



67
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PROSTODONCIA TOTAL

T E S I S
Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
p r e s e n t a

EVANGELINA CASTILLO CADENA

Dirigida por: Dr. ANSELMO

APROBADA
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F. 1990



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

En la odontología, la protodoncia continúa ocupando un lugar preponderante dentro de las actividades del profesionista; y esto se debe a la magnitud de los tratamientos necesarios en los arcos dentarios, en comparación a cualquier otro tratamiento de otras especialidades.

En relación a la elaboración de dentaduras completas sobre sus aspectos teóricos, es sumamente vasta, esto es principalmente a las múltiples opiniones y distintos criterios a los cuales estamos expuestos. Consideramos que es un poco difícil poder extenderlas todas, y mucho más poner en ejercicio cada una de ellas en forma adecuada, de ahí que hallamos preferido describir con la mayor sencillez posible los conceptos en que basamos nuestro trabajo.

De ninguna manera ha sido nuestra pretensión abarcar, todos los detalles en la elaboración de dentaduras completas, más bien hemos querido concentrar nuestra labor en incluir solamente aquello que nosotros entendemos, y que ponemos en práctica todos los días en nuestra profesión. Hemos querido por todos los medios apearnos a la simplificación, en nuestras descripciones con el afán de hacer llegar un secuencia, que puesta en práctica, sea útil y no resulte difícil de comprender.

INDICE

- I. HISTORIA CLINICA
- II. IMPRESIONES PRIMARIAS O ANATOMICAS
- III. MODELOS DE ESTUDIOS
- IV. IMPRESIONES FISIOLÓGICAS
- V. PORTA IMPRESIONES INDIVIDUAL
- VI. MODELOS DE TRABAJO
- VII. DIMENSION VERTICAL Y RELACION CENTRICA
- VIII. MONTAJE EN EL ARTICULADOR
- IX. ENFILADO Y ARTICULADO DE LOS DIENTES ARTIFICIALES
- X. ENCLAVADO Y PROCESO

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA.

CAPITULO

HISTORIA CLINICA.

La historia clínica nos ayuda a establecer la relación entre el profesional y el paciente, no solo ayuda para el diagnóstico, sino que también tiene valores terapéuticos muy importantes. La entrevista es el medio que utiliza el dentista para conocer las dificultades o éxitos del paciente, actuales o pasados.

También es importante saber lo que el paciente puede hacer o no puede hacer, los elementos positivos que hay y los que no hay en su naturaleza o en su experiencia pasada.

Es de gran utilidad reconocer que cuando estamos con un paciente nos interesa saber de él tanto como sea posible: su personalidad, carácter, medio familiar, tipo de trabajo que desempeña, esposa, hijos, impulsos y aficiones.

Las relaciones médico-enfermo y la comprensión de los factores psicológicos y físicos, afectarán el grado de éxito o fracaso del paciente que lleve a prótesis.

El dentista deberá averiguar todo lo que pueda acerca de las circunstancias sociales y profesionales del paciente, así como su vitalidad, estado de salud mental, alimentación y sus condiciones orales. El paciente deberá hablar de su boca o de su problema y el dentista lo escuchará atentamente. Si el paciente refiere la historia con emoción o con exageración, es esotérica o lúgica, también debe considerarse el cabello, el color de ojos, textura, el peso, y la comparación de la edad que aparenta con la que realmente tiene. Cualquier desviación de lo normal se hará un examen más atento de la historia clínica y de la dieta; los análisis de sangre y de otras personas deberán hacerse cuando sea posible. Dentro del aspecto psicológico, Heise (1937), clasificó a los pacientes de acuerdo con la mentalidad que representan en:

- a) Mente Filosófica
- b) Mente Exigente
- c) Mente Histórica
- d) Mente Indiferente

También es importante de acuerdo al aspecto físico conocer la existencia de ciertas enfermedades que puedan afectar en la habilidad del paciente en llevar la dentadura, como diabetes, anemia y avitaminosis.

EXAMEN LOCAL

Es importante cada uno de los caracteres anatómicos, fisiológicos y patológicos de las áreas circundantes que de un modo u otro van a influir en la adaptación de la protodoncia total.

FACIAL

Examinar o no colapso facial en personas relativamente jóvenes, pérdida de altura facial, excesiva movilidad mandibular, prominencia del mentón, hundimiento del labio superior, ya que estos constituyen signos de probable atrofia avanzada.

TONO TISULAR

La tonosidad de los tejidos en sujetos de fuertes músculos, es más precisa que en sujetos de tejidos flácidos.

DOMINIO MUSCULAR

Las personas de escasos dominios musculares causadas por parálisis, semi parálisis, falta de sensibilidad, de sentido muscular o falta de voluntad, probablemente tendrán dificultades mayores al uso de la protodoncia.

EXAMEN BUCAL

La cavidad oral es una parte muy interesante del cuerpo humano, en ella se encuentran muchas clases de tejidos diferentes, desde los más duros (los dientes), hasta los más blandos (las glándulas salivales), de los cuales deben examinarse todas sus características anatómicas, fisiológicas y patológicas para afectar una terapia dental correcta y completa.

SALIVA

Es uno de los líquidos que se encuentran en el organismo humano, que tiene suma importancia para el dentista, y posee numerosas funciones químicas y mecánicas y es un parámetro muy sensible de ciertas funciones del cuerpo, tiene variadas propiedades como lo son la cantidad, la solubilidad, capacidad de pulimentar y viscosidad, este fluido oral proporciona adherencia a la prótesis completa, y al mismo tiempo protege la fricción entre la dentadura y la mucosa.

MUSCULATURA

Está directamente implicada en varias fases importantes del tratamiento de protodoncia total, la más importante es la acción de los músculos como principales motores de la mandíbula y como facilitadores de la oclusión repetida de los dientes que intervienen activamente en la amestricación, defusión y conservación. Ejercen una influencia directa e indirecta sobre las extensiones periféricas, forma y grosor de las bases de la dentadura, posiciones horizontal y vertical de los dientes y el aspecto de la cara.

HUESO

Es sumamente importante para el dentista, el éxito de la prótesis,

depende particularmente del grado de la estabilidad que el hueso fundamentalmente pueda mantener, el tiempo de duración de dentaduras nuevas puede ser relativamente largo, si por el contrario los rebordes o procesos se reabsorben rápidamente. Las dentaduras pueden ser reemplazadas pronto. Las personas mayores son más propensas a sufrir reabsorción del reborde alveolar, que las personas jóvenes, esto puede ir ahunado a problemas hormonales y de vitaminas.

MOVIMIENTOS MANDIBULARES

Estos movimientos son complejos y variados, es importante aprender tanto como sea posible de ellos, con el fin de reproducir los movimientos considerados necesarios para el funcionamiento correcto de la oclusión.

Considerando los movimientos mandibulares y habituales bordenates movimientos de abrir y cerrar, movimientos protusivos y laterales reconociendo posiciones o sitios de paro a lo largo de estos movimientos.

FONETICA

Parte de la articulación del lenguaje, se efectúa dentro de la cavidad oral, por lo que cualquier alteración de las estructuras en el interior, afectará el lenguaje, por lo tanto el odontólogo deberá familiarizarse con la articulación del lenguaje dentro de la cavidad oral, para poder pronosticar los procedimientos terapéuticos del lenguaje. La mala colocación de un diente puede ser un obstáculo para el lenguaje y las prótesis mayores contruidas, sin tener en cuenta la articulación del lenguaje, impedirán el habla, hasta que se aprenda una forma adecuada de articular, la rehabilitación del lenguaje para el paciente desdentado se convierte en un trabajo pesado para el prosiodontista.

LENQUA

Constituye el principal articulador del lenguaje y, aprender la posición que ha de ocupar para emitir un sonido determinado, constituye la clave para poder hablar. El dorso de la lengua se divide en una porción posterior, que se aproxima al paladar blando, y una porción interior que se aproxima al paladar duro. Los lados se denominan borde de la lengua, y el extremo anterior se llama punto o vertice lingual.

MUCOSA

La membrana mucosa se diferencia de la piel exterior por su lecho calloso más grueso. Sin embargo, es necesario en un paciente desdentado colocar los tejidos de la mucosa bajo la presión de placas de base y flexibles pero aún así no es difícil encontrarse gran incidencia de lesiones cuando se empieza a llevar prótesis total, muy a menudo pueden producirse verdaderos cambios histopatológicos en la mucosa aunque su apariencia continúa siendo normal. También se conoce que tomando unas buenas impresiones y una articulación bien equilibradas evita, generalmente, las

irritaciones de la boca.

BOVEDA PLATINA

Presenta una consistencia muy dura en su porción central donde aveces es muy prominente a lo largo de la línea media formando el Torus Palatinus, que éste a su vez por su tamaño, llega a influir en la adaptación de la prótesis total.

EXAMEN RADIOLOGICO

Este estudio revelará restos radiculares, dientes incluidos, quistes focus de osteitis y cuerpos no identificables. Como todo diente o foco incluido es un fuerte potencial de molestias, reacciones y dolores directos y neurálgicos, el examen radiológico se hace indispensable frente a cada caso de sufrimiento, pese a la desalentación que puede ser real o aparente.

IMPRESIONES PRIMARIAS Y ANATOMICAS

Impresión anatómica o preliminar, es aquella con la cual se inicia la etapa clínica del registro de impresiones, con los tejidos bucales en posición pasiva o estática. Estas deben registrar la mayor superficie disponible, sin limitar o restringir el movimiento del músculo, de la cual debemos obtener nitidez, amplitud y fidelidad para lograr la adaptación periférica.

IMPRESION ANATOMICA SUPERIOR

El portaimpresión debe abarcar la endadura pteriomaxilar en la parte de atrás y un espacio de 2 a 4 mm anteriormente y la misma medida entre la superficie de la mucosa y el portaimpresión. Una vez adaptado, se prepara el material de impresión.

1)- Se mezcla el alginato con el agua en proporciones equivalentes ambos para obtener una consistencia homogénea.

2)- Se lleva a la boca del paciente indicando respirar por la nariz, aplicamos una porción controlada hacia arriba y atrás sobre el portaimpresión. Una vez adaptada pasamos al tercer paso.

3)- Indicamos al paciente que pronuncie varias veces la palabra ah y se provoca la acción al paladar blando y nos transfiere la posición de la línea de vibración sobre el material.

4)- Una vez fraguado el material se retira de la boca del paciente.

5)- Debe registrar todas las zonas protésicas y estructuras anatómicas del nivel muscular:

a)- Reborde residual.

b)- Paladas: debe cubrir todo el paladar blando incluyendo línea brátil.

c)- Extensión vestibulobucal: debe alcanzar la profundidad del fondo de saco, incluyendo la tuberosidad del maxilar.

e)- Extensión vestibulolabial: debe alcanzar la profundidad del fondo del saco, incluyendo las posiciones de los frenillos bucales y el frenillo labial superior.

IMPRESION ANATOMICA INFERIOR

Al igual que el portaimpresión superior, el inferior deberá adaptarse correctamente a los bordes del proceso inferior. Debe abarcar desde el vestibulo labial inferior hasta la zona

retromolar, en fondo de saco deben quedar libre las inserciones musculares.

1- Se calienta la modelina a una temperatura de 70 grados centígrados amasándola y colocándola a todo la largo del portaimpresión: Provocando un surco a lo que correspondería todo el proceso residual.

2- Se flambea la superficie de la modelina rápidamente con un mechero, se pasa nuevamente por el agua caliente para templar la superficie y se lleva a la boca.

3- Se le indica al paciente que cierre ligeramente la boca y eleve la lengua; debe aceptarse firmemente el portaimpresión con un movimiento hacia abajo.

4- Indicamos al paciente saque y proyecte la lengua hacia afuera.

5- Retiramos cuidadosamente el portaimpresión para evitar lastimar al paciente.

DEBENOS REGISTRAR

a- Regiones retromolares: deben ser totalmente registradas, incluyendo la papila piriforme.

b- Profundidad del piso a la boca; líneas milimétricas y anteriormente el frenillo lingual.

c- Extensión del vestibulo bucal; incluyendo líneas oblicuas externas.

d- Extensión del vestibulo labial; profundidad del fondo de saco, posición de frenillos bucales y frenillo labial superior.

Registradas todas las zonas protéticas y estructuras anatómicas maxilar y mandibula, procedemos al vaciado con yeso piedra.

CAPITULO III.

MODELOS DE ESTUDIO

Las impresiones anatómicas registradas correctamente con alginato o modelina deben vaciarse lo más pronto posible después de su retiro de la boca, con una mezcla gruesa de yeso paris.

MODELO SUPERIOR DEL ESTUDIO

a) Preparación.- Se mezcla el yeso con la siguiente porción: 1 de agua para 3 de yeso (en volumen); la cual facilita posteriormente hacer los posibles retoques y recorte del modelo.

Eligiendo el tamaño adecuado de la taza de hule, espátula para yeso; se pone el agua en la taza y se añade el polvo de yeso poco a poco, espolvoreándolo, hasta que aflora por toda la superficie sin exceso del yeso seco.

Se revuelve hasta que toda la mezcla quede pareja y sin grumos. Golpeando y vibrando la taza de hule sobre la mesa de trabajo se verá aflorar y romperse una cantidad de burbujas.

b- Vaciado.- Se inicia el vaciado colocando una pequeña porción de mezcla en el centro del paladar. Empujando el portaimpresión con la mano que no tiene espátula, se golpea la mano contra la mesa y se aplica el portaimpresión sobre el vibrador; el yeso escurre hacia las partes de mayor declive.

Se agrega más yeso sobre el anterior, repitiendo el vibrado. Inclinado el portaimpresión, el yeso deberá correr hacia las partes aún libres de él, ayudándolo con la espátula, hasta que se cubra totalmente la impresión con yeso bien unido.

c- Zócalo.- El yeso sobrante se deposita en una lámina de cristal o azulejo. En tanto el yeso no adquiere la consistencia adecuada, no se le puede levantar sobre la impresión ni invertirlo. Se orienta el portaimpresión de manera que su base quede paralela a la mesa, y el zócalo del modelo de 1.5 a 2 cm de alto.

El yeso deberá fraguar durante una hora, con esto se logrará la recuperación del modelo sin dificultad.

d- Recorte del modelo.- Puede hacerse con el cuchillo para yeso pero es preferible utilizar una recortadora mecánica, para hacerlo con suavidad y exactitud.

El recorte de los modelos preliminares de maxilares desdentados se hace habitualmente redondeando por delante y a los lados, siguiendo la parte más profunda de la impresión vestibular. La parte de atrás y la base del zócalo es plana, dándole al zócalo 2 cm de altura.

MODELO INFERIOR DE ESTUDIO

Los procedimientos son los mismos, en este caso se mencionan las diferencias a considerar para la obtención del modelo inferior de estudio, utilizando la modelina.

Preparación.- Se delimita el espacio lingual de la impresión

inferior mediante un trozo de cera negra o cera rosa para encajonar.

Fraquado Posterior.- Fraquado el yeso se recupera el modelo sumergiéndolo en agua caliente a 65 grados centígrados durante cinco minutos; sobrepasado esta temperatura la moldina puede fundirse y adherirse al modelo.

CAPITULO IV.

PORTA IMPRESION INDIVIDUAL

Independientemente de que como se hagan las cubetas o portaimpresión individual, es necesario tener presente que las impresiones primarias pueden haber producido un a excesiva deformación de los tejidos. Una cubeta sobre extendida requerida después considerable desgaste al probarla en la boca, por lo tanto el diseño de la futura cubeta debe ser marcada en el modelo hay varios repartos anatómicos que facilitan el trazo del diseño, que en otras zonas este se hace en forma más arbitraria, principalmente al extender la cubeta hacia el surco labial y bucal. El objetivo es preparar una cubeta que en la boca lleque periféricamente un milímetro antes de la línea de repliegue de la mucosa cuando los tejidos están en reposo. En consecuencia, se elige u punto donde la mucosa comience a repliegar hacia el surco es el llamado punto de repliegue en los tejidos.

El material de elección para la elaboración de las cubetas es el acrílico, material de fácil manipulación que se presenta en dos opciones en el acrílico de autopolimerización que se usa para técnica manual y el acrílico de termopolimerización, que es usado en técnica de empujado. Existen dos técnicas manuales: Técnica de adaptación por espolvoreado y Técnica de adaptación por masa.

TECNICA DE ESPOLVOREADO

Una vez realizado el diseño de la cubeta en el modelo con lápiz se aplicará al modelo de estudio un separador de yeso o acrílico en todas las superficies y así evitar problemas posteriores al querer retirar la cubeta del modelo.

Dispuestos con los frascos y embudos empezando a espolvorear monomero y polimero en pequeñas porciones hasta alcanzar a cubrir toda la superficie y obtener un grosor de dos milímetros aproximadamente antes que polimerice al acrílico se hace un recorte del borde periférico delimitandolo dos milímetros por arriba de la línea de diseño; en el paladar liberar la región de la fábula palatina y liberar la zona de frenillos.

Se elabora un mango o aza del mismo material así que se coloca en la parte anterior del proceso ya sea superior o inferior, eso es con el fin de facilitar un transporte a la boca del paciente.

TECNICA DE ADAPTACION MANUAL POR MASA

1. Diseñar con lápiz el contorno periférico siguiendo el fondo del saco vestibular, la escotadura anular y la línea vibrátil del paladar en el proceso superior.

2- Se coloca separador de yeso acrílico al modelo y enseguida se coloca asbesto húmedo a dos milímetros de espesor cubriendo todo el proceso hasta dos milímetros antes de la línea del contorno periférico.

3- En un embase de vidrio se mezcla el polvo y líquido del acrílico en porciones de 25 cc de polimero (polvo) a 5 cc de

monomero (entre líquido) se amasa con las manos húmedas y se le da la forma de pelota, se coloca esta entre dos cristales protegidos por hojas de celofán húmedo y se prensa la masa hasta obtener una lámina uniforme de dos milímetros de espesor aproximadamente.

4- Se transporta la lámina de acrílico al modelo y se adapta sin presionar fuertemente se recortan los excesos con bisturí cuidadosamente cuidando pasar por los límites periféricos diseñados con el modelo. Una vez polimerizado el portaimpresión o cubeta individual se recorta el modelo, se recorta el exceso y se pulen las superficies externas con piedra pomex, las condiciones que pueden reunir los portaimpresiones o cubetas individuales son:

1.- Perfecta adaptación entre su superficie del asiento y mantenimiento de una superficie uniforme con la del modelo de estudio.

2.- Rigidez suficiente para eliminar toda posibilidad de deformación elástica.

3.- Formas inalterables frente a cambios de temperatura que originan las condiciones de trabajo.

4.- Resistencia suficiente para que puedan elaborarse impresiones fisiológicas sin riesgo de fracturas y deformaciones.

RECTIFICACION DE BORDES DE MAXILAR SUPERIOR

El paciente debe realizar movimientos de succión sobre las carrillos para hacer el recorte muscular sobre la modelina plastificada en los flancos posteriores. Movimientos de silbar y hechar el labio superior hacia abajo después de plastificar la modelina del borde anterior nos determina su límite el fondo del saco de vestibulo bucal se obtiene haciendo que el paciente chupe el dedo índice del operador por lo cual la modelina sufre por la acción de músculos del carrilla después indica al paciente que abra grande la boca con lo cual se logra que la mucosa baje y determine el fondo de saco o altura de vestibulo bucal. Para definir el ancho del borde, se hace que el paciente con la boca menos abierta efectúe movimientos laterales de la mandíbula.

INSERCCION DEL FRENILLO BUCAL

Se indica al paciente que pronuncie varias veces la letra "E" y lleve la comisura de los labios hacia atrás y hacia adelante como al sonreír borde posterior del paladar. Colocar la modelina en la parte posterior del paladar con un grosor de dos a cinco milímetros de ancho. Marcar los movimientos del paladar blando para señalar la línea de vibración que servirá como límite posterior de la dentadura y que son: Posición normal en descanso, que baja al yiratar de expulsar el aire con la nariz y que sube al pronunciar la letra "A".

RECTIFICACION DE BORDES DE LA MANDIBULA

Vestíbulo bucal.- Se obtiene colocando la modelina en la cubeta de acrílico pidiendo al paciente que baje la modelina con la punta de la lengua, o colocando nuestros dedos índices y medio sobre la superficie de la cubeta, que el paciente trate de moldearlos ejerciendo la acción de los músculos masticatorios.

Contorno y profundidad de fondo de saco.- Indicar al paciente que abra grande la boca para lograr que suba la mucosa del carillo con lo cual se obtiene inserción del frenillo bucal, vestibulo labial y frenillo labial.- El paciente lleva varias veces el labio inferior hacia arriba que proyecte el labio hacia atrás dirigiéndolo hacia dentro de la boca.

Borde lingual posterior.- Su obtención se logra cuando el paciente repite varias veces el movimiento de deglución con lo que se logra que se eleve el piso de la boca afluenciada principalmente por la contracción del músculo milohioideo.

Borde lingual anterior.- Repetir varias veces el movimiento lateral de la lengua sobre el labio inferior y tocándose con la lengua la comisura de los labios.

CAPITULO V.

IMPRESIONES FISIOLÓGICAS

Las impresiones fisiológicas se efectúan bajo la acción muscular para obtener una réplica altamente funcional de las condiciones anatómicas que deberán llevar los modelos definitivos y por consiguiente la prótesis que elabora y así haya un mejor ajuste y adaptabilidad en el paciente.

Se dispone de muchos materiales para la toma adecuada de impresiones fisiológicas o definitivas; dentro de éstos materiales se han utilizado yeso paris, pastas zinquenólícas, hidrocoloide irreversible, mercaptano y silicona.

Ventajas.- La pasta zinquenológica reproduce exactamente los detalles y no requiere medio separador.

Desventajas.- No observa la secreción mucosa que se produce en el paladar, y éstas dan lugar a efectos en la porción palatina de la impresión, así mismo este material pierde humedad y por consiguiente cambia de tamaño con tal rapidez que se requiere del vaciado inmediato o la reproducción no será exacta.

Compuesto Zinquenólíco.- Se pueden suministrar bajo la forma de un polvo, que contiene el óxido de zinc, y un líquido cuyo principal componente es el eugenol, sin embargo la mayor parte de los compuestos comerciales se proveen en forma de pastas envasadas en dos tubos, uno contiene el componente activo (óxido de zinc), mientras que el otro contiene el eugenol. Ambas pastas se mezclan, en porciones adecuadas y se extienden sobre la impresión que ha servido como base.

La mezcla de las dos pastas, por lo general se realiza sobre un papel impermeable al aceite, pero también puede hacerse sobre una lozeta de vidrio, en éstas se extienden las pastas de cada tubo en partes iguales y se mezclan utilizando una espátula flexible de acero inoxidable, los rodillos se juntan con el primer barrido de la espátula y se mezclan durante un minuto más o menos, hasta obtener un color uniforme. La mezcla se esparce sobre una impresión preliminar y la cubeta se transporta a la boca de manera usual. La impresión debe mantenerse firmemente en posición hasta que el material haya endurecido por completo, cualquier perturbación que en ese momento se produzca en la impresión ocasiona distorsión. Solo cuando el material haya endurecido completamente se debe retirar la impresión de la boca.

Impresión Superior Fisiológica.- Es necesario que los tejidos bucales estén sanos y descansados previa de la toma de la impresión.

No se puede tomar una impresión fisiológica a menos que la cubeta se ubique en posición adecuada en la boca, por ello se deberá practicar varias veces el llevar la cubeta a la boca antes de proceder con la impresión; durante el procedimiento de práctica la cubeta se centra al llevarla a su posición sobre el resorte residual superior observando el frenillo central en relación con la escotadura vestibular.

Cuando el frenillo está a uno o dos milímetros de su ubicación en

la escotadura, los índices de que cada mano se trasladan hacia la región del primer molar y mediante presión alternativa se introduce la cubeta hacia arriba sin desplazar el extremo anterior hacia abajo, hasta que el sellado palatino posterior de la cubeta ajuste adecuadamente en los surcos humerales y a brevés del paladar el material de impresión (pasta zincfosfórica) se distribuye uniformemente dentro de la cubeta quedando todos los bordes cubiertos, se deje que chorree el exceso del material de impresión sobre el borde posterior de la cubeta y se coloca una pequeña cantidad suplementaria de impresión en el centro del paladar de la cubeta para evitar que queden atrapadas burbujas de aire en ésta parte.

Impresión inferior definitiva.- Al igual que en la impresión superior es necesario que los tejidos bucales estén sanos y descansados previa la toma de impresión, se efectúan las mismas recomendaciones que en la impresión superior, para una buena colocación de la cubeta en la boca durante la impresión, durante el procedimiento se lleva a la boca la cubeta definitiva inferior y mediante el mango o asa anterior se centra sobre el reborde inferior se ubican alternativamente las emisiones retromilohioides más allá de la cresta del reborde puede ser necesario al iniciar éste proceso, mover un tanto posteriormente la cubeta en la boca más allá de su posición correcta, luego se mueve hacia adelante la cubeta se centra y se profundiza hacia su posición definitiva, se colocan los dedos índices sobre los mangos posteriores y mediante presión suave y alternada de los dedos se profundiza la cubeta hasta que los francos vestibulares hagan contacto con la mucosa que tapiza la repisa vestibular, se mantiene inmóvil la cubeta únicamente con la presión necesaria para mantenerla en esa posición, se le indica al paciente que abra ampliamente la boca y que coloque la punta de la lengua bajo el labio superior, el movimiento de apertura producirá el modelado de borde mediante los labios y las mejillas de los francos vestibulares y la acción de la lengua hará que el piso de la boca modele el franco lingual para completar el modelado de bordes se levantan las comisuras bucales con los pulgares y se les mueve hacia atrás y hacia delante en la región del frenillo lateral, el material de impresión (pasta zincfosfórica) se distribuye uniformemente dentro de la cubeta, todos los bordes deben estar cubiertos antes de introducir la cubeta a la boca.

CAPITULO VI.

MODELOS DE TRABAJO

Después de haber tomado las precauciones necesarias para lograr un borde correcto con la impresión fisiológica, es de primordial importancia reproducir este borde en la prótesis terminada, para lo cual el modelo debe conservar la profundidad y el ancho del zurco y la forma de lograrlo es "encajonar" la impresión, evitando así el recorte tedioso del yeso piedra.

ENCAJONADO O ENCUFRADO DE LAS IMPRESIONES

Se coloca una hoja cera alrededor de las impresiones facilitando así el vaciado de los modelos y darles así la forma adecuada. Este procedimiento se denomina "Encofrado de la impresión".

Para elaborar este método se fija una tira de cera en todo el contorno externo de la impresión a 1 ó 2 milímetros, por debajo del borde y se adhiera con una espátula tibia.

El espacio lingual de la impresión se rellena mediante la adaptación de una lámina de cera rosa la cara superior de la cera del encofrado. Es importante no deformar, ni con el relleno de la cera rosa ni con la cera del encofrado los bordes linguales de la impresión. El relleno de la cera rosa debe estar exactamente por debajo del borde lingual. Las paredes verticales del encofrado se pueden hacer con cera de encofrado especial o con cera de hoja rosa. Esta cera de encofrado se sujeta alrededor del rodete de protección en forma tal que no altere los bordes de la impresión. Se extenderá en unos 3 cm, por sobre la impresión de modo que la base del modelo en su parte más fina sea de ese espesor. La hoja de cera de encofrado se fundirá al rodete de protección para evitar escurrimiento del yeso piedra al vertirlo en la impresión. El sellado adecuado entre la impresión fisiológica y se deja que penetre bien, después se cubre en el agua la impresión hasta eliminar todo el aire y el exceso del medio separador. Se mezcla yeso piedra efectuando espátulados suficientes, y se vierte lo suficiente dentro e la impresión encofrada, de modo que la base del modelo tenga unos 3 cm de espesor. Antes de separar el modelo se dejará que el yeso frague 30 min.

Una vez separada la impresión del modelo, se retorcan los bordes de éste para dejar una extensión menor en la parte anterior. Se le dará una forma tal al modelo que siga la conformación de los bordes de la impresión y al mismo tiempo sea accesible para la adaptación de los materiales con los que se confeccionarán los rodetes de conclusión.

CAPITULO VIII

BASE DE REGISTRO CON RODILLO DE CERA

Las bases de registro son definidas como una base temporal que representa a la base de la dentadura, la cual es usada para la obtención de los registros de las relaciones maxilomandibulares y para el alineamiento de los dientes.

Las bases de registro deben cumplir con las siguientes características:

1- Al ajustar con el modelo igual que en la boca, como condición para que el traslado al articulador sea exacto.

2- Tener la misma extensión y grosor que la base protésica, para apreciar el desplazamiento y modelado de los tejidos, punto importante en la restauración estética.

3- Ser resistente para no sufrir deformaciones permanentes durante los registros.

4- Ser rígidas para no sufrir deformaciones elásticas en los trabajos.

5- No penetrar en los escavados retentivos del modelo para poder separarse de éste y volver así con facilidad y exactitud.

6- Ser fáciles de modificar en el consultorio, para adaptarlas en las necesidades del caso individual.

7- Ser capaces de servir como base de prueba de los dientes artificiales.

8- No tener mal gusto, ni oler, ni ser lesivas.

9- Ser económicas y fáciles de construir sin perjudicar al modelo.

Las bases de registro pueden ser construidas de diferentes materiales.

a-Placas a base Caraff

tal vez el material que más comúnmente se usó fue éste, pues podía obtenerse comercialmente con la forma de arcos mandibular y maxilar. Estas formas se calentaban a la flama hasta obtener un estado moldeable y así se adaptaban a los modelos de yeso con los dedos.

Las placas base de caraff tenían la ventaja de tener poco costo, tener un grosor uniforme y ser rígidas. Sus desventajas eran que el color no era el mismo de la encía, eran frágiles y se rompían fácilmente, era muy difícil recortarlas y dejar los bordes lisos y con las siguientes aplicaciones de calor se provoca una desadaptación. Actualmente han dejado de usarse por tales motivos.

b-Cera

Las ventajas de la base de registro de cera son: el color es aproximadamente el mismo que de la mucosa, el costo no es alto y su espesor no es problema al momento de articular los dientes. Las desventajas son que tienen rigidez y la estabilidad dimensional puede alterarse.

c-Metal

Se han recomendado las bases de registro metálico por las siguientes ventajas: se adaptan a los tejidos más exactamente, menor posibilidad de cambios dimensionales, mayor peso a favor de la dentadura inferior y mayor conductibilidad térmica sobre el paladar de la dentadura superior.

d-Resinas acrílicas

En años recientes, las resinas acrílicas han llegado a ser el material preferido para la construcción de las bases de registro. Esto es debido a la gran variedad de resinas acrílicas y a los muchos métodos de adaptación de las mismas a los modelos de trabajo.

En este caso para la elaboración de la base de registro se utilizará la técnica de goteo o espolvoreado.

RODILLO DE OCLUSIÓN

Estos se definen como superficies de oclusión construida sobre placas base temporales o permanentes, con el propósito de obtener los registros de las relaciones intermaxilares y para la articulación de los dientes.

Se colocan las bases de registro y forman parte activa de las mismas.

Los objetivos de los rodillos de oclusión son:

1- Determinar la dirección del plano de orientación o de relación maxilomandibular.

2- Realizar registros intermaxilares de diagnóstico o definitivos y valorar el aspecto libre.

3- Establecer la forma del contorno vestibular y lingual relacionada al sistema labios, carillo, lengua.

4- Colocar estéticamente y funcionalmente los dientes artificiales.

Características

1- Deben poder cortarse, tallarse, desgastarse y plastificarse fácilmente para adecuar su forma a las necesidades del caso.

2- Ser susceptibles de agregarles materiales sin dificultad, por igual razón.

3- Ser suficientemente resistentes para conservar la forma adquirida y para, eventualmente, sostener instrumentos de registro arcos faciales registradores, gráficos.

Los rodillos de oclusión generalmente se fabrican con algún tipo de cera o modelina, siendo la cera el material más comúnmente usado.

Los rodillos de oclusión, tanto superior como inferior, deberán tener una forma definida. La parte labial del canino a canino deberá tener una inclinación hacia el labial, de la inserción muscular al borde incisal para darle un soporte adecuado al labio. Las superficies bucal y lingual por atrás de los caninos deberán tener una inclinación hacia la superficie oclusal.

Los rodillos de oclusión deben tener las siguientes dimensiones: el rodillo superior debe medir aproximadamente 24 mm en la región anterior desde el área más profunda de la inserción muscular, hasta el borde incisal y aproximadamente 21 mm en el área del primer molar. El rodillo inferior deberá medir aproximadamente 20 mm tanto en la región anterior como en la posterior hasta la papila piriforme. La superficie oclusal de los rodillos deberán ser de 8 mm en la región posterior, y de 6 mm en la región anterior.

ELABORACION

Se utilizan conformadores para rodillos previamente envasados se derrite la lámina de cera rosa y se vierte llenando el espacio externo del conformador. Al endurecerse el material, se recortan los excedentes y se procede a separar las mitades del conformador para obtener el rodillo de cera rosa.

Se coloca y se adhiere el rodillo de oclusión sobre la superficie de la base relacion, dando la forma aproximada como estarían los dientes naturales si ocuparan su lugar aumentando o disminuyendo cera rosa en sus contornos vestibular, palatino y lingual.

Las formas y medidas que ofrece un conformador son arbitrarias, por lo tanto, en la práctica deberán orientarse individualmente con las referencias anatómicas de cada caso en particular, durante el registro de las relaciones verticales maxilo/mandibular.

LÍNEAS Y PLANOS DE REFERENCIA

En prostopodancia se consideran las líneas y planos de referencia anatómica como principios básicos para rehabilitar las distancias y aspectos fisiológicas del desdentado.

Línea hipupilar Es una línea de referencia horizontal para la cara, vista de frente la cual une el centro de las pupilas.

Línea de las cejas y de la base nasal Son también líneas horizontales con las cuales tienen relación de carácter estético las superficies oclusales de los dientes en especial los bordes de los anteriores.

Línea Auriculo-Occipital Es una referencia anteroposterior que va del ángulo externo del ojo a la parte media del tragus; se usa para localizar arbitrariamente el eje intercondilar.

Plano de Frankfort Pasa por los bordes superiores de los conductos auditivos externos (punto porium) y por los bordes inferiores de las órbitas (punto infrorbitario). Este plano se usa como referencia aproximada de una técnica para la transferencia de las relaciones intermaxilares al articular con el uso del arco facial y, en muchos casos, angulaciones medias en sentido vertical, como son las trayectorias sagitales del condilo.

Plano bicondileo-suborbitario Es un plano próximo al de Frankfort y se utiliza para la transferencia con el arco facial estático.

Plano de oclusión Es el más importante para cualquier restauración. Con referencia a la protodoncia total, este concepto se establece con la oclusión balanceada bilateral, cuando existe una relación de contacto entre las caras oclusales de los dientes posteriores (a cada lado de la línea media) y anteriores, durante los movimientos excéntricos de la mandíbula.

La oclusión balanceada bilateral difiere de la oclusión natural y adquiere características que se explican por las mismas condiciones morfológicas estructurales que están presentes en la patología de la edentación.

Obtención del plano de oclusión

El plano de oclusión está formado en una dentición natural, por las líneas imaginarias que unen los bordes incisales de los incisivos inferiores con las cúspides distobucuales de los dientes más posteriores de ambos lados de la arcada. En protodoncia total se deberá construir dicho plano.

Muchos dentistas utilizan una técnica en la cual el plano de oclusión es establecido en el rodillo superior. La longitud del labio superior sirve como guía en la parte anterior (2 mm más largo). La parte posterior se orienta paralela a la línea a la tragus, marcando una línea del borde inferior del ala de la nariz al borde superior al tragus de la oreja. Después se coloca la platina de Fox para ver del labio, dicho paralelismo; a la vez se observaque el plano inicial sea paralelo a la línea bipupilar. Luego el rodillo inferior es recortado de manera que contacte toda su superficie con el rodillo superior. Este procedimiento es adecuado para muchos pacientes y generalmente se obtienen dentaduras funcionales. Pero definitivamente este procedimiento no puede considerarse aplicante a todos los pacientes.

Los trabajos de Fish y Wright han servido de guía para la determinación de una manera diferente del plano de oclusión. El procedimiento es el siguiente:

1- Diferencia del método anterior, el rodillo inferior se orienta primero. Se hace una señal a nivel de los ángulos o comisuras de la boca en el rodillo inferior, esto indicará la altura inicial del rodillo. Después se retira el rodillo de la boca del paciente.

2- Se hace otra señal con lápiz sobre el modelo de trabajo aproximadamente en la unión del tercio medio con el tercio superior de la papila piriforme. Se coloca la placa base sobre el modelo de yeso y se transfiere la marca sobre el rodillo de cera, quedando en este momento, establecida la altura del plano de oclusión. Se reduce el rodillo de cera de acuerdo a estas marcas con un cuchillo o espátula caliente. La altura del rodillo es la parte anterior será dada automáticamente. Para comprobar si la altura del plano de oclusión se tomó correctamente, se hará de la siguiente manera: se observa la relación del rodillo con los bordes laterales de la lengua. Con la lengua en descanso, la altura del plano de oclusión deberá estar de 1 a 2 mm por debajo de la mayor convexidad de los bordes laterales de la lengua.

3- Si el plano de oclusión obtenido ha sido satisfactorio, se pone la placa base superior dentro de la boca del paciente y se le indica que cierre hasta que ambos rodillos contacten. Se conforma el rodillo superior en su superficie oclusal hasta que contacte en toda su extensión con el rodillo inferior y se podrá comenzar a determinar la dimensión vertical del paciente.

DIMENSION VERTICAL Y RELACION CENTRICA

La dimensión vertical es una medida vertical de la cara entre dos puntos seleccionados arbitrariamente, uno arriba y otro abajo de la boca, casi siempre a nivel de la línea media.

El propósito de la dimensión es determinar la posición de los maxilares que tenían antes de la pérdida de los dientes en el plano vertical.

Hasta hoy no se conoce un método científico exacto para determinar una correcta dimensión vertical. Se han desarrollado diferentes métodos que si el operador sabe uno mas, casi siempre podrá obtener una dimensión vertical aceptable.

a- *Medidas faciales* El método de Willis dice que para restaurar el contorno correcto de la cara con dentaduras, la mordida deberá abrirse hasta que la distancia media de la base de la nariz al margen inferior de la mandíbula sea igual a la distancia de la pupila del ojo a la línea horizontal que separa a los labios.

b- *Posición fisiológica de reposo* Se basa en el hecho de que tenemos dos tipos de dimensión vertical, una de reposo y otra de oclusión.

La dimensión vertical de reposo es la medida vertical entre los dos maxilares que hay cuando la mandíbula está en posición fisiológica de reposo. La dimensión vertical de oclusión es la medida vertical de la cara cuando los dientes están en contacto oclusal. La diferencia entre los dos es el llamado espacio libre o distancia interoclusal. El espacio libre entre los dientes incisivos es de 1.8 a 2 mm generalmente.

El método de la posición fisiológica de reposo y su espacio libre pueden usarse como un punto de partida para ayudar a la determinación de una dimensión final de la dimensión vertical.

c- *Deglución* La función fisiológica de la deglución se usa como un método para la determinación de la dimensión vertical. Y se basa en que cuando el bolo alimenticio o la saliva con deglutidos los dientes entran en contacto en una dimensión vertical, o sea, de oclusión normal.

Shanahan sugiere que en protodoncia total, los rodillos de oclusión se elaboran de la manera común y se obtenga la dimensión vertical tentativa, basada en la posición de reposo de la mandíbula y con espacio libre de 2 a 3 mm. Se coloca cera blanda en las áreas anteriores y región de los premolares y se le pide al paciente que tome agua varias veces, de esta forma el operador ha determinado una dimensión vertical fisiológica. Sin embargo, señala el autor, al aumentar la edad, la musculatura degenera y es reflejos se hacen más lentos.

d- *Propiocepción* Se basa en la habilidad propioceptiva del paciente, este puede sentir de una manera instata cuando los maxilares se encuentran en la posición que asumen la oclusión de los dientes naturales.

e-Biometer Indica que los modelos son capaces de ejercer una fuerza máxima en la posición de la mandíbula cuando los dientes contactan primero en oclusión céntrica. El Biometer mide las fuerzas de las mordidas y de las cuales la dimensión vertical de oclusión puede ser determinada. Este método es inexacto debido a que el dolor que experimenta el paciente durante la prueba puede alterar la lectura.

f- *Procesos paralelos* Con este método se montan los modelos con los procesos residuales paralelos uno con otro. Esto fue sugerido debido a que los procesos son paralelos en la oclusión de los dientes naturales.

g- *Fonética* Se basa en durante la pronunciación de letras y palabras, los dientes naturales superiores e inferiores tienen una relación específica unos con otros y si ésta puede ser reproducida con los rodillos de oclusión durante la prueba de las dentaduras, se establecerá la dimensión vertical con exactitud.

Meyer Silverman le dió el término de "el espacio más cerrado del habla" a la posición funcional dinámica de movimientos. Sugirió que los rodillos de oclusión pueden ser construidos con una medida y forma bastante aproximada a la de los dientes deseados. Se pide al paciente que hable o lea rápidamente usando varias veces el sonido S, o contando del 40 al 49 rápidamente. Si los rodillos de oclusión tocan, la dimensión vertical es excesiva y los rodillos deben reducirse hasta que durante la pronunciación de los sonidos silábicos se forme el espacio más cerrado del habla.

PROCEDIMIENTO CLINICO PARA LA OBTENCION VERTICAL

1- Reducir el rodillo superior hasta que los labios del paciente toquen normalmente en posición de reposo; a este rodillo se le dará inclinación labial para que el paciente se vea estéticamente agradable.

2- Para verificar la dimensión vertical de oclusión preliminar se usará dos o más de los siguientes métodos:

a- Cuando la mandíbula esté en posición de reposo se separan cuidadosamente los labios. En esta posición debe haber una distancia interoclusal mínima de 2 mm entre los rodillos de la región de las premolares.

b- Se coloca un triángulo de papel cinta en la punta de la nariz y otra en la parte más prominente del mentón se mide la distancia entre los dos ápices de los triángulos de cinta con el rodillo. El contacto es de 4 a 5 milímetros menor de la medida de posición de reposo con el rodillo inferior de en la boca y hacer que el paciente cierre hasta que toquen ambos rodillos. Si la medida con los rodillos en contacto es de 4 a 5 mm menor que la medida de posición en reposo con el rodillo inferior fuera de la boca, la distancia interoclusal entre los rodillos es adecuada.

c- Se indica al paciente que fuerce rápidamente del 64 al 69 y se observa la proximidad de los rodillos al estar contando cuando se pronuncian sonidos silbantes los dientes naturales se aproximan bastante pero no se tocan. Dependiendo de este hecho se reducirán o aumentarán los rodillos según sean necesarios.

d- Se observa la apariencia del paciente cuando los rodillos estén en contacto. Los labios se tocan y la relación muelón-nariz, deberá ser correcta.

e- Se puede recurrir a la técnica de deglución siguiendo el método ya descrito.

RELACION CENTRICA

En la construcción de dentaduras completas, la determinación correcta de la relación es necesaria.

La relación céntrica es una relación de la mandíbula con el maxilar.

Registros de relación céntrica. Existen varios métodos para registrarla y son:

1- **Registros Gráficos** El trazo del arco gótico es la base de los registros básicos para la obtención de la relación céntrica. Estos métodos pueden ser intra o extra orales.

En el método extra oral se fija una punta trazadora en una placa y puede ser papel o cera en un plano horizontal. El maxilar y la mandíbula se separan por medio de un pin de soporte central; el cual sirve como punto trazadora en la técnica intraoral.

En ambos métodos el paciente mueve la mandíbula en movimientos excéntricos, partiendo de la posición más retruida. El paciente del trazo es la relación céntrica, los dos lados del trazo son movimientos laterales límites.

Las placas bases son unidas con yeso blanco para así poder transferir el registro al articulador. Tanto el método intraoral como el extraoral están contraindicados:

- Existe una mala relación de maxilares.
- Cuando se desplazan fácilmente las bases del registro o existen tejidos resistentes en los procesos residuales.
- Cuando el paciente no tiene el control voluntario completo de sus movimientos mandibulares

REGISTRO PRELIMINAR DE RELACION CENTRICA.

1- El método usual es el de mantener el rodillo inferior en posición con la mano izquierda; la mano derecha es usada para manejar el mentón con los dedos pulgar e índice y con un movimiento suave la mandíbula es llevada en relación céntrica.

Por lo regular es un minuto o dos, el operador puede sentir que los músculos se relajan y que el condilo se va hacia arriba y atrás, dentro de la cavidad glenoidea. Este procedimiento deberá

repetirse varias veces, hasta que no haya resistencia y la manipulación sea fácil.

2- Se observa la relación de los rodillos cuando el paciente cierra en relación céntrica. Pueden colocarse líneas verticales en los rodillos con una espátula que sirva como referencia para el cierre correcto de la mandíbula.

3- Cuando el paciente se encuentra familiarizado con el procedimiento, se toma el registro de la relación céntrica.

4- Se elaboran dos surcos en forma de V sobre la superficie oclusal del rodillo superior en cada lado del mismo (4 en total) en la región de premolares y molares de aproximadamente 3 mm de profundidad y 5 mm de ancho cada uno; estos surcos servirán de llaves para la reposición del registro interoclusal fuera de la boca; el rodillo inferior se reduce aproximadamente 2mm de la región del primer molar hacia atrás ésta reducción dará cierto espesor del hueso sin abrir la dimensión vertical de oclusión.

5- Se lubrica la superficie oclusal del rodillo superior con vaselina para asegurar que el registro interoclusal quedará en el rodillo inferior se colocan los rodillos en la boca del paciente.

6- Se mezcla el yeso blanco con una consistencia que mantenga su forma cuando se coloque sobre el rodillo; con una espátula se distribuye el yeso sobre la superficie oclusal del rodillo de oclusión.

7- Se verificará que las placas base estén correctamente colocadas sobre los procesos residuales.

8- Se indica al paciente que lleve la lengua lo más alta tocándose el paladar y que cierre como se había indicado, se manipula la mandíbula y se esperará a que frague el yeso.

9- se pide al paciente que abra la boca cuidadosamente para retirar los rodillos con el registro interoclusal de la boca.

CAPITULO IX -

MONTAJE EN EL ARTICULADOR

Existen tres sistemas distintos para hacer el transporte y son:

1- transporte arbitrario, cuando la trayectoria del cóndilo es recta y la articulación de las piezas dentarias artificiales se van a realizar en un articulador no adaptable es la now simplex.

2- transporte con el arco facial convencional o elástico, como el de Snow o el Hanau, que se coloca en el rodillo superior de relación, ésta trayectoria se observa cuando hay una trayectoria condilar curva.

3- transporte con el arco facial dinámico, con el pantógrafo o el cinemático, que se coloca en el rodillo inferior y se utiliza en un articulador ajustable; en próstodoncia total encontramos el eje de la bisagra con la dimensión vertical por lo tanto no es indispensable.

ARCO FACIAL

La utilización de éste arco facial, es de vital importancia en la construcción de una próstodoncia total, ya que nos ayuda a establecer el ángulo cóndilo-maxilar y con su complemento la relación en protrusión nos permite regular correctamente la inclinación de la trayectoria del cóndilo.

- 1- Dimensión vertical.
- 2- Dirección del plano de relación.
- 3- Punto de relación central.
- 4- Equilibrio de presión.
- 5- Relaciones excéntricas.
- 6- Datos accesorios.

Para la obtención de las relaciones excéntricas podemos utilizar el sistema gráfico o el de posición.

El equilibrio de la presión se obtiene por medio del punto de presión central, bajo presión masticatoria y equilibrada y manteniendo la altura.

ARTICULADORES

El articulador es un aparato metálico que tiene por objeto reproducir varias relaciones de la posición de movimientos entre la mandíbula y el maxilar superior, como son la posición de descanso y de oclusión, de protrusión y de lateralidad. Es de

vital importancia para el alineamiento de las piezas artificiales.

Se han fabricado una gran cantidad de articuladores, pero solo 4 reúnen los requisitos necesarios.

1- El articulador de línea recta; éste solo puede revelar la oclusión central de la mandíbula y el maxilar superior, no puede producir los movimientos y trayectorias de la mandíbula.

2- El articulador de valor relativo, además de revelar la oclusión central, incluye la reproducción relativa de los movimientos mandibulares.

3- El articulador ajustable reproduce desde luego la oclusión central y los movimientos mandibulares, transportándose a estos los movimientos mandibulares del cóndilo o el deslizamiento de los anteriores del plano inicial.

Por lo tanto necesita transportar las relaciones de posición entre el cóndilo y el plano de oclusión, mediante el uso del arco facial para montar el modelo superior.

4- El articulador de libre movimiento, sin tener el movimiento del articulador entre sí se fija la oclusión central en el libre movimiento del modelo superior o inferior. No se puede utilizar este tipo de articulación en el caso de existir piezas antagónicas, ya que los movimientos se realizan por lo general de acuerdo con la oclusión de la pieza antagonista.

MOVIMIENTOS MANDIBULARES

Los movimientos mandibulares que normalmente se efectúan con la mandíbula son dos:

1- Cuando los dientes están en contacto.

2- Cuando no están en contacto.

Estos se caracterizan por:

a- Factores no controlables, como son trayectoria condilar de protrusión, trayectoria lateral condilar, movimientos de Bennett y Arco Gótico.

b- Factores controlables como son:

TRAYECTORIA INICIAL DE PROTRUSION

Los aditamentos que se suelen utilizar para transportar los movimientos relativos entre la mandíbula del maxilar superior al articulador, a la vez el plano de orientación y la línea accesoria media, de los caninos y la sonrisa material: yeso blanco nieve cera azul para incrustaciones marfil, barra y una lámina de cera rosa.

PREPARACION DEL MONTAJE EN EL ARTICULADOR.

1- Mojar los modelos y hacer las retenciones a estas de 3mm de ancho, una vertical en el centro del modelo y otra horizontal cruzando la anterior para obtener una mejor union con el yeso.

Limpia los modelos con agua tibia para eliminar residuos de cera al retirarse los modelos se fijan las placas en el modelo con cera pegajosa en tres o cuatro puntos.

2- Montaje del modelo superior en el articulador. Hay que fijar el vástago y otras partes del articulador, el extremo superior del vástago que quede a nivel del brazo superior; o la tapa superior y el pasador de sujecion, le aplicamos vaselina y se coloca en el plano de oclusion después mejor union del modelo y el yeso. Se moja la parte superior del modelo y dejamos que absorva suficiente agua.

Se coloca el modelo superior haciendo coincidir el borde del rodillo con la línea horizontal y la línea trazada con la vertical del plano y se prolonga posteriormente en la línea trazada en el modelo, después de confirmar la posición correcta del modelo superior, corremos el yeso sobre el modelo hasta que cubra la parte superior, teniendo cuidado de no mover el modelo, antes de que frague completo el yeso se eliminan los excedentes y se analiza con un poco de agua de la llave o bien se espera su fraguado total y se aliza con el filo de un cuchillo.

Después del fraguado completo del yeso total se retira la platina de oclusion y se graban las iniciales y el número del paciente en la capa superior del yeso, se graba con la espátula la fecha y se rellena con la cera azul.

En este montaje observamos el paralelismo del plano oclusal con el brazo superior e inferior y la línea media del paciente a la línea media del articulador a la vez la relación de la posición relativa entre el cóndilo y el rodillo superior se expresa como la relación entre el cóndilo del articulador y el modelo superior.

3-MONTAJE DEL MODELO INFERIOR EN EL ARTICULADOR

Se aplica vaselina a la tapa y al pasador inferior, volteando el articulador, hacemos coincidir los rodillos de oclusion utilizando la relación que se fijó con las neoplas y la pasta de óxido de zinc se moja el modelo inferior, se le hacen las retenciones y se corre el yeso blanco como en el caso anterior así como su arreglo.

Al hacer los montajes de los modelos superior e inferior sucede un aumento de la distancia entre estos, causado por la expansión del yeso, formandose un espacio entre la punta de la guía inicial para evitar estos se sugiere:

a- Sumar la cantidad de agua al preparar el yeso.

b- Añadir al agua cloruro de sodio al 4% que acelera el tiempo de fraguado.

c- Anotar los modelos lo más aproximados a las copas, para que la cantidad de yeso sea mínima y suficiente para su relación.

de antes del fraguado del yeso, colocar sobre el articulador un artículo de peso sobre esto.

e- Utilizar yeso piedra, considerando la expansión lírica de ambos yeso blanco al 0.3% y el yeso piedra al 0.1%.

Al terminar el montaje es conveniente dejarlos cuando menos una hora en que termina el ciclo de fraguado; en esta forma se expresan las relaciones de la posición relativa y de los procesos entre el cóndilo y el rodillo superior.

4- Anotación de las líneas accesorias, media de los caninos y de la sonrisa; el alineamiento de los dientes y los rodillos se van desgastando gradualmente de modo que se van perdiendo las líneas mencionadas, entonces es necesario dibujar estas líneas en los modelos con lápiz o demográficas.

La altura del triángulo retromolar tiene una importancia directa con la coloración del segundo molar, al fraguar el yeso es conveniente retirar las grapas de sujeción de los rodillos y retirar la placa base inferior y marcar esta altura en el modelo inferior.

ORIENTACION BUCAL DEL RODILLO INFERIOR

Para determinar la cara bucal de este rodillo, se mide la molar superior que se vaya a utilizar, desde la línea de desarrollo al vértice del tubérculo bucal y esta medida la transportamos hacia afuera de la línea del proceso inferior y lo cortamos a este ancho.

ORIENTACION BUCAL DEL RODILLO SUPERIOR

Ahora se cierra el articulador y se lleva el ancho de la cara bucal del rodillo inferior a la rodillo superior, hacia afuera de esta línea se marca la otra mitad de la cara masticatoria del molar superior y ahí se recorta para obtener la cara bucal del rodillo superior.

ARTICULACION DE LOS DIENTES ARTIFICIALES

Las características más destacadas en las clínicas protodónticas es la colocación de los dientes artificiales en la boca del paciente; desde la antigüedad se han fabricado para este objeto más de cien tipos de dientes artificiales utilizando distintas materias primas, entre ellas la porcelana, resina sintética, marfil y metales, imprimiéndoles distintas formas que catalogamos como:

1- DIENTES ANATOMICOS

Son aquellos que han sido diseñados siguiendo la forma de los naturales, los más representativos de éstos tipos de molares son los de Trubyte 34.

2- DIENTES FUNCIONALES

Desde el punto de vista estético, los dientes anteriores tienen la forma más aproximada a los naturales y los molares tienen la forma más conveniente para la masticación sin modificar mucho la anatomía, entre los más representativos son los Trubbe 20.

3- DIENTES NO ANATOMICOS

Son aquellos que carecen de la forma anatómica considerando únicamente su cantidad funcional, entre éstos mencionamos las formas mecánicas de Trubyte; sin embargo, su real calidad funcional no aún no es comprobada.

Los dientes artificiales en sus distintas categorías tienen sus propias guías de colores, formas y tamaños; por lo tanto al escoger los dientes se debe tomar en cuenta la raza, sexo, edad, profesión, forma de la cara, movimiento, forma y tamaño de los labios, color de la piel y de la mucosa bucal. La selección del tipo de dientes a utilizar, la elección de los anteriores y posteriores, entre los de porcelana y de resina sintética, deben estar sujetos a un minucioso y acertado diagnóstico en caso individual. Las piezas anteriores se alinearán de acuerdo a la estética y teniendo en cuenta la función de cortar y desgarrar los alimentos así como la influencia en la formación y las piezas posteriores se alinearán considerando su función trituradora.

CAPITULO X

ENTALLADO Y ARTICULADO DE LOS DIENTES ARTIFICIALES

Entallado de los dientes anteriores

La disposición de los incisivos que aquí se indica, es típica para producir una dentadura artificial de aspecto *quasi* normal.

1- Trabaja el juego superior de dientes. Con la escudilla caliente re-blandecer la cara del rodillo de relación con el sitio que corresponde a un incisivo central y colocar el diente:

- a- Su cara vestibular deberá conducir con la que tuvo el rodillo.
- b- Que su borde incisivo llegue justamente al borde anterior del rodillo de articulación inferior y contacte con la superficie de éste.
- c- Que su borde mesial llegue a la línea media.

- d- Su eje mayor visto de frente deberá quedar vertical.
- e- Colocar el otro incisivo central en posición simular.

2- Colocar los incisivos laterales.

- a- Con sus cuillres ligeramente más unidos que los centrales.
- b- Sus bordes incisivos ligeramente más altos.
- c- Sus ejes mayores ligeramente más inclinados hacia abajo y adentro cuando se vean de frente.

3- Colocar cada canino.

- a- Visto de frente, solo sea visible la mitad mesial de su cara vestibular.
- b- El vértice de la cúspide queda a nivel del rodillo inferior.
- c- La cara vestibular sea continuación del rodillo inferior.
- d- Visto de frente su eje mayor sea vertical y, visto de lado tenga una inclinación anteroposterior semejante al del central.

Es conveniente comprobar en la boca el efecto obtenido.

Entallado de molares y premolares

Se puede lograr mediante dos técnicas la primera es:

- 1- Cuidando que el arco dentario caiga dentro de la platina, y seguir entallando según la cara vestibular del rodillo superior, representada en el inferior.

2- Se logra mediante un mejor control mecánico, es conveniente marcar la posición oclusal, para disponer los dientes superiores procurando una posición central o igual a los inferiores.

Otro autores aconsejan enfilar primero el arco inferior, o bien enfilar incisivos superiores e incisivos inferiores para posteriormente articular premolares y molares superiores e inferiores respectivamente.

En este caso seguiremos enfilando superior:

a- Se quita la placa de registro inferior marcando con un lápiz la mitad del cuerpo piriforme considerando en sentido buco-lingual.

b- Se marca el centro del borde en la región de los premolares.

c- Colocamos una regla flexible desde la marca en el cuerpo piriforme a la marca del borde y se marca la prolongación del borde de la regla en las partes delanteras y posteriores del modelo.

d- Se coloca nuevamente la placa del registro inferior en su sitio y se coloca la regla en posición desde la marca del cuerpo a la hecha en la parte delantera del modelo y, marcamos con el lápiz la posición de la regla sobre el plano oclusal.

1- Los premolares superiores deben colocarse directamente detrás del canino, de modo que:

a- Sus ejes mayores sean verticales, paralelos o ligeramente convergentes.

b- La línea del reborde alveolar marcada en el rodillo inferior queda más o menos frente a los surcos mesiodistales o algo por dentro.

c- La cúspide vestibular del primer quera en contacto con el rodillo inferior y la cúspide lingual algo subida.

d- Las dos cúspides del segundo premolar están en contacto con el rodillo inferior.

e- Las superficies vestibulares de ambos premolares quedan en línea con las del canino.

2- El primer molar se situará:

a- Sobre la línea alveolar o algo por dentro.

b- En contacto con el plano oclusal por su cúspide meciopalatina.

c- Con su eje vertical ligeramente inclinado hacia adelante.

d- Con la cúspide meciobucal a medio mm del rodillo inferior y la

distribucional a un mm, iniciando así una curva de compensación.

El segundo molar podrá tomar contacto también con el arodillo inferior por su cúspide merioplatina, pero sus cóndilos vestibulares se inventarán hacia atrás, en dirección hacia los cóndilos compensando la curva de compensación. No debe colocarse el segundo molar si no queda un centímetro libre entre su cara distal y el borde superior de la prótesis.

1- Se pegan debidamente los premolares y los molares fundiendo cera rosa del lado palatino.

2- Se enfilan y pegan del mismo modo los premolares y molares del lado opuesto.

ARTICULACION DE MOLARES Y PREMOLARES

Existen diferentes formas de iniciar la articulación, lo importante es que el diente quede en su sitio y debidamente articulado. Iniciamos por los primeros premolares, cuya correcta articulación es la más importante.

1- Se retira la placa de la articulación inferior adaptando al módulo una hoja de base de Graff pegandola con cera por sus bordes.

2- Se pega un primer molar inferior.:

a- Colocamos el molar con la ayuda de la cera y la espátula caliente aproximadamente en su posición en la placa inferior, pero dejándola un poco alta.

b- Cerrar el articulador, cuidando que la posición de cierre haga llegar al molar a la conclusión central.

3- Se le da un movimiento lateral al articulador y observamos, si tanto en posición de actividad como de balanceo, se producen las relaciones de correcta articulación.

4- Articulado satisfactoriamente el molar, lo fijamos en su lugar con cera.

5- Articulamos del mismo modo el primer molar, opuesto. Pegados ambos molares el articulador deberá moverse libremente de lado a lado.

6- Añadimos cera a un segundo premolar inferior poniéndolo en su sitio; articulado, pegarlo. Articulamos también el segundo premolar puesto.

7- Colocamos en su sitio el primer premolar y quitamos el canino superior, para articular correctamente los premolares. Colocamos nuevamente el canino en su lugar. En ocasiones será necesario tallar ligeramente la vertiente distal del canino, para lograr su perfecta articulación.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

8- Se articulan y prueban en igual forma el arco inferior del lado opuesto.

Pueden articularse los dentados notares en este momento o bien dejarlos para el final, por si fuera necesario darles alguna inclinación particular para obtener el balanceo en preclusión.

ARTICULACION DE INCISIVOS Y CANINOS

1- Retiramos un canino superior del articulador y tallamos su vértice mesial o su cúspide hasta hacerla recta y biselada dependiendo de su cara interna; lo cual tiene por objeto lograr el aspecto característico del canino adulto o abrasionado; pegamos nuevamente en su lugar.

2- Repetimos la misma operación con los demás dientes superiores, haciendo los bisels más o menos acentuados según el efecto de edad que deseamos producir.

3- Tallamos la vertiente mesial del canino inferior en bisel opuesto al superior.

4- Pegamos el canino en su lugar con su eje mayor inclinando hacia arriba y dentro comprobando su articulación.

5- Articulamos del mismo modo el canino inferior del lado opuesto.

6- Los incisivos inferiores no necesitan ser biselados. Articulado uno a uno, con sus ejes mayores verticales vistos de frente, los centrales pueden tener el cuello ligeramente más hundidos que los laterales.

PRUEBA EN CERA

El objetivo principal de la prueba en cera es la de comprobar la posición general de los dientes y las arcadas con la forma en que los dientes pudieron haberse desarrollado.

Mientras se encuentra todavía en el articulador, deberá retirarse la prótesis de prueba superior del modelo y compararse con los dientes inferiores para ver si las relaciones son lógicas. A continuación se retira la inferior y se confronta la dentadura superior con la inferior es necesario examinar la distancia entre los rebordes y detectar alteraciones.

Prueba en cera, para lograr los objetivos de la prueba en cera:

Se coloca la dentadura inferior en la boca del paciente, midiéndole que toque ligeramente con la lengua el borde de la dentadura para conservar el sellado lingual. Subsecuentemente el paciente debe ensayar esta posición de la lengua en el descanso, en posición y también acostumbrar a la misma para hacerla activa al iniciar el aprendizaje de la masticación.

Es conveniente revisar el ajuste y la extensión de la prótesis inferior, tanto como la sobrestensión. La dentadura de prueba deberá poseer buena estabilidad, encontrándose el dorso de la lengua en descanso, en posición ligeramente arriba de las superficies oclusales de los dientes superiores.

Ambas bases se ajustan con precisión a los modelos de estudio, y deberán ser estables dentro de la boca, el paciente al hacer la abertura máxima para acomodar la inferior. Desalojará superior, creando duda al paciente en cuanto a la adaptación a sus dentaduras y con esto imperiosidad para el menor efecto de la prótesis.

COLOR DE LOS DIENTES ARTIFICIALES

Al llegar a la edad madura (adulto) o avanzada (40 o 50 años ó más), los dientes empiezan a mostrar signos característicos de desgastes en sus bordes, el color se oscurece, la translucidez de los bordes desaparece y un color jaspeado se va acentuando a través de la dentina. El esmalte se agrieta las manchas se vuelven más visibles, así como el matiz opaco de un diente restaurado.

Se considera que los dientes artificiales deben incorporarse y reforzar el carácter del rostro maduro; deben ser caracterizados de tal manera que armonicen con un aspecto natural que resalten la dignidad de una cara.

Durante la prueba el paciente de sexo femenino es importante comprobar que lleva su maquillaje habitual se apreciará mejor el color y se verá más natural.

Otra precaución con el color de los dientes seleccionados es hacer la prueba en una piel pigmentada o bronceada por el sol mientras prevalece, se aprecian los contrastes claros, o por el contrario demasiado oscuro.

VERIFICACION DE LA DISTANCIA VERTICAL.

Hasta este punto se ha empleado la posición de descanso, distancia interoclusal, umbral, de la deglución paralelismo de los rebordes y la lógica para calcular la relación vertical correcta de los maxilares para llevar a cabo la prueba en la boca, se deben seguir las siguientes reglas.

a- Cuando el paciente cuenta rápidamente de 20 a 30 el labio inferior solo debe tocar ligeramente los bordes incisales de los dientes superiores se dirigen hacia el margen interno del labio inferior como relación normal. Las relaciones mandibulares ortognata y prognata pueden no seguir esta misma regla.

b- Al contar rápidamente del 1 al 10 durante el 6 y 7 los incisivos superiores e inferiores están uno sobre otro y casi tocándose. Si los dientes inferiores por delante de los superiores, entonces puede ser necesario mover los dientes superiores un poco hacia el labial.

c- Si al pronunciar A y V los incisivos inferiores se hayan hacia atrás en rotación con los incisivos superiores, es que los anteriores inferiores están colocados de masiado hacia el lingual. Si los incisivos superiores e inferiores están demasiado separados es señal de que hay excesivo espacio libre interoclusal. Si los dientes se ven demasiado juntos cuando habla es que la distancia vertical es demasiado amplia.

ORIENTACION DEL PLANO OCLUSAL

Comprobada la posición de los dientes y la distancia vertical, es necesario observar en el plano de oclusión.

a- Por lo general, la altura de la superficie oclusal del segundo molar inferior está en la mitad los dos tercios de una línea que sigue hacia el triángulo retromolar.

Los incisivos inferiores suelen encontrarse 2 mm por encima del permillón del labio inferior, tomando como referencia anterior el borde incisal de los dientes inferiores y como referencia posterior del triángulo retromolar. La superficie oclusal tendrá aspecto agradable cuando es paralela al plano prostodóntico aurículo nasal.

b- Es importante examinar el contorno de la cara, que se relaciona con la posición de los labios y estos a su vez determinan las longitudes de acción de los músculos de la expresión. Por la otra parte, si el grosor de los bordes en la dentadura es demasiado alto en el pliegue mucolabial, el labio encimado sobre ellos proporciona una línea muy delgada, ya que no existe un vestibulo real a nivel del pliegue mucolabial. El frenillo labial debe tener movilidad suficiente; ambas consideraciones permiten conservar la concavidad normal del filtro o sea, la de presión central poco profunda en el labio superior.

c- Los frenillos bucales también se tomarán en cuenta adelgazando y modificando la dentadura de cera en estas regiones. Todos los bordes vestibulares y linguales deben ser examinados y verificar que existe contacto adecuado con los carriles y lengua.

En el proceso de masticación el bolo alimenticio se coloca sobre las superficies oclusales de los dientes inferiores al acercarse la mandíbula. Los alimentos nuevamente sobre la superficie de masticación. Si los dientes se encuentran demasiado en posición lingual se acomodará en fondo de saco vestibular. Si los dientes inferiores están demasiado arriba del dorso de la lengua es difícil una masticación normal; el paciente es incapaz de volver a colocar el alimento sobre la superficie oclusal.

CAPITULO XI -

ENCERADO Y PROCESO

La forma de la superficie pupilada de las prótesis, influye sobre su calidad relativa así como los valores estáticos de la misma.

La superficie de la cera alrededor de los dientes se conoce como porciones artísticas de las superficies pupiladas y por razones estéticas debe imitar la forma de los tejidos alrededor de los dientes naturales. Es necesario realizar una ligera proyección radicular para seguir cada uno de los dientes la parte superior de la superficie pulida se conoce como la porción anatómica y se le modelarán de manera tal que no se pierda nada del ancho original de los bordes de la impresión.

Se moldeará de tal forma la anatomía de las bases protéticas entre los dientes, y en los bordes de la prótesis de prueba superior a la retención mediante las fuerzas direccionales mecánicas de los músculos y tejidos.

Un exceso de cera de base se agrega a las superficies vestibulares de las prótesis de prueba superior e inferior. La cera se recorta hasta el borde externo de la periferia del modelo, y después con la punta más pequeña de un espátula 45 se corta la superficie del modelo de la línea gingival en este momento y recortarle cuando se haga el examen general del encerado terminado. Se hacen marcas triangulares para marcar la longitud y posición de las raíces recortando que la raíz del canino superior es la más larga y la de lateral es la más corta. En la central es de una longitud intermedia entre los dos. En la prótesis inferior, la raíz del canino es la más larga, la del incisivo central la más corta y la de lateral es de longitud intermedia. Se raspa la cera entre las marcas de los espacios triangulares, lo cual la forma de las raíces comienza a verse. Estas bases agudas y raras de las raíces se redondean con un raspador grande y con una espátula no se le acentuará demasiado.

La superficie lingual de la prótesis inferior se hace ligeramente cóncava, sin que la concavidad se extienda debajo de la superficie lingual de los dientes. Una proyección del diente más allá de la superficie pulida actúa como un socavado en el cual se deslizará la lengua del paciente, causando el alojamiento de la prótesis. La superficie platina de la prótesis superior se encerará hasta una superficie casi uniforme de 2.5 mm y aislarse y pupilarse la resina curada, el paladar será tan fino como sea factible, y sin embargo suficientemente grueso para que sea resistente. El festoneado lingual completa aquella parte de la superficie lingual del diente que no reproduce dientes artificiales.

FORMACION Y PREPARACION DEL MOLD

Una vez encastradas las prótesis de prueba, se les prepara para la inclusión en la mufla. Se usa una mufla eyectora de Hamat para facilitar el retiro de la prótesis después del curado, sin riesgo de fracturar la prótesis.

La prótesis encastrada de prueba en la mufla para determinar su altura de la parte inferior de la mufla, si los dientes estuvieran muy altos, se reduce la base del modelo dejándola más fina. El borde del modelo debe estar al mismo nivel de la parte inferior de la mufla para evitar una posible fractura del modelo al separarse más adelante las dos mitades de la mufla.

Se coloca una mezcla del yeso piedra en la parte inferior de la mufla y se ubica el modelo, que previamente se cinceló con medio separador, sobre el yeso hasta que el borde esté prácticamente en el mismo nivel con el borde superior de la mufla. La mufla se coloca en agua hirviendo y se le deja de 4 a 6 minutos, se saca y se abre del lado contrario al mayor socabado del modelo después se eliminan los restos de cera con el chorro de agua.

Se espera hasta que se seque el yeso, se pinta la parte interna de la mufla con serador, el cual no debe de ponerse en contacto con los dientes ni invadir el molde.

CARGADO O ENPAQUETADO DE LA MUFLA

Deso al material la forma de un cigarro después de haberlo mezclado el polímero y el monómero, y adquirido éste la consistencia adecuada. El rollo se coloca entre dos hojas de papel de separar y se le da un espesor de medio centímetro, se cortan trozos de largo aproximado de los flancos y se colocan alrededor de la superficie vestibular y palatina del molde superior y alrededor de la vestibular y lingual del molde inferior.

La mufla se transfiere a una brida con resorte, después de una espera de 30 a 60 minutos. Para dejar que el líquido penetre bien en el polvo, la mufla y la brida se colocan en una unidad de curado. La prótesis se polimeriza durante 9 horas en agua a temperatura constante de 70 grados centígrados y se deja enfriar a temperatura ambiental.

DESVESTADO Y PULIDO DE LAS BASES DE RESINA CURADAS.

La educación del paciente con cuanto a la limitación de la prótesis como sustitutos de los tejidos vivientes, debe ser un proceso continuo desde la primera vista del paciente hasta que se terminen los ajustes. Sin embargo, es menester reforzar el manejo de ciertas dificultades que son inherentes a las nuevas prótesis y a la formación referente al cuidado de las mismas al colocárselas por primera vez.

Es menester recordar al paciente que sus condiciones físicas, mentales y bucales son de naturaleza individual. Así mismo podrán comparar su progreso con las prótesis nuevas y experiencias de otras personas. Aquello que es desagradable y doloroso para algunos, puede ser importancia secundaria para otros.

INSTRUCCION ESPECIAL PARA EL PACIENTE

Las prótesis se separan de los modelos de yeso piedra, rebanadas y sobrantes de las bases se recortan con limas, raspadores y piedras. No deben quedar trozos de yeso, ni rayas profundas después de la preparación para el pulido. Un pulido de determinación de alto brillo se dá a todas las superficies con ruedas de tela y material pulido.

El aprender a masticar satisfactoriamente con las prótesis generalmente requieren un periodo de por lo menos de seis a ocho semanas. Una vez que se vuelven automáticamente los patrones de hábito, el proceso masticatorio tiene lugar sin esfuerzos conscientes.

CONCLUSIONES

Se entiende por edentación total, la pérdida de todos los dientes de ambos maxilares o de uno solo. Prótesis total es por lo tanto, el estudio de la edentación total y su tratamiento protético.

La pérdida de todos los dientes no es un mero accidente en la vida del ser humano; comporta toda una serie de modificaciones en gran parte irresistibles, que alteran las condiciones de vida.

Son tratamientos preventivos de la edentación todos los que justifican la odontología preventiva y los que desarrollan la odontología preventiva y la odontología conservadora. Se desarrollan a lo largo de esta investigación, después de estudiar la anatomía protética la serie de alteraciones que la edentación comporta, los procedimientos tendentes a su restauración protética, así como la medida que ellos procuran el equilibrio o normalización del desdentado.

La edentación influye desfavorablemente en el equilibrio orgánico y social del ser humano: transforma el aspecto facial, trastorna la dicción perturbada la alimentación, repercute en la mente y en los sentidos, y afecta la vida de relación.

Muchos aspectos de la prótesis se han mantenido en un estado de cambio desde el inicio de la profesión, pero los principios básicos son los mismos estos objetivos son:

Habilitar al paciente para masticar hasta que obtenga una adecuada nutrición.

Satisfacer los requerimientos estéticos para preservar la apariencia normal del paciente.

Ayudar al paciente a hablar como si conservara sus dientes naturales.

Informar al paciente acerca de los cambios esperados en los tejidos de soporte y convencerlo de la necesidad de una revisión periódica y de un nuevo tratamiento en caso necesario.

La relación de éstos objetivos estará limitada por las condiciones psicológicas del paciente. Para lograr el éxito es necesario la cooperación del paciente y los siguientes requisitos, que deberá reunir el cirujano dentista los cuales son:

a- Es necesario tener un conocimiento completo de la anatomía de la cabeza y del cuello para elaborar e interpretar las impresiones.

b- Durante la elaboración y colocación de las dentaduras, el protodoncista debe ser capaz de entender las implicaciones psicológicas del tratamiento.

c- Así mismo debe ser capaz de diagnosticar y tratar lesiones y reconocer manifestaciones orales provocadas por problemas sistémicos.

d- también debe ser capaz de coordinar su tratamiento a las limitaciones impuestas por la salud general del paciente, y estar seguro de que su tratamiento no interfiera con el bienestar del paciente.

e- Igualmente importante es el conocimiento que debe tener el cirujano dentista de los medicamentos que tendría que utilizar durante el tratamiento.

f- El conocimiento acerca de la nutrición y el efecto de la prótesis sobre el régimen alimenticio, también es importante.

Esperamos le sea útil ésta investigación a todos aquellos médicos y estudiantes que pudieran tener alguna duda sobre protodoncia total. Recordando que el paciente es el objetivo principal de nuestro estudio.

BIBLIOGRAFIA

PROSTODONCIA TOTAL,

Sheldon Winkler

Ed. Interamericana.

Primera edición.

PROSTODONCIA DENTAL COMPLETA

John J. Starry

Ed. Toyay

Primera edición.

PROTESIS PARA EL DESDENTADO TOTAL

Carl O Boucher

Judson C Hickey

George A Zarb

Ed. Mundi

Séptima edición