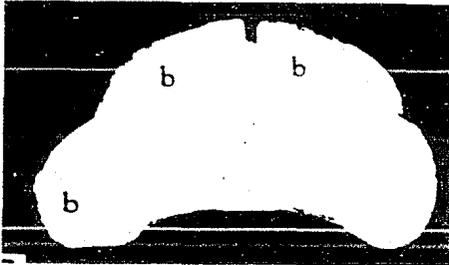


Fig. X-1. Las letras b indican las áreas de presión que serán aliviadas con fresa para acrílico.

Ellinger 12 y Hopkins 15 mencionan que es mejor reducir la superficie interna de la dentadura. La trasbase puede ser ventajosa cuando una gran cantidad de hueso se necesita contornear.

Se acercan los bordes de los colgajos, se sutura y se coloca rá la prótesis previamente desinfectada en una solución antiséptica fría.

Si las prótesis se colocaron correctamente después de la ci-

rugía no deben existir contacto oclusales prematuros muy pronunciados.

Se le instruye al paciente que mantenga puestas las prótesis durante 24 horas. Hopkins 15 recomienda usarlas con el acondicionador de tejidos para que se acomoden las prótesis al edema postoperatorio. Después de ese lapso, las quitará el odontólogo por primera vez para revisar algún punto de presión.

A veces es necesario un recorte óseo (alveolotomía) para resultados estéticos y funcionales como en clase II, división de Angle, pacientes con labio superior corto y reborde vestibular prominente. Este procedimiento se realiza después de la extracción de los dientes. 3, 11

XI. ATENCION POSTOPERATORIA

Se darán instrucciones por escrito al colocar las prótesis y se hará una cita para el siguiente día.

Las primeras 24 horas.

Las prótesis deberán estar en boca durante 24 horas porque - al no seguir esta instrucción puede dar como resultado hinchazon que dificultará la colocación posterior de la prótesis o la hará muy dolorosa.

Se puede colocar hielo después de la cirugía para reducir la hinchazon durante 15 minutos cada hora.

En este período podrá comer el paciente no más que comidas - semi-flúidas.

La oclusión todavía no ha sido ajustada definitivamente por lo que la masticación será poco eficaz durante algún tiempo, esta bilizándose la prótesis al corregirse la oclusión. (Se ajusta la oclusión al desaparecer el edema).

El dolor se controla por medio de analgésicos. 5,26

El primer día.

El paciente regresará a las 24 horas después de la cirugía - para observar sitios de presión excesiva en la zona de las opera-

ciones detectándose por un color rojo frambuesa en los tejidos by
cales. 5, 27

A las 48 horas.

Se examina nuevamente la prótesis para posibles extensiones
excesivas de los bordes. La zona de presión se puede detectar -
con material rectificador siguiendo el mismo sistema de cuando se
realiza la cirugía y se coloca la prótesis inmediata.

Durante la primera semana.

Deberá usar las dentaduras continuamente excepto para lim --
piarlas después de cada comida.

El paciente puede aumentar la variedad de comida, aumentando
gradualmente de dureza, inclusive algunos alimentos que con las -
dentaduras se le dificulten masticar. El paciente debe ser avisa
do que la comida se dificultará y las proteínas pueden ser obteni
das comiendo alimentos comprimidos. 5

A la semana.

Los ajustes oclusales se harán al desaparecer el edema y -
cuando es confortable para el paciente la prótesis (normalmente -
de una a dos semanas) y así se evitan problemas causados por dis-
armonías oclusales y para permitir al paciente una dieta normal.
Estos ajustes oclusales usualmente son realizados en el articula-
dor.

Se avisa al paciente dejar de emplear las dentaduras en las noches debiendo estar en agua fría. Se hará una nueva cita a los tres meses.

Después del primer mes el paciente puede ser avisado que puede llevar una dieta normal. La masticación inicial de los dos lados de la boca en un mismo tiempo puede ayudar a estabilizar las dentaduras.

A los tres meses

Aquí ocurre la mayor resorción de hueso alveolar y los tejidos cicatrizan completamente. Si hay dificultades de retención se usará acondicionadores de tejido. ²⁸

A los seis meses

En este período ocurre una leve resorción de los tejidos del asiento basal.

A los doce meses

Wictorin ²⁹ señala que la completa condensación del hueso alveolar es de un período de 3 a 12 meses, pasando este lapso para proceder al rebasado con resina acrílica. Smith ²⁵ recomienda formar unas nuevas prótesis y cuando estas pierdan su retención se rebasarán las primeras. Tiene la finalidad de ser una ayuda en caso de emergencia, o rebasado de una de las prótesis o bien pérdida de alguna de ellas.

Técnica de Pound. 22

Es una modificación del procedimiento normal para prótesis - inmediata. Primero se extraen todos los dientes posteriores que sean posibles y se coloca en ese espacio placas removibles hasta que la cicatrización se completa. La oclusión y adaptación son - controladas con resina acrílica autopolimerizable, empleando las placas hasta que el paciente siente y come adecuadamente; En este momento las prótesis inmediatas se empiezan a construir.

Las impresiones finales son hechas con las placas removibles para registrar el asiento basal posterior, refinándose la superficie basal con una impresión de hidrocoloide irreversible sobre - los dientes remanentes y la placa removible. Se corre el modelo y se montan en el articulador con los registros apropiados y se - devuelve la placa removible a la boca del paciente.

La porción de la dentadura o prótesis que sustituye a los - dientes anteriores es por medio de flancos cortos que elimina la necesidad de cirugía en las socavaciones de hueso o tejidos. Otra ventaja es la eliminación de colocar la trasbase quirúrgica - en el momento de la cirugía.

Demer 11 y Pound 22 mencionan que la apariencia es más natural pudiendo aumentar la altura del flanco cuando la resorción - del reborde lo permita. Boucher 7 y Smith 25 recomiendan el rebajar la prótesis o realizar una nueva. (Fig. XI-1).

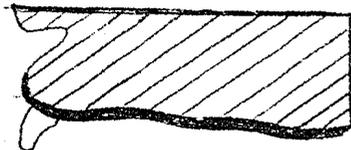


Fig. XI-1. Se ilustra la alteración vertical en el flanco para facilitar la colocación de la prótesis inmediata.

Técnica de Craddock o prótesis sin flanco.

También es una modificación de la técnica convencional de prótesis inmediata consistiendo en una dentadura sin flanco en la porción anterior por existir socavaciones en esta área sin planear eliminarla quirúrgicamente y cuando es labio muy alto que se alcanza a observar el flanco protésico. 20, 25

La Vers 20 contraindica este tipo de dentaduras al presentar se enfermedad periodontal con una pérdida grande de hueso que dificulte los efectos estéticos.

Smith 25 menciona que los pasos son los mismos en la construcción sólo que en la colocación de los dientes serán colocados a proximadamente 3 mm., debajo del margen gingival labial.

(Fig. XI-2)

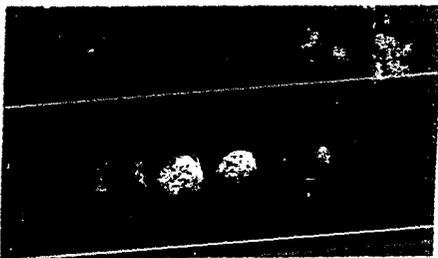


Fig. XI-2. Dentadura sin flancos.

No es necesario utilizar trasbase quirúrgica y la inserción de la prótesis es sencilla. El problema radica en la retención de la dentadura.

Después de ocho semanas de realizadas las extracciones se construye una dentadura con flancos convencionales y posteriormente de varios meses cuando cambia el reborde residual, la primera dentadura puede ser rebasada. 20, 25

XII. CONCLUSIONES

Los beneficios que se obtienen con la prótesis inmediata son:

Evita al paciente estar edentado, además de producir una agradable armonía al ser mantenido el contorno de los tejidos blandos por los dientes artificiales.

Estética. Cuando la posición de los dientes naturales es adecuada, se tomarán como guía para la colocación de los dientes artificiales, o bien se realizarán las modificaciones necesarias para mejorar la apariencia.

La prótesis inmediata actúa como apósito, ayudando al control de sangrado, también protege el coágulo contra la acción de la lengua, líquidos bucales lo cual permite una cicatrización más rápida.

Mantenimiento de la dimensión vertical. La dimensión vertical existente antes del tratamiento es lo más aproximado a lo correcto, y cuando no es la adecuada, se corregirá en las prótesis.

La prótesis inmediata, como observamos ofrece a la profesión dental grandes ventajas.

XIII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bates, J.F. y Stafford, G.D.: Immediate complete dentures
I, Introduction
British Dental Journal Vol. 131, Número 7, Octubre 5 de -
1971 Páginas: 316-318.
- 2.- Bates, J.F. y Stafford, G.D.: Immediate complete dentures
2.
British Dental Journal Vol. 131, Número 8, Octubre 19 de -
1971 Páginas: 361-364.
- 3.- Bates, J.F. y Stafford, G.D.: Immediate complete dentures
3, Types of immediate dentures.
British Dental Journal Vol. 131, Número 9, Noviembre 2 de
1971 Páginas: 408-410.
- 4.- Bates, J.F. y Stafford, G.D.: Immediate complete dentures
4, Techniques in construction
British Dental Journal Vol. 131, Número 10, Noviembre 16 -
de 1971 Páginas: 449-454.
- 5.- Bates, J.F. y Stafford, G.D.: Immediate complete dentures
5, After care.
British Dental Journal Vol. 131, Número 11, Diciembre 7 de
1971 Páginas: 500-503.
- 6.- Bolouri, Ali: Double-custom tray procedure for immediate -
dentures.
The Journal of Prosthetic Dentistry Vol. 37, Número 3, Mar
zo de 1977 Páginas: 344-348.

- 7.- Boucher, C.D., Hickey, J.C. y Zarb, G.A.: Prótesis para -
el edentado total.
Editorial Mundí S.A. I.C. y F., Argentina, Séptima Edición
1977 Páginas: 146, 150, 197-203, 493-513.
- 8.- Broering, L.F.: Existing restorations duplicated for an -
immediate denture
The Journal of Prosthetic Dentistry Vol. 47, Número 3, Mar
zo de 1982 Páginas: 335-337.
- 9.- Campagna, S.J.: An impression technique for immediate den-
tures
The Journal of Prosthetic Dentistry Vol. 20, Número 3, -
Septiembre de 1968 Páginas: 196-203.
- 10.- Cupero, Hamil, M: Impression technique for complete maxi-
llary denture
The Journal of Prosthetic Dentistry Vol. 39, Número I, -
Enero de 1978 Páginas: 108-109.
- 11.- Demer, W.J.: Minimizing problems in placement of immediate
dentures.
The Journal of Prosthetic Dentistry Vol. 27, Número 3, Mar
zo de 1972 Páginas: 275-284.
- 12.- Ellinger, C.W.: Synopsis of complete dentures.
Editorial Lea & Febiger, Filadelfia, Estados Unidos, 1975.
Páginas: 277-292.

- 13.- Heartwell, Jr. C.M.: Dentaduras completas inmediatas tradicionales.
Clínicas odontológicas de norteamérica (Dentaduras completas). Editorial Interamericana Páginas: 427, 430-441.
- 14.- Heartwell, Jr. C.M.: Syllabus of complete dentures.
Editorial Lea & Febiger, tercera edición, Filadelfia, Estados Unidos, 1980. Páginas: 425-468.
- 15.- Hopkins, R.: The immediate denture
British Dental Journal Vol. 147, Número 3, 7 de Agosto de 1979 Páginas: 71-72.
- 16.- Javid, N., Tanaka, H. y Porter, M.: Split-tray impression technique for immediate upper dentures
The Journal of Prosthetic Dentistry Vol. 32, Número 3, Septiembre de 1974 Páginas: 348-351.
- 17.- Jerbi, F.C.: Trimming the cast in the construction of immediate dentures.
The Journal of Prosthetic Dentistry Vol. 16, Número 6, Nov. Dic. de 1966 Páginas: 1047-1053
- 18.- Kruger, G.D.: Tratado de cirugía oral
Editorial Interamericana, cuarta edición, México, D.F. - 1978. Páginas: 41, 42, 65.
- 19.- Lambrecht, J.F.: Immediate denture construction: The impression phase.
The Journal of Prosthetic Dentistry Vol. 19, Número 3, - Marzo de 1968. Páginas: 237-245.

- 20.- La Vere, A.M. y Krol, A.J.: Immediate denture service.
The Journal of Prosthetic Dentistry Vol. 29, Número I,
Enero de 1973, Páginas: 10-15.
- 21.- Passamonti, G.: Atlas of complete dentures.
Quintaesencia, Chicago, 1979. Páginas: 35 y 47.
- 22.- Pound, E. Controlled immediate dentures.
The Journal of Prosthetic Dentistry Vol. 24, Número 3,
Septiembre de 1970. Páginas: 243-252.
- 23.- Saizer, P.: Prótesis a placa, tomo II.
Progentral, segunda edición, Buenos Aires, Argentina,
1942. Páginas: 522-530 y 561-584.
- 24.- Sharry, J.J.: Protopdoncia dental completa.
Ediciones toray, S.A. Barcelona, España, primera edición
en español, mayo de 1977 Páginas: 297-299.
- 25.- Smith, R.A.: Immediate complete dentures—a starting point
Journal of American Dental Association Vol. 87, Septiembre
de 1973. Páginas: 641-645
- 26.- Vergas Tovar, E.: Comunicación personal.
- 27.- Waite, D.E.: Cirugía Bucal Práctica
Editorial C.E.C.S.A. (Compañía editorial continental, S.A.)
México, D.F., 1978 Páginas: 150-155.

- 28.- Waltz, M.E.: Considerate postoperative care for immediate denture patients
The Journal of Prosthetic Dentistry Vol. 16, Número 5, -
Sept.-Oct. de 1966 Páginas: 822-828.
- 29.- Victorin, L.: An evaluation of bone surgery in patients with immediate dentures.
The Journal of Prosthetic Dentistry Vol. 21, Enero de 1969
Páginas: 6-13.

Procedencia de las ilustraciones.

Fig. III-1, XI-2.

Saizar, P.: Prótesis a placa, tomo II
Prorental, Editor, Segunda edición corregida y aumentada,
Buenos Aires, Argentina, 1942, Páginas: 530 y 572.

Fig. VI-1 y VII-3.

Bolouri, Ali.: Double-custom tray procedure for immediate
dentures.

The Journal of Prosthetic Dentistry Vol. 37, Número 3,
Marzo de 1977. Páginas: 346.

Fig. VI-2, VI-3, VII-1, VIII-1, X-1.

Heartwell, Jr. C.M.: Syllabus of complete dentures
Editorial Lea & Febiger, 1980, tercera edición, Filadelfia
Estados Unidos, Páginas: 445, 446, 449, 461 y 466.

Fig. VI-4

Cupero, H.M.: Impression technique for complete maxillary
immediate dentura

The Journal of Prosthetic Dentistry Vol. 39, Número I, Enero de
1978. Página: 108.

Fig. VI-5

Passamonti, Gino: Atlas of Complete dentures
Quintaesencia, Chicago, 1979, Página: 47.

Fig. VI-6 y VI-7

Cortesía del Doctor Eugenio Vargas Tovar.

Fig. VII-2

Ellinger, C.W.: Synopsis of complete dentures
Editorial Lea & Febiger, Filadelfia, Estados Unidos, 1975
Página: 282.

Fig. IX-1a y b., IX-2a y b

Jerbi, F.C.: Trimming the cast in the construction of immediate dentures.
The Journal of Prosthetic Dentistry Vol. 16, Número 6,
Nov-Dic. de 1966 Páginas: 1049, 1050 y 1051.

Fig. IX-3

Bocher, Carl, Judson, C. y Zarb, G.: Prótesis para el desdentado total.
Editorial Mundi, S.A. I.C. y F., Argentina, séptima edición
1977, Página: 507.

Fig. XI-1

Demer, W.J.: Minimizing problems in placement of immediate dentures.
The Journal of Prosthetic Dentistry Vol. 27, Marzo de 1972,
Página: 277.