

297
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PROTESIS INMEDIATA

T E S I N A

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

Presentan:

**CLAUDIA MUÑOZ SANCHEZ
FERNANDO SANCHEZ CAMPOS
MARTHA PATRICIA VILLANUEVA CORONA**

**ASESOR ACADEMICO Y EN VIDEO:
C.D. REBECA CRUZ GONZALEZ CARDENAS**

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



MEXICO, D.F.

JUNIO 1996

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**ESTA TESINA ES COMPLEMENTO DEL
VIDEO "PROTESIS INMEDIATA"
DE FORMATO VHS
DE 17 MINUTOS DE DURACION**

**A la Universidad Nacional Autónoma de México
y a la Facultad de Odontología por existir y darnos
la oportunidad de aprender.**

**A los profesores de la Facultad de Odontología
por su enseñanza y por compartir con
nosotros sus conocimientos.**

**A la Dra. Rebeca Cruz González C.
por su inigualable orientación para el
desarrollo de este trabajo.**

**A la Dra. Rina Feingold, coordinadora del
Seminario de Titulación del área de Prótesis,
por su apoyo y comprensión.**

PROTESIS
INMEDIATA

INDICE

Introducció	1
CAPITULO I	
Definició	2
Clasificació de Pròtesis Inmediata	2
CAPITULO II	
Indicaciones	3
Contraindicaciones	3
Ventajas	4
Desventajas	5
CAPITULO III	
Impresiones y modelos de diagnòstico preliminares	6
Cucharillas individuales y modelos de trabajo	7
Registros intermaxilares	8
CAPITULO IV	
Selecció y colocació de dientes	9
CAPITULO V	
Acondicionador de Tejidos	10
Fèrula Quirùrgica	12
Cirurgia y colocació de la Pròtesis Inmediata Removible	12
Uso del Acondicionador de Tejidos	13
Cirurgia y colocació de la Pròtesis Inmediata Fija	14
CAPITULO VI	
Instrucciones posoperatorias	15
Correcció de la oclusió	16
Atenció posterior para la Pròtesis Inmediata	16
CAPITULO VII	
Conclusiones	17
Bibliografia	19

INTRODUCCION

La prótesis inmediata parece haberse iniciado como uno de los grandes progresos prostodónticos a mediados del siglo pasado. Sin embargo, no fué hasta 1920 como consecuencia de las extracciones masivas impuestas por la teoría de la infección focal, por un lado, y del progreso de la anestesia y la radiografía, por otro, que la prótesis inmediata tuvo un adelanto espectacular paralelamente al progreso de la Cirugía Bucal.

La prótesis inmediata no es una alternativa frente a la Odontología conservadora, no autoriza la extracción de dientes cuya preservación satisfactoria es aún posible, ni garantiza contra los fenómenos iatrogénicos que pueden sobrevenir. Es un servicio profesional que requiere más conocimientos, habilidad y criterio que la prótesis regular.

Sin embargo, constituye el medio de reducir el trauma físico y psicológico del desdentamiento y ofrece grandes ventajas funcionales, anatómicas y estéticas, ya que la prótesis inmediata impide la alteración de la dimensión vertical, preservando o restituyendo el tope oclusal, impide el ensanchamiento lingual, así como también el hundimiento de las mejillas.

Permite a la musculatura afectada seguir funcionando en sus posiciones normales, evita la mayor parte de los trastornos y reajustes fonéticos del desdentamiento, facilita la masticación y ayuda a mantener normalmente las actividades cotidianas del paciente, al igual impide el colapso facial que se da por la pérdida dentaria y las alteraciones anatómicas que se presentan.

Como consecuencia, las ventajas de la prótesis inmediata son notables, ya que eliminan la humillación que sufren los pacientes frente al desdentamiento permitiendo un equilibrio emocional y facilitando su vida social.

CAPITULO

I

DEFINICION

La prótesis inmediata es aquella que se confecciona antes de la extracción de los dientes y se coloca inmediatamente después de la remoción de los dientes remanentes.

CLASIFICACION

La prótesis inmediata se clasifica en:

- Prótesis Fija y
- Prótesis Removible, la cual se divide en:
 - a) Parcial y
 - b) Total

CAPITULO

II

INDICACIONES

- ◆ La prótesis inmediata está indicada en pacientes que requieren la extracción de dientes naturales y que su pérdida involucre estética y función.
- ◆ Cuando la edad y el estado general de salud del paciente permitan el acto quirúrgico.
- ◆ Cuando exista una verdadera justificación estética, psicológica y funcional.
- ◆ El paciente debe ser cooperador, y estar bien informado sobre el tratamiento y lo que representa.

CONTRAINDICACIONES

- ◆ La prótesis inmediata está contraindicada cuando la intervención quirúrgica implica un riesgo.
- ◆ Cuando el paciente no se encuentra preparado para valorar las implicaciones de este tratamiento, o hacer frente a gastos y tiempo adicionales que éste involucra.
- ◆ Si se elabora inadecuadamente existe la posibilidad de que el paciente experimente más molestias después de la colocación de la prótesis.

- ◆ Requiere de mayor atención y mantenimiento que la prótesis convencional.
- ◆ Se explicará de antemano la necesidad de una prótesis definitiva, lo que implica un nuevo gasto y la dedicación de tiempo complementario, todo esto para evitar malentendidos.

VENTAJAS

- ◆ Con la prótesis inmediata es innecesario que el paciente permanezca desdentado para esperar la cicatrización.
- ◆ Hay disminución de las molestias posoperatorias porque la prótesis hace las veces de férula de protección sobre las zonas operadas.
- ◆ El paciente se recupera del trauma de la intervención quirúrgica al mismo tiempo que aprende a manipular la prótesis.
- ◆ Se le ahorran al paciente los inconvenientes y las molestias de varios meses de no poder masticar alimentos y la modificación de la dieta.
- ◆ Impide el ensanchamiento lingual, el colapso labial y el hundimiento de las mejillas.
- ◆ Se evita la alteración de la dimensión vertical, reemplazando el tope oclusal, preservando o restituyendo la altura morfológica, evitando molestias a las articulaciones temporomandibulares.

- ◆ Actúa como un apósito para controlar la hemorragia y promueve la cicatrización protegiendo los alveolos expuestos.
- ◆ El hueso es contorneado por la prótesis.
- ◆ Evita la mayor parte de los trastornos fonéticos del desdentamiento.
- ◆ Evita la formación de hábitos musculares defectuosos durante la masticación y la fonación.
- ◆ Permite hacer una evaluación estética completa previa a la colocación de la prótesis.

DESVENTAJAS

- ◆ Es un tratamiento provisional y no debe permanecer por un largo periodo en la boca, habrá que sustituirlo tan pronto como esté indicado.
- ◆ Se requiere de mayor número de cuidados posoperatorios.
- ◆ En pocos meses, generalmente se requiere un rebase.

CAPITULO

III

IMPRESIONES Y MODELOS DE DIAGNOSTICO PRELIMINARES

Las impresiones se toman con cucharillas comerciales metálicas perforadas, que se adaptan al tejido blando formando el repliegue de los tejidos mediante el doblado de los flancos y el agregado de cera en los bordes.

Se cubre con cera el centro de la zona palatina de la cucharilla superior para lograr una mayor aproximación de la cucharilla al paladar.

Los bordes de cera proporcionan la extensión adecuada de la impresión junto con un soporte para el alginato.

Si la cera se transparenta a través de la superficie de la impresión como resultado del contacto con los tejidos, esto no perjudicará ni alterará la impresión, pues debido a su blandura no produce sobrecompresión.

Los modelos de diagnóstico tomados de esta manera son generalmente bastante adecuados para la confección de las cucharillas individuales; pero rara vez son lo suficientemente exactas como para utilizarlas como modelos de trabajo porque las cucharillas comerciales no se adaptan adecuadamente y tienden a deformar los tejidos limitantes.

CUCHARILLAS INDIVIDUALES, IMPRESIONES DEFINITIVAS Y MODELOS DE TRABAJO

Para elaborar la prótesis inmediata removible se deben confeccionar cucharillas individuales de resina autopolimerizable sobre el modelo de estudio, al cual se le ha colocado espaciador de cera.

Las cucharillas individuales se adaptan a los segmentos desdentados, y se extienden hacia las superficies linguales de los dientes remanentes y en el surco vestibular, así como en la zona del sellado palatino posterior.

Posteriormente se coloca modelina en los bordes de la cucharilla, se realizan varias perforaciones retentivas y se aplica un adhesivo, quedando lista para la impresión definitiva con algún material elastomérico.

Se obtiene el modelo de trabajo del cual, con ayuda de unas pinzas o fresón se retiran los dientes que van a ser extraídos en el paciente, procurando dejar una superficie lisa en la zona donde se han retirado los dientes.

A continuación se procede a realizar la prótesis inmediata removible de manera convencional.

Para elaborar la prótesis inmediata fija, se utiliza un porta impresiones comercial, con el que se obtiene el modelo de trabajo, en el cual se simulan las preparaciones de los dientes pilares y se retira el diente o los dientes que van a ser extraídos en el paciente, posteriormente se elabora la prótesis provisional con resina autopolimerizable, quedando lista para la intervención quirúrgica.

REGISTROS INTERMAXILARES

Se deben tomar registros intermaxilares utilizando rodetes de oclusión, y es de primordial importancia el que hayan bases protéticas de prueba muy estables, puede utilizarse cera para base dura o cera reforzada.

Vale la pena que el odontólogo emplee un tiempo suplementario para confeccionar una base de prueba que se adapte exactamente a los tejidos.

La presencia de dientes inferiores naturales es una guía útil para el establecimiento de la altura del plano oclusal y los rodetes se confeccionan en forma tal que correspondan a su altura.

Si las prótesis se realizan con la oclusión céntrica en una posición adquirida, los contactos oclusales prematuros pueden desajustar las prótesis y destruir el hueso subyacente. Puede requerirse un ajuste oclusal de los dientes naturales remanentes para asegurar que coincida la oclusión céntrica y la relación céntrica.

Se debe observar con gran cuidado al tomar el registro de las relaciones maxilomandibulares para tener la reproducción exacta de la dimensión vertical oclusal, ya que la pérdida desigual de los dientes, el aflojamiento de dientes remanentes y la abrasión dentaria a menudo conducen a una dimensión vertical de oclusión disminuida.

CAPITULO

IV

SELECCION Y COLOCACION DE DIENTES

Es fácil realizar la selección de los dientes que se colocarán, puesto que los dientes remanentes del paciente son un excelente punto de partida en cuanto a la forma, tamaño y matiz que se elijan.

Para la colocación de los dientes en la prótesis inmediata removible, éstos se recortan de acuerdo con la línea única correspondiente al surco gingival. Los dientes se separan rompiéndolos del modelo en su posición cervical y se redondea el borde respetando las zonas interproximales quedando así libre el área de las papilas gingivales.

Posteriormente se pueden enfilear los dientes de los segmentos alternativamente, o se puede desdentar todo el arco y utilizar el modelo de diagnóstico para la colocación de los dientes.

Para elaborar la prótesis inmediata fija se toma una impresión al paciente con alginato, se obtiene un modelo de trabajo, al cual se le toma una reimpresión, igualmente con alginato, a este modelo se le tallan los dientes que van a servir como pilares y se fractura el diente por extraer.

Dentro de la reimpresión se coloca resina acrílica autopolimerizable del color adecuado, para obtener una réplica de los dientes casi idéntica en forma, tamaño y color a los que se tenían.

Posteriormente, ya polimerizada la resina acrílica, se recortan los excedentes, se quitan las asperezas y se pule.

CAPITULO

V

ACONDICIONADOR DE TEJIDOS

Uno de los pasos más importantes del tratamiento protésico es la preparación del tejido desdentado para que obtenga un estado biológico aceptable, ya que en muchas ocasiones los tejidos bucales del paciente han sido traumatizados y lesionados. Se debe considerar principalmente un equilibrio armónico entre un adecuado soporte dentario y tisular, así como el mantenimiento de la integridad de los tejidos.

El material para el tratamiento tisular se denomina "Acondicionador de Tejidos", el cual es un material blando, de aplicación temporal sobre la superficie tisular que se colocará dentro de la base protésica, que sirve como vehículo de soporte para dicho material, el cual provee un contacto o adhesión a los tejidos subyacentes durante el periodo de recuperación.

- Componentes:

El acondicionador de tejidos se suministra en forma de polvo y líquido: El polvo es un polímero acrílico, usualmente de metacrilato de etilo, y el líquido es una mezcla de alcohol etílico con un éster aromático. Al combinar ambos se forma un gel, el fraguado es considerado como un proceso físico sin involucrar reacción química alguna.

- Ventajas

Dentro de sus ventajas se encuentra que el acondicionador de tejido es un material plástico, elástico y blando, por lo tanto no se somete a deformación sustancial permanente. Así como también el acondicionador no es tóxico ni irritante.

La mayoría de los acondicionadores poseen la propiedad de "fluir" bajo las fuerzas funcionales y parafuncionales generadas y distribuyen estas fuerzas a los tejidos subyacentes.

La duración de la suavidad y de la elasticidad de la mayoría de los acondicionadores de tejidos es de aproximadamente una a cuatro semanas, después de las cuales el material empieza a endurecer, se vuelven ásperos, rígidos, se decoloran y despiden un olor desagradable, probablemente a causa de la fijación de cepas microbianas.

- Mecanismo de Acción

Su mecanismo de acción consiste en la combinación de fuerzas distribuidas más uniformemente para la obtención de un contacto íntimo con los tejidos blandos y para la acción física de un masaje al tejido durante la compresión del material blando y el relajamiento durante la función.

A través de esta acción aumenta el flujo sanguíneo que circula por los tejidos maltratados y se elimina con mayor rapidez el edema y demás síntomas del proceso inflamatorio.

FERULA QUIRURGICA

La férula quirúrgica se confecciona en acrílico transparente como guía del modelado del reborde en el momento de la extracción dentaria y la colocación de la prótesis. La férula quirúrgica revelará la ubicación de sitios en el reborde en donde se requiere eliminar más hueso y reducirá la magnitud de la cirugía.

La férula quirúrgica constituye una indicación para el procedimiento quirúrgico y es un procedimiento esencial cuando se requiere algún tipo de recorte óseo.

CIRUGIA Y COLOCACION DE LA PROTESIS INMEDIATA REMOVIBLE

Para colocar la prótesis inmediata removible, se realiza asepsia de la zona por intervenir, posteriormente se anestesia al paciente y se procede a realizar el acto quirúrgico de los dientes por sustituir.

En este momento la férula quirúrgica se coloca en la boca, ya sea contra el paladar, o sobre el reborde alveolar inferior, por transparencia se verán zonas isquémicas del campo operatorio donde son comprimidos los tejidos blandos. Se retira la férula, y se procede a recortar el tejido blando y hueso necesario para aliviar los sitios de presión excesiva.

Al efectuar este paso, la férula debe colocarse perfectamente, o no revelará las zonas por recortar.

La prótesis inmediata ha de colocarse primeramente para verificar que esté en la misma posición que se pretende que ocupe.

Posteriormente se acercan los bordes de los colgajos, se sutura y se coloca la prótesis previamente desinfectada en una solución antiséptica fría. Se le indica al paciente que cierre para el primer control de la oclusión.

USO DEL ACONDICIONADOR DE TEJIDOS

La prótesis inmediata se adapta a la boca con pasta indicadora de presión, se observa y se mejora la oclusión.

Posteriormente se aplica el acondicionador de tejidos; una vez asentada y alineada la prótesis correctamente, el paciente debe permanecer inmóvil por un espacio de cuatro a cinco minutos, hasta que el material alcanza el estado de gel. En este mismo momento, se remueve la prótesis de la boca y se examina, si hay presencia de vacíos o burbujas se agrega el acondicionador nuevamente mediante la técnica de pincelado.

La punta de un pincel fino de pelo de camello se remoja en el líquido y luego toca el polvo recogiendo una mínima cantidad del material para transferirla sobre el área del vacío o de otros defectos.

Si a través del material de tratamiento se muestran áreas de la base protésica, éstas se alivian y se agrega material nuevamente, la prótesis se asienta otra vez en la boca mientras esté fluido.

Antes de recortar el exceso del material, se mantiene la prótesis bajo un "chorro" de agua fría, ya que el enfriamiento de la superficie del acondicionador facilita el recorte.

Posteriormente se eliminan los bordes periféricos rugosos e irregulares. El único medio para alisar o terminar los márgenes es con un bisturí afilado o las tijeras.

Se aconseja al paciente el seguimiento del cuidado casero de su prótesis, sin permitir el secado del acondicionador.

La prótesis se debe usar tiempo completo excepto cuando se limpia después de cada alimento. Durante estos cortos intervalos fuera de la boca, la prótesis se debe sumergir en agua o en una solución limpiadora.

CIRUGIA Y COLOCACION DE LA PROTESIS INMEDIATA FIJA

Para la prótesis inmediata fija, se anestesia al paciente y se procede a tallar los dientes que van a servir como pilares de la prótesis definitiva, al terminar las preparaciones de estos, se realizan las extracciones necesarias.

Se sutura y se prueba la prótesis inmediata previamente desinfectada para posteriormente rebasarla con resina autopolimerizable. Se recortan los excedentes respetando el área libre de la encía y dando una terminación a los pónicos en forma de media silla, con la finalidad de que no se provoque inflamación a causa de la acumulación de alimento y permitiendo mayor higiene.

Finalmente se cementa la prótesis, sirviendo como férula de la zona desdentada y a la vez protegiendo la integridad de los dientes tallados.

CAPITULO

VI

INSTRUCCIONES POSOPERATORIAS

Es importante dejar la prótesis inmediata en la boca durante las primeras 24 horas. Se le advierte al paciente que si deja la prótesis fuera de la boca al comienzo, es posible que se produzca un edema de los tejidos y el recolocarlas será imposible o muy doloroso.

Dentro del período de las 24 horas se puede colocar hielo en la cara durante 15 minutos cada hora.

Se prescribe un sedante en el caso de que el paciente no pueda dormir por nerviosismo o molestia.

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

Se le aconseja al paciente que no mastique durante las primeras 24 horas, por lo que se le indicará una dieta líquida.

Pasadas estas 24 horas se examina la boca para constatar que no haya compresión de bordes y sitios de presión excesiva en el lugar de las extracciones recientes.

Después de transcurridas 48 horas se examina nuevamente la prótesis por posibles extensiones excesivas de los bordes.

CORRECCION DE LA OCLUSION

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

Se le tomará el registro interoclusal de relación céntrica, indicándole al paciente que lleve hacia atrás el maxilar inferior tanto como sea factible y cierre con los dientes de atrás. Se evitará la palabra morder en este momento porque para los pacientes implica protusión. Antes del primer contacto de los dientes se detiene el cierre. Los registros interocclusales se marcarán sobre cera rosa.

Si el antagonista de la prótesis inmediata es un arco de dientes naturales o una prótesis parcial inferior, se toma una impresión con alginato de todo el arco con la prótesis colocada, se vacía un modelo de yeso piedra, y este modelo se monta en el articulador mediante el registro interoclusal de relación céntrica.

ATENCION POSTERIOR PARA PROTESIS INMEDIATA

Después de los ajustes usuales se atenderán las prótesis de acuerdo con las condiciones individuales que varían ampliamente. Es necesario citar al paciente por lo menos cada tres meses para determinar la magnitud del cambio que se ha producido.

Si después de transcurrido un tiempo hay dificultades de retención será necesario realizar un rebase.

CAPITULO

VII

CONCLUSIONES

La prótesis inmediata es sin duda uno de los grandes progresos odontológicos, gracias al desarrollo de nuevos procedimientos quirúrgicos, así como nuevos materiales en el campo de la Prótesis Bucal.

Se sabe que la prótesis inmediata va a reducir los trastornos físicos y psíquicos del paciente desdentado, uno de los objetivos es cuidar sus aspectos anatómicos, funcionales, estéticos y psicológicos a los que se enfrentan los pacientes que tienen dientes naturales y deben ser extraídos.

En este período de transición se prepara al paciente física y emocionalmente para que acepte continuar el tratamiento de prótesis definitiva sin correr el riesgo de que rechace el nuevo tratamiento.

Se debe tomar en cuenta que el plan de tratamiento de la prótesis inmediata exige saber las condiciones del estado del hueso, ya que es un factor importante para la indicación de este tratamiento y para el pronóstico inmediato y mediano.

El plan de tratamiento debe tener como norma general cumplir satisfactoriamente lo siguiente:

- Determinar si habrá cambios de altura y en las posiciones, formas y color de dientes.
- Valorar si la edentación debe o puede hacerse por etapas, dependiendo el estado de salud del paciente.

- Establecer el tipo de cirugía adecuada.
- Calcular los presupuestos y sus variaciones de acuerdo con el plan que se elija
- Estimular los cuidados posoperatorios y la atención protésica adecuada.

Por lo tanto, la prótesis inmediata es una de las mejores alternativas que puede tener un paciente que requiera de una o varias extracciones, así como la colocación de una prótesis inmediata , ya sea fija o removible, parcial o total hasta la inserción de la prótesis definitiva.

BIBLIOGRAFIA

- Boucher, Carl O. Pròtesis para el Desdentado Total. Buenos Aires, Editorial Mundi, 1978.
- Geering, Alfred.H. Atlas de Pròtesis Total y Sobredentaduras. Mèxico, Salvat, 1989.
- Howe, Geoffrey. Cirurgia Bucal Menor. Mèxico, Manual Moderno. 1988.
- Laskin, Daniel. Cirurgia Bucal y Maxilofacial. Mèxico, Panamericana, 1987.
- Ozawa Deguchi, Josè Y. Estomatologia Geriàtrica. Mèxico, Trillas, 1994.
- Ries Centeno, Guillermo. Cirurgia Bucal. Buenos Aires, El Ateneo, 1991.
- Ring, Malvin E. Historia de la Odontologia. Mèxico, Mosby/Doyma, 1991.
- Saizar, Pedro. Prostodoncia Total. Buenos Aires, Editorial Mundi, 1973.
- Stewart, Kenneth. Prostodoncia Parcial Removible. Mèxico, Editorial AMOL, 1993.
- Waite, Daniel. Tratado de Cirurgia Bucal Pràctica. Mèxico, Continental, 1993.
- Wolfgang, Drücke/Bernd, Klemt. Bases de la Pròtesis Dental Total. Barcelona, Doyma, 1987.
- Zarb, George A. Tratado Prostodòntico para el Parcialmente Desdentado. Buenos Aires, Editorial Mundi, 1986.