

208  
29



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**PROSTODONCIA INMEDIATA**

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL TITULO DE:**

**CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A N**

**VERONICA OTAÑEZ GARCIA**

**MARIA DE LOS ANGELES REYES LOPEZ**

**Director de Tesis: Dr. Anselmo Apodaca Lugo**

**México, D. F.**

**1991**

**FALLA DE ORIGEN**





## **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

INTRODUCCION.....	I
CAPITULO I	
Historia clínica.....	2
CAPITULO II	
Diagnóstico y plan de tratamiento.....	23
CAPITULO III	
Anatomía y fisiología de los músculos masticadores .....	26
CAPITULO IV	
Articulación temporo mandibular.....	31
CAPITULO V	
Zonas protésicas	
a) Clasificación de formas del paladar posterior.....	36
CAPITULO VI	
Prostodoncia inmediata .....	44
a) Generalidades	
b) Definición	
c) Indicaciones	
d) Contraindicaciones	
e) Ventajas	
f) Desventajas	
CAPITULO VII	
Tipos de prostodoncia inmediata.....	47
a) Prótesis parcial aditivas	
b) Férula transitoria	
c) Prótesis sin flanco vestibular o abierta	
d) Prótesis inmediata con encía cerrada o completa	

**CAPITULO VIII**

**Pasos para la construcción de una  
prostodencia total inmediata..... 51**

**CONCLUSIONES.....63**

**BIBLIOGRAFIA... ..64**

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

Para lograr el éxito de una prostodoncia total inmediata, se requiere de reunir un conjunto de conocimientos, emplear los materiales adecuados para cada caso, y bien una técnica a seguir, sin olvidarnos de una buena valoración previa y minuciosa de nuestro paciente.

La prostodoncia inmediata brinda exitosamente al paciente la oportunidad de no quedar desdentado y causarle alteraciones psicológicas, estéticas, fonéticas, fisiológicas y anatómicas, y pueda entonces continuar una vida social y de trabajo ininterrumpidamente.

La pérdida de los órganos dentarios, es pues en la actualidad de mucha importancia para gran parte de la población, sobre todo en lo estético, para desenvolverse en cualquier medio en que éste se encuentre.

Por lo antes expuesto, este trabajo tiene la finalidad de servir como guía o elemento de consulta para la elaboración de una prostodoncia total inmediata, con procedimientos básicos a seguir y de fácil comprensión.

CAPITULO 1  
HISTORIA CLINICA

La base de un estudio necesario para preparar un tratamiento de prótesis, es la elaboración de una historia clínica completa y detallada con respecto a lo que al cirujano dentista interesa, y deberá incluir:

Una ficha clínica, interrogatorio, examen oral, modelos de estudio y exámenes de laboratorio.

Estos datos nos servirán para tomar precauciones cuando el caso lo amerite.

A) FICHA CLINICA.

Con los siguientes datos:

- a) Nombre
- b) Sexo
- c) Edad
- d) Domicilio particular
- e) Domicilio de trabajo
- f) Teléfono
- g) Ocupación
- h) Estado civil
- i) Estatura
- j) Peso
- k) Fecha
- l) Firma del paciente

## B) INTERROGATORIO.

En el interrogatorio deberemos de seguir un orden lógico con el objeto de informar al clínico sobre los datos referentes a los antecedentes heredofamiliares, personales, tanto patológicos en caso de tratarse de pacientes del sexo femenino, se incluirán los antecedentes gineco-obstétricos generales, para terminar con el interrogatorio por aparatos y sistemas, poniendo principal énfasis en los antecedentes de la cavidad oral.

El interrogatorio se inicia por:

### a) Antecedentes heredo-familiares.

Preguntaremos al paciente si en la familia existen cardíacos, diabéticos, enfermos renales, alguna persona con enfermedad pulmonar importante, tuberculosis, hipo o hipertensos, alergias importantes, neoplasias, (cáncer).

### b) Antecedentes personales no patológicos:

Se cuestionará al paciente sobre sus hábitos personales, alcoholismo positivo o negativo, social o consuetudinario antigüedad del hábito, tabaquismo positivo o negativo y regularidad, cantidad y antigüedad del mismo. Se preguntará sobre sus hábitos higiénicos, la periodicidad del aseo de la cavidad oral principalmente, y también cuestionaremos sobre los hábitos alimenticios.

c) Antecedentes personales patológicos.

Aquí, pediremos al paciente nos refiera sobre si ha padecido alergias y en especial si han sido medicamentosas, - antecedentes quirúrgicos, preguntando el tipo de anestesia recibida y las respuestas a ellas del paciente, fracturas, enfermedades diagnosticadas y no diagnosticadas, - cardiopatías, hiper o hipotensión. Y en general diagnósticos tratamientos anteriores tanto de la cavidad oral como del resto de la economía.

d) Antecedentes Gineco-obstétricos.

Sólo preguntaremos antecedentes generales que nos pudieran ser de utilidad como son: gestaciones, partos, cesáreas y abortos.

Una vez que ya se cuenta con todos los antecedentes antes descritos, preguntaremos acerca de datos patológicos por aparatos y sistemas, tratando de cuestionar sobre las enfermedades más importantes de manera sencilla y si es necesario detenernos a explicar brevemente al paciente nuestras preguntas.

e) Aparatos y Sistemas.

Aparato digestivo: Se cuestionará sobre antecedentes patológicos de este aparato iniciando por: cavidad oral. Pediremos al paciente nos refiera sobre si ha presentado;

a) Estomatitis: recordemos que es la inflamación aguda o crónica de la mucosa bucal, que puede ser circunscrita o difusa, afectando principalmente las encías, la punta o -

bordes de la lengua y la cara interna de los carrillos. Sus causas son múltiples, pero entre las más comunes encontraremos las causas mecánicas, como la erupción dentaria, las dentaduras protésicas deficientes. Cabe señalar la importancia de fijar nuestra atención en este punto - para no cometer futuros errores; entre otras causas también tenemos a los alimentos calientes, irritantes, sustancias químicas, y no podemos dejar de mencionar las -- causas por hongos oportunistas como la moniliasis.

b) Gingivitis: o inflamación de las encías, las que acompañan siempre a la estomatitis. Es importante señalar -- que gingivitis infecciosa, aunque parezca trivial, puede dar lugar a bacteremias transitorias durante el cepillado, masaje gingival, o extracción dentaria, con posibilidad de que se una endocarditis subaguda en válvulas cardiacas previamente lesionadas, por tal motivo no deben -- menospreciarse.

c) Sialodentitis: o afección inflamatoria de las glándulas salivales causadas más comúnmente por infecciones - (parotiditis).

d) Sialodenois: afección no inflamatoria ni oral de las glándulas salivales, de causas principalmente endocrinas o mala alimentación.

e) Glositis: suele formar parte de las estomatitis agudas y motivada por multitud de afecciones, entre las cuales diversos procesos febriles, faringitis, quemaduras - por manjares excesivamente calientes, picantes, y sobre-

todo, por antibióticos de amplio espectro. La lengua aparece roja, brillante y a veces con pequeños abscesos-puntiformes análogos a los de la piodermatitis. Los alimentos picantes, salados y toscos despiertan una intensa sensación urente.

### ESOFAGO.

a) Esofagitis: acontece en los operados que fueron entubados o individuos con infecciones altas (difteria, escarlatina, herpes, moniliasis, etc.), cuyas lesiones -- descienden al esófago, causando dolores retroesternales agravados al deglutir. Se ven avances esofagitis por moniliasis en leucémicos prolongadamente tratados con corticóides.

### ESTOMAGO.

b) Gastralgia: o dolor de estómago, éste síntoma podría ser entre otros, un dato de gastritis, donde principalmente será un dolor de tipo ardoso que tiende a disminuir con la ingesta de alimentos y que tiene una etiología multicausal. Entre los factores generadores se encuentran los alimentos de acción irritante sobre la mucosa gástrica, alimentos demasiado calientes, grasosos o fríos, o bien, por alimentos insuficientemente masticados. En caso de existir sintomatología de este tipo, deberemos tener cuidado al indicar analgésicos del tipo de los salicilatos. La gastritis también puede ser provocada por abuso prolongado de tabaco y sobre todo por

alcohol. Ingestión de fármacos mal tolerados por la mucosa gástrica.

Vómito: de acuerdo a las sustancias expulsadas, pueden ser alimenticios, mucosos, biliares, purulentos y fecaloides. Podemos mencionar que existen personas hiperactivas y que responden con vómito ante cualquier pequeño estímulo en el centro del vómito por lo que, al estar trabajando dentro de la cavidad oral, tendrá que hacerse -- con sumo cuidado para no provocar o desencadenar un vómito.

#### APARATO CARDIO-RESPIRATORIO Y CARDIOVASCULAR.

Es importante preguntar al paciente sobre si le han diagnosticado alguna enfermedad importante respecto a este aparato, o sobre algunos síntomas que nos pudieran guiar sobre alguna entidad clínica existente y no conocida por el paciente, ya en caso de que exista, podremos tomar algunas precauciones importantes que nos evitarán problemas que pueden ser fatales, por lo que, sobre este punto debemos cuestionar.

a) Dolor precordial: ¿qué lo origina?, ¿qué lo quita o lo disminuye?, su duración, el tipo, sus irradiaciones y de qué otros síntomas se acompaña. Pues como recordaremos en el infarto almiocardio y en la angina de pecho se presenta el dolor precordial de tipo opresivo, que se inicia en la angina con esfuerzo y en el infarto en reposo o con esfuerzo, que en la angina dura menos de 5 minutos y se quita en el reposo y el infarto, tiene una duración mayor no

desapareciendo ni con reposo, en ambos se irradia hacia el brazo izquierdo, siguiendo la trayectoria del nervio cubital y hacia la hemimandíbula izquierda, nunca del mismo lado asimismo, en ambos se acompaña de náuseas, - necesidad de aire, sensación de angustia y de muerte. - Hay que cerciorarnos que si el paciente se halla diagnosticado, siempre lleva consigo sus medicamentos a fin de disminuir riesgos y si no se encuentra diagnosticado y llegase a presentar este síntoma, orientarlo y tratar de canalizarlo con un médico especialista a fin de recibir tratamiento y control.

- b) **Disnea:** o dificultad para respirar, esta respiración difícil, forzada, jadeante, a veces acelerada y otras veces lentificada. La disnea es un síntoma provocado generalmente por enfermedades pulmonares, crónicas o agudas, por obstrucciones laríngeas, por enfermedades cardíacas, etc.
- c) **Taquicardia:** o aceleración de los latidos cardiacos que sobrepasa el número habitual de 75 a 80 latidos por minuto.
- d) **Vértigos:** es una sensación de desplazamiento del propio cuerpo en relación con el ambiente y viceversa, es un trastorno del equilibrio del cuerpo en el espacio, se presenta en algunas enfermedades como: anemia grave, arterioesclerosis, enfermedades del corazón, y suele presentarse también en problemas inflamatorios de la articulación temporamandibular.

- e) Lipotimias: son los desvanecimientos o la pérdida repentina y temporal de los sentidos provocado por causas diversas, como emociones violentas (pavor, alegría, dolor repentino) hemorragias, traumas, decaimientos intensos, gravedad y esfuerzos físicos excesivos.
- f) Hipertensión o hipotensión (elevación o disminución de la presión arterial). Es muy fácil diagnosticarla, en la hipertensión basta el esfigomanómetro para hacerlo. Es más difícil curarla, por su enorme frecuencia y por los daños que produce, es el padecimiento de mayor trascendencia -- que existe en la actualidad.

Hipertensión. Refiriéndonos solamente a la hipertensión arterial permanente y no a la que ocurre transitoriamente como expresión del colapso circulatorio súbito que se observa en situaciones como el choque, el infarto almiocardio. Fibras que apenas llegan a 100/50 mm. Hg. en adultos son comunes, en personas de tipo emotivo generalmente mujeres jóvenes apresivas, de constitución delgada delicada con tono arteriolar disminuido. Son individuos que sufren con el frío y que en la época de invierno muestran signos de éxtasis sanguínea con lentitud circulatoria.

### SISTEMA NERVIOSO

- a) Dolor de cabeza: son muchas las causas que provocan la cefalea, entre las más frecuentes tenemos las siguientes: - la cefalea de las enfermedades infecciosas febriles, la -

cefalea por aumento o disminución de la presión arterial. Por estados anémicos, cefaleas por intoxicaciones de origen interno como la uremia. La cefalea de las intoxicaciones de origen externo, como la del alcoholismo crónico, - del plomo del tabaco, cloroformo, etc.

- b) Neuralgias: o dolor por irritación de un nervio sensitivo que sigue el curso del nervio, puede dividirse en primario, en la que hay patología obvia y en secundario o sintomático, en los que no se puede demostrar la existencia de una lesión patológica.
- c) Temblores: es una forma especial de Hiperquinesia que consiste en un movimiento oscilante uniforme, breve, rápido y casi siempre rítmico, independientemente de nuestra voluntad y localizando en todo el cuerpo (temblor masivo o generalizado) o en una parte del mismo, como los dedos, - la lengua, etc. (temblor segmentario o parcial), que se caracteriza por ataques de pérdida de la conciencia, junto con movimientos convulsivos. Mencionaremos los acontecimientos en orden de sucesión en forma sencilla a fin de que se pasean elementos para poder reconocer una crisis - epiléptica.

Aura, que puede ser motora, sensitiva o psíquica.

Etapa tónica. Al principio se pierde la conciencia, el paciente cae al suelo con todos los músculos en estado de espasmo rígido. Esta etapa dura un minuto aproximadamente se detiene la respiración y por esto aparece cianosis.

Etapla crónica. Hay movimientos convulsivos de los músculos., la mandíbula y la lengua pueden verse afectados, la saliva se hace espumosa y puede haber mordedura de lengua. Se produce micción involuntaria .

Coma. Que puede durar minutos o varias horas, faltan los reflejos corneal y tendinoso y existen las reacciones -- planteres extensoras.

Recuperación. Donde existe cefalalgia intensa .

Los ataques de pequeño mal se caracterizan por pérdida de la conciencia sin convulsiones, excepto por movimientos menores como el parpadeo.

#### APARATO GENITO-URINARIO.

Aquí sólo preguntaremos algunos datos generales para conocer el estado de funcionamiento de los riñones que siendo en esta parte del organismo donde se eliminarán gran cantidad de sustancias del cuerpo, es conveniente saberlo, para así, en el momento de indicar algún fármaco estemos ciertos que va a tener una correcta eliminación.

- Disminución en la cantidad de orina emitida en las 24 horas ordinariamente suele ser de 1.5 litros a 2 litros en el individuo que ingiere una cantidad normal de líquidos.
- Aumento de la secreción urinaria es un síntoma que puede aparecer en muchas enfermedades, sobre todo renales, endocrinas, como en la diabetes mellitus.

No se puede dejar de mencionar la enfermedad de la actualidad, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, la cual es menester de todo Odontólogo conocer por el riesgo que representa en el ejercicio de la profesión, por lo que, enunciaré algunos conceptos básicos de esta enfermedad de gran trascendencia.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ( SIDA ), es una enfermedad causada por el virus HTLV III al que actualmente se le ha dado el nombre de VIH (virus de inmunodeficiencia humana), el periodo de incubación de este virus varía de seis a setenta y dos meses. El SIDA, provoca el fácil desarrollo de infecciones por oportunistas y neoplasias. De hecho las manifestaciones de las infecciones son las que delatan la posibilidad de la existencia de la enfermedad.

La enfermedad se descubrió en 1981, aunque se cree que se encontraba circulando desde los años cincuentas en Africa y que de ahí pasó al Caribe, a los Estados Unidos y el resto del mundo.

La distribución por edad en México, afecta en 84% a los sujetos que están entre 15 y 44 años, o sea en personas de edad productiva. La relación hombre-mujer es de 24 hombres por una mujer afectada.

El SIDA se transmite por semen, sangre, por vía transplacentaria, agujas contaminadas, contacto sexual. Se sospecha de otros líquidos como lágrimas, secreciones vaginales y saliva, así como de la leche materna (lactancia).

Los grupos de alto riesgo son:

- 1.- Hemofílicos.
- 2.- Drogadictos.
- 3.- Homosexuales.
- 4.- Prostitutas.
- 5.- Hijos de mujeres portadoras.
- 6.- Personal médico y paramédico.

Los síntomas son:

- a) Fatiga inexplicable.
- b) Mal estado general.
- c) Sudoración nocturna.
- d) Fiebre.
- e) Pérdida de peso inexplicable de más de 10 Kgs.
- f) Linfadenopatía.
- g) Y todos aquellos síntomas de las infecciones por oportunistas.

#### EXPLORACION FISICA.

La exploración la encaminaremos a la cavidad oral, sin embargo, deberemos hacer un espacio a fin de poder recobrar algunos datos generales del paciente, los que serán tomados con la simple observación del mismo y sin ninguna maniobra, comprendiendo el hábito exterior.

- a) Sexo
- b) Edad aparente, comparándola con la edad cronológica.
- c) Constitución física.
- d) Facies.
- e) Integridad física.
- f) Actitud.
- g) Marcha.
- h) Orientación de las tres esferas psicológicas.
- i) Movimientos anormales.

Una vez recabada esta información procederemos a la toma de los signos vitales.

- a) Presión arterial.
- b) Pulso.
- c) Frecuencia cardiaca.
- d) Frecuencia respiratoria.
- e) Temperatura.
- f) Peso y talla.

Ahora procederemos a efectuar el examen oral, poniendo -- atención especial en aspectos diversos, que de ésta dependerá el éxito de nuestro tratamiento, entre otros aspectos tomaremos en cuenta como primer término, la higiene oral en general pudiendo ser éste punto la pauta para la elección del plan de tratamiento; el estado periodontal, ausencia o presencia de inflamación, si existen bolsas paradontales, cuál es su localización y su profundidad, grado de movilidad de los dientes-- si ésta existiera.

Si encontramos caries, su localización y cantidad; si tenemos presentes estos datos podemos estar más seguros del éxito o del fracaso de nuestro tratamiento, facilitando la elección del material a utilizar, también deberán ser examinados restauraciones y prótesis existentes.

Para hacer el examen oral nos valdremos de los siguientes métodos:

- a) Inspección Visual.— En la exploración clínica que se lleva a cabo por medio de la vista. Se divide en simple o directa o bien, en instrumental armada o directa. La inspección indirecta se realiza por medio de instrumentos tales como espejos, exploradores, etc., se debe contar con una buena iluminación para evitar que se produzcan sombras y nos dé un resultado erróneo.  
Esta inspección nos proporciona datos como: forma, volumen, estado de la superficie, localización, color, consistencia.
- b) Palpación.— Este método se realiza por medio del tacto.— Con éste obtendremos datos referentes a nociones de consistencia de los tejidos, temperatura, sensibilidad, volumen.
- c) Percusión.— Este método consiste en golpear nítidamente una zona, ya sea para provocar un sonido del que nos interesa su tono y su duración o para localizar puntos dolorosos.

- d) Modelos de Estudio.- La obtención de unos modelos de estudio es indispensable para tener un conocimiento amplio de las necesidades reales del paciente. Es necesario que estos modelos sean reproducidos lo más exactos posible y que no tengan burbujas que pueden ser debidas a una mala impresión o un defectuoso vaciado. Esto completará la -- historia clínica del paciente, permitiéndonos hacer la -- observación de pequeños detalles de los que antes nos ha bíamos percatado, pues si esto se hiciera directamente -- en el paciente le resultaría cansado, y así prever cualquier contratiempo que se pudiera prestar, además servirán para la fabricación de provisionales. Por último, to da historia clínica debe incluir la firma del paciente. Para obtener la relación intercuspídea, se recortan dos placas de cera rosa en forma de herradura y les podemos unir con una finísima capa de papel estaño entre éstas, -- para evitar que al pedirle al paciente que muerda en relación céntrica, se perfore la cera (mordida en cera).
- e) Exámenes de Laboratorio.- Estos exámenes son de gran importancia, pues con ellos corroboraremos y esclareceremos nuestro diagnóstico. Estos métodos sólo serán emplea dos en caso necesario por el gasto que estos significan para el paciente y porque deberán ser realizados con -- equipos especiales y en lugares adecuados.
- a) Tiempo de coagulación.
  - b) Tiempo de protombina
  - c) Química sanguínea.

- d) Curva de tolerancia a la glucosa.
- e) Metabolismo nasal.
- f) Examen radiográfico.

Cuando hubiera alguna alteración en los resultados de los exámenes de laboratorio, se consultarán con el médico general del paciente y en caso de que éste necesite algún tratamiento se pospondrá la intervención hasta que el tratamiento sea terminado.

El estudio radiológico es un requisito indispensable, puede tomarse dos radiografías oclusales o bien, una serie radiográfica apical.

En este estudio podemos detectar: caries, lesiones periapicales y la existencia de tratamientos endodónticos. Examinar las condiciones generales del hueso, en la mandíbula el trabeculado es menos homogéneo y más abierto, en la zona anterior aparecen arco las pequeñas y comprimidas en zona de laterales en general las areolas son más grandes y aparecen distribuidas horizontalmente. El trabeculado en la mandíbula muestra zonas en las cuales las areolas faltan totalmente o disminuyen, esto ocurre en el ángulo de la mandíbula, detrás del tercer molar y por debajo de la línea milohiodes y con menor frecuencia esta falta de trabeculado se observa entre las raíces de los molares.

Nótese la presencia de restos radiculares retenidos en las zonas adéntulas o cualquier otro tipo de patología, como quistes, granulomas, abscesos, etc.

## UN MODELO DE HISTORIA CLINICA

## INFORMACION GENERAL

Fecha \_\_\_\_\_

1. Nombre \_\_\_\_\_ 2. Edad \_\_\_\_\_ 3. Sexo \_\_\_\_\_

4. Salud General \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Ocupación y Posición Social \_\_\_\_\_

6. Historia Dental \_\_\_\_\_

7. Historia de Dentadura \_\_\_\_\_

A. Motivo principal de la consulta \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

B. Tiempo de haber permanecido desdentado

Maxilar \_\_\_\_\_ Mandíbula \_\_\_\_\_

C. Tiempo de haber usado dentadura

Maxilar \_\_\_\_\_ Mandíbula \_\_\_\_\_

D. Dentaduras Anteriores

1) Clase \_\_\_\_\_

2) Número Maxilar \_\_\_\_\_ Mandíbula \_\_\_\_\_

3) Experiencia Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable \_\_\_\_\_

4) Dentaduras Actuales.

SI

NO

a. Eficiente a la Masticación  
( Oclusión )

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b. Retención

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c. Estabilidad

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

d. Estética

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e. Fonética

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

f. Comodidad

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**G. Dimensión Vertical** \_\_\_\_\_

- B. Desarrollo de los músculos de masticación y expresión.**  
 Normal \_\_\_\_\_ Cerca de lo normal \_\_\_\_\_ Subnormal \_\_\_\_\_
- C. Tamaño de Maxilar y Mandíbula**  
 Mandíbula y Maxilar compatible \_\_\_\_\_  
 Mandíbula más pequeña que el maxilar \_\_\_\_\_  
 Mandíbula más larga que el maxilar \_\_\_\_\_
- D. Altura del Proceso residual**  
 Maxilar: Normal \_\_\_\_\_ Pequeño \_\_\_\_\_ Plano \_\_\_\_\_  
 Mandíbula Normal \_\_\_\_\_ Pequeño \_\_\_\_\_ Plano \_\_\_\_\_
- E. Forma del Proceso residual**  
 Maxilar: "U" \_\_\_\_\_ "V" \_\_\_\_\_ Afilado \_\_\_\_\_
- F. Forma del Arco**  
 Maxilar: Cuadrado \_\_\_\_\_ Triangular \_\_\_\_\_ Ovoide \_\_\_\_\_  
 Mandíbula: Cuadrado \_\_\_\_\_ Triangular \_\_\_\_\_ Ovoide \_\_\_\_\_
- G. Forma del Paladar duro**  
 Plano \_\_\_\_\_ "U" \_\_\_\_\_ "V" \_\_\_\_\_
- H. Inclinação en el Paladar Blando**  
 Suave \_\_\_\_\_ Mediana \_\_\_\_\_ Aguda \_\_\_\_\_
- I. Relación de los Procesos.**  
 Ortognata \_\_\_\_\_ Retrognata \_\_\_\_\_  
 Prognata \_\_\_\_\_
- J. Paralelismo de los Procesos**  
 Ambos procesos son paralelos \_\_\_\_\_  
 Uno de los Procesos no es paralelo \_\_\_\_\_  
 Ambos procesos son divergentes \_\_\_\_\_

## K. Distancia Interarco

Adecuada \_\_\_\_\_ Excesiva \_\_\_\_\_ Limitada \_\_\_\_\_

5) Recomendaciones de paciente y dentista para mejorar las dentaduras \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## CARACTERISTICAS FISICAS

## 1. Habilidad Neuromuscular comprobada por:

A. Lenguaje (Articulación) Buena \_\_\_\_\_ Mediana \_\_\_\_\_ Mala \_\_\_\_\_

B. Coordinación Buena \_\_\_\_\_ Mediana \_\_\_\_\_ Mala \_\_\_\_\_

## 2. Apariencia General

A. Índice Cosmético Promedio \_\_\_\_\_ Alto \_\_\_\_\_ Bajo \_\_\_\_\_

B. Aspecto Agradable \_\_\_\_\_ Tenso \_\_\_\_\_

C. Personalidad Delicada \_\_\_\_\_ Media \_\_\_\_\_ Vigorosa \_\_\_\_\_

## 3. Cara

A. Forma Ovoide \_\_\_\_\_ Cuadrada \_\_\_\_\_ Alargada \_\_\_\_\_

B. Perfil Ortognata \_\_\_\_\_ Prognata \_\_\_\_\_ Retrognata \_\_\_\_\_

C. Cabello Blanco \_\_\_\_\_ Negro \_\_\_\_\_ Castaño \_\_\_\_\_ Rubio \_\_\_\_\_

D. Ojos Negros \_\_\_\_\_ Cafés \_\_\_\_\_ Verdes \_\_\_\_\_ Azules \_\_\_\_\_

E. Tez Clara \_\_\_\_\_ Media \_\_\_\_\_ Rubicunda \_\_\_\_\_ Morena \_\_\_\_\_

F. Textura (piel) Normal \_\_\_\_\_ Otra (explicar) \_\_\_\_\_

G. Arrugas debidas a: Edad \_\_\_\_\_ Pérdida de Dimensión Vertical \_\_\_\_\_

H. Labios Activos \_\_\_\_\_ Largos \_\_\_\_\_ Medianos \_\_\_\_\_ Cortos \_\_\_\_\_

I. Bordes Bermellón visible \_\_\_\_\_

## EVALUACION CLINICA

## 1. Articulación Temporomandibular

- A. Comodidad \_\_\_\_\_ D. Suavidad \_\_\_\_\_  
 B. Crepitante \_\_\_\_\_ E. Desviación \_\_\_\_\_  
 C. Sonora \_\_\_\_\_

## 2. Movimiento Mandibular (evalúelo como normal, excesivo o - limitado.

- A. Protrusivo \_\_\_\_\_ B. Lateral Derecho \_\_\_\_\_ C.L.l. \_\_\_\_\_

## 3. Factores Biológicos

## A. Tono Muscular

Normal(CLl) \_\_\_\_\_ Casi Normal(CLll) \_\_\_\_\_ Subnormal (CLlll)

## L. Retenciones Oseas

Maxilar: Ninguno \_\_\_\_\_ Ligero \_\_\_\_\_ Requiere Remoción \_\_\_\_\_  
 Mandíbula: Ninguna \_\_\_\_\_ Ligera \_\_\_\_\_ Requiere Remoción \_\_\_\_\_

## M. Torus

Maxilar: Ninguno \_\_\_\_\_ Ligero \_\_\_\_\_ Requiere Remoción \_\_\_\_\_  
 Mandíbula: Ninguno \_\_\_\_\_ Ligero \_\_\_\_\_ Requiere Remoción \_\_\_\_\_

## N. Tejidos Blandos que cubren el Proceso Alveolar

Espesor firme y uniforme \_\_\_\_\_  
 Tejido Grueso \_\_\_\_\_  
 Tejido Hiperplásico o Resilente \_\_\_\_\_

## O. Mucosa Sana \_\_\_\_\_ Irritada \_\_\_\_\_ Patológica \_\_\_\_\_

## P. Inserciones Tisulares (Encía insertada)

Mínimo 12mm. \_\_\_\_\_ 8-12mm. \_\_\_\_\_  
 Menos de 8mm. \_\_\_\_\_

## Q. Inserciones Musculares y Frenillos

Baja \_\_\_\_\_ Mediana \_\_\_\_\_ Alta \_\_\_\_\_

## R. Espacio Postmilohioideo

Mínimo 10mm. \_\_\_\_\_ Menos de 10mm. \_\_\_\_\_

Sin espacio para la dentadura \_\_\_\_\_

## S. Sensibilidad del Paladar (respuesta a la palpación)

Ninguna \_\_\_\_\_ Mínima \_\_\_\_\_ Hipersensibilidad \_\_\_\_\_

## T. Tamaño de la Lengua

Normal \_\_\_\_\_ Mediana \_\_\_\_\_ Grande \_\_\_\_\_

## U. Posición de la Lengua.

I Normal \_\_\_\_\_ II Punta fuera de posición \_\_\_\_\_

III Retraída \_\_\_\_\_

## V. Saliva Cantidad y Consistencia normal \_\_\_\_\_

Cantidad excedida \_\_\_\_\_ Poco o nada de saliva \_\_\_\_\_

## W. Actitud Mental.

Filosófica \_\_\_\_\_ Exacta \_\_\_\_\_ Histérica \_\_\_\_\_

Indiferente \_\_\_\_\_

## X. Examen Radiográfico

Hueso denso \_\_\_\_\_ Hueso Canceloso \_\_\_\_\_

Hueso no denso \_\_\_\_\_

Patología Retenida (lista) \_\_\_\_\_

PRONOSTICO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## C A P I T U L O 2

## DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

Hay muchas técnicas aceptables para llegar a un diagnóstico, cuando se decide fabricar una dentadura convencional inmediata, siempre que se siga cualquiera de estos procedimientos necesitamos recordar los siguientes factores:

1.- No debe considerarse que los procedimientos diagnósticos para el individuo parcialmente desdentado son los mismos que para el paciente dentado. En ambas situaciones, los procedimientos deben ser minuciosos y tiene que incluir la valoración tanto de las condiciones normales como patológicas, así como del estado anatómico, fisiológico y psicológico y su relación con la situación local y general del paciente. Para el parcialmente dentado, la valoración de los dientes restantes es de gran importancia, debe decirsele que algunos o todos pueden conservarse y que serán empleados para la retención y soporte de una dentadura parcial removible, o mediante algún tratamiento adicional servirán para dar apoyo y estabilidad a una dentadura completa con soporte dentario. Si los dientes tienen que ser extraídos, se investigarán todos los factores relacionados con los procedimientos quirúrgicos anticipados.

2.- Los datos estadísticos repetidos en números significativos de usuarios de dentaduras revelan que el 65% de los que reciben dentaduras toleran y continúan empleándolas, no obstante la falta de aceptación fisiológica por el medio ambiente de la boca. En el curso del examen de cientos de pacien -

tes de dentaduras inmediatas, fue difícil comprender cómo un número tan grande continuaba empleando dentaduras cuando el daño tisular era tan extenso. Esta es una prueba adecuada de que la aceptación del paciente no es un motivo para apegarse a determinado padecimiento.

3.- El plan de tratamiento y no el diagnóstico es afectado por la aceptabilidad del paciente, el tiempo requerido por el dentista y el individuo y el gasto total.

4.- El diagnóstico es un proceso continuo a través de todo el tratamiento.

5.- Durante la consulta y los procedimientos de diagnóstico, hay que educar al paciente con respecto a sus responsabilidades dentro del tratamiento. Este paso dentro de la terapéutica, ha sido muy descuidado y que es responsabilidad del dentista.

#### PLAN DE TRATAMIENTO

El plan de tratamiento debe cubrir todo el periodo de -- transición entre el estado actual y la normalización del paciente en prótesis. Tanto más complejo sea el plan de tratamiento, tanto más importante es su formulación escrita. Una técnica consiste en:

- a) Determinar si habrá cambios de altura y en las posiciones, tamaños, formas y colores de dientes.
- b) Estudiar si la edentación debe o puede hacerse por etapas y en este último caso, cuáles deben ser, examinando la situa

ción en que estará el paciente durante cada etapa.

c) Considerar las medidas auxiliares inmediatas que puede requerir su estado actual y en cada etapa (curaciones, obturaciones, prótesis de emergencia, etc.).

d) Establecer el tipo de cirugía adecuada para cada intervención consultando con el cirujano si fuera menester.

e) Calcular los presupuestos y sus variaciones de acuerdo -- con el plan que se adapte, considerando esencial el acuerdo explícito del paciente o sus familiares responsables.

f) Estimar también los cuidados postoperatorios y la atención protética adecuada para mantener al paciente convenientemente asistido durante un periodo no menor de seis meses.

El paciente debe estar también conciente de la probabilidad de requerir nuevas prótesis después de seis meses o un año, para restaurar pérdidas de altura consecuentes a la atrofia de los maxilares que la prótesis inmediata no puede compensar.

C A P I T U L O    3  
 ANATOMIA Y FISILOGIA DE LOS MUSCULOS  
 MASTICADORES.

Recibe este nombre un grupo bilateral de cuatro músculos que proceden de la base de cráneo, y se insertan en la mandíbula. Reciben 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 grupo de músculos está comprendido por:

- |                     |                                |
|---------------------|--------------------------------|
| 1) Músculo Temporal | 3) Músculo Pterigoideo Interno |
| 2) Músculo Masetero | 4) Músculo Pterigoideo Externo |

MUSCULO TEMPORAL:

Se presenta en forma de abanico, que nace de la pared interna de la fosa temporal, cuyo vértice se dirige a la apófisis coronoides.

INSERCIÓN:

Se fija en la superficie externa del cráneo, extendiéndose adelante hasta el borde lateral del reborde supraorbitario. En su porción inferior se inserta en el borde superior y en la mitad de la superficie de la apófisis coronoides y a lo largo del borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula.

**INERVACION:**

El temporal es inervado por tres ramas del nervio temporal que a su vez, es rama del nervio maxilar inferior del -- trigémino.

**ACCION:**

Consiste en elevar la mandíbula, y dirigirla hacia atrás interviene principalmente para dar posición durante el cierre.

**MUSCULO MASETERO:**

Es un músculo de forma cuadrangular aplanada, está formado por dos haces musculares principales que abarcan desde el arco cigomático hasta la rama y cuerpo de la mandíbula.

**INSERCIÓN:**

Se inserta en el lado externo de la apófisis coronoides y en la rama ascendente hasta el ángulo de la mandíbula.

Se inserta también en el arco cigomático y cara externa en el tercio inferior de la rama ascendente de la mandíbula .

**INERVACION:**

Proviene del nervio masetero que penetra en su parte superior y posterior del músculo.

**ACCION:**

Principalmente es la de elevar la mandíbula, interviniendo así en el cierre de la mandíbula.

**MUSCULO PTERIGOIDEO INTERNO:**

Presenta una forma rectangular y aplanada. Se origina en la mitad de la superficie de la lámina pterigoidea lateral, en la fosa pterigoidea y en la cara cigomática del maxilar.

**INSERCIÓN:**

Sus haces de fibras se dirigen hacia abajo, atrás y algo hacia afuera, para insertarse en la cara interna del ángulo de la mandíbula.

**ACCIÓN:**

Este músculo ayuda a elevar y colocar a la mandíbula en posición lateral.

**MUSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO:**

Se extiende de la apófisis pterigoideas al cuello del cóndilo de la mandíbula, se haya dividido en dos haces: uno superior esfenoidal y otro inferior pterigoideo; uniéndose las dos divisiones del músculo por detrás de la articulación temporomandibular cerca del cóndilo de la mandíbula.

**INSERCIÓN:**

Se inserta principalmente en la superficie anterior del cuello del cóndilo. Otras de sus fibras se insertan también en la cápsula de la articulación y en la porción anterior -- del menisco articular. Las fibras del fascículo superior es hacia atrás y hacia afuera en su trayecto horizontal, mientras que el fascículo inferior se dirige hacia arriba y afuera hasta el cóndilo.

**INERVACION:**

Esta la obtiene a través de dos ramas nerviosas procedentes del nervio bucal.

**ACCION:**

Su función principal es llevar el cóndilo hacia adelante y al mismo tiempo desplazar el menisco en la misma dirección.

Los músculos pterigoideos externos actúan también en la abertura o depresión normal no forzada de la mandíbula.

**LENGUA:**

La lengua es un órgano muscular de extraordinaria movilidad, y variabilidad morfológica, la cual en coordinación con los labios, carrillos, paladar y faringe, actúa en el lenguaje, masticación y deglución.

Debido a que posee abundante inervación, puede detectar no sólo las sensaciones de tacto, presión calor y frío, sino también las sensaciones de gusto.

En ella podemos distinguir la punta, el cuerpo y la base lingual. Según su orientación, el cuerpo de la lengua tiene una disposición horizontal dentro de la boca, en tanto que - su base, casi verticalmente descendente, está dirigida hacia la faringe.

**MUSCULOS 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:

1.- **Músculos intrínsecos.**- Consiste en la musculatura longitudinal superior o inferior, además de la transversal y vertical; son los que producen cambios muy notorios en el tamaño y forma de la lengua.

2.- **Músculos extrínsecos.**- Son los 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. Esta musculatura extrínseca se compone:

**M. Palatogloso.**- Se encuentra unido al paladar blando y a la lengua. Su función es elevar la lengua, la dirige hacia atrás y estrecha el istmo de las fauces.

**M. Estilogloso.**- Está unido a la apófisis estiloides y a la lengua. Los haces de sus fibras se entrecruzan con las fibras del hiogloso para formar la parte principal de la musculatura lingual longitudinal.

**M. Geniogloso.**- Se une por delante a la apófisis geni de la mandíbula y lengua. Su acción es elevar la lengua, la lleva hacia adelante y atrae la punta hacia abajo y hacia atrás. Si se contrae totalmente, aplica la lengua sobre el piso de la boca.

Todos los músculos de la lengua, excepto el Palatogloso, son inervados por el XII par craneal o nervio Hipogloso.

## C A P I T U L O 4

## ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

La articulación temporomandibular corresponde al género de las articulaciones bicondíleas.

En esta articulación es donde tienen lugar todos los movimientos de la masticación.

## SUPERFICIES ARTICULARES:

De las dos superficies articulares, una pertenece a la mandíbula y la otra al hueso del temporal.

a) Superficie mandibular: Está constituida por el cóndilo, - que es una eminencia elipsoidal que mide 20mm. de longitud - por 8 de anchura y se dirige oblicuamente de afuera a dentro y de adelante hacia atrás. Los ejes mayores de los cóndilos, prolongados por dentro, se encontrarían un poco por delante de la parte central del agujero occipital. Cada cóndilo presenta una vertiente anterior y una posterior, que se unen entre sí en el punto culminante del cóndilo, formando una arista obtusa transversal. El cóndilo, descansa sobre una porción más estrecha, llamada cuello, en su parte anterior interna se encuentra una depresión para el pterigoideo externo.

b) Superficie temporal: El temporal, para esta articulación presenta: por delante una eminencia transversal, francamente convexa de adelante hacia atrás, ligeramente cóncava de dentro hacia afuera, llamado cóndilo del temporal que está formado por la raíz transversal de la apófisis cigomática. Por detrás del cóndilo se encuentra la cavidad glenoidea que es-

una depresión profunda de forma elipsoidal, cuyo eje mayor - lleva exactamente la misma dirección que el cóndilo del maxilar. Está limitada :

1.- Por delante, por el tubérculo cigomático y por la raíz-transversal del arco cigomático o cóndilo del temporal.

2.- Por detrás por la apófisis y la cresta pétrea.

3.- Por dentro, por la espina del esfenoides.

4.- Por fuera, por la raíz longitudinal de la apófisis cigomática, la rama de bifurcación interior de esta raíz y la pared anterior del conducto auditivo externo. La cisura de Glaser, divide nuestra cavidad glenoidea en dos partes muy desiguales; la parte anterior, y la más pequeña está librada en la base de la concha y constituye la cavidad glenoidea propiamente dicha la parte posterior, la más grande está formada en gran parte por la pared anterior del conducto auditivo y embriológicamente pertenece al hueso timpánico. - Unidos entre sí el cóndilo del temporal y la porción articular de la cavidad glenoidea representan una especie de cuadrilátero que mide aproximadamente 22mm. en sentido transversal y 20mm. en sentido anteroposterior.

Menisco Interarticular: como la superficie mandibular es muy convexa y la superficie temporal es a la vez cóncava y convexa, las dos superficies no se corresponden. La concordancia se establece por la interposición de un menisco interarticular. Este menisco es de forma elíptica y tiene su eje mayor dirigido transversalmente, estando orientado de -

manera que una de sus caras mira hacia arriba y adelante, y la otra hacia abajo y atrás: la primera, en relación con el cóndilo temporal es cóncava en su parte anterior y convexa en su parte posterior, la segunda en relación con el cóndilo mandibular es cóncava en toda su extensión. De los dos bordes del menisco, el posterior es siempre más grueso que el anterior. De sus dos extremos, el interno y el externo se doblan ligeramente hacia abajo y se fijan por medio de delgados fascículos fibrosos, a los extremos correspondientes del cóndilo, de esta disposición resulta que, al efectuarse los movimientos, el menisco acompaña siempre al cóndilo.

Medios de Unión: existe un ligamento capsular, y reforzado a los lados por dos ligamentos laterales.

a) **LIGAMENTO CAPSULAR:** forma una especie de manguito dispuesto alrededor de la articulación, y se inserta: por abajo, por su circunferencia inferior, alrededor del cuello del cóndilo. Por arriba por su circunferencia superior, en el borde anterior de la raíz transversa del arco cigomático en el tubérculo cigomático en el fondo de la cavidad glenoidea, un poco por delante de la cisura de glaser y en la base de la espina del esfenoides. El ligamento capsular está adherido a los bordes.

b) **LIGAMENTO LATERAL EXTERNO:** situado por afuera de la cápsula, se inserta por arriba en el tubérculo cigomático, y por detrás del mismo en la raíz longitudinal del cigoma. -- Desde este punto se dirige oblicuamente hacia abajo y atrás

y va a fijarse en la parte posteroexterna del cuello del cóndilo. Es el medio de unión principal de esta articulación.

c) LIGAMENTO LATERAL INTERNO: situado en el lado interno de la cápsula, se extiende desde el borde interno de la cavidad glenoidea a la parte posterior interna del cuello del cóndilo.

d) LIGAMENTOS ACCESORIOS: a estos se les denomina pseudoligamentos y son: Ligamento esfenomaxilar, es una cinta rectangular de 4mm. de ancho en su parte media que parte del lado externo de la espina del esfenoides y termina cerca del orificio superior del conducto dentario, unas veces en la espina de spix y otras por detrás de la espina.

El ligamento estilo maxilar, que es también una cinta fibrosa de forma triangular que se inserta por su vértice de la apófisis estiloides y por su base en el borde parotídeo de la mandíbula un poco por encima del ángulo inferior.

El ligamento pterigomaxilar es una hoja fibrosa, más o menos marcada, que va desde el gancho del ala interna de la apófisis pterigoides al extremo posterior del borde alveolar de la mandíbula.

SINOVIALES: existen dos sinoviales; una superior, situada entre el menisco y el temporal, y otra inferior, situada por debajo del menisco entre éste y el cóndilo. A veces las dos sinoviales comunican entre sí por un agujero que ocupa la parte central del menisco.

MOVIMIENTOS: la mandíbula puede ejecutar tres clases de movi

mientos: movimiento de descenso y elevación, movimiento de rotación alrededor de un eje transversal que pasaría por la parte media de la rama de la mandíbula, un poco por encima del orificio del conducto dentario. Movimientos de proyección hacia adelante y atrás. Movimientos de lateralidad o de diducción, por los cuales el mentón se dirige alternativamente a izquierda y a derecha de la misma línea, son movimientos de rotación alrededor de un eje cervical que pasaría alternativamente por el cóndilo izquierdo y por el cóndilo derecho.

C A P I T U L O    5  
Z O N A S        P R O T E S I C A S

Las zonas protésicas son aquellas regiones de los procesos alveolares, tejidos subyacentes y circundantes, quedan - incluidas o en contacto con las dentaduras completas, para - su estudio se dividen en:

MAXILAR SUPERIOR:

- |                                  |                       |
|----------------------------------|-----------------------|
| a) Contorno o Sellado Periférico | d) Zona de Alivio     |
| b) Zona Principal de Soporte     | e) Sellado Posterior. |
| c) Zona Secundaria de Soporte    |                       |
- a) Contorno o Sellado Periférico.- Va después de la zona marginal y está constituido por todo el fondo del saco vertibular, se extiende desde una región hamular a la otra, pa sando anteriormente por la inserción del frenillo labial-superior en la línea media, el sellado está dividido en - tres áreas por la inserción semitendinosa del buccinador llamado frenillo bucal, dichas áreas son: una anteroposte rior o vestíbulo labial y dos posterolaterales o vestibulo bucales, derecho e izquierdo: el contorno posterior lo determina la línea vibrátil que se extiende desde la re gión de una escotadura hamular a la otra, pasando por las foveolas palatinas.

- b) Zona Principal de Soporte.- Esta constituida por toda la cresta alveolar y ofrece el máximo apoyo a las dentaduras completas.
- c) Zona Secundaria de Soporte.- Localizada entre el contorno periférico y la zona principal de soporte.
- d) Zona de Alivio.- Comprende las áreas donde se evitará -- ejercer presiones excesivas; la papila incisiva, el rafé sutural medio y agujeros palatinos posteriores y anteriores y torus palatino.
- e) Sellados Posterior o Post-Dam.- Es la unión del paladar-duro con el blando., también denominado línea vibrátil y se extiende de una escotadura hamular a la otra, pasando por las faveolas palatinas localizadas a cada lado de la línea media.

#### MAXILAR INFERIOR:

- a) Contorno o Sellado Periférico
- b) Zona Principal de Soporte
- c) Zona Secundaria de Soporte
- d) Zona Retromolar
- e) Sellado Posterior.

#### a) Contorno o Sellado Periférico:-

Se divide en vestibular o lingual; por vestibular encontramos todo el fondo de saco que se extiende desde el espacio retromolar del lado derecho hasta el otro del lado izquierdo, pasando por la inserción del frenillo labial-inferior y dividida en tres áreas debido a la inserción

semitendinosa del buccinador denominado frenillo bucal; las áreas son una anteroinferior o vestíbulo labial inferior y dos posterolaterales o vestibulares bucales derecho e izquierdo. Por lingual, cuando va de un espacio retromolar a otro, contorneado todo el piso de la boca, pasando por la inserción del frenillo lingual.

b) Zona Principal de Soporte:

Se encuentra constituida por toda la cresta alveolar, considerando su región posterior como la más favorable para recibir las fuertes presiones ejercidas durante la masticación.

c) Zona Secundaria de Soporte:

Comprende la región incluida entre el contorno periférico y la zona principal de soporte.

d) Zona o Area Retromolar:

Es el límite posterior del reborde alveolar donde se une la rama ascendente, tiene la forma de una almendra y su centro ocupada por la elevación de la papila periforme.

e) Sellado Posterior:

Corresponde a la región del ligamento pterigomandibular o aponeurosis buccionato-faríngea.

ZONAS DE ALIVIO:

1) Frenillo labial y bucal.

2) Frenillo vestibular y frenillo vestibular izquierdo.

Estas zonas son en donde no deben hacerse presión, pues son sitios de salida de vasos y nervios, o que por su forma son dolorosos.

- a) PAPILA INCISAL: se encuentra en el centro de la zona principal de soporte y es la que corresponde a la papila interdientaria de los incisivos centrales superiores.
- b) ZONA DE LOS AGUJEROS PALATINOS POSTERIORES: se encuentra esta zona a nivel de los terceros molares por palatino.
- c) ZONA DE LOS AGUJEROS PALATINOS ANTERIORES: se encuentra a nivel de los premolares por palatino.
- d) TORUS PALATINO: son los que se encuentran a cada lado de la línea media en la unión del paladar duro con el paladar blando.

#### A) CLASIFICACION DE FORMAS DEL PALADAR POSTERIOR (FORMA DE LA GARGANTA) Y CONDICIONES QUE AFECTAN EL "POSTDAMMING".

##### Clasificación de Forma de la Garganta.

El tipo de forma de la garganta, tiene un efecto directo en el contorno del borde posterior de la dentadura superior. Existen tres clasificaciones de forma de la garganta.

Una garganta Clase I se reconoce porque el paladar es ancho y poco profundo y la forma de la garganta se prolonga desde el borde posterior del paladar duro casi en la línea recta hacia atrás. Generalmente, el contorno del borde posterior de la dentadura será en línea recta desde una escóta dura hamular hasta la otra. Una garganta con forma de Clase I es la que se considera más favorable para lograr éxito --

con la dentadura.

Una garganta Clase II se reconoce porque tiene un paladar menos ancho pero más profundo que una de Clase I. A partir del borde posterior del paladar duro, la forma de la garganta empieza a curvarse hacia abajo en un punto intermedio. Generalmente, el borde posterior de la dentadura en la línea de la sutura palatina, será de 2 a 4 milímetros anteriores a una línea que pase en línea recta de una escotadura hamular hasta la otra. Se considera que una garganta Clase II es menos favorable para la dentadura que una de Clase I.

Una garganta Clase III se reconoce porque tiene una bóveda profunda. A partir del borde posterior del paladar duro, la forma de la garganta cae hacia abajo en forma casi abrupta. Generalmente, el borde posterior de la dentadura en la línea de la sutura palatina, será de 4 a 6 milímetros anterior a una línea que pase en línea recta de una escotadura hamular hasta la otra. Se considera que una garganta Clase III es la menos favorable y es, usualmente, la advertencia de que habrá un caso difícil.

Condiciones Orales que Afectan el "Postdam".

Existen variadas preferencias en cuanto a la profundidad más deseable para el "postdam", pero puesto que la técnica aquí descrita incluye impresiones que desplazan la mínima cantidad de tejidos, un procedimiento seguro es hacer el "postdam" de la dentadura superior en tejido blando, a una profundidad de 1 mm. según la clasificación de la forma

de la garganta.

Las foveolas palatinas se encuentran en cualquiera de los lados de la línea media, generalmente en la unión del paladar blando con el duro. Como deseamos hacer el "postdam" sobre tejido blando, una buena regla general es ubicar la terminación del borde posterior de la dentadura y el "postdam" aproximadamente 3 milímetros posterior a las foveolas palatinas.

Después de haber clasificado la forma de la garganta y de trazar el borde posterior de la dentadura superior, establezca la profundidad del "postdam" en un milímetro, desde una escotadura hamular hasta la del lado opuesto. Bisele (achaflane) el "postdam" en dirección anterior y posterior. Esto permitirá pulir y redondear esta área en la dentadura terminada. Ningún "postdam" debe quedar agudo o en ángulo recto con el tejido blando.



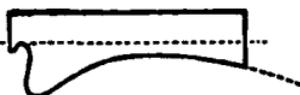
El área para el "postdam" que está indicada por la línea punteada anterior, para una garganta con clasificación de Clase I, puede generalmente ser más ancha en la dimensión antero-posterior, desvaneciéndose en una inclinación más gradual desde la profundidad de 1 milímetro. El área para el "postdam" en la garganta Clase II y III, se vuelve progresivamente más angosta, según lo indican las líneas punteadas anteriores. Estos diagramas señalan condiciones promedio y, en ninguna forma, deben considerarse un sustituto del examen oral para determinar la naturaleza y la extensión del paladar blando.

# FORMA DEL PALADAR POSTERIOR (FORMA DE LA GARGANTA)

## CLASE I



A-1



A-2

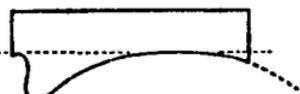


A-3

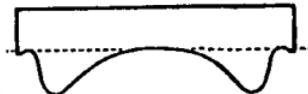
## CLASE II



B-1



B-2

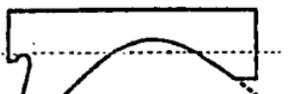


B-3

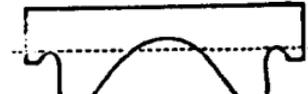
## CLASE III



C-1



C-2



C-3

FIGURA 116

## C A P I T U L O 6

## PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA

## a) GENERALIDADES:

Este tipo de prostodoncia constituye un medio de disminuir la tragedia física y psíquica del desdentado y puede salvar al paciente del cambio de su dentición natural extraída a la dentadura sin que por un momento se vea desdentado. Es muy importante que antes de iniciar el procedimiento expliquemos al paciente de una forma amplia el tipo de tratamiento que se le va a realizar, los contratiempos que pueden surgir desde el momento de sus extracciones hasta el periodo de adaptación, así como las ventajas y desventajas.

El tiempo de duración en servicio de una prostodoncia total inmediata es del todo variable, dependiendo del grado de destrucción ósea que se realiza, de la recuperación de los tejidos blandos afectados, si se efectúa una regularización de reborde su acomodamiento es mayor; pero su ajuste menor, ya que transcurrido algún tiempo se van sintiendo olgadas y por lo tanto resultan incomodas debido al movimiento existente, requiriéndose realizar un rebase.

Por lo general, este tipo de prostodoncia requiere de uno y hasta tres rebases durante el primer año dependiendo de la cantidad de tejido perdido, lo ideal es no rebasar durante los primeros meses y así evitar la formación hiperplásica de tejido y tener que recurrir a la extirpación quirúrgica.

**b) DEFINICION DE PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA:**

Se entiende por prostodoncia total inmediata a la construcción del aparato dento-protésico antes de la extracción de los dientes remanentes que aún conserva el paciente, y colocándose inmediatamente después de haber realizado las extracciones y el respectivo regularizado del proceso alveolar, a diferencia de la prostodoncia mediata que se colocá posteriormente a que se haya establecido el proceso cicatrizal al cabo de varias semanas posteriores a las extracciones.

**c) INDICACIONES DE LA PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA:**

- 1.- En pacientes en que la edad y el estado de salud general la o las intervenciones quirúrgicas necesarias.
- 2.- Que el estado de la cavidad oral admitan la espera requerida para el trabajo preoperatorio.
- 3.- Cuando la dimensión vertical sea aceptable.
- 4.- En pacientes que deseen este tipo de servicio y esté dispuesto a aceptarlo.
- 5.- Cuando las condiciones del proceso alveolar no tengan necesidad de un tratamiento quirúrgico amplio.
- 6.- En pacientes jóvenes para no perder el espacio que dejan los dientes.

**d) CONTRAINDICACIONES DE LA PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA:**

- 1.- En pacientes en que el factor edad y el estado de salud sean un obstáculo para realizar seis o más extracciones con intervención quirúrgica en una sesión.

- 2.- En pacientes que han recibido terapia radioactiva.
- 3.- Cuando existan procesos infecciosos (abscesos), sin -  
previo tratamiento.
- 4.- Cuando el paciente no tenga el tiempo necesario y la-  
capacidad económica para realizar el tratamiento.
- 5.- En pacientes sifilíticos con lesiones orales.
- 6.- En procesos infecciosos agudos.
- 7.- Pacientes infecciosos agudos.
- 8.- Problemas sanguíneos sin previo tratamiento.
- 9.- En casos de sinusitis aguda que impida la extracción-  
de premolares y molares superiores.
- 10.- En lesiones dejadas por el cáncer oral.
- 11.- Infecciones parodontales agudas.
- 12.- En pacientes con enfermedades metabólicas.
- 13.- Cuando exista tuberculosis o que el paciente padezca-  
diabetes.
- 14.- En pacientes con reumatismo cardiaco.

e) VENTAJAS DE LA PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA:

- A) La dentadura actúa como apósito o férula, para así con  
trolar el sangrado, proteger contra alguna posible le-  
sión, contra el impacto de los alimentos, líquidos bu-  
cales, acción lingual.
- B) Ayuda a mantener el coágulo en su sitio y así ayudar a  
la rápida cicatrización.
- C) Conserva en estado normal a la A.T.M.
- D) Mantiene la dimensión vertical.

- E) Los labios, lengua y carrillos no han cambiado sus posiciones por la falta de estructuras.
  - F) El color, forma, tamaño, colocación de los dientes artificiales será más exacto guiados por los órganos dentarios existentes.
  - G) Para algunos individuos es necesario no interrumpir -- sus actividades laborales y sociales.
  - H) Los pacientes no se muestran reacios a la extracción, -- cuando se les asegura su pronta restitución.
  - I) Los individuos parecen funcionar en el habla, deglu -- ción, masticación, respiración con mayor prontitud.
  - J) Psicológicamente el paciente se adapta con más rapidez a la idea de ser portador de una prostodoncia total.
  - K) No tiene que enfrentarse a sus familiares y amigos en estado desdentado.
  - L) La dentadura inmediata conforma al hueso (por la presión que ejercen las prótesis sobre éste, lo van modelando)
  - M) Impiden el ensanchamiento lingual.
- f) DESVENTAJAS DE LA PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA:
- A) La coordinación quirúrgica-protésica exige presión en la técnica.
  - B) El servicio se encarece por la duración que es corta y la necesidad de ser reemplazada por una dentadura definitiva.
  - C) Las fallas posibles ya sean técnicas o de laboratorio, sólo las podemos observar después de la intervención -- quirúrgica final.

- D) No hay posibilidad de hacer alguna prueba. Como por ejemplo: rodillos de cera, dientes en cera, oclusión, etc..
- E) La necesidad que existe de realizar uno o varios rebases en un tiempo relativamente corto.

## C A P I T U L O 7

## TIPOS DE PROSTODONCIA INMEDIATA

Contamos con cuatro tipos de prótesis inmediata:

A) PROTESIS PARCIAL ADITIVA:

En la transformación de prótesis parcial que usa el paciente al que se le van agregando dientes después de las extracciones. Aquí se evitan las extracciones masivas, lo cual permite un desdentamiento gradual, facilitando la extracción previa de los dientes posteriores, ayudando como placa de transición hacia la prótesis total inmediata. El tratamiento puede ser más económico y a veces llega a prestar servicio durante largo tiempo.

B) FERULA TRANSITORIA:

Consiste en reemplazar por férulas de acrílico los dientes posteriores articulándolos directamente en la boca, añadiendo acrílico autopolimerizable. Los dientes anteriores se hacen mediante el vaciado de la impresión de los dientes naturales con acrílico de color adecuado a cada paciente. Por la rapidez con que se realizan y por la economía de este tipo de prótesis inmediata se toma como la solución para algunos casos.

C) PROTESIS SIN FLANCO VESTIBULAR O ABIERTA:

Por lo general sin la encía anterior simplifica su elaboración, ya que sólo es necesario excavar un poco el alveolo del modelo de yeso e introducir 2 ó 3 mm. el diente por reemplazar. El resultado es favorable, pues los dientes se -

ven emergidos de la encía. Tiene como ventaja permitir la atrofia vestibular sin perturbación, el inconveniente sería la necesidad de encía artificial al cabo de 15 ó 20 días.

D) PROTESIS INMEDIATA CON ENCIA CERRADA O COMPLETA:

Esta prótesis es más exigente en su elaboración, es la -- preferida por la mayoría, debido a que reduce el peligro de retención deficiente, de mayor facilidad para la atención del paciente.

## C A P I T U L O 8

## PASOS PARA LA CONSTRUCCION DE UNA PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA

Las dentaduras inmediatas han ayudado a muchas personas a evitarles la pena de sufrir por la pérdida total o parcial de sus dientes naturales. Un paciente raramente se opondrá a obtener un remplazo inmediato, despues de habersele hecho las extracciones de los dientes naturales.

Una dentadura inmediata, es una prótesis dental construída para colocarse inmediatamente despues de ser extraídos los dientes naturales.

Los procedimientos clínicos para hacer una dentadura inmediata son esencialmente los mismos que se hacen en una dentadura normal o removible. Algunas variaciones son necesarias - al trabajar en la zona donde existen dientes naturales, durante la impresión y los procedimientos de relación mandibular.

Las ventajas de las dentaduras inmediatas son:

- 1.- El paciente no pasa por el vergonzoso periodo de la edentulación.
- 2.- Se mantiene el contorno de la cara y de los labios

Las dentaduras inmediatas no están indicadas cuando los dientes estén totos o infectados, ya que esto dificultaria la colocación de los dientes en la posición adecuada. Generalmente - los paciente con alguna enfermedad oral no desean la dentadura inmediata, prefiere esperar hasta su recuperación.

La primera diferencia de una dentadura inmediata, es la manera en la cual los dientes anteriores son colocados. Es necesario remover los dientes del modelo y colocar los dientes -

artificiales en la misma posición que el diente natural. Esto puede hacerse de muchas maneras, dos de éstas están ilustradas en esta sección. El primer método se ilustra en las figuras -- 23-28.

En esta técnica los 3 dientes anteriores de un lado del modelo son removidos y el área del reborde es tallada al contorno anticipado del reborde. Entonces los 3 dientes artificiales ocupan el lugar de donde estaban los dientes naturales como guía. El lado opuesto es tallado del mismo modo.

El área del reborde es contorneada, de forma final antes de que la dentadura sea enmullada para procesarla.

El segundo método requiere que los dientes remanentes naturales sean removidos alternamente. Este método se ilustra en las figuras 29-36.

La ventaja de éste método es que asegura que cada diente se inserte en una posición propia. El modelo debe ser retocado después de que haya sido enmullado.

Muchos dentistas usan la guía quirúrgica cuando extraen -- los dientes prioritariamente a la colocación de las dentaduras inmediatas, este es un invento de resina clara la cual posibilita a un dentista, estar seguro que no haya espículas de hueso remanente, el cual puede interferir con la colocación de la dentadura inmediata, la guía quirúrgica puede ser hecha como se muestra en las figuras 39-45.

Figura I. -- Las impresiones primarias son hechas con alginato -- que es un material de impresión y el modelo primario corrido en la manera usual.

Figura 2.- La cucharilla es delimitada en el modelo primario y el grosor de la cera de la placa base es adaptado al modelo, la cera es 1 ó 2 mlm. mas corta que la delimitación anticipada de la cucharilla. La cera es retirada de los bordes incisales de los dientes remanentes y se corta - 4mlm. corta del borde posterior de la delimitación del modelo.

Figura 3.- El material de la cucharilla es preparado y adaptado de la misma manera como si fuera para una cucharilla de impresión de una dentadura completa, el portaimpresión para una dentadura inmediata es mostrado después de que ha sido retirado del modelo y los bordes tallados a la línea predeterminada que marcamos.

Figura 4.- Algunos dentistas desearían quitar la cera sin retirar la cucharilla, otros querrian dejar solamente la cera en el área de los dientes. Cuando esto es hecho, el portaimpresión debe ser colocado directamente en la boca del paciente en orden para checar los bordes. Antes que la impresión sea checada o tomada se removerá la cera que dejará el espacio suficiente para el alginato.

Figura 5.- Se hacen perforaciones en el portaimpresión con una fresa redonda del número 6-8.

Figura 6y7.- El portaimpresiones esta listo , se prueba en la boca del paciente y se retira la cera antes de hacer la impresión final.

Figura 8.- Nos muestra un portaimpresión con la parte labial--impropiamente contorneada. Un portaimpresión como éste produciría una sobre-extensión en la impresión en la parte vestibulo-labial.

Figura 9.- Este esta propiamente contorneado.- El borde anterior de la cucharilla y el espacio que dejó la cera en el portaimpresión son adaptados a la superficie de los dientes y al proceso alveolar.

Figura 10.- Listos los portaimpresiones. Se hace una impresión convencional en inferior. Un material elástico se usa para la impresión del maxilar (alginato ó hule)

Figura 11.- Modelos finales.

Figura 12.- La placa base y los rodillos de oclusión son hechos esencialmente del mismo modo como lo son para cualquier dentadura rutinaria, excepto que la placa base sup. es contorneada alrededor de los dientes naturales remanentes.

Los cortes por debajo de las superficies linguales de los dientes anteriores son liberados con la cera de la placa base antes de que los rodillos de oclusión sean hechos.

Figura 13.- Los estabilizadores son hechos en la cera de la placa base y adaptados al modelo.

Figura 14.- Los modelos son cubiertos con separador.

Figura 15.- Una capa delgada de resina autocurable es usada para elaborar placa base.

Figura 16.- Los rodillos de oclusión son hechos sobre la placa base. Los bordes incisales de los dientes naturales remanentes son usados para ayudar a estabilizar el plano oclusal sobre el rodillo de oclusión superior.

Figura 17.- Las medidas de la relación mandibular y el arco -- facial son enviados al laboratorio, despues las medidas son checadas en el consultorio. Note que el rodillo de oclusión sup. entra en la llave sup. del mantenedor de mordida.

Figura 18.- El arco facial se pone en el articulador, el modelo sup. y el rodillo de oclusión se ponen en el -- mantenedor de mordida y el modelo sup. es montado.

Figura 19.- Modelo superior e inferior montados.

Figura 20.- Todos los dientes artificiales son colocados con -- excepción de los dientes naturales remanentes. Se regresa al dentista para checar relaciones mandibulares. Al mismo tiempo se checa la dimensión vertical, relación céntrica, estética, de los dientes mandibulares anteriores, y se hacen movimientos protrusivos para ajustar la guía-- condilar horizontal sobre el articulador.

Figura 21.- Los elementos condilares sobre el articulador son ajustados al hacer movimientos protrusivos.

Figura 22.- Los dientes artificiales son seleccionados de acuerdo con los dientes naturales existentes. Puede -- ser necesario recontornearlos para que se aproximen mas a éstos. El color tambien se determina.

Figura 23.- El modelo es retirado del articulador y los 3 dientes del lado izquierdo son retirados.

Figura 24.- El área del reborde es tallada al contorno anticipado en la dentadura completa.

Figura 25.- Los 3 dientes anteriores superiores, están en posición. El modelo preliminar y los dientes naturales existentes se usan como guía.

Figura 26.- Los 3 dientes anteriores superiores son retirados y el modelo contorneado del mismo modo.

Figura 27.- Los 6 dientes anteriores superiores han sido colocados en posición y chequeados usando el modelo preliminar como guía.

Figura 28.- Las dentaduras están enceradas y listas para ser enmufladas y procesadas.

Figura 29.- Otro método para colocar los remplazos inmediatamente, es colocar los dientes alternativamente. Los números que están sobre los dientes en la ilustración, muestran la secuencia en la cual los dientes del modelo son removidos y los dientes artificiales son colocados.

Figura 30.- El incisivo central superior izquierdo es retirado del modelo y una curvatura suave en depresión es escarvada en la región labial. El área gingival puede ser reducida si el dentista lo indica. Ninguna parte de la gingiva marginal lingual es retirada.

Figura 31.- Este dibujo nos indica la manera correcta de contornear y colocar los dientes artificiales en una dentadura inmediata.

Figura 32.- El incisivo central superior izquierdo es modelado en cera en su posición.-

Figura 33.- Los dientes de yeso siguientes son retirados alternativamente y se colocan los artificiales en su posición. Se ve claramente que los dientes naturales existentes nos servirán como guía en la colocación de los dientes artificiales.

Figura 34.- Los dientes de yeso se retiran al mismo tiempo que se coloca el diente artificial.

Figura 35.- Los 6 dientes superiores anteriores, han sido colocados en posición. El alineamiento y colocación se chequea usando el modelo primario.

Figura 36.- La dentadura es festoneada y lista para ser procesada.



ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA



10



11



12



13



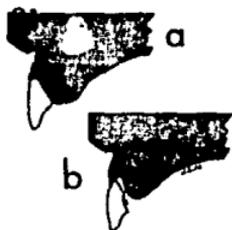
14



16









37



38



39



40



## CONCLUSIONES

El cirujano dantista tiene como objetivo primordial y - como responsabilidad, dejar satisfecho al paciente, devolviéndole a éste lo mas importante que es su salud, - recordando que cada caso es diferente, distinto, que deberá evaluarlo de acuerdo a sus necesidades para evitar así las fallas ó el fracaso del tratamiento.

Examinar y analizar las estructuras que involucra una protodoncia total y escoger lo adecuado técnica y anatómicamente, para la realización de la protodoncia inmediata, lo llevarán con seguridad al cumplimiento--- efectivo de su deber y al éxito total sin precedentes, - sin olvidar que la cirugía preprotésica otorga al dentista medios por los cuales se puede auxiliar para lograr la fidelidad del maxilar superior y la mandíbula.

La protodoncia inmediata es pues, la solución mas rápida de obtener una dentadura que le permitirá al paciente realizar sus actividades normales sin permanecer desdentado, conservándole así, sus tejidos blandos en posición, su dimensión vertical, su estética etc., además de una mejor cicatrización, ya que ésta actúa como anósis.

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

Dental laboratory technology

Sponsored by W.K. Kellogg foundation

Editorial and production Staff

Autor: John B. Sowter, D.D.S. M. sc.

University of north Carolina

Capusselli H. O. Schvart T.

Tratamiento del desdentado total

Edit. Mundi, Buenos Aires, 1973

Ernest Gardner; Donald Gray; Rona, O'Rahilly,

Anatomía, Edit. Salvat mexicana, 2da. edic.

Sheldon Winkler

prostodoncia total

Edit. Interamericana

méxico, 1982

Sharry, John J.

Prostodoncia total completa

Ediciones torax, s.a.

Barcelona, 1977, pág. 297

Kruger, Gustavo O.

Cirugía Bucomaxilofacial

Edit. Médica panamericana

James E. Crouch, "anatomía humana funcional"

Edit. Continental, 2da. edic. Méx. 1981

Eugene W. Skinner

La ciencia de los materiales dentales

Edit. Mundi, 6ta. edic. 1970

Ozawa D.J.Y. Próstodoncia total,

Dir. Gral. de publicaciones U.N.A.M.

2da. edic. méx. 1975