

323

217

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



DENTADURAS INMEDIATAS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

SANDRA LUZ VILLA VARGAS



México, D. F.

Septiembre de 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

<b>INTRODUCCION</b>	<b>1</b>
<b>GENERALIDADES</b>	
Definición	2
Objetivos	2
<b><u>Capítulo I</u> ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LA BOCA DESDENTADA</b>	
I.1 Osteología del maxilar superior	4
I.2 Osteología de la mandíbula	8
I.3 Músculos masticadores	13
I.4 Mucosa bucal	17
I.5 Lengua	21
I.6 Músculos de la lengua	23
I.7 Glándulas salivales y saliva	24
I.8 Articulación temporo mandibular	26
I.9 Ligamentos	29
<b><u>Capítulo II</u> ASPECTOS IMPORTANTES NECESARIOS EN LA ELABORACION DE UNA DENTADURA INMEDIATA</b>	
II.1 Requisitos de las dentaduras inmediatas	31
II.2 Ventajas: anatómicas, funcionales, estéticas y - psíquicas	34
II.3 Desventajas de las dentaduras inmediatas	37
II.4 Indicaciones y contraindicaciones de las dentadu ras inmediatas	39
<b><u>Capítulo III</u> PROCEDIMIENTOS PARA LAS DENTADURAS INMEDIATAS</b>	
III.1 Registros preliminares	44
III.2 Impresiones preliminares	48

III.3	Impresiones finales	51
III.4	Hechura del modelo final	57
III.5	Hechura de la base de registro	58
III.6	Establecimiento de la dimensión vertical	62
III.7	Selección de dientes artificiales	63
III.8	Colocación de los dientes	65
III.9	Encerado y prueba en el paciente	68
III.10	Encerado y modelado	71
III.11	Enmuflado y terminado	73

Capítulo IV    **INTERVENCION QUIRURGICA PREVIA A LA INSERCIÓN INMEDIATA DE LA DENTADURA**

Preparación quirúrgica en boca, para la inserción de la dentadura inmediata	78
---	----

Capítulo V    **INDICACIONES PARA EL PACIENTE**

Instrucciones posoperatorias	82
------------------------------	----

Capítulo VI    **DESGASTE SELECTIVO DE LA DENTADURA INMEDIATA**

Corrección de la oclusión	85
---------------------------	----

<b>CONCLUSIONES</b>	87
---------------------	----

<b>BIBLIOGRAFIA</b>	88
---------------------	----

## I N T R O D U C C I O N

En la realización de este tema, no pretendo aportar técnicas ni materiales nuevos, únicamente mencionar brevemente - la elaboración e importancia de las Dentaduras inmediatas.

Son muy importantes, ya que por medio de éstas, podemos evitar trastornos físicos y psíquicos debido a la pérdida de los dientes y también mediante este procedimiento se resuelve el problema estético y funcional.

Para la hechura de las Dentaduras inmediatas, es muy necesaria la cooperación del paciente, asistiendo continuamente a sus citas y siguiendo las instrucciones del Cirujano Dentista.

La elaboración de las Dentaduras inmediatas, se inicia desde el momento en que el paciente está plenamente convencido de que este tratamiento es lo que más le conviene.

Aporto este trabajo con el fin de transmitir mis inquietudes que se proyectan hacia el tratamiento dental en pacientes desdentados, a quienes es necesario otorgar un servicio más adecuado y satisfactorio.

Asimismo, deseo que la realización de este trabajo, represente una ayuda como fuente de consulta para alumnos de nuevas generaciones.

## GENERALIDADES

### DEFINICION:

Se entiende por dentaduras inmediatas, a la prótesis dental construída para reponer a la dentición perdida y estructuras relacionadas al maxilar y mandíbula, inmediatamente después de haber sido extraído el último de los dientes naturales. ( III y IV )

### OBJETIVOS:

La principal motivación para la mayoría de los pacientes - que buscan el tratamiento de dentadura inmediata, es evitar cualquier cambio en su aspecto que informe a sus amigos que usan dentaduras completas.

Les capacita la dentadura inmediata para seguir sus negocios y actividades sociales sin el período azaroso durante el cual no tienen dientes naturales ni artificiales. ( V )

Constituye el medio de reducir la tragedia física y psíquica del desdentado. ( IV )

Una dentadura no es un tejido vivo, aunque debe ser aceptado como parte de un sistema formado por tejidos vivos. Tiene que ser fisiológicamente tolerada por el paciente. Para lograr el máximo grado de éxito, la dentadura inmediata debe satisfacer las siguientes normas:

- 1) Compatibilidad con el medio ambiente bucal adyacente.
- 2) Restauración de la eficacia masticatoria dentro de ciertos límites.

- 3) Armonía con las funciones del habla.
  - 4) Aceptabilidad estética.
  - 5) Conservación del soporte restante de los tejidos blandos.
- ( IV )

## Capítulo I

### ANATOMIA Y FISILOGIA DE LA BOCA DESDENTADA

#### I.1 Osteología del Maxilar Superior

El maxilar superior consta de dos partes y dos superficies horizontales que son los huesos palatinos.

Las apofisis palatinas del maxilar superior se unen en el medio mediante la sutura media. Las dos apofisis palatinas y los huesos palatinos forman la base del paladar duro y proveen un soporte considerable para la prótesis. ( I )

En la línea media la superficie labial del maxilar termina superiormente en una proyección anterior afilada conocida como espina nasal anterior.

La fosa canina.- Forma una depresión a un lado de la línea media, encima de las posiciones ocupadas por los incisivos laterales y en la mitad de la eminencia canina. ( II )

Apofisis cigomática.- La apofisis cigomática o malar, ubicada frente a la región del primer molar, es una de las zonas que se halla en bocas desdentadas por un tiempo prolongado. Algunas prótesis requieren alivio en esa zona para aumentar la retención y evitar el dolor.

Tuberosidad del maxilar.- A menudo se observa que la región de la tuberosidad del maxilar superior desciende anormalmente, es decir distal a la posición anteriormente ocupada por los terceros molares. Esto ocurre porque cuando se conservan los dientes posteriores superiores después de la pérdida

da de molares inferiores, aquellos se extruyen, llevando la apofisis consigo. Frecuentemente ello se complica por un exceso de tejido conectivo fibroso, este tejido puede interferir con la ubicación correcta del plano oclusal si no se le elimina. ( I )

Por detrás de la tuberosidad se encuentra la región del pterigoideo y apofisis piramidal del hueso palatino que sale entre estas dos regiones. La escotadura entre tuberosidad y la estructura superior se conoce como hendidura pterigomaxilar o hamular. La hendidura pterigomaxilar representa en la protesis la extensión posterior detrás de la tuberosidad, - la fosa incisiva está en la línea media del paladar anterior continuando la superficie palatina por reborde alveolar.

Los nervios y las arterias del paladar se comunican a través de los canales incisivos con la cavidad nasal. Cuando existe resorción extrema, este canal puede quedar en la cresta del reborde residual; se evitará ejercer presiones excesivas en esta zona para no interrumpir las estructuras vitales y nervios.

Apofisis espinosas agudas.- Es frecuente la presencia de espículas óseas filosas sobre los huesos palatinos y del maxilar superior recubiertas profundamente por tejido blando, - sin embargo en pacientes con reabsorción considerable de las apofisis, esas espículas agudas irritan los tejidos blandos ubicados entre ellas y la base protética. El conducto que va desde el agujero palatino posterior, a menudo tiene un rebordé óseo sobresaliente que es cortante e irrita - cuando se produce una gran reabsorción. ( I )

El paladar duro.- Está limitado anteroposteriormente por la sutura palatina media, en los ángulos rectos a éstos, otra sutura separa el tercio posterior del paladar duro (huesos palatinos) de los dos tercios anteriores (maxilares). Cuando la sutura palatina se confunde con el reborde alveolar, se dirige posterior y lateralmente para continuar con la sutura a la profundidad de la hendidura pterigomaxilar. En el extremo postero lateral del paladar duro a los lados de la línea media, están los agujeros palatinos posteriores por donde pasan venas y nervios. El borde posterior libre del paladar duro, es cóncavo bilateralmente, su superficie superior se llama espina nasal posterior. Este borde realiza la unión de la aponeurosis palatina del paladar blando y músculo de la úvula. ( II )

Reborde residual.- La forma y tamaño de los rebordes alveolares cambia a medida que se pierden los dientes naturales. Los alveolos se convierten en meros orificios en el hueso maxilar, que se rellenan con hueso nuevo, pero al mismo tiempo comienza a reducirse el hueso alrededor de los márgenes de los alveolos dentarios. Esta reducción o absorción es rápida al comienzo, pero continua durante toda la vida a un ritmo más moderado.

La reabsorción de la apofisis alveolar será causa de la disminución de tamaño de la base para la prótesis superior, y de otros cambios de su forma.

Si la prótesis se construye inmediatamente después de la extracción de los dientes, la base puede ser aparentemente amplia, pero asimismo sensible a la presión. Ello es el resultado de la reparación incompleta y la ausencia de la cortical sobre la cresta del reborde alveolar residual.

Si los dientes faltan desde hace varios años, el tamaño del reborde residual será bastante reducido, y sobre la cresta del reborde debajo de la mucosa faltará la superficie ósea lisa del hueso cortical. Puede haber amplios canales nutricios y espículas óseas agudas. Estas condiciones producirán una acción de palanca desfavorable y limitarán la fuerza de presión que podría aplicarse a la prótesis sin que haya dolor o sensibilidad. ( I )

Zona de soporte de esfuerzos.- Se considera que el reborde residual es la zona primaria de soporte de los esfuerzos - del maxilar superior. La cresta del reborde alveolar residual, tiene una capa de tejido fibroso conectivo que es muy adecuada para soportar la prótesis por su firmeza y posición. Los dientes artificiales se colocarán cerca del reborde, de modo que la acción de palanca será reducida en esas condiciones. ( I )

## I.2 Osteología de la Mandíbula

La mandíbula consta de una porción en forma de herradura - llamada cuerpo, de cuya parte superior se continua con la - apófisis alveolar, y desde la parte posterior y superior - del cuerpo y a cada lado, se proyectan dos porciones planas con una ligera angulación obtusa e inclinación lateral con - cida como ramas ascendentes. Las ramas constan en su parte - superior de apófisis; una anterior que es la apófisis condi - lea, limitada a su vez por una zona comprimida inferior co - nocida como cuello del cóndilo. Entre las apófisis coronoi - de y condílea, se localiza la escotadura mandibular. Desde - la parte más baja de esta escotadura y aproximadamente a la mitad de la superficie inferior de la mandíbula y a una al - tura media de la rama, se localiza el conducto dentario a - través del cual penetran los nervios y venas alveolares in - feriores. El borde anterior de la rama ascendente presenta - dos rebordes; uno lateral que se continúa hacia el cuerpo - mandibular con el nombre de línea oblicua externa y otro me - dio que se llama cresta temporal y casi se confunde con la - prolongación del reborde del milohioideo del cuerpo de la - mandíbula.

El reborde milohioideo limitado prominentemente en su co - mienzo muy cerca de la parte posterior y superior de la apó - fisis alveolar, se inclina en dirección antero inferior a - través del área molar hasta cerca de la sínfisis, pero su - prominencia se reduce considerablemente a través de la zona sublingual anterior. En el área premolar se encuentra la fo - sa sublingual, encima de la línea milohioidea, y la fosa - submaxilar se localiza en la zona molar y por debajo de es - ta línea.

La línea oblicua externa.- Se extiende prominentemente como un reborde fácil de distinguir en el área del último molar y termina gradualmente su extensión hacia el tubérculo mentoniano, que se localiza precisamente a un lado de la protuberancia mentoniana, que es la parte más elevada del borde anterior de la mandíbula en la línea media.

El agujero mentoniano se encuentra en la proximidad del vértice de los premolares inferiores y puede progresar hacia la cresta alveolar cuando se pierden los dientes naturales y se agrava la resorción.

En la superficie lingual a ambos lados de la línea media, se encuentran los tubérculos genianos superiores e inferiores, que dan inserción al músculo geniogloso y geniohioideo respectivamente. ( II )

La forma del ángulo de la mandíbula está relacionada con los músculos masetero y la porción media del pterigoideo. Si estos músculos continúan funcionando en forma normal, la región del ángulo no cambiará significativamente con la edad o después de la pérdida de los dientes.

Las prótesis por mas bien constuidas que sean, no pueden sustituir un estímulo de tensión ya que toda la función es transmitida a la superficie del reborde alveolar en la forma de presión. La presión sobre el hueso constituye un factor principal en la resorción. ( III )

El soporte de la prótesis inferior.- Es dado por el hueso de la mandíbula y los tejidos blandos que la recubren. Algunos sitios de la mandíbula son más favorables para esta función que otros, y las cargas o fuerzas han de aplicarse al-

hueso a través de los tejidos blandos de acuerdo con la capacidad de los tejidos y las diferentes partes óseas para resistir las fuerzas oclusales.

Hueso de la superficie de asiento.- La configuración del hueso que constituye la superficie de asiento para la prótesis inferior varía considerablemente con cada paciente. Las importantes variaciones óseas de la superficie de asiento de la prótesis inferior incluyen períodos de cambios mandibulares, reborde milohioideo filoso, reabsorción de la zona del agujero mentoniano, espacio insuficiente entre la mandíbula y la tuberosidad, rebordes mandibulares bajos, dirección de reabsorción de rebordes y el torus mandibular.

Períodos de cambios mandibulares.- Cuando hay pérdida del proceso alveolar, hasta quedar al nivel del agujero mentoniano.

Reborde milohioideo filoso.- Generalmente los tejidos blandos disimulan la agudeza del reborde milohioideo que se descubre mediante la palpación. A medida que se pierde progresivamente el proceso alveolar, las estructuras que se insertan, convergen en tal forma que la zona se limita cada vez más.

Reabsorción de la zona del agujero mentoniano.- El agujero mentoniano en la cresta del reborde residual o próximo a ella en mandíbulas de gran reabsorción, trae como consecuencia la compresión del paquete vascular nervioso mentoniano si no se provee alivio a la base protética. La presión sobre el nervio mentoniano puede causar adormecimiento o la anestesia del labio inferior.

**Espacio insuficiente entre la mandíbula y tuberosidad.-** El seno maxilar aumenta de tamaño durante toda la vida si carece de la restricción por parte de los dientes naturales o prótesis y así producen el descenso de la tuberosidad. Frecuentemente el ángulo mandibular se hace más obtuso por la pérdida temprana de dientes posteriores y la retención de los anteriores. La ausencia de soporte posterior destruye el equilibrio necesario que contrarresta la tracción muscular en el ángulo de la mandíbula. Este enderezamiento mandibular reduce el espacio maxilomansibular en la región posterior y es la causa de la dificultad de lograr espacio suficiente para dientes y bases protéticas. La falta de espacio es la causa de muchos fracasos.

**Rebordes mandibulares bajos.-** Frecuentemente se produce una depresión de la zona de soporte en lugar de haber una elevación por la diferencia del ritmo de reabsorción del hueso cortical y del esponjoso. Por lingual de esas mandíbulas muy reabsorbidas, el hueso se reduce hasta igualarse con las inserciones de las estructuras del piso bucal. Ello dificulta la adaptación de los flancos protéticos.

**Dirección de reabsorción de rebordes.-** El maxilar superior se reabsorbe hacia arriba y adentro y se reduce progresivamente por la dirección e inclinación de las raíces dentarias y del proceso alveolar. Consecuentemente, cuanto mayor sea el tiempo que estuvo desdentado el maxilar superior, tanto menor es su zona de soporte. Lo contrario es válido para la mandíbula, que se inclina y se ensancha progresivamente de acuerdo con el lapso de ausencia de dientes, esta alteración progresiva de la mandíbula y del maxilar superior en el desdentado, confiere a muchos pacientes la apariencia de prognáticas.

**Torus mandibular.**- Eminencia ósea que generalmente se halla en región del primero y segundo molar, a mitad del camino - entre el tejido blando del piso bucal y la cresta del proceso alveolar. En bocas desdentadas con reabsorción considerable, el borde superior de esa prominencia a veces se ubica por lingual al mismo nivel que la cresta del borde residual. Su tamaño varía entre el de una arveja y el de una avellana. Su causa es conocida pero a veces coincide con la presencia de un torus palatino prominente. El torus mandibular se halla recubierto por una capa muy fina de tejido blando, y -- por esta razón es irritado por movimientos ligeros de la base protética, si no fuese posible proveer alivio en ese sitio por interrupción del cierre periférico, es menester la remosión quirúrgica del torus mandibular. ( I )

### I.3 Músculos Masticadores

Se designa con este nombre a un grupo bilateral de cuatro - músculos poderosos procedentes de la base del cráneo, y se insertan en la mandíbula. Reciben todos ellos la inervación motriz de la tercera rama del trigémino o nervio maxilar inferior. El suministro de sangre procede de una de las ramas terminales de la arteria carótida externa y la arteria maxilar.

Este conjunto muscular comprende: el músculo masetero, situado en la cara externa de la mandíbula, el músculo temporal, también superficial, y los dos músculos pterigoideos, externo e interno, situados en la profundidad.

**Músculo masetero.**- De forma cuadrangular, aplanado de afuera hacia adentro, se inserta en el arco cigomático, desde donde se dirige hacia la superficie externa del cuerpo y la rama de la mandíbula. Se le reconocen dos porciones, una superficial y otra profunda. La superficial, con origen más anterior, se inserta en la mitad inferior de la superficie lateral de la rama mandibular. La porción profunda, con origen más media y posterior se inserta en la mitad superior de la superficie lateral de la misma y de la apófisis coronoides. Las fibras de la porción superficial tienen un componente oblicuo mayor, y el componente de las fibras profundas es más vertical y aproximado a su línea de fuerza.

La función principal de este músculo, es elevar la mandíbula, interviene así en el cierre de la mandíbula, cuando éste es protuído simultáneamente. Toma parte también en los movimientos de protusión simple y laterales de la mandíbula.

( II )

**Músculo temporal.**- En forma de abanico se inserta en una extensa zona ósea de la superficie externa del cráneo y se extiende hacia adelante hasta el borde lateral del reborde supraorbitario. Su inserción inferior se hace en el borde superior y en la mitad de la superficie de la apófisis coronoides a lo largo del borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula.

Presenta tres componentes funcionales independientes en relación íntima con la dirección de las fibras en el músculo. Las fibras anteriores son casi verticales, las de la parte media se dirigen en dirección oblicua, y las fibras más posteriores son casi horizontales antes de dirigirse hacia abajo para insertarse en la mandíbula. Su inervación está proporcionada generalmente por tres ramas del nervio maxilar inferior del trigémino.

Este músculo interviene, principalmente, para dar posición a la mandíbula durante el cierre. Normalmente las fibras anteriores pueden contraerse un poco antes que el resto de las fibras cuando se inicia el cierre de la mandíbula. Las fibras posteriores de un lado son activas en los movimientos de lateralidad de la mandíbula hacia el mismo lado, pero la retracción bilateral desde una posición protusiva afecta a todas las fibras del músculo. ( II )

**Músculo pterigoideo interno.**- De forma rectangular y aplanado de afuera hacia adentro, tiene su origen principal en la mitad de la superficie de la lámina pterigoidea lateral, en la fosa pterigoidea y en la cara cigomática del maxilar. Sus haces de fibras se dirigen hacia abajo, atrás y algo hacia afuera, para insertarse en la cara interna del ángulo de la mandíbula.

Las funciones principales de este músculo son la elevación y colocación de la mandíbula en posición lateral. Los músculos pterigoideos son muy activos durante la protusión simple y un poco menos si se efectúan al mismo tiempo abertura y protusión. En los movimientos combinados de protusión y lateralidad, la actividad del pterigoideo medio domina sobre la del músculo temporal.

**Músculo pterigoideo externo.**- Tiene un doble origen: uno de sus fascículos se origina en la superficie externa del ala externa de la apófisis pterigoideas, mientras que otro fascículo, más pequeño y superior, se origina en el ala mayor del esfenoides.

Ambas divisiones del músculo se reúnen por delante de la articulación temporomandibular cerca del cóndilo de la mandíbula. La inserción principal de este músculo se encuentra en la superficie anterior del cuello del cóndilo. Algunas fibras se insertan también en la cápsula de la articulación y en la porción anterior del menisco articular. La dirección de las fibras del fascículo superior es hacia atrás y hacia afuera en su trayecto horizontal, mientras que el inferior se dirige hacia arriba y fuera del cóndilo.

La función principal de este músculo es llevar el cóndilo hacia adelante, y al mismo tiempo desplazar el menisco en la misma dirección. El menisco se encuentra adherido al cuello del cóndilo por sus caras interna y externa, y permanece en la cavidad glenoidea en los movimientos pequeños, pero sigue al cóndilo en los movimientos mayores. Los músculos pterigoideos externos alcanzan su mayor actividad más rápido que otros músculos en la abertura o depresión normal no forzada de la mandíbula. De esta manera el músculo se en

cuenta relacionado con todos los grados de movimientos de protusión y abertura mandibular. Este músculo interviene - también en los movimientos laterales auxiliado por los maseteros, los pterigoideos internos y las porciones anterior y posterior de los músculos temporales. ( II )

#### I.4 Mucosa Bucal

El epitelio de la mucosa bucal o membrana mucosa, es de tejido blando de tipo escamoso estratificado y se encuentra cubriendo los huesos maxilares desdentados superiores e inferiores. En su superficie externa se encuentra una capa subyacente de tejido conectivo llamado lámina propia. Las bases protéticas se apoyan sobre la membrana mucosa que hace las veces de almohada entre las bases y el hueso de soporte. El paladar duro requiere resistir las fuerzas desarrolladas durante la masticación de los alimentos ásperos, el epitelio es queratinizado. En el piso de la boca, que está protegido en parte de las fuerzas masticatorias por la lengua, el epitelio es delgado y no llega a ser queratinizado. ( III )

La membrana mucosa de la lengua se encuentra muy bien desarrollada y la superficie epitelial del dorso y sus márgenes laterales revelan estructuras especializadas y bien definidas que son las papilas linguales.

La leve extensión del margen de una dentadura en un paciente provocará poca molestia, sin ulceraciones, y quizá una reacción hiperplásica de los tejidos. En otros pacientes puede haber ulceración temprana y poca reacción de reparación. ( III )

La membrana mucosa se compone de dos capas: la mucosa y la submucosa.

La mucosa está formada por epitelio escamoso estratificado, que a menudo se halla cornificado (queratinizado).

La submucosa se compone de tejido conectivo que varía desde un tipo de tejido denso, hasta uno flácido y aerolar que -- así mismo difiere considerablemente en ancho y espesor, dependiendo de su ubicación en la boca. La submucosa contiene células glandulares adiposas o musculares y transmite el -- aporte sanguíneo y nervioso a la mucosa. Cuando la membrana mucosa se halla insertada en el hueso, la inserción se produce entre la submucosa y el periostio que recubre al hueso.

La naturaleza de la membrana mucosa en diferentes partes de la boca varía de paciente en paciente y dentro del mismo paciente. La capa queratinizada del epitelio a veces falta -- por completo y otras es muy espesa. La presencia de aparatos protéticos en la boca no siempre tiene el mismo efecto -- en cuanto a la queratinización en diferentes pacientes.

Aunque no sea despreciable la importancia de la mucosa desde el punto de vista de la salud, el espesor y la consistencia de la submucosa, son casi por entero los responsables -- del soporte que los tejidos blandos ( membrana mucosa ) proporcionan a las dentaduras, pues en la mayoría de los casos la submucosa conforma el volumen de la membrana mucosa.

En bocas sanas, la submucosa está firmemente unida al pe---riostio del hueso subyacente del reborde residual y generalmente soporta sin inconvenientes la presión de la prótesis. Cuando la capa submucosa es delgada sobre el hueso, el tejido blando no es resilente y los movimientos pequeños de las prótesis tenderán a romper el sellado retentivo. Si es floja la unión de la capa submucosa y el periostio del reborde residual o está inflamado o edematoso ( presencia de exceso de fluido ), el tejido es fácilmente desplazable, y se ha--llan desfavorablemente afectadas la estabilidad y el sopor-

te de la prótesis.

**Clasificación de la mucosa bucal.**- La mayoría de las clasificaciones dividen la mucosa bucal entre categorías de --- acuerdo a su ubicación: mucosa masticatoria, mucosa de revestimiento y mucosa especializada.

En el desdentado la mucosa masticatoria recubre:

- 1) La cresta del reborde residual incluso la encía insertada residual que se adosa firmemente al hueso de soporte.
- 2) El paladar duro. La mucosa masticatoria se caracteriza por una capa queratinizada bien definida en su superficie más externa que se halla sujeta a cambios de espesor, lo cual depende de si se usa o no prótesis y la tolerancia clínica de las mismas.

**Mucosa de revestimiento.**- Recubre la membrana mucosa que no se halla firmemente unida al periostio del hueso, la mucosa de revestimiento recubre los labios y las mejillas, los espacios vestibulares, el surco alveolo lingual, el paladar blando, la superficie inferior de la lengua, y la encía libre de las vertientes de los rebordes residuales. Por lo común la mucosa de revestimiento carece de capa queratinizada y se mueve libremente con los tejidos en los cuales se inserta debido a la naturaleza elástica de la lámina propia.

**Mucosa especializada.**- Tapiza la superficie dorsal de la lengua, esta capa mucosa está queratinizada e incluye las papilas especializadas de la cara superior de la lengua.

**Zona de soporte de esfuerzos.**- La zona de rugosidades se considera como zona secundaria de soporte de esfuerzos del-

maxilar superior, pues resiste el movimiento anterior de la prótesis. Las rugosidades son rodetes de tejido blando de forma irregular ubicados en la parte delantera del paladar. No desempeñan ninguna función, pero para la comodidad del paciente no es conveniente deformarlas al tomar la impresión. En la zona de las rugosidades de la bóveda palatina tiene una inclinación respecto del plano oclusal de los bordes residuales y se halla recubierta por una delgada capa de tejido blando.

Zona importante es la región glandular a cada lado de la línea media en la parte posterior del paladar duro. Esta zona debe cubrirse con la prótesis para una retención mejor, pero no provee soporte para la dentadura. No es conveniente someter a las glándulas mucosas de esa región a fuerzas oclusales intensas provenientes de las prótesis. Las glándulas mucosas son relativamente espesas y recubren los vasos sanguíneos y nervios que transcurren en el paladar hacia la parte anterior desde el agujero palatino posterior más amplio. ( I )

## I.5 Lengua

La lengua es un órgano muscular de extraordinaria movilidad y variabilidad morfológica, de mucha importancia en **PROSTODONCIA**. En coordinación con los labios, carrillos, paladar y faringe, actúa en el lenguaje, masticación y deglución.

Posee una abundante inervación, por lo tanto puede detectar no solo las sensaciones habituales de tacto, presión, calor y frío, sino también la sensación especial del gusto.

Podemos distinguir en ella la punta, el cuerpo y la base lingual. El límite entre la punta y el cuerpo es arbitrario, incluyendo sus partes laterales; en cambio el límite entre la base y el cuerpo se define claramente por la forma de V abierta hacia adelante, determinada por la línea de las papilas caliciformes.

En la línea media, entre la superficie inferior de la lengua y la cara interna de la mandíbula, se encuentra un pliegue mucoso anteroposterior denominado frenillo lingual, que termina a alguna distancia de la punta. A partir del extremo apical del frenillo se extienden hacia atrás y afuera por la cara inferior de la lengua, dos pliegues denominados pliegues fenibriados.

La superficie lingual del cuerpo está ocupado por papilas muy próximas entre sí y que, según su forma, se distinguen en papilas filiformes y fungiformes. Las primeras, numerosas y muy próximas unas a otras, son papilas conjuntivas terminadas en punta y recubiertas por un epitelio cornificado, y las segundas se encuentran juntas o separadas pero concentradas al máximo en la punta y bordes de la lengua.

Las papilas caliciformes, que habitualmente en número de 8 a 12 forman una V abierta hacia adelante, representan elevaciones de cierta prominencia, y circunscritas por una especie de muro en cuyas paredes se encuentran los bulbos gustativos o terminaciones de los nervios gustativos.

En el vértice de la V lingual se encuentra una fosita de -- profundidad variable denominada agujero ciego de la lengua. En el comienzo de la base lingual se encuentran unas elevaciones irregulares denominadas folículos linguales; los bordes laterales están ocupados por papilas foliadas que también contienen gran número de corpúsculos gustativos.

La base de la lengua limita con la superficie anterior de la epiglotis. Entre las dos se extiende en la línea media un pliegue alto y bien marcado llamado pliegue glosopiglótico medio; y de derecha a izquierda otro pliegue más bajo y grueso conocidos como pliegues glosopiglóticos laterales, que limitan a las fositas glosopiglóticas junto con la epiglotis y la superficie de la base lingual dirigida hacia -- atrás.

## I.6 Músculos de la Lengua

La masa de la lengua ubicada en el piso de la boca y recubierta de mucosa se divide en dos mitades simétricas por un tabique fibroso, el septum lingual. Sus músculos se dividen en dos grupos: los músculos intrínsecos; consiste en la musculatura longitudinal superior e inferior, además de la -- transversal y vertical; son aquellas que producen considerables cambios en el tamaño y forma de la lengua; los extrínsecos, que unen la masa de la lengua a otras estructuras y hacen que la lengua se mueva en relación a otras estructuras bucales, son responsables de los cambios de posición.

La musculatura extrínseca se compone del palatogloso, unido al paladar blando y la lengua; el hipogloso unido al hueso hioides y a la lengua; el estilogloso, unido a la apófisis estiloides y a la lengua, y el geniogloso, unido por delante a la apófisis geni de la mandíbula y la lengua. ( II )

## I.7 Glándulas Salivales y Saliva

La saliva tiene varias funciones. Además de las protectoras en el gusto y en la digestión, desempeñan un importante papel en la lubricación de la mucosa bucal y de los labios, - factor necesario para la articulación correcta de los vocablos y para el uso satisfactorio de las dentaduras totales.

La saliva se deriva de las glándulas salivales mayores y menores. Las glándulas salivales mayores constan de tres pares de glándulas: la parótida, submaxilar y sublingual. La estructura histológica y las secreciones de cada glándula varían, así como la composición de la saliva de cada glándula difiere en ocasiones, dependiendo de factores como tasa de secreción y tipo de estímulo a la glándula. Las glándulas salivales menores están diseminadas en toda la boca, la bios, carrillos, lengua y paladar. Desde el punto de vista prostodoncista, las glándulas salivales son de gran importancia tanto anatómica como fisiológica.

El orificio del conducto de Stensen, el de la glándula parótida, en condiciones normales se abre sobre un pequeño pliegue en las mucosas localizado en el carrillo a nivel de la corona del primer molar superior. En ocasiones, la relación entre el orificio del conducto y una prótesis total es íntima. Sin embargo, es raro que una prótesis maxilar produzca obstrucción del conducto de Stensen.

La glándula submaxilar se localiza en la fosa submandibular en el aspecto lingual de la mandíbula y parte de la glándula se encuentra envuelta alrededor de la porción posterior del músculo milohioideo. Desde esta porción de la glándula submaxilar, se inicia el conducto de Wharton que se despla-

za hacia adelante en forma curva para desembocar a nivel - del ápice de la pequeña papila en las mucosas que se encuen- tran en el piso anterior de la boca a un lado de la línea - media. La extensión de la aleta lingual de una dentadura en esta región conduce a la obstrucción de la glándula submaxi- lar, y en esos casos los pacientes se quejan de aumento de- volumen bajo la mandíbula al comer.

Las glándulas sublinguales son de tamaño diverso y en oca- siones se presentan como grandes aumentos de volumen que -- llegan a interferir con el uso satisfactorio de una dentadu- ra inferior.

Suele haber 8 ó 12 conductos diferentes para cada glándula- sublingual y es raro que una dentadura produzca obstrucción significativa de este sistema de conductos.

La cantidad de saliva secretada diaria varía de individuo a individuo. El número depende de muchos factores, como hidra- tación, hábitos para comer, si el paciente respira por la - boca, etc. Generalmente la cantidad de saliva producida ca- da día disminuye con la edad, aunque los pacientes de edad- avanzada se quejan de sialorrea ( flujo excesivo de saliva). Si estas enfermedades afectan las células del parénquima de las glándulas salivales y causan destrucción ( como el Sin- drome de Sjogren ) conducen a la afección conocida como xe- rostomía. Esta afección afecta el habla, la masticación de- los alimentos y la utilización de prótesis totales. La difi- cultad para el uso de dentaduras suele ser el primer signo- de la enfermedad de Sjogren. Aunque la afección es rara, - siempre deberá considerarse como una posibilidad en un pa- ciente de edad avanzada con xerostomía. ( III )

## I.8 Articulación Temporomandibular

Esta compleja articulación sinovial de características únicas comprende una articulación bilateral entre la mandíbula y el cráneo, " La articulación cráneo-mandibular ", que se refiere a las dos articulaciones temporomandibulares simultáneamente como una unidad anatómica.

La superficie articular del temporal consiste de una porción posterior cóncava o fosa mandibular, la cavidad glenoidea, y otra anterior convexa o eminencia articular. Los bordes interno y externo de la articulación siguen las figuras escamotimpánica petroescamosa o petrotimpánica.

Desde el punto de vista funcional se le considera como una articulación gínglino-artrodial compleja ( rotación y deslizamiento ). La mayor parte del movimiento de rotación gínglino ocurre entre el condilo mandibular y su disco articular, en tanto que el movimiento de deslizamiento o artrodial ocurre entre el disco y la eminencia articular del hueso temporal.

En la función de esta estructura, normalmente la cavidad - glenoidea no participa en las actividades articulares, excepto con su pared anterior, la cual en realidad, forma la vertiente posterior de la eminencia articular.

**Elementos óseos funcionales.**- Son considerados como dos estructuras convexas, a saber el condilo y la eminencia articular.

Normalmente la posición de la cápsula articular indica el área de movimiento de cualquier articulación sinovial. Las

áreas superior y posterior de la cavidad glenoidea no llevan cargas funcionales, más bien son llevadas por la eminencia articular, respectivamente, por su vertiente posterior.

**Osteología.**- Están integrados en el cráneo por la raíz transversa del cigoma y la fosa articular del hueso temporal, y por el cóndilo de la mandíbula.

**Superficie temporal.**- Presenta una eminencia anterior convexa en sentido anteroposterior y cóncava en el transversal, - llamada raíz transversa del cigoma o cóndilo del temporal. - Además una porción posterior cóncava en sentido lateral y anteroposterior denominada cavidad glenoidea.

La cisura de Glaser divide esta fosa articular en una zona anterior pequeña y más profunda que constituye la cavidad -- glenoidea propiamente dicha; y una porción posterior mayor, - fuera de la articulación, para formar una saliente entre el conducto auditivo externo y el túberculo posterior glenoideo.

**Cóndilo mandibular.**- Es una eminencia de forma elipsoidea, - aplanada en sentido anteroposterior, y dirigida oblicuamente de afuera hacia adentro y de adelante hacia atrás.

Presenta una vertiente anterior y otra posterior, unidas por una arista obtusa transversal. Es muy convexa en sentido anteroposterior y, menos, en sentido transversal.

La cabeza del cóndilo se apoya sobre una porción más estrecha llamada cuello del cóndilo, que presenta en su parte antero-interna la fosita pterigoidea que da inserción al fascículo inferior del músculo pterigoideo externo.

Toda la superficie anterior, superior y posterior de la cabeza y cuello del cóndilo está recubierta por tejido fibroso - muy adherente, y lubricado con el líquido sinovial facilitando los movimientos mandibulares.

**Menisco articular.**- Tiene su fibrocartilago en forma elíptica, con su eje mayor en sentido transversal. Divide la cavidad articular en un espacio superior o temporomeniscal, y otra inferior, o meniscomandibular. La superficie en relación al temporal, es cóncava adelante y convexa atrás; en cambio la superficie relacionada con el cóndilo de la mandíbula es cóncava en toda su extensión.

El menisco articular está formado por tejido conectivo colágeno denso, el cual en las áreas centrales es hialino, avascular, y carece de tejido nervioso; su superficie es lisa -- aunque falte una verdadera cubierta sinovial; en cambio en su periferia pueden observarse pequeños vasos sanguíneos y algunas fibras nerviosas.

El menisco se adhiere al ligamento capsular en toda su extensión periférica, y sus extremos interno y externo se doblan ligeramente hacia abajo y se fijan mediante delgados fascículos fibrosos en los extremos correspondientes del cóndilo -- mandibular. Esta disposición le permite al menisco acompañar al cóndilo en sus movimientos.

En la superficie anterior al menisco articular, en una parte o en su totalidad, se inserta el fascículo superior del músculo pterigoideo externo, e inclusive fibras del fascículo profundo superior del músculo masetero, que se extiende de la escotadura sigmoidea hasta el tubérculo cigomático.

## I.9 Ligamentos

Funcionalmente se consideran los siguientes: El temporomandibular y los accesorios, así como los ligamentos esfenomandibular y estilomandibular.

**Ligamento temporomandibular.-** Se extiende desde la base de la apófisis cigomática del temporal, y se dirige oblicuamente hacia abajo hasta el cuello del cóndilo.

Tiene una participación importante en la limitación del movimiento retrusivo terminal ( bisagra ). Los cóndilos pueden ser estabilizados por la contracción del ligamento profundo contralateral del cóndilo, incluyendo la porción horizontal del ligamento temporomandibular en una relación protusiva específica. Pero sólo cuando ambos están retruidos - se define la relación de bisagra. El menisco también sirve para estabilizar al cóndilo a través de su fuerte inserción por delante de la eminencia articular.

**Ligamento esfenomandibular.-** Se dirige desde la espina del hueso esfenoides, hacia abajo y hacia afuera hasta la región de la espina de Spix, cuya inserción terminal en la mandíbula se amplía considerablemente.

**Ligamento estilomandibular.-** Va desde el vértice de la apófisis estiloideas en dirección oblicua, hacia abajo y adelante, hasta el borde posterior de la rama ascendente y el ángulo de la mandíbula.

**Tejido sinovial.-** La función principal del tejido sinovial es la formación de un líquido con características lubricantes extraordinarias, que facilitan el deslizamiento de las

superficies articulares.

## Capítulo II

### ASPECTOS IMPORTANTES NECESARIOS EN LA ELABORACION DE UNA DENTADURA INMEDIATA

#### II.1 Requisitos de las Dentaduras Inmediatas

Para determinar si el tratamiento es un éxito o un fracaso, deberán establecerse ciertos requisitos o normas mediante las cuales pueda valorarse con precisión la dentadura. En ocasiones, aún bajo las mejores circunstancias, la valoración clínica no es adecuada. Los resultados del tratamiento de un individuo varían cuando se les comparan con los de otro que recibe un tratamiento idéntico. La disección de personas no siempre es posible, por lo que la valoración objetiva de los esfuerzos propios son confusos, y lo que el paciente dice o deja de decir no siempre es una indicación de éxito o fracaso. ( III )

La prótesis inmediata no es una alternativa frente a la --- odontología conservadora; no autoriza la extracción de dientes cuya conservación satisfactoria es aún posible ni garantiza contra los fenómenos iatrogénicos que puedan sobrevenir. Es un servicio profesional que requiere más conocimientos, habilidad y criterio que la prótesis regular, con una respuesta más desconcertante. En consecuencia, fácilmente puede provocar la reacción del paciente, cuando éste se entera de sus dificultades después de la pérdida de sus dientes naturales. ( IV )

La mayoría de los pacientes que necesitan dentaduras presentan algún tipo de maloclusión y algunos cambios en las arti

culaciones temporomandibulares cuando llegan a la etapa de usar las dentaduras totales.

Aquellos que han carecido de dientes posteriores durante un tiempo prolongado presentarán cambios en los músculos, --- agrandamiento de la lengua y hábitos anormales de masticación y deglución. La colocación de una dentadura de transición permite al dentista, mediante un ajuste oclusal progresivo y materiales para el acondicionamiento de los tejidos, ayudar a los basales de soporte, músculos y articulaciones a alcanzar un estado más normal y saludable.

Para los que presentan topes posteriores en su propia dentición antes de la extracción, la colocación de una dentadura de transición conserva la salud de las articulaciones, músculos, y fisiología bucal en lugar de obligarlo a acostumbrarse al estado desdentado, y sus anomalías en cuanto a - dieta, fonética, y aspecto.

Las dentaduras de transición se emplean durante la construcción de las nuevas y fungen como de refacción si algún accidente ocurriera a las dentaduras nuevas en cualquier momento. Son buenos sustitutos temporales y pueden usarse para - conservar los tejidos bucales durante el rebase o reparación de las segundas dentaduras. El paciente se encontrará satisfecho de que no tenga que presentarse sin dientes.(VI)

La remoción de los dientes antes de la toma de impresiones asegura al odontólogo una facilidad mayor para el establecimiento de la altura y ancho de los bordes posteriores de -- las prótesis terminadas.

Es posible evitar el procedimiento quirúrgico en dos etapas y tomar las impresiones con una parte de los dientes. Sin -

embargo esto va en detrimento de las probabilidades que tiene el odontólogo de tomar impresiones exactas de las potenciales superficies de asiento. Esta técnica generalmente se reserva para aquellos pacientes cuya salud contraindica extracciones seriadas.

Antes de la cita protética, es indicada la realización de raspado y curetaje. Esta fase sanitaria o higiénica reducirá el edema y facilitará las operaciones quirúrgicas y la cicatrización postoperatoria. Frecuentemente, es favorable el ajuste oclusal de los dientes remanentes. Los mismos factores que indican la extracción ( caries extensas, enfermedad periodontal, extrusión y migración dentaria ) son concomitantes con discrepancias oclusales que 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 protésica las relaciones maxilomandibulares incorrectas del paciente.

( I )

## II.2 Ventajas

Cuando se comparan los beneficios de las dentaduras completas convencionales inmediatas, las ventajas superan a las desventajas. Algunas de las principales probadas son las siguientes:

- 1) La dentadura actúa como un apósito o férula para ayudar a controlar el sangrado; para proteger contra lesiones de los alimentos, líquidos bucales, acción lingual o dientes existentes en la arcada opuesta.
- 2) La acción de férula o apósito protege no solo la herida sino que también el coágulo sanguíneo, facilitando así la rápida cicatrización.
- 3) Los individuos parecen funcionar en el habla, deglución, masticación y respiración con mayor prontitud que cuando han estado desdentados por un período de tiempo corto.
- 4) Los pacientes no son tan reacios a la extracción de dientes enfermos cuando se les asegura que se les repondrán inmediatamente.
- 5) Para algunos pacientes es una necesidad financiera el continuar sus negocios con interrupciones mínimas.
- 6) Los labios, lengua y carrillos no han cambiado sus posiciones por falta de este corte; por lo tanto, es menos difícil hacer que la superficie pulida de la dentadura sea compatible con estas estructuras. Psicológicamente existen dos ventajas notables. Primera, rara vez se encuentra que quien ha recibido dentaduras completas fracasa en su intento de ser un usuario continuo de dentaduras. Segunda, no tienen que enfrentarse a sus familiares y amigos en un estado desdentado, por lo que sus actividades se realizan sin dificultades. ( III y V )

Una de las más importantes ventajas es la conservación de la máxima cantidad del reborde alveolar con un mínimo de -- traumatismo y edema. Se deberán hacer las extracciones de -- los dientes con el mayor de los cuidados. No tienen que levantarse colgajos, ni emplearse suturas bajo condiciones -- ideales. No es necesario realizar la eliminación deliberada de hueso. ( VI )

Se conservan los tejidos gingivales y el tabique óseo, ya -- que estos tejidos proporcionan un buen cojín para la dentadura.

Las dentaduras inmediatas no deben hacerse en pacientes cuyos rebordes son demasiado voluminosos, donde existen numerosas retenciones, o cuando el hueso es muy denso y no existe el problema de enfermedad periodontal.

Las ventajas de la prótesis inmediata pueden clasificarse -- en anatómicas, funcionales, estéticas, y psíquicas.

Desde el punto de vista anatómico: 1) Impide la pérdida inmediata de altura, al reemplazar el tope oclusal, preservando o restituyendo la altura morfológica. Por lo tanto: 2) -- evita molestias a las articulaciones temporomandibulares; -- 3) impide el ensanchamiento lingual; 4) impide el colapso -- labial y el hundimiento de las mejillas.

Las ventajas funcionales: 1) permite a la musculatura afectada seguir funcionando en sus posiciones normales; 2) evita la mayor parte de los trastornos y reajustes fonéticos -- del desdentamiento; 3) facilita la masticación rápidamente, evitando o reduciendo los reajustes dietéticos y digestivos; 4) ayuda a mantener normalmente las actividades de la vida -- de relación.

Son ventajas estéticas esenciales para muchos seres humanos: 1) impide el colapso facial, consecuencia de las pérdidas y transformaciones anatómicas; 2) con frecuencia permite introducir mejoras a veces considerables.

Como consecuencia las ventajas psíquicas son notables: 1) - elimina la humillación que sufren muchos pacientes al presentarse sin dientes; 2) permite mantener el equilibrio espiritual y facilita la continuidad de la vida de relación, - al evitar la influencia del " qué dirán "; 3) también facilita la decisión de sacrificar los dientes naturales, cuando es preciso; 4) reduce los transtornos del acostumbramiento a la dentadura. ( IV )

### II.3 Desventajas

Las desventajas e inconvenientes de las dentaduras inmediatas son, exclusivamente sus exigencias:

1) La coordinación quirúrgico protética exige precisión en la técnica, establecida en base a exactos diagnósticos y ajustadas indicaciones en ambos sentidos. Las intervenciones quirúrgicas, al dejar de ser unitarias para extenderse a grupos de dientes, se hace más traumatizantes, exigiendo habilidad y dominio. También el trabajo protético requiere habilidad y experiencia, puesto que el fracaso resultará intolerable.

2) Por las mismas razones, la selección de casos es una exigencia inexcusable. Ante la edentación total, si no hay contraindicación formal, el protesista no tiene otra excusa para no actuar, sino la incomprensión del paciente o su proppia incapacidad ante la dificultad del caso. Ante la edentación futura, en cambio, y su eventual reemplazo por próte--sis inmediata, entran en juego factores de estado general, utilidad, ventaja y posibilidad que deben ser adecuadamente evaluados en cada paciente.

3) Como consecuencia, el servicio se encarece, tanto de porsí cuanto por su menor duración probable, la necesidad de -rebasados y ajustes y requerirse nueva prótesis.

4) Asimismo, puede transformarse en inconveniente y serio -el hecho de que las fallas técnicas, que pueden ser clíni--cas o de laboratorio, sólo se evidencian después de la intervención quirúrgica final. Esta situación irreversible pone en juego al máximo la responsabilidad profesional del prote

sista y la amplitud de sus recursos para resolver los problemas que pueden plantearse.

El paciente debe tener clara conciencia de estas limitaciones. ( IV )

Quizás el principal inconveniente de esta prótesis es que no pueden ser colocadas hasta que no estén terminadas. ( V )

te sitio se manifiesta por un aspecto típico de rojo fram--  
buesa. Se marca pintando alrededor un círculo con lápiz tin--  
ta, y la marca se transfiere a la superficie interna de la--  
prótesis mediante la presión de la misma en su lugar.

Después de transcurridas 48 horas, se examina nuevamente la  
prótesis por posibles extensiones excesivas de los bordes.--  
Durante el período posoperatorio es posible utilizar la ---  
trasbase para detectar áreas de presión de la base protéti--  
ca. ( I )

### Contraindicaciones

No debe intentarse prótesis inmediata en pacientes que no reúnan las condiciones físicas y espiritual adecuadas para recibir el servicio y afrontar su responsabilidad. ( IV )

Las contraindicaciones de la prótesis inmediata incluye lo siguiente:

- 1.- Cuando la intervención quirúrgica implica un riesgo.
- 2.- Cuando el paciente no se halla preparado para valorar las implicaciones de este tipo de atención o hacer frente a gastos y tiempo adicionales que ello involucra.
- 3.- La posibilidad de que el paciente experimente más molestias después de la colocación de la prótesis.
- 4.- Las prótesis inmediatas requieren mayor y constante revisión que las prótesis comunes. En pocos meses generalmente se requiere un forrado o rebase de la dentadura, y ocasionalmente, si esto fuera necesario, la construcción de nuevas dentaduras.
- 5.- Se establecerá y se explicará de antemano la probabilidad de un nuevo gasto y la dedicación de un tiempo complementario para evitar toda posibilidad de malentendidos.

La confección de dentaduras inmediatas no es tan simple como muchos creen, pues aumenta el número de visitas del paciente por la necesidad de vigilar, durante los primeros meses, el cambio de la oclusión, causado por el asentamiento desigual de las bases. Si el paciente no se presenta para -

esos controles, y las prótesis ocluyen mal, por variaciones tempranas en los tejidos, puede producirse hipertrofia tisular anterior. Si hay entrecruzamiento profundo de los dientes anteriores, la reproducción del mismo entrecruzamiento puede resultar perjudicial para la estabilidad de la prótesis completa.

Un entrecruzamiento profundo tiene por resultado un ángulo incisal empinado, el cual, a su vez, requiere vertientes --cuspideas empinadas en todos los dientes anteriores y posteriores. Estas vertientes empinadas son un factor negativo - en la estabilidad de la prótesis, sin embargo la estética - se mantiene si se incorpora cierto resalte. Esto se obtiene mediante la reducción del espesor vestíbulo lingual de los dientes anteriores, manteniendo siempre la posición antero-posterior del frente dentario y la relación vertical oclusal. ( I )

Las prótesis inmediatas están contraindicadas en los siguientes pacientes:

1.- El que ha sufrido terapia de irradiación, y en una persona así incluso el tratamiento de dentadura convencional - está contraindicado. ( V )

2.- Los que sufren enfermedades debilitantes. Sería preferible para estas personas poseer dentaduras para la masticación, aunque con los métodos modernos de preparación de los alimentos, así como la existencia de la terapéutica a base de vitaminas, la presencia de dientes no es necesaria para satisfacer las necesidades nutricionales a través de períodos cortos. En muchos casos, la alteración patológica de los tejidos de soporte no debe ser sometida a fuerzas apli-

casas por dentaduras. Esto es de especial importancia si --  
Los tejidos de soporte no han cicatrizado.

3.- Pacientes en los que extracciones múltiples serían dañi  
nas debido a afecciones generales. Estos incluyen a pacien--  
tes con trastornos cardíacos, trastornos de las glándulas  
encocrinas, discrasias sanguíneas, y aquellos con un poten--  
cial de cicatrización muy lento.

4.- Individuos con trastornos emocionales. Este gran grupo  
incluye a personas en el período de menopausia y climate--  
rio de la vida.

5.- Aquellos cuya capacidad mental no les permite compren--  
der su responsabilidad dentro del servicio. Esto incluye a  
los de edad avanzada, incapaces de recordar instrucciones.

6.- Los indiferentes o que no aprecian el servicio. Muchos--  
jovenes pueden clasificarse dentro de este grupo, ya que --  
son indiferentes a las consecuencias de no seguir las ins--  
trucciones en la utilización y cuidado de la dentadura. Tam  
bién resultan ser exhibicionistas y tratan de realizar prog  
zas con sus dentaduras que no podrían hacer con sus dientes  
naturales. Los poco apreciativos reaccionan en forma simi--  
lar a los pacientes indiferentes.

7.- Pacientes con patología periodontal o periapical aguda.  
Quienes tienen gran pérdida ósea adyacente a los dientes --  
restantes. Los pacientes con este trastorno de tipo cróni--  
co presentarán tejidos de soporte que cambian continuamente  
y con rapidez. Dichos cambios se reflejan en las relaciones  
oclusales de los dientes, y a menos que estas relaciones se  
mantengan en armonía, se presentará una gran pérdida de hue

so. El conservar esta armonía requiere visitas adicionales para remontar los modelos y corregir las relaciones oclusales y para volver a ajustar la base de la dentadura al soporte cambiante. La resorción de hueso como resultado de la extirpación quirúrgica de los tejidos blandos y la colocación de suturas no es comprendida en su totalidad. Hasta -- que se realicen investigaciones adicionales, es aconsejable reducir la extirpación quirúrgica de los tejidos blandos en presencia de gran pérdida crónica de hueso. ( III )

## Capítulo III

### PROCEDIMIENTOS PARA LAS DENTADURAS INMEDIATAS

#### III.1 Registros Preliminares

Una vez decidido el procedimiento de las dentaduras inmediatas, el plan óptimo es el de extraer todos los dientes posteriores, excepto los premolares antagonistas unilaterales, o preferiblemente bilaterales. Estos dientes antagonistas, hacen las veces de topos en céntrica para evitar el cierre de la distancia intermaxilar durante el período de cicatrización. La remoción de los dientes posteriores de 4 a 6 semanas antes de la toma de impresiones asegura al Odontólogo una facilidad mayor para el establecimiento de la altura y ancho de los bordes posteriores de las prótesis terminadas.

Es posible evitar el procedimiento quirúrgico en dos etapas, y tomar las impresiones con los dientes posteriores. Sin embargo, esto va en detrimento de las probabilidades que tiene el Odontólogo de tomar impresiones exactas de las potenciales superficies de asiento. Frecuentemente, es favorable el ajuste oclusal de los dientes remanentes. Los factores que indican la extracción tales como: caries extensas, enfermedad paradontal, migración de encía, estrs son problemáticas que se presentan y que 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 cabo la oclusión protética de las relaciones maxilomandibulares incorrectas del paciente. ( I )

Los registros hechos previamente a la extracción tienen por objeto conservar la posibilidad de reproducir exactamente - el tamaño, la posición, la forma, y el color de los dientes, su articulación, la forma de las encías, la altura facial - y, eventualmente, la forma de la cara. Existen diversos procedimientos para estos registros, y pueden considerarse como más importantes a los siguientes: la altura facial morfológica, el color, la impresión frontal, la impresión para - colocar los dientes naturales, el perfil y las fotografías.

**Medidas morfológicas.-** Medir: 1) a boca cerrada, la distancia entre base de la nariz y la base del mentón; 2) la del - borde incisivo superior a la base de la nariz; 3) la del -- borde incisivo inferior a la base del mentón.

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

**Color.-** Si se desea reproducir el o los colores de la dentadura natural, debe anotarse antes de la extracción. Si se - juzga conveniente reproducir alguna incrustación, corona o - pigmentación, es menester ponerse de acuerdo con el pacien - te y anotar cuales.

**Modelos frontales.-** Son fáciles de obtener y útiles cuando, por cualquier circunstancia, no se pueden conservar los mo - delos de estudio.

Aunque las impresiones pueden tomarse con yeso o godiva, lo más sencillo es la impresión frontal con alginato. En este-

caso, la cucharilla puede hacerse con cera y una lámina metálica del tamaño de una película radiográfica ( puede ser aluminio o mejor metal blando ). Se redondean las cuatro -- puntas y se hacen escotaduras en los bordes superior e inferior para los frenillos. Se hacen perforaciones para retención del alginato y un pequeño mango de alambre.

**Impresiones para colocar los dientes naturales.**- Las impresiones destinadas a recibir los dientes naturales después - de las extracciones tienen que ser hechas con materiales -- que resistan el tiempo necesario puesto que el total de las extracciones puede tardar meses en completarse. Lo más cómo do es la cera y la godiva.

La mayor exactitud se obtiene si se toma una impresión seccional con godiva, en cuya sección principal calzan con mucha precisión los dientes, luego de extraídos cubriéndolos-- después con las secciones vestibulares que se pegarán en su sitio antes del vaciado. Una impresión frontal permite apli-- car esta técnica en forma más simple, pero más limitada.

**Perfil.**- Un perfilómetro es lo más cómodo para reproducir - el perfil de una persona.

Otro modo de obtenerlo consiste en tomar una fotografía de - perfil mientras se mantiene una regla milimétrica frente al-- perfil.

Basta luego ampliar la foto hasta que ésta tome sus dimensio-- nes reales, para obtener un perfil exacto de tamaño natural, que se recotará fácilmente. Se aconseja también una radiogra-- fía de perfil. Se debe tomar con el tubo a 1.70 m de distan-- cia, por lo menos.

**Fotografías.**- Las fotografías de frente y de perfil, a boca-cerrada y mostrando los dientes, sirven para conservar el registro de los dientes y el aspecto de los pacientes antes de las intervenciones quirúrgicas protéticas y compararlo con - los resultados que pueden fotografiarse también. ( IV )

### III.2 Impresiones Preliminares

**Selección y preparación del portaimpresiones.**- Se selecciona un portaimpresiones perforado lo suficientemente grande para dar cabida y permitir el registro de toda el área basal, así como de los puntos de referencia anatómicos adyacentes importantes, y se alteran los bordes del portaimpresiones con cera blanda. ( III )

El material de elección para la toma de impresiones preliminares es sin duda alguna el alginato, adecuando la cubeta -- cuanto sea necesario para lograr: 1) que la impresión cubra la totalidad del maxilar y de la mandíbula, hasta el límite-prótesis; 2) que los dientes y socavados retentivos estén fielmente reproducidos.

Habitualmente, la impresión simple de alginato en cucharilla amplia resulta muy adecuada. Alguna vez será menester recurrir a la impresión mixta de godiva y alginato. ( IV )

Los modelos de diagnóstico tomados de esta manera, son generalmente bastante adecuados para la confección de las cucharillas individuales. Rara vez son lo suficientemente exactas como para utilizarlas como modelos de trabajo porque las cubetas comerciales no se adaptan adecuadamente y tienden a formar los tejidos limitantes. ( I )

Cuando la prótesis inmediata se encuentre opuesta a dientes naturales, los dientes deberán ser restaurados hasta lograr un estado de salud satisfactorio y forma adecuada, así como establecerse un plan de oclusión satisfactorio.

Cuando la dentadura inmediata esté opuesta a una prótesis --

parcial fija o removible, o prótesis total, su construcción tiene que ser en armonía con la construcción de la prótesis-inmediata.

El material de elección es hidrocoloide irreversible, este es preciso y no consume demasiado tiempo. La precisión dependerá del vaciado inmediato del modelo después de retirar la impresión de la boca.

#### Vaciado del modelo.-

1.- Se vacía la impresión una vez que el lado tisular haya sido lavado con un chorro suave de agua y eliminado el exceso de agua agitando la impresión.

2.- Se retira el modelo de la impresión tan pronto como el yeso haya fraguado lo suficiente para no fracturarse.

3.- Se recorta la base del modelo por conveniencia en el manejo y se coloca sobre una superficie plana para lograr delimitar al máximo los portaimpresiones.

El modelo de yeso se emplea para la determinación final de la vía de inserción de la dentadura; es sobre este modelo que se fabrica el portaimpresiones individualizado.

Trazado del contorno del portaimpresiones.- Una vez que el portaimpresiones se ha trazado sobre el modelo, se fabrica un borde de cera de 3 mm de espesor. Este borde ayuda a la retención de la resina acrílica y a la determinación del grosor del portaimpresiones.

Se hace fluir una capa delgada de cera hacia los espacios interproximales hacia cualquier defecto de la superficie palatina de los dientes y hacia las inclinaciones bucales del re

borde alveolar residual posterior. ( III )

### III.3 Impresiones Finales

**Elaboración del portaimpresión individualizado.**- Para la toma de las impresiones finales, es necesario poseer un portaimpresiones estable y preciso para registrar los tejidos que cubren la zona de soporte de la dentadura. Un portaimpresión hecho con resina acrílica de autopolimerización utilizando - el método de agregar polvo es preciso y estable. ( III )

Cuando los portaimpresiones están polimerizados, se separan del molde y se alisan antes de introducir las en la boca.

Se hace el portaimpresiones de 3 a 4 mm de espesor para extenderse hasta descansar en los bordes incisales de los dientes anteriores y sobreextenderse un poco en la zona posterior del paladar. ( III )

El modelado del borde o el ajuste de los músculos se hace -- con un compuesto de cera especial de baja presión para establecer una extensión periférica correcta, y finalmente se establece el límite posterior. Los movimientos de la lengua, labios y carrillos y mejillas, no deben desalojar el portaimpresión.

Cuando se han establecido los bordes periféricos, se hacen - muchos agujeros de 1 a 2 mm a través de la cucharilla para - conseguir la retención del alginato.

La cucharilla que se elabora lleva un mango que se hace con el mismo material que la cucharilla de acrílico autopolimerizable el cual tiene la función de ayuda en la colocación y - desalojo de la cucharilla dentro de la boca. La cucharilla - inferior se elabora de igual forma que la superior. ( V )

Otra manera de tomar las impresiones sin la ayuda del mango, es por medio de rodillos oclusales de modelina, los cuales se colocan con cera pegajosa en las zonas posteriores del portaimpresión en posición aproximada a la de los dientes -- posteriores. Estos rodillos o rampas: 1) sirven como mangos o asas para la manipulación del portaimpresiones, 2) proporcionan soporte digital durante la toma de la impresión, 3) -- substituyen a los dientes en dar apoyo a los carrillos durante el proceso de rectificación de los bordes, y 4) proporcionan un ajuste positivo del segmento posterior de la impresión refinada en la impresión general de hidrocoloide irreversible, si es que los segmentos anterior y posterior no se pueden retirar en una sola unidad. ( III )

#### Ajuste del portaimpresión individualizado.-

1.- Se coloca el portaimpresión dentro de la boca. Se pide al paciente que abra la boca como lo hace al bostezar. El portaimpresión se movilizará o desalojará si se encuentra -- sobreextendido en la zona de la escotadura pterigoidea o si las aletas bucales son demasiado gruesas.

2.- Se le indica que abra la boca, no en exceso, y que mueva la mandíbula de izquierda a derecha. Si el portaimpresiones se desaloja, indicará que existe una sobreextensión en el espacio vestibular o un grosor excesivo de la aleta bucal.

3.- Se toma el carrillo en la xomisura de la boca, entre el dedo índice y el pulgar, y se eleva. Se visualiza determinando la altura de las aletas. La del portaimpresiones es 2 ó 3 mm más corta que la altura del fondo de saco vestibular.(III)

4.- Se determina el área del sello palatino posterior. El objetivo del sellado palatino es conservar el contacto entre -

la dentadura y el paladar blando cuando el paladar se eleva al hablar y al deglutir.

a) se determina la línea de vibración anterior cerrando las narinas del paciente con el dedo índice y el pulgar. Se le pide que exhale por la nariz. El paladar blando será proyectado en dirección inferior, apareciendo una línea donde la aponeurosis se inserta en la superficie distal de los huesos palatinos. Se marca la línea con un lápiz indeble adecuado.

b) se determina la línea de vibración posterior indicándole que abra y diga "ah" en forma normal, sin exagerar. El paladar blando vibrará en dirección posterior hasta la línea anterior. Se marcará la línea con un lápiz indeble adecuado, pintándose la zona entre las dos marcas.

c) se coloca la cucharilla y se transfiere ésta área al lado tisular. Es necesario recordar que la presión ejercida sobre el hueso produce resorción; por lo tanto, el sello palatino posterior no debe ser colocado anterior a la línea de vibración anterior.

d) se reduce la longitud posterior del portaimpresiones hasta la línea de vibración posterior o muy cerca de la misma.

**Rectificación de los bordes.**- La rectificación de los bordes de las aletas bucales y de las zonas del sello palatino posterior, proporciona un sello periférico que favorece la retención de la dentadura. Esto se logra utilizando modelina para impresión de baja fusión.

Los bordes de las aletas de la dentadura se rectifican de -

manera que dirijan las fuerzas verticales de la oclusión en dirección contraria al hueso alveolar residual. La cualidad de los tejidos blandos y la dirección de la presión vertical favorecen la posibilidad de un sello continuo.

La rectificación de la zona del sello palatino posterior parece compensar los cambios que se presentan durante el procesamiento con la resina de metilmetacrilato. La modelina también conserva el paladar blando en una posición ligeramente elevada cuando se hace la impresión rectificadora. En algunas situaciones de acción muscular muy pasiva del paladar blando eso proporcionará un sello palatino posterior -- adecuado.

**Preparación del portaimpresiones.** - Cuando se hizo la impresión con hidrocoloide irreversible para el modelo inicial, los tejidos blandos que cubren el paladar y las vertientes de los rebordes alveolares residuales fué registrado con precisión en una posición no desplazada.

Por lo tanto, el portaimpresiones para la rectificación de los bordes se encuentra en contacto íntimo con las mucosas que cubren esta zona. En la impresión final, es deseable -- que los tejidos blandos no sean registrados en una posición desplazada. Para lograrlo debe crearse un espacio en el portaimpresiones que permita que este tejido vuelva a su lugar y agujeros para la salida de aire atrapado.

**Rectificación de los tejidos blandos.** - Se aplica una capa delgada de vaselina a los labios del paciente, a la piel al rededor de la boca y la porción bajo el mentón. Esto facilitará el retiro de la pasta para impresiones si se llevara a estas zonas en los dedos del Dentista.

Durante el tiempo de mezclar y cargar el portaimpresiones con el material de impresión, se pide al paciente que se enjuague vigorosamente la boca con algún tipo de solución antiséptica astringente diluida con agua normal en la proporción de cuatro partes de agua por una de solución. Cuando exista una secreción salival palatina excesiva poco antes de insertar el material de impresión en la boca deberá limpiarse y secarse el paladar utilizando gasa estéril.

Se inserta el portaimpresiones con el material y se coloca con presión positiva, se le flexiona la cabeza ligeramente hacia adelante. Cuando el material de impresión fluya sobre el extremo posterior del portaimpresiones y a través de los agujeros de escape, se libera la presión.

Se retira cualquier excedente de material de impresión de superficie de los dientes. ( III )

La impresión con Alginato tomada en estas condiciones suele ser muy buena si la cucharilla fué bien centrada y no hay grandes retenciones. Si hay grandes retenciones, el material frecuentemente se rompe a nivel de los agujeros de retención entre los dientes. Esto último puede evitarse poniendo cera plástica en los espacios interdentarios. Su delimitación es siempre un tanto imprecisa.

En cuando a las impresiones con Elastómeros, como estos materiales permiten en cucharilla ajustada en la parte mucosa, la delimitación puede hacerse similar a la de una impresión funcional. La única zona de delimitación imprecisa será la que corresponde a la cucharilla holgada.

Tienen la ventaja de dar impresiones bien delimitadas y fie

les en cucharilla ajustada en la parte mucosa, y elásticas, en cubeta amplia, en la parte dentaria. Es probablemente el tipo de técnica más generalizada actualmente, aunque cada técnico tiene sus variantes de detalle. ( IV )

### III.4 Hechura del Modelo Final

Con un chorro suave de agua se lava el lado tisular de la impresión. Se retira el exceso de agua con un chorro suave de aire. Vuelve a pintarse el área del sella palatino posterior. Se encajona y vacia la impresión. Mientras más pronto sea vibrada la piedra dental, menos posibilidad de error o cambio habrá en el hidrocoloide irreversible.

No debe dejarse el modelo por mucho tiempo en la impresión ya que al quererlo sacar, si el modelo tiene zonas retentivas, lo más seguro es que se llegue a fracturar, y probablemente se tenga que volver a tomar la impresión.

Ya que se obtiene el modelo, se recortan las bases y se colocan índices para el remontaje. No es aconsejable trabajar sobre el modelo, hasta que no haya endurecido completamente durante toda la noche.

### III.5 Hechura de la Base de Registro

Es importante registrar con precisión las relaciones de los maxilares. Para lograrlo se necesita una base de registro - rígida, estable y que se ajuste a la boca con precisión. La base de registro se emplea para las relaciones de los maxilares y colocar los dientes artificiales. El ajustarse a la boca no sólo significa que la base se ajuste a los tejidos de soporte, sino que también sea compatible con los tejidos circundantes. ( III )

Por lo tanto, las superficies que hagan contacto con las mu cosas adyacentes deberán ser redondeadas y lisas.

La base de registro se puede hacer de resina acrílica de au topolimerización utilizando el método por adición de polvo- y líquido. Debe ser rígido, estable y preciso y que pueda - pulirse hasta adquirir una superficie tersa.

Relaciones intermaxilares.-Los rodillos oclusales de cera - dura para placas base, se colocan en la base de registro en las posiciones que posteriormente serán ocupadas por los -- dientes artificiales, se emplean para ayudar a establecer - el plan de oclusión para los dientes maxilares posteriores, al hacer la transferencia del arco facial del modelo maxi- lar al articulador, al registrar las relaciones de los maxi- lares, y como un buen medio para la colocación de los dien- tes artificiales en los procedimientos de prueba.

Para cumplir con estos objetivos, los rodillos tienen que - ser contorneados de forma compatible con el medio ambiente- bucal adyacente. La anchura bucopalatina deberá ser igual a la de los dientes artificiales. Las escotaduras colocadas - en forma de V posteriormente proporcionan orientación para-

los rodillos en el tenedor del arco facial.

A causa de la falta de retención de las placas de registro, se debe usar siempre un adhesivo para dentaduras durante -- las relaciones de la mandíbula, así como revisar constantemente que las placas de registro estén bien asentadas. ( V )

La presencia de dientes naturales inferiores es una guía -- útil para el establecimiento de la altura del plano oclusal, y los rodillos de oclusión se confeccionan en forma tal que, corresponda su altura.

Es muy importante corregir toda posición mandibular de como didad por causa dentaria que el paciente pudo haber adquirido a través de los años mientras iba perdiendo sus dientes. Si las prótesis se confeccionan con la oclusión céntrica en una posición excéntrica adquirida, los contactos oclusales prematuros pueden aflojar la prótesis y destruir el hueso - subyacente. Puede requerirse un ajuste oclusal de los dientes naturales remanentes para asegurar que coincidan la --- oclusión céntrica y la relación céntrica. La pérdida desigual de dientes, el aflojamiento de dientes remanentes, y - la abrasión dentaria, a menudo conducen a una dimensión vertical disminuida. ( I )

Cuando se ha establecido la dimensión vertical, se coloca - un rodete de cera muy blanda en la placa de registro infe--rior, y se le pide al paciente que muerda hacia la parte de atrás de la boca. Se deben tomar varios registros de mordida para asegurarse de que la mandíbula está en posición re--truida. La cera será blanda de la misma consistencia en am--bos lados, y el paciente tiene que ocluir. Si estas condi--ciones persisten y varios registros de mordida coinciden, -

la relación céntrica está registrada. ( V )

**Transferencia con el arco facial.-**

1.- Cuando se emplea un arco facial para determinar el eje de abertura, se localiza un punto a 13 mm por delante del -- tragus del oído en una línea trazada desde el cantus externo del ojo hasta la porción superior del tragus. Este punto se llama punto de rotación de los cóndilos cuando los maxilares se encuentran en relación terminal y la mandíbula está abierta. Este es un punto promedio. Se calcula que estos puntos -- estarán a 2 mm del verdadero centro del eje de abertura.

2.- Se coloca la base mandibular de registro con su rodillo-oclusal añadido.

3.- Se coloca la base maxilar de registro y se determina que exista suficiente espacio entre los dos rodillos para permitir la colocación del tenedor del arco facial y la cera.

4.- Se aplica una delgada capa de vaselina a la superficie -- del rodillo maxilar de manera que no se adhiera a la cera -- contenida en el tenedor del arco facial.

5.- Se dobla una hoja de cera reblandecida en la forma de -- los picos del tenedor y se adosa al mismo.

6.- Se coloca el tenedor y la cera adosada entre los rodi---llos oclusales y se pide al paciente que cierre los maxila---res hasta que los rodillos se encuentren alojados con firmeza en la cera.

7.- Sosteniéndole los maxilares en esta posición cerrada, se

desliza el arco sobre el tallo del tenedor. Se centra el arco colocando los puntos de los vástagos condilares sobre -- los puntos de rotación. Se fija todo el aparato con seguridad y se retira de la boca.

8.- Se transfiere el aparato del arco facial al articulador y se fija el modelo maxilar con yeso. Para asegurar la adhesión del yeso piedra con el dental, se le hacen muescas de retención al modelo, y se remoja en agua durante un mínimo de cinco minutos antes de adherirlo a la porción superior -- del articulador. ( III )

El modelo inferior puede montarse después en una posición -- céntrica por medio de los registros de mordida céntricos, y la guía condilar se obtiene a través de los registros de -- mordida protusivos. ( V )

### III.6 Establecimiento de la Dimensión Vertical.-

- 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 le coloca una marca en la punta de la nariz y en la punta del mentón.
- 3.- Se le pide mojar los 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 marcas que se pintaron un lápiz de ceja.
- 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 marcas. Si en realidad está relajado el paciente, la distancia no cambiará en forma significativa. ( III )

### III.7 Selección de los Dientes Artificiales.-

Es fácil realizarla, puesto que los dientes remanentes del paciente son un excelente punto de partida en cuanto a la forma, tamaño y tono que se elijan. ( I )

**Dientes anteriores.-** La forma, tamaño y color de los dientes artificiales deberán armonizar con los dientes naturales, a menos que el paciente desee un cambio. Por motivo de estética y de espacio necesario contornear los cuellos de los dientes para formar parte de la base de la dentadura. - Por eso suelen emplearse dientes de resina acrílica.

#### **Dientes posteriores**

**Forma.-** La composición y forma oclusal de los dientes posteriores varía. En breve, cuando la dentadura inmediata se encuente opuesta dientes naturales, la forma oclusal deberá ser determinada por la forma oclusal de los dientes naturales. Este es el caso de los desdentados parciales su permanecen aún dientes posteriores dentro de la arcada. Cuando la dentadura inmediata esté opuesta a otra completa o una prótesis parcial removible que contenga todos los dientes posteriores, la forma oclusal dependerá de la decisión del dentista.

**Composición.-** Cuando los dientes de la prótesis inmediata estén opuestos a los naturales que tengan restauraciones -- oclusales de oro ( ya sean sencillas o múltiples, o una prótesis parcial fija ), la resina acrílica es el material de elección. Si los dientes naturales han sido restaurados con porcelana o con aleación de plata y no sea problema de espacio interoclusal, la porcelana será el material de elección.

Cuando los dientes de la dentadura inmediata estén opuestos por una dentadura completa o una prótesis parcial removible que contenga todos los dientes posteriores, y el espacio interoclusal no sea el problema, son preferibles los dientes de porcelana.

No es recomendable la combinación de dientes posteriores de resina acrílica y anteriores de porcelana en las dentaduras completas, ya que la resina acrílica tiende a desgastarse - más rápidamente, dando como resultado que los dientes anteriores hagan contacto cuando los maxilares se encuentran en relación terminal con los dientes posteriores en oclusión - máxima. ( III )

La forma oclusal más recomendada es una cúspide de 33 en -- dientes posteriores en la arcada maxilar, opuesta por una - cúspide plana o de 0 grados.

### III.8 Colocación de los Dientes.-

**Dientes anteriores.-** Hay dos diferentes manera de colocar - los dientes anteriores:

1.- En el modelo se recortan los dientes en forma alternativa y se excava la porción radicular anterior dándose poca - profundidad ( aproximadamente 1 mm ) del lado vestibular y al ras con el margen gingival del lado lingual o palatino.- ( I ) Se colocan en dirección anteroposterior y medio lateral en armonía con la acción de los labios y la lengua. La altura vertical y las inclinaciones de los cuellos deben seguir la cara anterior contorneada. ( III )

En bocas con enfermedad periodontal acompañada con retracción gingival y pérdida ósea, no se recortará el yeso o muy poco. El escaso recorte del modelo permitirá la confección de una prótesis que proveerá una matriz adecuada para un reborde pleno, redondeado de la zona inmediata. Se obtienen - los mejores resultados si no se recorta hueso alguno en el momento de colocarse la dentadura inmediata. Los dientes seleccionados se enfilan en sus posiciones específicas y se - modifican como se requiera.

Por lo común, el incisivo central derecho artificial es el primer diente que se enfila en su posición y se pega con cera. Después se reemplazan alternativamente los dientes hasta que todos estén acomodados. Al quitar solamente un diente por vez del modelo de yeso, permiten que se reproduzcan las pequeñas irregularidades que puedan haber. Los músculos de la expresión facial dependen de la reproducción del arco dentario; por eso se coloca un diente por vez con el fin de conservar esta posición. Después de recortar los incisivos-

laterales y se les reemplaza por dientes artificiales. Los dientes superiores remanentes, se ubican en el lugar de los que están en el modelo de yeso piedra. De modo que sus reemplazantes tendrán una distancia idéntica entre sus caras -- vestibulares. ( I )

Se colocan los dientes mandibulares sobre un plano paralelo con la media de la base. La altura del plano se establece - de forma que no exceda las dos terceras partes de la altura del cojinete retromolar. La posición bucolingual deberá ser compatible con la acción de la lengua y los carrillos. El - último diente se coloca de manera que su superficie distal - termine donde comienza el reborde alveolar residual su as- - censo a la rama ascendente de la mandíbula.

Se colocan los dientes posteriores del maxilar con los vértices de las cúspides sobre un plano paralelo a la superficie oclusal de los dientes mandibulares. Cuando se cierra - el articulador se procura que los vértices de las cúspides - linguales de los dientes maxilares a la mitad de la distan- - cia entre las superficies lingual y bucal. Esta relación de - berá colocar los dientes en las posiciones ocupadas con an- - terioridad por los dientes naturales y proporcionar una so- - bremordida horizontal adecuada para evitar la mordedura de - los carrillos. ( Iii )

2.- La segunda forma de la colocación de los dientes ante- - riores, los dientes se recortan de acuerdo con la línea ún - ca correspondiente al surco gingival. Los dientes se sepa- - ran rompiéndolos del modelo en su porción cervical, y se re - dondea el reborde para imitar el procedimiento de recorte - no óseo excepto en las zonas interproximales. Se lleva a ca - bo este procedimiento de un lado o de una mitad de los dien

tes remanentes, y después del otro lado. Se pueden colocar los dientes de los segmentos, alternativamente, o se puede desdentar todo el arco y utilizar el modelo de diagnóstico para la colocación de los dientes. ( I )

### III.9 Encerado y Prueba en el Paciente

Se rellena con cera el borde vestibular superior de la prótesis de acuerdo con el ancho del borde del modelo, se contornea y pule la cera hasta que esté tersa, similar a las superficies pulidas de la dentadura terminada para asegurar la compatibilidad con el medio ambiente circundante. ( I-III )

El propósito de la visita para la prueba, es verificar el plano oclusal y las relaciones entre los maxilares, que se hicieron utilizando los rodillos oclusales, valorar la aceptabilidad estética y hacer una determinación preliminar de la magnitud de la alteración que será necesaria en el modelo.

1.- Instruir al paciente para que no cierre los maxilares -- cuando se inserte la dentadura, hasta que se le pida hacerlo.

2.- Instruirlo para que practique los ejercicios mandibulares.

3.- Humedecer la superficie tisular de la base de registro maxilar y colocar una capa fina de polvo adhesivo para dentaduras.

4.- Instruirlo para insertar la dentadura, ajustarla en su sitio y posicionarla mediante la deglución.

5.- Secar las superficies oclusales de los dientes mandibulares posteriores. Se aplica cera reblandecida aplicándola de manera que sea segura y se evite atrapar aire. Reblandecer con una flama directa, templar en agua tibia e insertar y co

locar en su lugar. Se realizan los registros maxilares. Sin embargo, debe suspenderse el cierre tan pronto como se haga contacto. Permitir que la cera endurezca.

6.- Liberar elementos condilares para permitir el libre movimiento dentro de la ranura.

7.- Asentar las bases sobre los modelos y, con cuidado, evitando la presión, insertar las cúspides de los dientes maxilares en los índices registrados. Si el montaje y el registro son iguales, los elementos condilares no se moverán de los topes.

8.- Cuando las posiciones de los dientes y los registros originales no concuerden, se vuelve a montar el modelo mandibular utilizando un nuevo registro y verificándose la nueva relación. Si la discrepancia es de gran magnitud, los dientes deberán colocarse de nuevo antes de proceder.

9.- Instruirlo también para volver a sentar las bases. Observar la altura del plano oclusal y las posiciones bucolinguales de los dientes posteriores y determinar su aceptabilidad con respecto a las funciones de la lengua y del carrillo.

10.- Determinar la dimensión vertical oclusal. Asegurarse -- que sea menos que la dimensión vertical de los maxilares en posición de descenso. ( III )

11.- Asegurarse que durante la emisión de la letra "S" los bordes incisales de los dientes anteriores inferiores no hagan contacto con los dientes superiores anteriores.

12.- Utilizando un espejo colocado a la distancia de un bra-

zo de la boca del paciente, permítale observar los dientes -  
anteriores con respecto a su aceptación estética, tamaño y -  
posición y color. Evitar dejarlo ver o inspeccionar los dien-  
tes sobre el articulador fuera de la boca o de cerca en un -  
espejo. ( III )

### III.10 Encerado y Modelado

Después de colocar los dientes y realizadas las pruebas necesarias en la boca del paciente, se termina cuidadosamente el encerado para reproducir los tejidos normales de la encía adherida y marginal.

Además este encerado anatómico y cuidadoso facilita el pulido final de la dentadura polimerizada.

La cantidad de cera añadida determina el grosor de la dentadura pulida, y las superficies cóncavas entre las zonas gingivales y los bordes de las dentaduras son favorables para los efectos retentivos de los carrillos, labios y lengua.

Se modela en la superficie vestibular realizando una ligera proyección radicular para seguir cada uno de los dientes y conformar el contorno de tal forma que ayuden a la retención mediante las fuerzas direccionales mecánicas de los músculos y los tejidos. El espesor de la parte palatina variará de acuerdo a la resorción de reborde residual, y forma semejante antes de la pérdida de los dientes naturales. La superficie lingual tendrá el menor volumen posible excepto en el borde, que debe ser bastante grueso. Este grosor queda bajo la porción más estrecha de la lengua y aumenta considerablemente el sellado al contactar con el repliegue mucolingual.

El festonado tanto de la dentadura superior como de la inferior imita el contorno de la encía y dientes normales.

Un buen modelado de la cera determina un contorno que simula una encía natural, produce una correcta dispersión de la luz y, si el color de base es satisfactorio, proporciona un re-

sultado agradable.

Como complemento al modelado y festoneado gingival se le puede agregar el punteado donde se desee, golpeando la cera ligeramente reblandecida con las cerdas de un cepillo dental o para profilaxis. Después se flamea la cera con una lámpara de alcohol suavizando toda la superficie modelada. Este flameado disipará el punteado de los sitios convexos y los dejará en las zonas cóncavas, lo que produce un efecto natural a los contornos gingivales y a las papilas interdentarias o sawa. ( II )

### III.11 Enmuflado y Terminado

Se envaselina ligeramente la superficie interna de la mufla y la del modelo ( o con separador ).

Se prepara yeso piedra en cantidad suficiente para llenar el espacio entre la base de la mufla y el modelo. Se vierte yeso hasta la mitad de la altura de la mufla, se ubica convenientemente el modelo sobre el yeso, hasta que el borde del modelo esté prácticamente en el mismo nivel con el borde superior de la mufla. Se elimina el exceso de yeso periférico y se alisa su superficie superior entre el borde del modelo y el borde de la mufla.

Fraguado el yeso se aplica un medio separador al yeso expuesto en la mufla y se coloca en su posición la contramufla. Se prepara más yeso a una consistencia más blanda y en cantidad suficiente para llenar la mitad de la contramufla. Después se vierte otra cantidad de yeso hasta el nivel de los bordes incisales de los dientes anteriores y de las cúspides de los dientes posteriores. Se deja fraguar.

Fraguada esta capa de yeso intermedio, se alisa la superficie de yeso expuesto y se pinta con separador o aísla con vaselina. Se prepara más yeso piedra y se termina de llenar la mufla; se coloca la tapa y se cierra a fondo. Debe escapar por las perforaciones el exceso de yeso. Se coloca en la prensa y se ajusta para eliminar todos los excesos. Se deja fraguar suficientemente.

Una vez fraguado el yeso, se coloca la mufla en agua hirviendo mediante un portamuflas y se le deja de 3 a 6 minutos, de acuerdo con el tamaño de la misma; menos tiempo puede ser insuficiente; y más tiempo fundirá la cera en exceso. Se le sa

ca del agua caliente y se abre del lado contrario. Una vez - abierta la mufla se retira la cera y la base de resina acrílica autopolimerizable o la base de Graff reblandecida. Se - lava la mufla y contramufla con un chorro de agua hirviendo - eliminando los restos de cero que pudieran haber quedado. - Conviene poner en el agua algunas gotas de detergente y luego terminar el lavado con agua caliente limpia.

Se espera hasta que se seque el yeso, pero que todavía esté - caliente; se coloca separador en la parte interna de la mufla con un pincel de pelo de camello. El separador no debe - estar en contacto con los dientes ni inundar el espacio destinado a recibir y moldear el material de base. Se deja que - se seque y se coloca una segunda capa en el interior de la - mufla. Se deja enfriar la mufla a temperatura ambiente.

**Empaquetado de la resina.** - Se prepara la mezcla con 30 cm cú bicos de polvo por 10 cc de líquido en un recipiente de vidrio con tapa roscada. Cuando el material está en el período pastoso, que no haga hebras, se aprovecha para empaquetarlo, es decir cuando la resina ha perdido adhesividad desprendiéndose de las paredes del recipiente.

Se amasa la resina con las manos limpias. Se da al material forma cilíndrica; el rollo se coloca entre dos hojas de papel celofán humedecidas y se le da un espesor de aproximadamente medio centímetro. Los trozos se colocan alrededor de - las superficies vestibulares y palatina del espacio de prensado superior y alrededor de las vestibulares y lingual del espacio inferior.

Se coloca el papel celofán humedecido entre las dos mitades de la mufla y se coloca en una prensa hidráulica; se presio-

na hasta que casi se aproximen. Después se abre la mufla, se recorta el exceso de resina exactamente hasta el borde de la dentadura, y se agrega resina en todos los sitios que resultaron escasos. Este procedimiento de prensado se repite hasta que el espacio se llene con poco exceso de resina. Entonces se cierra definitivamente la mufla sin el papel celofán.

La mufla se transfiere a una prensa, después se deja reposar con una espera de 30 a 60 minutos o máximo de 4 horas.

**Termopolimerización.**- Se procede a colocar la mufla en una cubeta grande que contenga agua a una temperatura constante de 70 grados centígrados durante 9 horas.

Pasado este lapso de tiempo, se deja enfriar la mufla dentro del agua no menos de media hora a temperatura ambiente, y luego 15 minutos en agua fría antes del desmuflado. Si la mufla se coloca directamente en agua fría existe el riesgo de distorsiones en la resina, debido a las diferencias de retracción.

**Desmuflado.**- Se utiliza el desmuflador, que consiste en una pieza metálica interpuesta entre la tapa circular de la base de la mufla y la prensa.

Ajustada la mufla en la prensa en esas condiciones, se puede despegar la base colocando un instrumento resistente que hace palanca entre ella y la contramufla. Aflojada la base se quita la tapa de la mufla y se coloca nuevamente en la prensa; ahora el desmuflador encima para aflojar la contramufla.

El yeso piedra que lleva parte superior de la mufla se desprende dejando a la vista las superficies incisales y oclusa

les de los dientes.

Con un disco de carburo, se hacen tres cortes radiales cuidando de no tocar la dentadura ni el modelo. Se introduce entre ellos el filo de un cuchillo y se desprende el yeso vestibular a uno y otro lado. El bloque palatino se desprende de una pieza y el yeso lingual se separa en dos bloques.

Finalmente el yeso que rodea la base del modelo de trabajo se desprende sin resistencia después de hacerle dos o tres cortes con un disco de carburo.

**Obtención de las dentaduras.-** Las dentaduras polimerizadas se separan de los modelos de yeso piedra. Si son poco retentivos se separan con facilidad, si el modelo posee zonas de retención la separación se hace con cuidado rompiendo el modelo en trozos. Si las secciones de las retenciones, como las zonas de tuberosidades del maxilar y las áreas del milohioideo mandibular, son exageradas, se puede hacer un corte longitudinal en V con el cuchillo, seguido por otro u otros trazos longitudinales menores.

**Desgaste.-** Los sobrantes y rebabas de las bases acrílicas, frecuentes en la zona de unión de las dos partes de la mufla, se recortan en el motor con piedras para acrílico de grano grueso. Es importante que los bordes sean redondeados y correspondan en grosor a los bordes de la impresión registrada.

Las rebabas alrededor de la línea gingival de los dientes se cortan con el filo de fresas y cinceles, hasta obtener la forma adecuada.

**Pulido.**- Los bordes, así como todas las demás zonas desgastadas, se pulirán en el motor usando piedra pómez mezclada con agua hasta una consistencia cremosa, se aplica contra la superficie a pulir, imprimiéndole movimientos de rotación frotando con energía y de corta duración. Para las zonas que no son accesibles al motor con piedra pómez es útil utilizar conos de fieltro. Las zonas interproximales pueden ser pulidas usando un cepillo profiláctico en una pieza de mano.

Para terminar con el pulido se utiliza una rueda de tela y conos de fieltro con polvo de pómez.

**Brillo.**- Un pulido de terminación de alto brillo se da a todas las superficies con rueda de tela y material de pulido.- Uno de los materiales más usados es la mezcla de tiza de -- agua a consistencia de crema blanda o también blanco de España.

Posteriormente a esto se lavan cuidadosamente las dentaduras en agua templada y jabón y un cepillo de cerdas duras, eliminándose con la ayuda de una punta muy fina, los residuos de material remanente entre los dientes.

## Capítulo IV

### INTERVENCION QUIRURGICA PREVIA A LA INSERCIION INMEDIATA DE LA DENTADURA

#### IV.1 Preparación Quirúrgica en Boca para la Inserción de la Dentadura Total Inmediata.

Muchos pacientes prefieren que se efectúe la operación en el hospital bajo anestesia general, que suele ser de tipo intra venoso. Esto da un buen resultado, ya que ofrece el máximo de serenidad para el paciente. Sus actividades son limitadas por el descanso, de modo que se reducen al mínimo las complicaciones, pero es más frecuente en estos casos la anestesia o bloqueo local. ( VI y III )

Los dientes se retiran de modo que se conserve la mayor parte de hueso y tejidos blandos posibles. Debe recordarse que el levantamiento del periostio o la denudación del hueso alveolar da como resultado una pérdida ósea excesiva. Los tejidos blandos desgarrados cicatrizan con lentitud. Cuando los tejidos no son desgarrados no hay necesidad de recurrir a la sutura.

Después de la extracción de los dientes, al insertar la dentadura, determinará si se requiere alguna otra cirugía no anticipada. En ocasiones una frenicectomía labial es recomendable, si este es el caso se procede a realizarla. Ya concluida la intervención, se le pide al paciente que cierre contra una gasa estéril hasta que haya cesado el sangrado. ( III )

Antes de colocar las dentaduras inmediatas, se coloca la ---  
trasbase quirúrgica transparente. Una vez bien calzada la -

trasbase contra el paladar, o sobre el reborde alveolar inferior, por transparencia se verán zonas isquémicas del campooperatorio, donde son comprimidos los tejidos blandos.

Se retira la trasbase, se recortan los tejidos blandos o el tejido duro que en este caso es el hueso para aliviar el sitio de la presión excesiva. Al efectuar este paso, la trasbase quirúrgica debe calzar perfectamente, o no revelará las zonas por recortar. Si no se modelan adecuadamente el hueso y los tejidos blandos con el contorno de la trasbase y el de la prótesis, ésta no calzará en su posición correcta. El no recortar suficiente tejido como para que la trasbase vaya a su lugar, o el recorte excesivo de tejido, causará una posición incorrecta de la prótesis. Estos errores, a su vez, serán causa de una oclusión inadecuada y causará inevitablemente dolor e incomodidad al paciente. Las prótesis han de calzar en la boca exactamente en la misma posición que se pretendió que ocuparan. Se acercan los bordes de los colgajos, se sutura, y se coloca la prótesis previamente esterilizada con un antiséptico frío. ( 1 )

La colocación de dentaduras inmediatas se hace sobre los tejidos anestesiados, recién modificados quirúrgicamente, y -- que pueden modificarse aún, para adaptarlos a las prótesis.

**Sin encía anterior.** -- Extraídos los dientes, puede probarse la trasbase, y se verá los cuellos hundirse en los alveolos.

Cualquier cresta alveolar que dificultara el calce puede eliminarse si no conviniera retocar la prótesis. También puede hacerse el alisamiento de puntas y crestas óseas para evitar dificultades cicatrizales.

rar la dentadura. ( III )

Se le indica al paciente que cierre para el primer control - de la oclusión. Si las prótesis se colocaron correctamente - después de la cirugía no deben haber contactos oclusales pre - maturos muy pronunciados. Los cambios oclusales originados - por el procesado ya fueron eliminados mientras la prótesis - todavía se encontraba en el articulador. Se le instruye al - paciente que mantenga puestas las dentaduras durante 24 ho-- ras, después de ese lapso, se las quitará el Odontólogo por - primera vez. ( I )

## Capítulo V

### INDICACIONES PARA EL PACIENTE

#### V.1 Instrucciones Posoperatorias

Es menester dejar las prótesis en la boca durante las primeras 24 horas, ( I ) pero si cualquier prótesis removible antagonista a la hora de dormir. La dentadura inmediata será retirada por el dentista en una visita que se haga al día siguiente. ( III )

Se le advierte al paciente que si deja las prótesis fuera de la boca al comienzo, es posible que se produzca un edema de los tejidos y el recolocarlas será o imposible o muy doloroso. El dolor producido por el trauma de la extracción no se alivia retirando la prótesis de la boca. Dentro del período de las 24 horas, se puede colocar hielo en la cara durante 15 minutos cada hora. Esta es meramente una sugerencia por precaución; generalmente el paciente no sufre dolor intenso ni incomodidad. Se prescribe un sedante en el caso de que el paciente no pueda dormir por nerviosismo o molestias.

La prótesis inmediata actúa como una férula sobre el campo quirúrgico y evita la pérdida del coágulo, que a menudo se destruye a causa de los flujos bucales; por lo tanto es raro que se produzcan hemorragias profundas. ( I )

No alarmarse si la saliva presenta evidencia de sangre. Sin embargo en caso de sangrado excesivo, no vacilar en llamar por teléfono para pedir instrucciones. Es mejor que se siga este método, ya que así evitamos que el paciente se quite -

la dentadura.

Hay que anotar por escrito la hora de la siguiente visita.- Aunque se considere los procedimientos de inserción atraumáticos, el paciente no comparte esta idea y olvida las instrucciones verbales dadas en este momento. ( III )

Se le aconseja al paciente que no mastique durante las primeras 24 horas, y se le indica una dieta líquida. La oclusión todavía no se ajustó definitivamente, por lo tanto, la masticación no puede ser eficiente en ese período.

Al corregirse la oclusión, mejorará la estabilidad de la prótesis, pero no se la puede corregir hasta que no desaparezca el edema, y la corrección oclusal generalmente se hace de 48 horas a 1 ó 2 semanas de haberse colocado la prótesis. ( I )

Primera visita después de la inserción.- No es aconsejable preguntar al paciente si él o ella han experimentado problemas hasta que se hayan realizado ciertos procedimientos; -- por lo tanto, se le recibe calurosamente y se procede a realizar lo siguiente:

1.- Permitirle lavarse la boca con una taza de solución astringente tibia y diluida. Se le pide que evite los movimientos exagerados y vigorosos al enjuagarse ya que puede desalojar la dentadura.

2.- Se pide al paciente retirar cualquier prótesis removable e inspeccionar los tejidos blandos buscando señales de trauma. ( III ) No es difícil detectar la zona que no se recortó suficientemente después de la extracción reciente. Es

te sitio se manifiesta por un aspecto típico de rojo fram--  
buesa. Se marca pintando alrededor un círculo con lápiz tin--  
ta, y la marca se transfiere a la superficie interna de la--  
prótesis mediante la presión de la misma en su lugar.

Después de transcurridas 48 horas, se examina nuevamente la  
prótesis por posibles extensiones excesivas de los bordes.--  
Durante el período posoperatorio es posible utilizar la ---  
trasbase para detectar áreas de presión de la base protéti--  
ca. ( I )

## Capítulo VI

### DESgaste SELECTIVO DE LA DENTADURA INMEDIATA

#### VI.1 Corrección de la Oclusión

Es factible corregir la oclusión después del período de 48 horas, porque entonces ya habrá desaparecido el edema casi por completo y frecuentemente se retira la prótesis sin demasiada molestia. Sin embargo, en determinados casos, es necesario posponer la corrección oclusal hasta pasadas las 2 semanas. La comodidad de la prótesis aumenta notablemente en cuanto se hayan corregido las imperfecciones de la oclusión.

El registro interoclusal de relación céntrica se toma en la misma forma que para las prótesis completas. Se coloca yeso de impresión en los premolares y molares inferiores y se le indica al paciente que lleve hacia atrás el maxilar inferior tanto como le sea posible y que cierre con los dientes de atrás. Se evita la palabra morder en este momento porque para los pacientes implica protusión. Antes del primer contacto de los dientes se detiene el cierre. Una vez fraguado el yeso, los registros interocclusales se marcan para su identificación, para así poder realizar el ajuste.

Si el antagonista de la prótesis inmediata es un arco de --- dientes naturales o una prótesis parcial inferior, se toma una impresión con alginato de todo el arco con la prótesis parcial colocada. La prótesis parcial se calza en la impresión, y se anulan los socavados con cera o con modelina. Se vacía un modelo de yeso piedra, este modelo se monta en el articulador mediante el registro interoclusal de relación céntrica, y se ajustan las trayectorias condilares mediante-

el registro interoclusal protusivo.

La oclusión se corrige en el articulador. ( I )

Es necesario ver al paciente a intervalos frecuentes durante el período de cicatrización para ajustar la oclusión según sea necesario, colocar rebases acondicionadores en la dentadura tan pronto como cierran los alveolos, y mantener al paciente funcionando lo mejor posible.

Las dentaduras de transición se usan un mínimo de doce semanas, aunque llegan a utilizarse durante períodos tan largos como cuatro o cinco meses. Para este tiempo se habrán tornado muy aparatosas debido a los rebases y ocurrirá un cambio de considerable magnitud dentro de la boca, por lo que el paciente se encontrará ansioso de que se le hagan las segundas dentaduras. Habitualmente cuando se comienza a hacer el segundo juego de dentaduras, la boca se encuentra en condiciones ideales. Los tejidos que cubren los rebordes residuales habrán cicatrizado, y permanece buen contorno y firmeza con los rebases terapéuticos. Se habrá conservado así mismo, la dimensión vertical y la función muscular del paciente, así como el soporte adecuado para los labios además de otros factores que afectan la apariencia. ( VI )

## C O N C L U S I O N

Lo que concluyo desde mi punto de vista, es que las dentaduras inmediatas son muy esenciales en pacientes que presenten enfermedad parodontal avanzada en los cuales los dientes presenten movilidad de tercer grado, y que, forzosamente tengan que ser extraídos en su totalidad. Son necesarias, pues el hecho, de que el paciente se tenga que quedar un lapso de -- tiempo desdentado, implica, desde tiempo que se llevará para la elaboración de la dentadura, hasta la incomodidad que sufre el paciente al verse de un momento a otro privado de sus dientes naturales.

La gran mayoría de los pacientes temen a este hecho ya que -- se truncan actividades de trabajo, sus reuniones sociales, -- se cohiben ante sus amistades, se abstienen de una alimentación adecuada, etc.

Gracias a este tipo de trabajo protésico que son las Dentaduras inmediatas, se ha podido evitar todo este tipo de res---tricciones y el paciente no se ve en la posibilidad de que--darse sin dientes, ya que desde el momento que se realizan -- las extracciones, al paciente se le coloca la dentadura que--va a sustituir a los dientes perdidos.

Son muy importantes ya que no únicamente un paciente de ma--yor edad las puede utilizar, sino también personas jóvenes -- que por alguna causa específica necesiten de dentaduras com--pletas.

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

- I.- BOUCHER, Hickey, Zarb, Prótesis para el Desdentado Total, Buenos Aires, Argentina, Primera Edición 1977, Editorial Mundi.
- II.- OSAWUA Deguchi José Y. Prostodoncia Total, México, D.F.- 1984, Quinta Edición 1984, Editora La Prensa.
- III.- WINKLER Sheldon, Prostodoncia Total, México, D.F. 1982, Primera Edición, Editorial Interamericana.
- IV.- SAIZAR Pedro, Prostodoncia total, Buenos Aires, Argentina 1972, Editorial Mundi.
- V.- SHARRY J, John, Prostodoncia Dental Completa, Barcelona, España, Mayo de 1977, Primera Reimpresión, Ediciones Torray, S.A.
- VI.- PAYNE S. Howard, Dentaduras de Transición, Capítulo 27
- VII.- QUIROZ Gutiérrez Fernando, Tratado de Anatomía Humana, México, D.F., 1959, Volumen I, Tercera Edición, Editorial Porrúa.