

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ODONTOLOGIA

**PROSTODONCIA
TOTAL**

Tesis

Que para su examen profesional de
CIRUJANO DENTISTA

Presenta

ENRIQUE A. CANCINO CANCINO

México, D. F.

1962



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

030
ENRIQUE A. CANCINO CANCINO.



PROSTODONCIA TOTAL

A mis papacitos adorados:

Sr. J. ENRIQUE CANCINO G.

Sra. CARMEN C. de CANCINO.

*Que con su esfuerzo, su cariño
y comprensión hicieron posible la
realización de mi más grande ilusión.*

A mis hermanos:

Lucha,

José Luis,

Juan Francisco,

María del Carmen

Eugenia del Socorro

Sinceramente.

A mis cuñados:

Hortencia,

Victor Manuel.

*A mi Novia
Srita. Lidya E. León.
con todo mi cariño.*

Al culto y distinguido maestro:

Sr. Dr. MIGUEL PAVIA ESPINOSA.

A mis maestros

Dr. Antonio Limonchi W.

Dr. Manuel Rey G.

Dr. Miguel Hernández.

Dr. Fernando del Río Q.

Dr. José Sybel Trejo.

Respetuosamente.

A mi familia.

A la H. Escuela de Odontología

A mis amigos.

HONORABLE JURADO:

La obtención de un título profesional es la ilusión más grande de todo pasante, para lo cual es requisito indispensable la presentación del examen y de un trabajo llamado TESIS PROFESIONAL, la cual expongo ante Uds. en el he puesto mi empeño y mi mejor voluntad, encontrarán faltas que caracteriza a todo novel profesionista; ruego a mi honorable jurado anteponga a su sapiencia su benevolencia al juzgarla.

El Sustentante.

SUMARIO

- I.—Definición.
Consideraciones sobre la construcción del aparato dento-protético.
Factores que deben considerarse en el diagnóstico de un paciente desdentado.
- II.—Principios del Dr. Wilson.
Factores Anatómicos y Fisiológicos en la toma de Impresiones.
Impresiones.
Porta-Impresiones.
Materiales de Impresión.
- III.—Impresiones Preliminares.
Impresiones Definitivas.
- IV.—Construcción del Aparato Dento-Protético.
Plano Oclusal.
Localización de la Línea Media.
Registro del Arco Facial.
- V.—Obtención de Registros.
- VI.—Articulador Gysi Trubyte o Anatómico.
Como montar los modelos en el articulador Gysi.
Selección de los Dientes Artificiales.
Forma, Tamaño y color de los Dientes.
- VII.—Alineación de los Dientes.
Mordida de equilibrio y balanceo.

VIII.—Terminación del Aparato Dento-Protético.

Encerado,
Enfrascado
Desencerado

Colocación del papel Estaño.

Acrílico.
Prensado
Terminado y Pulido.

IX.—Colocación del Aparato Dento-Protético en la boca del paciente.

Instrucciones al paciente para el manejo del aparato Dento-Protético.

X.—Factores de éxito en la construcción de Aparatos Dento-Protéticos.

XI.—Factores que Influyen la retención de los aparatos Dento-Protéticos.

XII.—Cuidados Higiénicos y conservación de los aparatos Dento-Protéticos.

XIII.—Conclusiones.

XIV.—Casos Clínicos.

XV.—Bibliografía.

CAPITULO I

Definición.

Consideraciones sobre la construcción del Aparato Dento-Protetico.
Factores que deben considerarse en el diagnóstico de un Paciente
Desdentado.

La prótesis dental, es la rama de la Ciencia Odontológica, que trata de los diversos métodos para proporcionar sustitutos adecuados que reemplacen total o parcialmente a los órganos que falten en la boca, asimismo se refiere a la parte artística y mecánica relacionada con tales restauraciones y abarca también la descripción de las propiedades físicas y particularidades propias de los materiales empleados.

La prótesis de dentaduras completas es la rama de la prótesis Dental, que se refiere a las citadas restauraciones y técnicas a emplear en pacientes que han perdido todos sus dientes naturales o que están a punto de perderlos.

Las finalidades que persigue la prótesis dental son las siguientes:

- 1o.—Restaurar la función masticatoria.
- 2o.—Corregir las dimensiones y contornos faciales cumpliendo los requisitos de la estética.
- 3o.—Corregir los defectos de pronunciación originados por la pérdida total o parcial de los dientes naturales cubriendo todas las exigencias de la fonética, y
- 4o.—Ejecutar todo lo expuesto de manera tal que no produzca molestias ni lesiones al paciente portador del aparato dento-prótico.

CONSIDERACIONES SOBRE LA CONSTRUCCION DEL APARATO DENTO-PROTETICO

El Diagnóstico correcto del examen visual, digital y radiográfico, la preparación de las superficies sobre las cuales se va a colocar la restauración y el registro de datos biológicos anatómicos e histológicos del paciente son tan importantes en la construcción de dentaduras completas como la elección y la aplicación de la técnica y del material.

En la actualidad las dentaduras se colocan en la boca tan pronto como sea posible, después de la pérdida de los dientes naturales.

O. M. Dresser en un estudio de las radiografías de apófisis alveolares desdentadas en más de 2000 casos observó:

- 1.—La presencia de dientes incluidos, raíces y áreas de infección residual en muchas bocas.
- 2.—La composición de la cresta alveolar y su forma de cicatrizar.

Cuanto más denso es el hueso alveolar menores alteraciones sufren las crestas y cuanto más poroso más rápidos son los cambios debajo de la dentadura.

La rapidez de la curación o formación de hueso nuevo en los alveolos es variable de manera que a ningún paciente a los cuales se les ha extraído todos los dientes y que esperan la construcción de un aparato dento protético; no tienen la boca adecuada para ello.

Todos los exodoncistas deben dejar la boca en las mejores condiciones que sea posible para la colocación de las dentaduras.

Una consideración importante es la cantidad de resorción que puede esperarse. Cuanto más profundas son las bolsas y mayor es la cantidad de hueso atacado, más rápida es la resorción y debe esperarse mayor destrucción de la cresta alveolar.

Las condiciones especiales deben tomarse en consideración las áreas duras del paladar pueden compensarse por medio de un alivio en el área de la dentadura.

Las áreas de alivio dependen de la dureza relativa del área que se va a aliviar y de la elasticidad del tejido blando.

Las crestas alveolares inferiores agudas y cubiertas de tejido blando y movable pueden corregirse por medio de la cirugía.

Las inserciones musculares no deben cortarse irreflexivamente.

FACTORES QUE DEBEN CONSIDERARSE EN EL DIAGNOSTICO DE UN PACIENTE DESDENTADO

1.—*SALUD*.—enfermedades degenerativas que producen cambios tisulares adversos y resultan en pérdida de adaptación de la base de la dentadura (Diabetes Mellitus enfermedades debilitantes degenerativas y generales etc.)

b) enfermedades y estados que perturban la capacidad de los pacientes para adaptarse al uso de las dentaduras (menopausia, etc). Si están presentes estas situaciones el paciente puede tener dificultad para usar dentaduras.

2.—*TONO MUSCULAR*.—Buen tono muscular indica capacidad para ejercer considerable presión al morder.

3.—*EL EXAMEN RADIOGRAFICO*.—Descubre la presencia de raíces, infección residual, otros estados patológicos y densidad ósea. Una densidad ósea grande indica la posibilidad de que el hueso soportará considerables presiones masticatorias con menos probabilidad de cambios óseos. Sin embargo un hueso menos denso en un paciente más joven puede ser mucho más resistente al cambio que un hueso denso en un paciente mayor.

4.—*EDAD*.—Los pacientes más jóvenes se adaptan más rápidamente para usar dentaduras.

5.—*SEXO*.—Es más probable que las mujeres busquen el servicio de dentaduras.

6.—*LA ACTITUD MENTAL*.—Puede ser normal, indiferente,

pesimista, super crítica, neurótica o demasiado expectante. Puede ser difícil brindar servicio para pacientes en las tres últimas categorías.

7.—*LARGO Y ESPESOR EN LOS LABIOS.*—Pacientes con labios superiores largos plenos, no presentan problema estético especial en el enfilado de los dientes.

8.—*ESPACIO INTERREBORDE.*—Un espacio muy grande requiere enfilado los dientes a alguna distancia del reborde y por lo tanto produce una acción desfavorable de torque. Un espacio demasiado pequeño hace difícil colocar los dientes en posición.

9.—*HISTORIA DEL DESDENTADO.*—Cuando la cicatrización es normal, las dentaduras pueden construirse de diez días a dos semanas después de la extracción del último diente. El rebasado puede estar indicado después de algunos meses. Esperar tres a seis meses antes de construir las dentaduras produce mayor pérdida de hueso, colapso de musculatura etc. Si el paciente está usando dentaduras, debe determinarse la razón para usar las nuevas.

10.—*FORMA DE REBORDE.*—Por examen visual y digital notar la presencia o ausencia de zonas retentivas, si los lados del reborde son paralelos, en forma de V, plenos y combados, alto o bajo.

11.—*TAMAÑO DEL ARCO.*—Cuanto más grande sea la zona de soporte, mayor será la cantidad de presión masticatoria que pueda tolerar.

12.—*RELACION DE REBORDE.*—Notar si es normal, protuida o retruida. Notar la presencia o ausencia de relaciones cruzadas. Estas influyen el enfilado de los dientes.

13.—*TUBEROSIDADES.*—Tuberosidades grande o bajas, pueden no permitir suficiente espacio interreborde para el correcto enfilado de los dientes.

14.—*FORMA DEL PALADAR.*—Notar el tamaño del Torus palatino. Si es excesivamente grande, puede no ser factible cubrir el torus con la base de la dentadura. La altura de la boveda puede ser elevada, corriente o baja.

15.—*EL ESPACIO BUCAL.*—Puede ser alto, corriente o bajo. Debe ser llenado funcionalmente para ayudar a la retención.

16.—*INSERCIONES MUSCULARES.*—Debe dejarse espacio para la acción de los frenillos labiales superiores e inferiores y las inserciones laterales del músculo buccinador, frenillo lingual y tejidos del piso de boca para prevenir el dolor y desplazamiento de la dentadura.

17.—*PLIEGUE MUCOBUCAL.*—La presión de la periferia de la dentadura en estos tejidos producirá dolor, desplazamiento de la dentadura o ambas cosas.

18.—*ESTADO DE LOS TEJIDOS BLANDOS.*—Los tejidos pueden ser de profundidad normal, firmes y duros, blandos y débiles o inflamados. La técnica de impresión a usar dependerá frecuentemente del estado de los músculos.

19.—*TAMAÑO DE LA LENGUA.*—Si es grande debida al desarrollo, influirá el enfilado de los dientes artificiales. Los dientes podrán enfilarse ligeramente más hacia labial y bucal que lo normal, para evitar el desplazamiento de la dentadura por la lengua.

20.—*LA SALIVA.*—Puede ser normal, delgada o viscosa. Notar la cantidad pues la falta de cantidad suficiente afecta adversamente la retención. Una saliva espesa, viscosa, tiene tendencia a acumularse a lo largo del borde posterior de la dentadura, produciendo arcadas.

CAPITULO II

Principios del Dr. Wilson.

Factores anatómicos y fisiológicos en la toma de impresiones.

Impresiones

Porta-Impresiones.

Materiales de Impresión.

II.—PRINCIPIOS DR. WILSON.

Antes de proceder a la toma de impresión para la construcción de un aparato dento-protético, deberán tenerse en consideración los diez y seis principios del Dr. Wilson, principios que después de muchos años no han podido modificarse, y conforme las técnicas son más avanzadas ha quedado demostrado que estos principios son in-conmovibles.

1.—La impresión es la base sobre la cual va a constituirse el aparato dento-protético y del éxito depende de ella, de una manera principal.

2.—Una buena impresión se obtiene solamente cuando se ha estudiado con detenimiento la boca y se ha hecho, por decirlo así, un esquema definido de la manera de proceder.

3.—La primera cosa esencial para una buena impresión, es un porta impresión adecuado al caso.

4.—La retención de un aparato dento-protético está en razón directa de la superficie plana por cubrir.

5.—La base de un aparato dento-protético debe extenderse en todas direcciones, tan lejos como las inserciones musculares lo permitan.

6.—La periferia de una dentadura debe hacer una compresión adecuada sobre los tejidos blandos, con el objeto de formar la cámara sellada.

7.—En ningún caso la periferia de un aparato deberá tropezar con una inserción muscular.

8.—El borde palatino posterior, es el punto vital de la placa superior.

9.—Una área tan grande como sea posible, deberá cubrirse por la placa palatina.

10.—Deberá existir contacto completo en toda la superficie del aparato dento-protético.

11.—Los tejidos blandos son los que determinan la variedad en las impresiones finales.

12.—No deberá hacerse presión, exagerada sobre los tejidos ya sean duros o blandos.

13.—Nunca deberá usarse cámara de vacío.

14.—Raspar el modelo o positivo en algunos puntos para aumentar la retención no está indicado nunca.

15.—Todos los materiales de impresión tienen positivo valor, cuando son inteligente y cuidadosamente usados.

16.—Ningún material de impresión tiene un defecto capital; todo depende muchas veces de la dificultad de actuar sobre los tejidos compresibles.

FACTORES ANATOMICOS FISIOLÓGICOS EN LA TOMA DE IMPRESIONES.

Las prótesis completas deben respetar estrictamente las exigencias fisiológicas no solamente de los tejidos y estructuras relacionadas con el soporte y la retención de los aparatos dento-protéticos, sino de todas las demás estructuras relacionados con el maxilar superior o inferior, refiriéndose a los músculos y ligamentos que impulsarán y retraerán la mandíbula en los movimientos propios de la fonación. La masticación y expresión del rostro. Otros factores los contribuyen los vasos y nervios de los tejidos que recubren los rebordes alveolares y la boveda palatina, pues el uso de los aparatos dento-protéticos completos podría afectar la inervación e irrigación de dichos tejidos.

Los factores fisiológicos son de mucha importancia en la construcción de aparatos completos, pues si solo se tratara de una adap-

tación mecánica sería una tarea sencilla, pero se trata de una adaptación exacta de una estructura rígida contra una superficie o más compuesta de tejidos vivos blandos y duros con diferentes consistencias y destinadas a llenar funciones diferentes.

Como estas estructuras tisulares han de servir de soporte y retención de la dentadura, hay que tener en cuenta sus funciones y fenómenos individuales para que con las nuevas cargas o presiones que ejerzan las dentaduras sobre los tejidos, éstos no sean lesionados, ni se transtorne su función normal.

Además del apoyo que los aparatos deben encontrar en los tejidos, la adaptación entre éstos y las superficies de las dentaduras debe ser tan firme como para ofrecer resistencia a las fuerzas de desplazamiento, la adaptación debe ser lo bastante íntima como para permitir la adhesión y la formación de un cierre periférico hermético para impedir la entrada de aire, sin embargo los tejidos no deberán estar comprimidos ni izquemados, ni recibirán impactos salvo la compresión intermitente que se produce durante la masticación.

IMPRESIONES.

Una impresión es un registro negativo de los tejidos bucales.

Pueden obtenerse en una posición de reposo, de desplazamiento, o en ambas.

Porta-Impresiones.

El objeto que tiene el porta-impresión es el de contener el material que se use para la toma de impresión. Estos aparatos se construyen en diferentes tamaños y materiales. Los materiales son de aleación estaño, aleación de aluminio y troquel y materiales plásticos.

Los requisitos que debe tener un porta-impresión son:

Ser lo bastante rígido para evitar distorsión, amplio, poco voluminoso, que se pueda cambiar fácilmente su forma cortándolo o doblándolo.

La elección de los porta-impresiones depende del material de impresión que se use, los hay lisos o con perforaciones especiales.

El tamaño va de acuerdo con las necesidades del proceso por impresionar debiendo quedar 5 mm. más amplio.

Para impresiones preliminares estos porta-impresiones son de mucha utilidad pero nunca darán el resultado deseado en el caso de impresiones definitivas por lo que se hace necesario contar con un porta impresión individual.

Actualmente la construcción de porta impresión individual es un paso muy importante para la toma de impresiones. Los materiales que se usan para su construcción bien puede ser: acrílico, aluminio troquelado o de bases (de Kraff) duras según la técnica y el material que se use para la impresión.

Una vez elegido el porta impresión y se va a tomar la impresión se tendrá cuidado de tirar ligeramente de la comisura izquierda o derecha según se necesite con el objeto de agrandar un poco la cavidad bucal, para introducir uno de los lados del porta-impresión, luego haciendo un movimiento como de rotación se introduce el otro lado, se tendrá presente que la línea media del porta-impresión debe coincidir con la línea media de la cara.

Se hará ligera presión uniforme para el asentamiento de la impresión en seguida se dará masaje y se tirará ligeramente de los labios y carrillos para que las inserciones musculares y frenillo se marquen con claridad en el material de impresión.

MATERIALES DE IMPRESION

Condiciones exigidas a los materiales de impresión.

- 1o.—No deben ser innecesariamente desagradables al paciente.
- 2o.—Deben tornarse plásticas a temperaturas que puedan ser soportadas en la boca.
- 3o.—Deben copiar las líneas finas y las superficies irregulares contra las cuales se aplica y retener las formas así copiadas sin deformarse al retirar la impresión.
- 4o.—Deben endurecer en un tiempo razonable breve de uno a seis min.
- 5o.—No deben dilatarse, contraerse, ni distorsionarse a temperaturas ordinarias.

Los materiales más usuales para toma de impresiones completas son los siguientes:

Yeso París.—Se usa este material en las llamadas impresiones de lechada de yeso o correctivos. El empleo de este material en desdentados ha decaído debido a su friabilidad y tendencia a sufrir cambios de volumen. El yeso se hace un material llamado Gyssum. El Gyssum es un sulfato de cal hidráulico compuesto de una molécula de cal y dos de agua.

Se prepara quemándolo, moliéndolo y mezclándolo con aceleradores y retardadores.

Es un polvo fino libre de impurezas de fraguado rápido, genera poco calor y es resistente.

Modelinas.—Son compuestos de una goma resinosa como el copal con esterinas talco, esencia y color.

Estos materiales al ser usados en una toma de impresión deben endurecer a la temperatura de la boca o a una temperatura algo mayor, tiene que ser plásticos a una temperatura lo bastante baja como para no lesionar los tejidos de la boca, no pegarse y endurecer rápidamente.

Alginatos.—Son derivados de una alga marina llamada phacophyceae, comunmente llamada alga café compuesta de alginato de sodio y de potasio, que con sales de calcio y magnesia que preferentemente puede usarse para impresiones de protodoncia inmediata, teniendo cuidado en el acabado del borde periférico el cual deberá ser extenso para que la impresión pueda quedar bien terminada.

CAPITULO III

Impresiones Preliminares.

Impresiones Definitivas.

IMPRESIONES PRELIMINARES

La impresión preliminar nos sirve para hacer una impresión final; para confeccionar un modelo que luego se usa para hacer un porta- impresión individual con la que se toma la impresión final.

Este porta impresión se hace de acrílico transparente teniendo cuidado antes de la colocación del acrílico sobre el modelo preliminar, poner un separador para así facilitar la construcción de dicho porta impresión individual.

Las impresiones preliminares las podemos tomar con los siguientes materiales: yeso, pasta con óxido de zinc y eugenol, hidrocolooides y alginatos.

El porta-impresión obtenido de la impresión preliminar hay que dejarle corto los bordes para así dar lugar a la modelina a la hora de sellar los bordes, se debe dejar además un pequeño espacio en todo la superficie del porta-impresión, el cual va a ser ocupado por el alginato de la impresión definitiva.

IMPRESION DEFINITIVA

Llevamos el porta impresión individual a la boca del paciente antes de proceder a tomar la impresión definitiva a fin de probarlo, poniendo especial interés en los frenillos a los que les daremos libre movimiento.

Una vez probada y asegurandonos, que está correcta procedemos a tomar la impresión definitiva, esta impresión puede tomarse con pasta sinquenólica o con alginato.

El sellado de los bordes se efectúa con modelina de baja fusión, haciendo este sellado por regiones, hasta alcanzar un sellado perfecto, una vez obtenido esto, se procede a perforar el porta-impresiones, teniendo cuidado de no producir alteraciones en los bordes.

Preparado el porta-impresiones de la manera descrita se procede a tomar otra impresión con alginato haciendo presión uniformemente al nivel de los premolares, esta impresión definitiva sí es correcta, se procederá de inmediato a correrla en yeso piedra y de este modo obtener el modelo positivo que nos servirá para la construcción del aparato dento-protético.

CAPITULO IV

**Construcción del Aparato Dento-Protético
Plano Oclusal.**

Localización de la Línea Media.

Arco Gótico.

Registro del Arco Facial.

CONSTRUCCION DEL APARATO DENTO-PROTETICO

Una vez obtenido el modelo de la impresión definitiva, colocamos sobre él placas bases; las placas bases se adaptan perfectamente bien al modelo definitivo, salvando las inserciones musculares, teniendo como límite posterior en la superior la tuberosidad del maxilar, siguiendo una línea convexa de tuberosidad a tuberosidad; en la mandíbula tiene como límite la línea oblicua externa, y posteriormente, por la parte superior de las papilas piriformes.

Ya adaptadas las placas bases se colocan los rodillos de cera, los cuales son de forma rectangular y de 8 mm. de ancho aproximadamente, sirviendonos de guía la forma de los procesos.

PLANO OCLUSAL

Será para nosotros, una línea horizontal que pasa entre los dos arcos dentarios estando la boca del paciente cerrada. Para localizarla nos valdremos de la plantilla de Fox. Se introduce en la boca, habiendo colocado sobre los procesos, las placas bases con sus rodillos. Adaptada esta placa con alginato para mayor presión; una línea trazada o imaginaria que vaya de la parte inferior del ala de la nariz a la parte media del tragus y otra que vaya de pupila a pupila deberán ser paralelas con la altura de los rodillos y esto se comprueba con la plantilla de Fox, si no hay paralelismo se rebajará reblandeciendo la cera y aplastándola sobre un vidrio o lámina metálica y si hace falta entonces se le agrega, la cantidad de cera necesaria con una espátula caliente. Después se procede a la adaptación de la inferior en la misma forma haciendo que el paciente abra y cierre, en relación central con las placas bases puestas.

y luego sin ellas, de esta manera se investigará si ha variado o no la articulación; si coinciden los movimientos con los registros obtenidos de oclusión, quedan establecidos:

El plano de oclusión y la relación céntrica.

LOCALIZACION DE LA LINEA MEDIA

Se localiza y se marca en toda la altura de ambos rodillos esta posición se asegura mejor, tomando como referencia un punto medio equidistante entre ambos ojos y trazada una línea vertical imaginaria desde ahí, hasta los labios, se transporta con un instrumento cortante al rodillo.

ARCO GOTICO

Muchas veces aunque los rodillos de mordida hayan sido bien hechos, al ponerlos en la boca y tratar de reproducir los movimientos mandibulares el paciente tendrá dificultades y los encontrará molestos y pesados. Esto lo vemos generalmente en pacientes que tienen malos hábitos.

A estos pacientes hay que enseñarles primeramente a hacer los movimientos correctos ayudándolos, presionando la mandíbula hacia atrás.

Los pacientes que tengan un movimiento masticatorio libre, y fácil no tendrán dificultades en llevar la mandíbula a su posición céntrica natural después de completar los movimientos protusivos y laterales, derecho e izquierdo. En tales condiciones un arco gótico con su vértice bien claro será trazado por la punta registradora incisal que se encuentra fija en el rodillo inferior. Nosotros podemos estar seguros que la cabeza de los condilos están en posición más atrás en la fosa glenoidea, cuando la punta registradora incisal se encuentra en el punto vértice del arco marcado en la cera, en esta posición ordenamos al paciente que ya no abra la boca y entonces damos el siguiente paso que es la fijación de las placas en la boca.

Colocamos en esta posición grapas de alambre que previamente calentamos a la flama de la lámpara de alcohol y luego con ayuda de una pinza encajamos un extremo al rodillo inferior; con

tres grapas que se coloquen, quedará perfectamente fijas las placas bases.

REGISTRO DEL ARCO FACIAL

Si se va a emplear arco facial, no se hacen muescas a los rodillos y se coloca la placa superior; y sobre el rodillo se adapta la orquilla ordinaria del arco facial, cortándole las puntas anteriores.

Para suponer la posición del cóndilo en ambos lados, se traza una línea que vaya dirigida del tragus al ángulo del ojo, y luego a 11 mm. del tragus por delante, se trazará una perpendicular a la primera línea y donde hacen el cruzamiento éstas líneas, quedará la posición aproximada del cóndilo.

Después de insertar otra vez la placa superior con la orquilla se ordenará al paciente que las ponga en contacto, es decir, en posición central para colocar el arco facial en posición y centrar los extremos de las barras condilares sobre el punto de cruzamiento de las líneas trazadas; se moverá de derecha a izquierda lo necesario para igualar la lectura de las barras condilares y después ajustar el tornillo de presión para asegurar la relación de la horquilla con el arco facial, se retira la placa de la boca, separando hacia afuera las barras condilares, para proceder a su colocación sobre el articulador.

CAPITULO V

Obtención de Registros.

OBTENCION DE REGISTROS

Para la construcción del aparato dento-protético debemos de obtener los datos que a continuación se enumeran:

Las medidas faciales podemos enumerarlas de la siguiente manera:

1.—La distancia existente entre el mentón y la base de la nariz, teniendo el paciente la boca cerrada.

2.—La distancia existente del borde del incisivo inferior a la base del mentón.

3.—La distancia del borde del incisivo superior a la base de la nariz.

la fotografía es otro registro importante que debemos poseer porque nos permite una vez terminado el aparato dento-protético hacer una comparación, antes y después de haber construido el aparato.

CAPITULO VI

Articulador Gysi Trubyte o anatómico.

Como montar los modelos en el articulador Gysi.

Selección de los Dientes Artificiales.

Forma, Tamaño y color de los Dientes.

ARTICULADOR GYSI TRUBYTE O ANATOMICO

Para que un articulador sea completo, y resulte ideal para la construcción de un aparato dento-protético debe tener los movimientos básicos del maxilar inferior que son:

Abatimiento, protusión, lateralidad de derecha a izquierda y aducción.

El articulador Gisy Trubyte es el que más se ha acercado a reproducir los movimientos individuales de la mandíbula del paciente y esta compuesto por dos partes que son:

Un soporte modelo que corresponde al maxilar superior y otro soporte modelo que corresponde al inferior, el cual, se fija al armazón por medio de dos tornillos, el soporte modelo superior es movable y esta asido por medio de resortes.

A los lados de este soporte articulado, representando a la articulación temporomaxilar.

En la extremidad anterior del soporte modelo superior, se encuentra colocado un perno para el registrador guía del incisivo. Este sirve par montar los modelos en el articulador cuando no se usa el arco facial.

El soporte modelo inferior tiene un superficie plana e inclinada sobre la cual se desliza la extremidad libre del perno.

Podemos mencionar además los siguientes aditamentos que son:

Un arco facial modelo Snow que sirve para montar los modelos en el articulador en relación correcta con el plano de oclusión. Una placa herradura que se emplea con la punta marcadora de la trayectoria del incisivo y que da el arco gótico. Un vástago que sirve para unir la placa herradura con el arco facial, un perno anterior que sirve para sostener el arco mientras tiene lugar el montaje. Dos abrasaderas que sirven para unir las placas y dos adaptadores para el arco Facial.

COMO MONTAR LOS MODELOS EN EL ARTICULADOR GISSY SIMPLEX

Para montar los modelos se utilizan, el registrador guía del incisivo o el arco facial. Usando solo el registrador guía se sigue la técnica siguiente:

Se coloca el perno en el manguito de la rama superior, después sobre el perno se coloca el registrador guía fijándolo en la depresión por medio del tornillo, la punta del registrador guía deberá estar dirigida hacia atrás debiendo marcar una señal en la parte anterior del modelo superior, que será la línea media dicha señal se prolonga verticalmente hacia arriba del modelo y hacia abajo en el modelo inferior.

Después se procede a determinar el plano de oclusión que en este articulador está representado por tres puntos, dos atrás y uno adelante.

Se pasa por los tres puntos anteriormente indicados un cordón o una liga de hule que servirá de referencia para el plano de oclusión. Después se coloca y fija por medio de yeso a los soportes-modelos del articulador los positivos o modelos, haciendo que coincidan el plano de oclusión del articulador con el plano de oclusión del paciente, al que corresponden los rodillos.

SELECCION DE LOS DIENTES ARTIFICIALES

Para la selección de los dientes artificiales para pacientes desdentados en los que falta antecedentes de forma, color y tamaño se escogen aproximadamente.

Utilizaremos los dientes prefabricados en los cuales se debe tomar en cuenta los siguientes factores:

Forma y color; longitud total mesiodistal de todas las piezas que van a ocupar la arcada, longitud de los incisivos centrales superiores e inferiores y en los posteriores longitud total del talón a la cara triturante de las piezas.

FORMA TAMAÑO Y COLOR DE LOS DIENTES.

Se escoge según convenga el caso, tomando en consideración su efecto labial mesial e incisal, el contorno de las piezas dentarias deberán armonizar con el contorno de la cara del paciente vista de frente y de perfil, el cual puede ser, convexo, recto y cóncavo, como regla general se tomará que las caras labiales de los incisivos centrales superiores son paralelos a la línea del perfil de la cara, siendo la forma de la cara los dientes. cuadradas, triangulares u ovoideas.

Hay que tener en cuenta que pocas caras tiene un tipo esencialmente definido, siendo combinaciones de dos o más tipos, de los cuales dependen las modificaciones en la selección y disposición de los dientes artificiales para lograr una apariencia que armonice. Para la selección de dichas piezas artificiales se tomará como guía la forma facial predominante. El color tono traslucidez y cualidades semejantes siguen en importancia, pues hay que armonizarlos con el color de la piel, del pelo y de los ojos del paciente, así como de la mucosa bucal. Hay que tener en cuenta que ciertos tipos de piel y de pelo pueden contrastar con el color de los dientes aunque no sea el color exacto de los dientes perdidos.

De las formas típicas de cara, la cuadrada, la triangular y la ovoidea y la combinación de éstas, en las cuales un tipo es el predominante y da a la cara el carácter dominante definido. Habiendo entonces tres tipos de dientes que son: Cuadrado, triangular y ovoideo o combinaciones de los tres.

Entonces escogemos el tipo de dientes que armonice con la cara del paciente que por lo general no es el mismo tipo de dientes que tenía.

La longitud total mesiodistal de la pieza está tomada en la arcada superior y abarca de la cara distal de la segunda gruesa molar superior izquierda, a la cara distal de la segunda molar superior

derecha, determinada así mismo por la distancia que se tomará del proceso de una tuberosidad a otra.

Si esta distancia tomada en el modelo es mayor o menor que la distancia mesiodistal de las piezas prefabricadas, será necesario dividir la arcada por mitades superiores- anteriores y superiores-posteriores y así podemos adaptarnos a escoger entre dos o más tipos de piezas con el tamaño necesario a fin de determinar la distancia deseada.

Hay que tomar en consideración en las piezas posteriores el ancho de las mismas bucolingualmente, el ancho mesiodistal, la longitud, el tipo e inclinación de las cúspides o tubérculos de las mismas y como factor importante en este caso es que las piezas prefabricadas no son una reproducción exacta de las piezas naturales como deberían serlo, si no que siguen una forma determinada, las llamadas anatómicas y geométricas, ésto debido a la diferencia de anclaje entre los dientes naturales y artificiales teniendo que ser modificadas sus caras oclusales para alinear o reducir la fuerza masticatoria y mejorar la estabilidad del aparato protético.

Mesiodistalmente nunca debe sobrepasar la distancia mencionada anteriormente pues equilibrará y estabilizará el aparato.

En los incisivos centrales superiores e inferiores la longitud estará determinada cuando se marquen en el paciente las líneas al respecto y se tome las dimensiones vertical y de relación en general.

El tamaño de las piezas artificiales posteriores, por la longitud total del talón a la cara triturante de la pieza, distancia que será igual al espacio que dejen entre sí los dos procesos, pudiendo variar dicha distancia de dos o más juegos a fin de apuntarse a dicha distancia. Tomando en consideración la curva de compensación que deberá darse a la articulación por hacer el grado de reabsorción de los procesos tanto superior como inferior y la estética que se producirá en el caso que se nos presente.

Una vez transportados los modelos al articulador que va a servir de fijación, se dejan lisos los rodillos de cera en otro material más duro en su cara vestibular para proceder a marcar la curva de compensación que deberá llevar esta articulación.

CAPITULO VII

Alineación de los dientes.

Mordida de equilibrio y balanceo.

ALINEACION DE LOS DIENTES.

De acuerdo con las necesidades estéticas, mecánicas y los conocimientos adquiridos por medio del estudio de los dientes naturales, en lo referente a su posición, alineamiento, forma y función de cada diente y su relación con el conjunto de los componentes del mecanismo de la masticación, nos guiaremos para una colocación mas o menos exacta de los dientes.

Colocación de los incisivos y premolares superiores. Puede recurrirse a diversos métodos, la técnica que se seguirá depende un poco de la relación que haya entre el tipo del perfil del paciente y sus rebordes, de la forma de las arcadas y de los rebordes, el tamaño del espacio para la dentadura y esencialmente la preferencia que tenga el operador por uno u otro método.

Estos seis dientes van colocados de acuerdo a tres puntos distintos de referencia. La cara mesial de los incisivos centrales tiene que colocarse siguiendo la línea marcada en el rodete oclusal, en la placa base o en el modelo que señala la línea media de la cara. El borde de los cuellos de los seis dientes debe hallarse lo más próximo posible del reborde natural, salvo en los casos que en que hay una reabsorción muy marcada. Cuando se tome el plano de oclusión de los rodetes como plano de referencia, los bordes incisales deben hallarse al nivel de este plano.

Los ejes mesiodistales deben hallarse en armonía o paralelos con la curvatura del arco que se observa en el reborde residual. En este caso resultará muy útil verificar en la boca.

Para la colocación de los dientes artificiales se quitará prime-

ramente la rama superior del articulador se tomará un plano oclusal poniéndolo en contacto con el rodillo superior, substitución del rodillo, inferior. Después se colocará primeramente el central con el eje longitudinal, vertical, cuando se le mira de frente inclinado hacia abajo y en contacto con el plano oclusal.

El diente incisivo lateral se coloca de manera que el borde incisal esté como a tres cuartos de milímetro por encima del nivel del plano oclusal y el eje longitudinal inclinado en sentido distal.

La protuberancia labial del canino se reconoce generalmente como la línea divisoria entre la zona labial y bucal del reborde. La superficie labial, mesial al reborde, frente al labio sigue la curvatura general iniciada por los incisivos.

La superficie distal a este reborde enfrente a la mejilla.

Comienza la curva característica de los premolares y los molares.

Montados los incisivos, central y lateral de un lado se colocan los del lado opuesto.

Los premolares y molares se montarán con sus ejes verticales la primera premolar se colocará distante del canino, como a medio milímetro de la cara distal, para evitar que los dientes inferiores queden apiñados cuando se coloquen.

Queda la cúspide bucal del primer premolar tocando el plano oclusal, pero la cúspide lingual queda levantada de dicho plano.

El segundo premolar queda con sus dos cúspides en contacto, con su plano oclusal.

El primer molar tiene su cúspide mesiolingual tocando el plano oclusal, sólo los tres tubérculos restantes no lo tocan.

La segunda molar se inclina con su eje longitudinal en sentido mesial y la cúspide mesiolabial toca el plano oclusal, y las otras tres cúspides quedan levantadas.

Para la articulación de los dientes inferiores, quitaremos primeramente el plano oclusal y pondremos el primer molar inferior, haciendo que quede un poco más alto que al cerrar el articulador, los dientes antagonistas hagan que baje hasta su posición normal.

El primer molar inferior debe quedar con la cresta bucal de la cúspide distal del molar inferior en continuación de la ranura bucal del primer molar superior.

Después se sigue con el segundo premolar inferior poniendo en posición correcta con una espátula, dentro del reborde, después se articula el primer premolar siguiéndose siempre la técnica que se siguió en la articulación del primer molar inferior.

Después se articulan los seis dientes anteriores, si no hay espacio suficiente, se desgastan las caras distales de los caninos o de los laterales.

Si aun así no hay espacio suficiente, entonces tendremos que poner otro juego de dientes anteriores más estrechos.

Los incisivos centrales superiores deben tocar a los centrales inferiores, los incisivos laterales superiores deben tocar a los inferiores, pero no a los caninos, el primer premolar inferior debe estar en contacto con el canino superior, la punta o cúspide del segundo premolar superior debe estar en contacto con la cúspide mesiobucal del primer molar inferior, la cúspide lingual de los premolares y molares también están en contacto con la mordida de incisión.

Las últimas piezas dentarias que se articulan son las segundas molares inferiores.

La profundidad de la mordida de balanceo es la distancia a que los dientes inferiores se deslizan verticalmente del lado balanceado, para conservar su relación de equilibrio, entre los aparatos durante la articulación.

Después de articular los dientes artificiales, se prueban los aparatos en la boca para cerciorarse de que reúna las condiciones deseadas, de estética, así como de técnica pudiéndose hacer las correcciones que se necesitan.

CAPITULO VIII

Terminación del Aparato Dento-Protético.

Encerado.

Enfrascado.

Desencerado.

Colocación del papel de Estaño.

Acrílico.

Prensado.

Terminado y Pulido.

TERMINACION DEL APARATO DENTO-PROTETICO.

Ya que obtuvimos el articulado de los dientes artificiales se quitan de los modelos las placas y se prueban en el paciente para comprobar la oclusión correcta.

Después procedemos al encerado de los aparatos dento-protéticos.

ENCERADO.

Para terminar de dar los últimos toques a los aparatos se enceran, puliendo dicha cera con una espátula especial y con una flama pequeña, después se procede a alisarla y a pulirla, teniéndose cuidado de no dejar cera en los cuellos y caras de los dientes, cortando con bordes delineados para que queden delgados y parejos.

ENFRASCADO.

Quitando los aparatos del articulador se ponen en los muflas, colocándolos con una inclinación hacia adelante y atrás para evitar que se fracturen los dientes, esto se hace con yeso de modelos y antes de poner el anillo superior del frasco, se pone un separador en el yeso y vibrando para evitar la formación de burbujas, se coloca yeso piedra en la parte más alta del frasco para evitar que los dientes pierdan estabilidad y como consecuencia su posición normal.

DESENCERADO.

Una vez que el yeso haya fraguado se coloca el frasco en agua fría, hirviéndolo por espacio de siete minutos.

Después abrimos el frasco, se lava la cera con un chorro de agua hirviendo, cuantas veces sea necesario hasta eliminar las porciones de cera que hayan quedado en el modelo. Si aun queda cera con un pedazo de algodón mojado de cloroformo frotamos el modelo hasta que quede exento de residuos de cera. Cuando hacemos la separación de las dos porciones del frasco se nota que en la parte que corresponde a el anillo del frasco se encuentran las caras oclusales de los dientes insertados en el yeso, quedando libre su porción cervical, que es la que quedará oprimida en el acrílico.

COLOCACION DEL PAPEL DE ESTAÑO

Lo colocamos en el negativo teniendo cuidado al recortarlo, el cual debemos hacerlo con unas tijeras y delimitar en el modelo con la punta de una espátula la cantidad de papel que utilizaremos, lo recortamos con la mayor exactitud, hecho esto se retira el papel de estaño del modelo, le aplicamos cemento duco para que peguemos el papel de estaño bruñendolo bien con algodón.

ACRILICO

Es una resina derivada de la acetona, tiene una composición llamada Metil-metacrilato.

Composición del acrílico para empacarlo.

Usamos como promedio general tres partes de polvo (Polímero) y una parte de líquido (Monómero).

Procedimiento a seguir para la mezcla del acrílico.

- 1.—Medir el líquido y colocarlo en un bote con tapa y rosca.
- 2.—Medir el polvo y agregárselo al líquido.
- 3.—Espatularlos hasta que el polvo haya sido completamente embebido por el líquido (30 a 40 seg.).
- 4.—Enroscar la tapa firmemente y dejar la mezcla sin tocar de 8 a 10 min.
- 5.—Sacar la tapa y espatular otra vez la mezcla, debe ser de una consistencia pastosa. (No debe ser empacada la mezcla mientras se encuentre en estado pegajoso).

PRENSADO

Una vez preparado el acrílico siguiendo las reglas antes anotadas, procedemos a hacer el empacado. Este se va haciendo poco a poco haciendo un poco de presión para que el acrílico vaya ocupando el espacio que dejó la cera, colocamos un pedazo de papel celofán humedecido, esto nos sirve para poder abrir el frasco después de haber hecho el prensado de prueba y recortar el exedente.

Después del empacado y cerrado el frasco se coloca esta en una prensa de compensación y se sumerge en agua a una temperatura de 75 grados centígrados, manteniendo esta temperatura durante 45 min. y luego lo colocamos en agua hirviendo durante 30 min.

Para abrir el frasco debemos dejarlo enfriar bien, podemos abrirlo inmediatamente después de completado el curado.

TERMINADO Y PULIDO DEL APARATO DENTO PROTETICO

Una vez que la mufla está completamente fría, se abre para sacar el aparato; como es natural estará adherido al material piedra que fue el modelo negativo, entonces para librarlo de este material lo hacemos por medio de una cegueta y tijeras para cortar yeso.

Las asperezas las quitamos con discos de lija para su pulido usamos piedra pómx, discos de fieltro y por último blanco de España que nos sirve para darle brillo.

CAPITULO IX

Colocación del Aparato Dento-Protético en la boca del paciente.
Instrucciones al paciente para el manejo del Aparato Dento-Protético.

COLOCACION DEL APARATO DENTO-PROTETICO EN LA BOCA DEL PACIENTE

Después de acabado y pulido el aparato dento-protético tanto superior como inferior se colocará en la boca y se estudiará desde luego su adaptación. Los aparatos ocuparán su lugar cerrando los dientes y haciendo esfuerzos por tragar, esta operación coopera a asentar y expulsar el aire.

Si el aparato se asienta parejo de manera que se pueda hacer presión sobre cualquier parte sin molestia al abrir la boca, el movimiento de los labios y la lengua, no desalojando los aparatos, causando dolor y la oclusión y articulación son correctas, se instruirá al paciente sobre como deberá usarlos y limpiarlos.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE PARA EL MANEJO DEL APARATO DENTO PROTETICO

El paciente deberá ser instruido de conservar día y noche constantemente sus aparatos y solo quitárselos para su aseo conveniente

Se instruirá al paciente que en caso de dolor o molestias, regresará al consultorio para ser atendido corrigiéndose el aparato hasta hacer desaparecer las molestias.

También se le indicará masticar los primeros días alimentos suaves y a medida que transcurre el tiempo, alimentos más duros; que el uso del aparato puede producirle mordeduras en los carrillos y labios sin que esto quiera decir que sea un defecto del aparato; se debe a la laxitud de los tejidos y desaparece en pocos días; leer en voz alta a efecto de obtener mejor pronunciación y hacer desaparecer la sensación de llenura que se experimenta al usarse por primera vez un aparato; indicarle con énfasis que un aparato, ya sea total o parcial, nunca dará un servicio igual al de los dientes naturales y por consiguiente no se les dará el mismo trato.

CAPITULO X

Factores de Exito en la Construcción de Aparatos Dento-Proteticos

FACTORES DE EXITO EN CONSTRUCCION DE APARATOS DENTO PROTETICOS.

Siete son los factores más importantes a tener en cuenta al confeccionar aparatos dento-protéticos para el paciente, son:

- 1.—Valorización de las condiciones de salud y actitud mental del paciente.
- 2.—Obtención de una superficie suficiente al tomar las impresiones.
- 3.—Dimensión vertical aceptable.
- 4.—Relación central correcta.
- 5.—Estética en cuanto se refiere a la colocación individual de los dientes. Ubicación de los arcos dentales. Localización vertical de los mismos y selección estética de los dientes artificiales.
- 6.—Fuerza desplazante por colocación de los dientes en relación antero-posterior con los rebordes alveolares. Esa fuerza también se aumenta por alejamiento lateral y vertical de los rebordes.
- 7.—Superficie oclusal adecuada con sobremordida sin encajamiento y cúspides de poca altura.

Es un error comenzar inmediatamente a trabajar sobre cualquier paciente que exprese el deseo de tener dentaduras mejores.

Las dificultades bucales que presenta un paciente suelen ser pocas cuando se las compara con sus problemas de índole psicológico.

Pero suele haber un elemento favorable y es la gran mayoría de los pacientes aceptan la discusión de sus problemas y les place conocer esas dificultades. Suelen admitir su existencia siempre que la discusión tenga lugar antes de comenzar el trabajo protético. Todo requiere tino.

A ningún paciente le gusta oír explicaciones una vez que ha sido confeccionada la prótesis, puesto que entonces parece que fueran excusas para justificar una mala técnica.

Si fuera necesario una hora, entonces se debe invertir una hora en una conversación leal y franca con el paciente respecto a sus problemas bucales y psicológicos.

CAPITULO XI

Factores que influyen la retención de los aparatos dento-protéticos.

FACTORES QUE INFLUYEN LA RETENCION DE LOS APARATOS DENTO PROTETICOS.

A.—BASE DE LA DENTADURA:

- 1.—estabilidad. 2.—ancho periférico. 3.—sellado periférico.
- 4.—zona cubierta. 5.—igualdad de presión. 6.—tipo de saliva.
- 7.—adhesión. 8.—presión atmosférica. 9.—gravedad (inferior)
- 10.—coordinación muscular.

B.—*Superficies masticatorias*: Relación diente reborde (Posición dentaria bucolingual y superior inferior) oclusión y articulación.

C.—*Forma de las superficies pulidas*: deben tener una forma tal que la acción de los labios carrillo y lengua ayuden a asentar los aparatos dento-protéticos.

CAPITULO XII

Cuidados Higiénicos y Conservación de los Aparatos Dento-Proté-
ticos.

Disuélvase la cuarta parte de una cucharadita en medio vaso de agua y úsese un cepillo.

También los aparatos pueden dejarse dentro de un receptáculo de agua boricada, o una solución de bicarbonato de sodio, o alguno de los dentífricos corrientes.

Explicar al paciente que suele depositarse también sobre la mucosa bucal mucina, restos alimenticios y detritus y que es necesario enjuagarse bien la boca después de cada comida, empleando alguna solución antiséptica. Cloruro de sodio al 6% es estimulante. Otros dentífricos aromáticos. En las noches antes de acostarse debe cepillarse la mucosa de los bordes alveolares y paladar con un cepillo suave. De esta manera se evitan inflamaciones y el desarrollo de gérmenes que pululan en la cavidad bucal.

Es recomendable que el paciente ocurra cada cierto tiempo al dentista a fin de que éste observe y pula los aparatos.

Considerese siempre en los aparatos protésicos, además de su valor biológico y mecánico, su valor artístico.

CUIDADOS HIGIENICOS Y CONSERVACION DE LOS APARATOS DENTO-PROTETICOS.

Explicar la importancia de mantener bien limpios los aparatos. Se depositan mucina, sales, alimentos etc., que pueden dar mal olor e irritar los tejidos, y aún interferir con la adaptación de la base de la mucosa.

El limpiar los aparatos parece tomar mucho tiempo pero después se hace hábito.

El empleo de un cepillo con cerdas largas para que llegue a todos los rincones del aparato. Preferible usar los cepillos fabricados especialmenet para este fin. Se lleva jabón blanco o un poco de tiza en polvo con el cepillo, frotando con cuidado y esmero. Esto es por lo menos una vez al día después de cada comida, por lo menos deben enjuagarse al agua corriente. Se debe evitar el uso diario de abrasivos. En el mercado hay pastas especiales que son muy recomendables.

Siempre hay que hacer uso de agua fria para su limpieza, pues el agua caliente puede deformar las dentaduras de acrílico.

La limpieza química se puede hacer sumergiendo el aparato dento-protético en una solución débil de hipoclorito de sodio, es desodorante.

Una fórmula recomendada por la Asociación Dental Americana, Accepted Remedies, es la siguiente:

Fosfato trisódico	120	grs.
Aceite de Cinamono	0,3	c.c.
Licor de Amaranto	2,0	c.c.

CAPITULO XIII

Conclusiones.

CONCLUSIONES

El éxito en la construcción de aparatos dento-protéticos totales, depende: de la habilidad manual y el conocimiento de las técnicas a seguir, las cuales todas son buenas, y las técnicas de laboratorio seguirla correcta y minuciosamente.

El diagnóstico bucal es de suma importancia, para darnos cuenta de cada uno de los elementos anatómicos y funcionales después de un minucioso examen, a fin de poder corregir la anomalías que se presentan, y no caer en errores después de haber terminado el aparato dento-protético.

Gran parte del éxito en el empleo de los aparatos dento-protéticos por el paciente, depende de las instrucciones y sugerencias debidas que se le hayan dado a tiempo.

CAPITULO XIV

Casos Clínicos.

CASOS CLINICOS

Nombre: Antonio Rodríguez.

Edad: 65 años.

Sexo: Masculino.

Prostodoncia Total Superior e Inferior.

Presentó el paciente las siguientes piezas dentarias.

Superiores posteriores: 2do. y 3er. molar lado derecho.

Superiores posteriores: 3er. molar lado izquierdo.

Inferiores anteriores: central y lateral lado derecho.

Inferior Posterior: 2do. molar lado izquierdo.

Las extracciones se hicieron en dos sesiones tres meses antes de la colocación del aparato.

El resultado fue satisfactorio.

Nombre: Mauricio García.

Edad: 53 años.

Sexo: Masculino.

Prostodoncia total superior y parcial inferior.

Presentó el paciente las siguientes piezas:

Superiores Posteriores: 1er. y 2do. molar derecho.

Inferiores Posteriores: 2do. molar derecho.

En el maxilar superior únicamente se hicieron dos extracciones. En el inferior las piezas anteriores hasta el lugar de los segundos premolares del lado derecho y canino del lado izquierdo estaban sanas, previo examen radiográfico, los molares izquierdas habían sido extraídas varios meses atrás, se hizo la extracción del 2do. molar derecho.

Después de dos meses de haber practicado las extracciones se colocó el aparato superior completo y el inferior parcial.

El resultado fue satisfactorio.

Nombre: Carlos Pérez Martínez.

Edad: 53 años.

Sexo: Masculino.

Pristodoncia total superior e inferior.

Presentó el paciente las siguientes piezas:

Superiores anteriores: raíz de central y lateral derechos.

Superiores Posteriores: Raíz mesiodistal del 2 do. molar izquierdo.

El proceso inferior estaba completamente desdentado.

Se hizo cirugía reguladora del superior después de haberse hecho las extracciones.

A los noventa días se le colocó el aparato con resultado satisfactorio.

María T. Sánchez.

Edad: 50 años.

Sexo: Femenino.

Prostodoncia total superior inferior.

Se presentó el paciente con las siguientes Piezas:

Superiores Posteriores: raíz mesial distal y palatina del 1er. molar.

Raíz distal y palatina del 2do. molar.

Raíz unilateral del tercer molar izquierdo.

Anteriores inferiores: Central, lateral, canino derechos e izquierdos.

Posteriores Inferiores: Primer premolar y 3er. molar izquierdo.

Después de tres meses de haberse practicado las extracciones y haber hecho cirugía reguladora en el maxilar inferior se colocó el aparato.

Resultado: Satisfactorio.

CAPITULO XV

Bibliografía.

BIBLIOGRAFIA

Progresos en la Práctica Odontológica.

Vol. III PROTESIS.

Dr. LEON TENENBAUM.

PROTESIS COMPLETA.

SCHLOSSER.

REVISION COMPLETA DE LA ODONTOLOGIA.

V. R. TRAPOZZANO.

ANUARIO DE ODONTOLOGIA.

DARLINGTON, WILSON, WALRON, TYLMAN, MOORE.

1942, 43, 44.

APUNTES PARA LOS CURSOS DE PROSTODONCIA DEL DR.

MIGUEL PAVIA ESPINOZA.