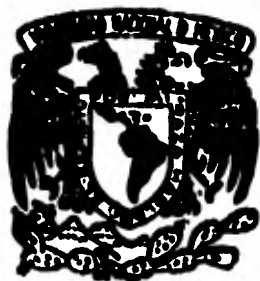


20,542

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

---

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



PROSTODONCIA DENTAL COMPLETA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

*Maria de la Paz Médina Bello*

MEXICO, D. F.

1982



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.

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## I N D I C E .

- 1.- I n t r o d u c c i ó n
- 2.- D e f i n i c i ó n
- 3.- H i s t o r i a
- 4.- Historia Clínica
- 5.- Examen de la Cavidad Bucal
- 6.- I m p r e s i o n e s
  - a) Impresión Anatómica
  - b) Impresión Fisiológica
- 7.- Construcción del Aparato Dento-Protético
  - a) Construcción de Rodillos
  - b) Dimensión y Orientación de Rodillos
  - c) Relación Céntrica
  - d) Tipos de Articuladores
  - e) Montaje de Modelos en Articuladores
  - f) Selección de Dientes
  - g) Colocación y Articulación de los Dientes
  - h) Encerado
  - i) Enfrascado
  - j) Desencerado
  - k) Empacado
  - l) Pulido y terminado
- 8.- Instrucciones Post-Operatorias al Paciente
- 9.- Conclusión
- 10.- Bibliografía

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

La prostodoncia total es un procedimiento de dentaduras completas muy definido actualmente, pues permite conservar las proporciones normales de la ca ra y la expresión, sin ningun período de transición después de las extracciones, ahorrándole al paciente la circunstancia poco grata de ser visto - completamente desdentado.

La pérdida de los dientes naturales especialmente cuando ocurren en las regiones anteriores, crea una situación antiestética de la cual no sólo es consciente el propio enfermo, sino todos aquéllos que estan en contacto con él.

Con la prostodoncia, se elimina ésta situación evitando en el paciente el complejo de deformidad que dicho estado ocasiona, ésto es muy importante pa ra las personas que por sus actividades tienen que tratar con el público.

Además por medio de la prostodoncia el Odontólogo puede dar previas instrucciones de acuerdo a las medidas que estan a su alcance y dejar complacido a el paciente con el requisito de su estética. Debe pues ampliarse más el - ejercicio de éste procedimiento, ya que ofrece muchas ventajas y las limitaciones que pueda tener.

## D E F I N I C I O N

Prostodoncia Total:- Es una rama de la Odontología que se encarga de reemplazar, por medio de sustitutos artificiales, a todos los dientes y estructuras asociadas ausentes del proceso superior e inferior.

La palabra Prostodoncia, se deriva de las raíces griegas PROTHESIS--Significa en lugar dé; y de ODOTOS --Dientes agregados, la terminación CIA--relativo a.

H I S T O R I A

En el año de 1500 a 3700 a.j.c., entre los romanos eran ampliamente conocidas las prótesis. Horacio hace alusión a dentaduras de oro y marfil, aunque no se posee la menor idea en que consistían dichos aparatos.

En la edad media, a lo que a protésis se refiere se continua aún con las retenidas a base de ligadura, a pesar del adelanto de la Odontología Arabe. Sin embargo, desde el tiempo de los romanos y hasta el advenimiento de la Odontología moderna tenemos nuevas noticias de las protésis.

Algunos autores justifican ese retardo al estado rudimentario de las ciencias odontológicas en ese período oscuro de la historia, lo que hacia apelar al único recurso conocido: La Extracción.

Entonces la reposición de algunos dientes perdidos, no requería de la imperiosa exigencia del dolor agudo, además de que era casi-imposible obtener restauraciones funcionales con los medios hasta-entonces conocidos, pudiendo alcanzar un relativo éxito tan sólo las protésis parciales anteriores de objetivos estéticos.

En el renacimiento, época de los grandes adelantos de la medicina la odontología progresa también, pero con gran lentitud no ocurriendo lo mismo respecto a la protésis.

Ambrosio Paré, es el primero que habla de las obturaciones palatinas. En 1728, FAUCHARD inventa el diente PIVOT y ciertos tipos de puentes y la protésis parcial.

El primer autor que habla de modelos dentales de yeso es PFAFF en 1756. Los primeros que los hacen en francia son DUBOIS DE CHEMANT en 1776. Las primitivas impresiones en cera se tomaban comprimiendo el bloque de cera contra los dientes con los dedos.

DELABORRE. Fué el primero al que se le ocurrió la idea de las cubetas, aconsejó poner la cera en una cazuela (1820). Más tarde MAURY en 1842 y RAGLERS en 1845, presentan las primeras cubetas concebidas tal y como nosotros las conocemos, pero en una forma por demás rudimentaria.

DUNNING, dentista americano en 1843-44, ante un fracaso en una toma de impresión con cera se le ocurre, tomar la impresión con yeso y obtuvo un gran éxito que estuvo lejos de imaginar.

Posteriormente aparecen las distintas clases de cubetas para yeso. En 1858, aparecen las pastas. En 1805 GARIOT, inventa el articulador y practica la primera mordida; luego aparecen infinidad de perfeccionamientos inspirados en el primitivo articulador de GARIOT, hasta llegar al articulador científico de hoy como es el de GYSL.

Actualmente en las últimas décadas, las pastas zinquenolicas, alginatos y resinas sintéticas han desplazado a los otros materiales en la toma de impresión. En cuanto a los dientes artificiales en las pocas restauraciones protéticas que se conservan de la antigüedad, los dientes empleados han sido de humanos, o de animales o de marfil. AMBROSIO empleaba dientes de hueso de marfil de elefante en lugar del marfil de colmillo de hipopótamo.

A FAUCHARD, se le da el mérito de haber creado la primera protésis total que cumplía efectivamente su misión. FAUCHARD, obtuvo buenos resultados con su máquina dentaria, con hábil técnica construyó para cada maxilar una hilera continua de dientes hechos de las materias usuales y unió ambas hileras con un resorte cuyos extremos introdujo en las piezas posteriores mediante la tensión del resorte - la protésis quedaba fija a la boca.

El nacimiento de los dientes de porcelana se atribuye a un farmacéutico de Saint Germain, cerca de París, llamado DUCHATEAU, a quién se le ocurrió la construcción de una dentadura de porcelana, recurriendo a la colaboración de un dentista: DUBOIS DE CHEMANT, el cual presentó una comunicación científica a la real academia de cirugía de París en 1776. FUNGI, concibe la idea de la preparación de dientes de porcelana aislada con partes de platino cocido en el cuerpo de la por

celana. Sin embargo, fue en Estados Unidos, donde la construcción de los dientes de porcelana tomó gran incremento.

Un dentista de París, PLANTOU introdujo en 1817, los primeros dientes de porcelana y en 1822 PEALE instaló la primera fábrica y STOCKTON otra en 1825. EBEN N. FLAGGIALLA en 1880, la primera forma de dientes anteriores de acuerdo con la teoría de los temperamentos en boga en aquel tiempo. En 1911, JAMES LEON WILLIAMS, con un claro sentido artístico y científico y la casa DENT'S SUPPLY fabrica así en 1914 los dientes anatóformm. Luego el DR. SIMON MYERSON presidente de la IDEAL TOTH INC., da a conocer el nuevo diente transparente TRUEBLEND, sucediéndolo las formas translúcidas de la TRUBYTE NEW HUE DE LA DENTIST'S SUPPLY DE NEW YORK.

En cuanto a la retención de los aparatos, vimos que primitivamente se lograba por medio de ligaduras de los dientes artificiales a los vecinos, luego FAVOTLARD, inventó los resortes espirales empleados para retener los pesados aparatos protéticos por adhesión.

Algunos atribuyen a FAVOHARD, la invención de la cámara de succión, pero se cree, que fué JAMES GORDETTE, dentista francés que ejerció en Estados Unidos en 1800. Respecto a los materiales de base la constante búsqueda para su perfeccionamiento dió al fin con el celuloide, descubierto por los hermanos HYATT DE NUEVA JERSEY, en 1879 y fué tolerable, pero con grandes defectos. Los profesionistas se dieron cuenta de la inconveniencia de usar el celuloide y entre 1880 y 1890, hizo su aparición el caucho vulcanizable, creyéndose que nunca se le encontraría sustituto a pesar de sus defectos en cuanto a su olor y colores, que nunca fueron naturales ni agradables a la vista.

Luego vinieron materiales de fenolformaldehido y en 1926, DENTAL MANUFACTURING CO., lanzó al mercado la WALKERITE. En 1928 con celulosa el hecolite y en 1929 el oralite, en 1933, con éste vínilico el VYDON Y RESOVIN, siendo éste último uno de los materiales más hermosos pero al mismo tiempo más frágil.

En 1934, aparece el fenolformaldehido de Luxeno de celulosa. El XI Oralite y de Acrilvínilico el Xhecolite, finalmente aparecen en el

año de 1935, con el KALLODEX en primer lugar los ACRILICOS.

En cuanto a las prótesis totales inmediatas, ya en 1865 Rodríguez habla de ellas y después ATKINSON en 1963. HERBST habló también de esta clase de prótesis a mediados de la misma década.

En 1886 PARREIDT, las mencionó y en 1893, se publicó el Manual de Scheff, en el que se hace referencia a esta labor.

HISTORIA CLINICA  
EN PROSTODONCIA

INFORMACION GENERAL

FECHA \_\_\_\_\_

1. -NOMBRE \_\_\_\_\_

2. -EDAD \_\_\_\_\_

3. -SEXO \_\_\_\_\_

4. -SALUD GENERAL: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. -OCUPACION Y POSICION SOCIAL: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. -HISTORIA DENTAL: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. -HISTORIA DE DENTADURAS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A). -MOTIVO PRINCIPAL DE LA CONSULTA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

B). -TIEMPO DE HABER PERMANECIDO DESDENTADO

MAXILAR \_\_\_\_\_

MANDIBULA \_\_\_\_\_

C). -TIEMPO DE HABER USADO DENTADURAS

MAXILAR \_\_\_\_\_

MANDIBULA \_\_\_\_\_

D). -DENTADURAS ANTERIORES

1) CLASE \_\_\_\_\_

2) NUMERO \_\_\_\_\_

MAXILAR \_\_\_\_\_

MANDIBULA \_\_\_\_\_

3) EXPERIENCIA FAVORABLE \_\_\_\_\_

DESFAVORABLE \_\_\_\_\_

4) DENTADURAS ACTUALES \_\_\_\_\_

REACCION DEL  
PACIENTE A:

OBSERVACION  
DEL DENTISTA

4,1 EFICIENCIA A LA MASTICACION  
(OCCLUSION) \_\_\_\_\_

4,2 RETENCION \_\_\_\_\_

	REACCION DEL PACIENTE A:	OBSERVACION DEL DENTISTA
4,5 ESTABILIDAD	_____	_____
4,4 ESTETICA	_____	_____
4,5 FONETICA	_____	_____
4,6 COMODIDAD	_____	_____
4,7 DIMENSION VERTICAL	_____	_____

E. - TAMAÑO DE MAXILAR Y MANDIBULA

MANDIBULA Y MAXILAR COMPATIBLE \_\_\_\_\_

MANDIBULA MAS PEQUEÑA QUE EL MAXILAR \_\_\_\_\_

MANDIBULA MAS LARGA QUE EL MAXILAR \_\_\_\_\_

F. - ALTURA DE EL PROCESO RESIDUAL

MAXILAR SUP.      NORMAL \_\_\_\_\_ PEQUEÑO \_\_\_\_\_ PLANO \_\_\_\_\_

MAXILAR            NORMAL \_\_\_\_\_ PEQUEÑO \_\_\_\_\_ PLANO \_\_\_\_\_

G. - FORMA DE EL PROCESO RESIDUAL

MAXILAR      "U" \_\_\_\_\_ "V" \_\_\_\_\_ AFILADO \_\_\_\_\_

MANDIBULA   "U" \_\_\_\_\_ "V" \_\_\_\_\_ AFILADO \_\_\_\_\_

H. - FORMA DEL ARCO

MAXILAR      CUADRADO \_\_\_\_\_ TRIANGULAR \_\_\_\_\_ OVOIDE \_\_\_\_\_

MANDIBULA   CUADRADO \_\_\_\_\_ TRINAGULAR \_\_\_\_\_ OVOIDE \_\_\_\_\_

I. - FORMA DEL PALADAR DURO

PLANO \_\_\_\_\_ "U" \_\_\_\_\_ "V" \_\_\_\_\_

J. - INCLINACION DEL PALADAR BLANDO

SUAVE \_\_\_\_\_ MEDIANA \_\_\_\_\_ AGUDA \_\_\_\_\_

K. - RELACION DE LOS PROCESOS

NORMAL \_\_\_\_\_ RETROGNATICO \_\_\_\_\_ PROGNATICO \_\_\_\_\_

L. - PARALLISMO DE LOS PROCESOS

AMBOS PROCESOS SON PARALLLOS \_\_\_\_\_

UNO DE LOS PROCESOS NO ES PARALELO \_\_\_\_\_  
AMBOS PROCESOS SON DIVERGENTES \_\_\_\_\_

M. -DISTANCIA INTERARCO

ADECUADA \_\_\_\_\_ EXCLUSIVA \_\_\_\_\_ LIMITADA \_\_\_\_\_

N. -RETENCIONES OSEAS

MAXILAR: NINGUNA \_\_\_\_\_ LIGERA \_\_\_\_\_ REQUIERE REMOCION \_\_\_\_\_

MANDIBULA: NINGUNA \_\_\_\_\_ LIGERA \_\_\_\_\_ REQUIERE REMOCION \_\_\_\_\_

M. TORUS

MAXILAR: NINGUNA \_\_\_\_\_ LIGERA \_\_\_\_\_ REQUIERE REMOCION \_\_\_\_\_

MANDIBULA: NINGUNO \_\_\_\_\_ LIGERO \_\_\_\_\_ REQUIERE REMOCION \_\_\_\_\_

8. -RECOMENDACIONES DEL DENTISTA AL PACIENTE PARA MEJORAR LAS DENTADURAS. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CARACTERISTICAS FISICAS.

1. -HABILIDAD NEUROMUSCULAR COMPROBADA POR:

A) LENGUAJE (ARTICULACION) BUENA \_\_\_\_\_ MEDIANA \_\_\_\_\_ MALA \_\_\_\_\_

B) COORDINACION BUENA \_\_\_\_\_ MEDIANA \_\_\_\_\_ MALA \_\_\_\_\_

2. -APARIENCIA GENERAL

A) INDICE COSMETICO PROMEDIO \_\_\_\_\_ ALTO \_\_\_\_\_ BAJO \_\_\_\_\_

B) ASPECTO AGRADABLE \_\_\_\_\_ TENSO \_\_\_\_\_

C) PERSONALIDAD DELICADA \_\_\_\_\_ MEDIANA \_\_\_\_\_ VIGOROSA \_\_\_\_\_

3. -CARA

A) FORMA OVOIDE \_\_\_\_\_ CUADRADA \_\_\_\_\_ ALARGADA \_\_\_\_\_

B) PERFIL NORMAL \_\_\_\_\_ PROGNATICO \_\_\_\_\_ RETROGNATICO \_\_\_\_\_

C) CABELLO BLANCO \_\_\_\_\_ NEGRO \_\_\_\_\_ CASTAÑO \_\_\_\_\_ RUBIO \_\_\_\_\_

D) OJOS NEGROS \_\_\_\_\_ CAFES \_\_\_\_\_ VERDES \_\_\_\_\_ AZULES \_\_\_\_\_

- E) TIZ CLARA \_\_\_\_\_ MEDIA \_\_\_\_\_ RUBICUNDA \_\_\_\_\_ MORENA \_\_\_\_\_
- F) TEXTURA (PILI) NORMAL \_\_\_\_\_ OTRA (EXPLICAR) \_\_\_\_\_
- G) ARRUGAS DEBIDAS A: EDAD \_\_\_\_\_ PERDIDA DE LA DIMENSION VERTI-  
CAL \_\_\_\_\_
- H) LABIOS ACTIVOS \_\_\_\_\_ LARGOS \_\_\_\_\_ MEDIANOS \_\_\_\_\_ CORTOS \_\_\_\_\_
- I) BORDES BERMILLON VISIBLES \_\_\_\_\_

EVALUACION CLINICA

1. -ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

- A. -COMODIDAD \_\_\_\_\_ D. -SUAVIDAD \_\_\_\_\_
- B. CREPITANTE \_\_\_\_\_ E. DESVIACION \_\_\_\_\_
- C. SONORA \_\_\_\_\_

2. -MOVIMIENTO MANDIBULAR (EVALUELO COMO NORMAL, EXCESIVO O LIMITADO)

- A. -PROTUSIVO \_\_\_\_\_ B. -LATERAL DERECHO \_\_\_\_\_ C.L.I. \_\_\_\_\_

3. -FACTORES BIOLOGICOS

A. -TONO MUSCULAR

NORMAL (CL I) \_\_\_\_\_ CASI NORMAL (CL II) \_\_\_\_\_ SUBNORMAL (CL III) \_\_\_\_\_

B. -DESARROLLO DE LOS MUSCULOS DE MASTICACION Y EXPRESION

NORMAL \_\_\_\_\_ CERCA DE LO NORMAL \_\_\_\_\_ SUBNORMAL \_\_\_\_\_

C. -TEJIDOS BLANDOS QUE CUBREN EL PROCESO ALVEOLAR

ESPESOR FIRME Y UNIFORME \_\_\_\_\_

TEJIDO GRUESO \_\_\_\_\_

TEJIDO HIPERPLASICO O RESIDENTE \_\_\_\_\_

D. -MUCOSA SANA \_\_\_\_\_ IRRITADA \_\_\_\_\_ PATOLOGICA \_\_\_\_\_

E. -INSERSIONES TISULARES (ENCIA INCERTADA)

MINIMO 12mm. \_\_\_\_\_ 12mm. \_\_\_\_\_ MENOS DE 8mm. \_\_\_\_\_

F. -INSERSIONES MUSCULARES Y FRENILLOS

BAJA \_\_\_\_\_ MEDIANA \_\_\_\_\_ ALTA \_\_\_\_\_

G. - ESPACIO POSTMILOHIOIDEO

MINIMO 10mm. \_\_\_\_\_ MENOS DE 10 mm. \_\_\_\_\_

SIN ESPACIO PARA LA DENTADURA \_\_\_\_\_

H. - SENSIBILIDAD DEL PALADAR (RESPUESTA A LA PALPACION)

NINGUNA \_\_\_\_\_ MINIMA \_\_\_\_\_ HIPERSENSIBILIDAD \_\_\_\_\_

I. - TAMAÑO DE LA LENGUA

NORMAL \_\_\_\_\_ MEDIANA \_\_\_\_\_ GRANDE \_\_\_\_\_

J. - POSICION DE LA LENGUA

NORMAL \_\_\_\_\_ PUNTA FUERA DE POSICION \_\_\_\_\_ RETRAIDA \_\_\_\_\_

K. - SALIVA CANTIDAD Y CONSISTENCIA NORMAL \_\_\_\_\_

L. - ACTITUD MENTAL

FILOSOFICA \_\_\_\_\_ EXACTA \_\_\_\_\_ HISTERICA \_\_\_\_\_ INDIFERENTE \_\_\_\_\_

M. - EXAMEN RADIOGRAFICO

HUESO DENSO \_\_\_\_\_ HUESO CANCELOSO \_\_\_\_\_ HUESO NO DENSO \_\_\_\_\_

PATOLOGIA RETENIDA (LISTA) \_\_\_\_\_

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

PRONOSTICO: \_\_\_\_\_

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

## CAPITULO V

### EXAMEN DE LA CAVIDAD BUCAL.

En los comienzos de la construcción de prótesis completas, el examen de la boca consistía principalmente en una inspección visual para determinar la presencia de algunas piezas o raíz y una palpación más o menos completa, para localizar aproximadamente las superficies duras y blandas de los tejidos de sostén. Las formaciones anormales de los rebordes alveolares, tales como las protuberancias y excavaciones, eran aceptadas como un obstáculo irremediable como así también las inserciones anormales de los músculos y frenillos labiales.

En la actualidad, la radiografía nos permite llevar a nuestro examen la estructura íntima de los tejidos y por medio de la cirugía se han encontrado amplias formas de corrección para las formaciones anormales de los tejidos blandos y duros.

En una palabra, hoy en día, es posible evitar lo que antiguamente eran ocultos peligros laterales y remodelar, hasta cierto límite, los tejidos que servirán de base a las futuras prótesis.

El primer paso en el examen de la boca, es la toma de radiografías seriadas, que igualaría en número a aquellas tomadas para el estudio completo de los dientes naturales. Dicho de otro modo, cada región sería vista por medio de la radiografía desde los ángulos diferentes. Esto nos permitirá descubrir dientes erupcionados de los cuales por su frecuencia deberíamos mencionar particularmente lo que se refiere a los terceros molares, tanto superiores como inferiores; así como, los caninos superiores.

No es raro encontrar restos de raíces completamente retenidas y sin ninguna indicación de su presencia en la superficie de los tejidos, así como, restos de tabique alveolares o agudas espigas óseas que constituirán puntos dolorosos cuando la futura prótesis presione los

tejidos blandos.

Hacemos el examen estudiado cada una de las partes que constituyen la cavidad bucal, estando limitada adelante y arriba por la bóveda palatina, arriba y atrás por el paladar blando, más atrás por el istmo de las fauces, adelante por los labios, a los lados por los carrillos y por el piso de la boca, que esta constituido por los músculos de milohioideos y por encima de éstos por la lengua.

El lugar de nacimiento es de importancia ya que nos dará indicaciones sobre antecedentes racionales y el color de la piel nos orientará en relación con el color de los dientes, ya que para pacientes de color claro armonizará con color claro, para los dientes oscuros lo serán tonos obscuras. También determinaremos el tipo de cara que pueden ser de tres formas: Triángular, Cuadrada y Ovoide.

Sexo, si es mujer para hacer el tipo de preguntas que corresponden por ejemplo: Mestruación, Embarazo, Lactancia, Menopausia, etc., - La ocupación del sujeto nos interesa por causas de malos hábitos que llevan en muchas ocasiones a ser causa de que las personas pierdan sus piezas dentales, tal es el caso de los zapateros, tapiceros y costureras, etc., el estado en general del paciente es de suma importancia y se debe investigar antes de comenzar cualquier tratamiento de enfermedades organicas generales y algunos estados fisiológicos.

Actitud Mental.- Vemos que la actitud mental adecuada del paciente, es tan necesaria para la satisfacción y construcción de la dentadura como la habilidad del dentista.

## CAPITULO VI

### I M P R E S I O N .

Impresión (del latín IMPRESSIONIS), acción que efectúa un cuerpo sobre otro y por lo que uno conserva la huella del otro. En prosthodontia total se da el nombre de impresiones a la huella que dejan los procesos en algún material que en el momento de ser utilizado tiene menor consistencia que la región anatómica.

LAS IMPRESIONES PARA SU ESTUDIO SE CLASIFICAN EN : Anatómicas y fisiológicas.-También conocidas con los siguientes nombres:

ANATOMICAS O  
PRELIMINARES  
PRIMARIAS  
BISCUIT  
ESTATICAS

FISIOLOGICAS O  
ESTATICAS  
FUNCIONALES  
DEFINITIVAS  
DINAMICAS

### DEFINICION ANATOMICA E IMPRESION FISIOLOGICA

Impresión anatómica es aquella que se obtiene sin tomar en consideración la cavidad muscular en relación con el aparato protésico a construir.

Impresión fisiológica son aquellas que aparte de reproducir fielmente la región anatómica copiada, permite la actividad muscular y los movimientos funcionales de la cavidad bucal, durante dichos movimientos los músculos se contraen y la mucosa que sostiene la base de la prótesis sufre modificaciones sobre todo por acción de la presión masticatoria; estas modificaciones alteran la estabilidad de la prótesis cuando ésta ha sido construída sobre una impresión anatómica.

REQUISITOS QUE TIENE UNA IMPRESION FISIOLOGICA.- Cubrir toda la superficie aprovechable protésicamente hablando de la mandíbula o maxilar.

Tener un buen recorte para que al efectuarse los movimientos normales del carrillo, labios o lengua, no sea desplazado por ellos, poseer adaptación periférica suficiente para evitar la entrada de aire entre la mucosa y la impresión durante los movimientos normales. Comprimir lo necesario los tejidos blandos depresibles de modo que al funcionar posteriormente la prótesis, no ceda ya, sino muy poco, lo que facilitará la adaptación de la misma.

No comprimir las zonas por donde pasan vasos y nervios. Reproducir fielmente todos los detalles del proceso de modo que no provoque presión sobre las irregularidades y que faciliten la adhesión.

## CAPITULO VII

### CONSTRUCCION DEL APARATO DENTO-FISIOLÓGICO

Obtenida la impresión fisiológica, la bordeamos con cera negra, la pegamos bien y con una mezcla de yeso piedra de fraguado rápido, vamos dejando caer poco a poco en el porta-impresión y le vibramos para evitar las burbujas dejamos que fraguó y cuando consideremos que el yeso piedra está endurecido retiramos la cera negra para después separar la impresión del porta-impresión.

Una placa-base rosada de goma se adapta sobre el paladar en el modelo cuadrado de que no toque la parte lingual de los dientes. Es necesario una placa base de color claro para que se imprima claramente - en ella la marca del post-dam trazando en la boca. Se recorta la placa base para evitar la acción del plano inclinado que desalojaría la placa base hacia el lado lingual bajo la presión de la mordida. En vez de recortar ese excedente de la placa base es preferible doblarla sobre sí mismo, con lo cual, se da mayor resistencia a la placa. Con lápiz tinta marcamos las escotaduras pterigo-maxilares para determinar la línea posterior detrás de las tubercidades. La placa base se coloca en la boca para trasladar a ella la marca del lápiz.

Se coloca nuevamente la placa base después de haber cortado dichas -- placas con una lima para caucho y sobre el modelo y con un instrumento agudo se hace una raya en el modelo en el límite de la placa, quedando la línea anterior del área del post-dam, se determina por la -- palpación en la boca para que la presión del post-dam se haga en tejido blando.

Si todo el paladar es blando como a veces ocurre, se limita el post-dam porque la sobre extensión del cierre le haría perder valor, cuando el área cubierta es muy grande y hay colocación y presión de tejido en toda ella, se produce una presión inversa que actúe desalojando la dentadura.

## CONSTRUCCION DE LOS RODILLOS

Los rodillos, se pueden hacer con la ayuda de un conformador de rodillos, que es un instrumento diseñado especialmente para este propósito.

Coloque un rodillo de cera rosa reblandecida en el conformador - abierto y envaselinado, mientras todavía esta blanda, cierre --- fuertemente las dos mitades para comprimir la cera rosa en su lugar. Observe que la superficie numerada en el conformador se encuentra en el mismo lado y asegurese que el rodillo toma la forma correcta, se corta el sobrante de la cera al ras con el conformador y con un cuchillo. Una vez endurecida separe las dos mitades del conformador y retire el rodillo hecho en cera. La superficie más ancha del rodillo que es la que corresponde a las partes posteriores de la placa-base, se colocan los rodillos en la placa-base con la ayuda de una espátula caliente y se le da la forma y el contorno que siguen las periferias de la placa-base.

### DIMENSION Y ORIENTACION DEL RODILLO SUPERIOR

Para lograr ésto, tenemos que relacionarlo con las referencias -- anatómicas constantes que son vistas en el paciente por el frente el rodillo debe quedar visible 1.5 a 2 mm. por debajo del borde - libre del labio superior estando éste relajado y en boca semiabierta, además paralelo a la línea bipupilar, es decir, una línea imaginaria que pasa horizontalmente por las pupilas de los ojos; -- visto de lado, debe quedar paralelo al plano de camper o prostodontico, éste plano esta dado por una línea que va de la parte superior del tragus de la oreja al implante inferoexterno del ala de la nariz, por esta razón, a este plano se le llama también auriculo-nasal. Para observar esta dirección del rodillo superior correctamente y limitarlo hasta la posición que deseamos, es conveniente - trazar en la cara del paciente ésta raya con lápiz dermatográfico y -

utilizar la platina de fox para observarlo objetivamente.

El plano de forx, es una lámina recortada en forma que nos deja una regla anterior y dos laterales; el borde posterior de la regla anterior se desprende un soporte en forma de herradura que servirá para apoyarla sobre el rodillo de cera, de tal forma que al colocarlo podemos observar el paralelismo real existente entre el plano de camper que previamente trazamos en la cara del paciente y la platina de fox, así como, el paralelismo con la línea bipupilar, esto lo vamos a lograr desgastando los rodillos donde sea necesario y verificar constantemente en la boca del paciente su orientación utilizando la platina de fox, cuantas veces sea necesario, hasta tener la seguridad de haber obtenido el plano de relación superior con una dimensión y orientación correcta.

#### DIMENSION Y ORIENTACION DEL RODILLO INFERIOR.

Como referencia anatómica para la dimensión de rodillo inferior, nos las da el borde del bermellón del labio inferior, es decir, el momento en que se hace curvo hacia adentro; la orientación está dada cuando toque en toda su superficie con el borde del rodillo superior, desgastado al límite anteriormente descrito; para obtener éste es necesario que el paciente siempre con la relación antero-posterior correcta y desgastamos el rodillo de cera en los sitios convenientes hasta lograr la dimensión y el contacto perfecto con el borde del rodillo superior, una vez logrado, lo verificamos con la dimensión de descanso que se tomó anteriormente; esta posición de contacto de rodillos deberá estar disminuída en 2 6 3 mm. correspondiente al espacio interoclusal o diferencia entre la posición de descanso y de oclusión.

#### RELACION CENTRICA

Esta dimensión se obtiene mediante el trazo del arco gótico de Gysi

para lograrlo existen tres medios:

- 1) Intraoral
- 2) Extraoral
- 3) Combinado

Los dos primeros son a base de unos platinos inferiores colocados al ras del rodillo inferior y una punta marcadora colocada también al ras del rodillo superior. Siendo lo ideal la combinación de los dos, es decir, utilizar placas y puntas intraorales y extraorales al mismo tiempo.

Esas puntas o trazadores no deben de tener una inclinación arbitraria, sino que el arco gótico debe colocarse vertical a una línea -- que va desde la región del condilo a la punta del trazador.

El método extraoral, nos permite ver gráficamente la inscripción -- del trazo en todas sus faces; el intraoral nos proporciona un punto central de apoyo que nos permite una mejor estabilización de la placa-base y por lo consiguiente una distribución uniforme de las fuerzas de oclusión, lograndose a la vez una relación balanceada con menos presión y mayor facilidad en los diversos movimientos que debe realizar el paciente.

Una vez que hemos obtenido correctamente la dimensión vertical, retiramos de la boca del paciente las placas bases con sus rodillos de oclusión; colocamos en el superior las 2 puntas marcadoras intraoral y extraoral y en el rodillo inferior las 2 placas registradoras tanto intraoral como extraoral a éstas les aplicamos una delgada capa de tinta negra o cera azul y lo llevamos nuevamente a la boca del paciente y cerciorándonos de que la relación antero-posterior es correcta, le indicamos al paciente que realice los siguientes movimientos sin que éstos sean demasiado amplios:

- a) Deslizamiento en protusión y regreso o posición céntrica
- b) Deslizamiento lateral derecho y regreso o posición céntrica

c) Deslizamiento lateral izquierdo y regreso o posición céntrica.

La intersección de éstas tres líneas nos dan un trazo en forma de punta de flecha y el punto de cruce de ellas será la relación céntrica correcta.

### TIPOS DE ARTICULADORES

El articulador es un aparato destinado a la fijación de los modelos a registrar las relaciones maxilomandibulares y a reproducir los movimientos mandibulares de interés protético.

El objeto de todos los articuladores consiste en servir como -- auxiliar en las fases de laboratorio del trabajo protético, sustituyendo partes anatómicas por partes mecánicas equivalentes e imitando los movimientos fisiológicos.

Es bien sabido que un articulador, por más perfeccionado que sea nada puede hacer sin la actividad consciente del profesional. Es conveniente recordar que en las confecciones de prótesis totales por ejemplo: De los cinco factores considerador por HANAU para obtener una articulación balanceada con excepción de la cavidad-glenoidea, los demás dejan de existir con las extracciones de -- los clientes. Por tal razón, para alcanzar éxito en las restauraciones protéticas es imprescindible la utilización de un articulador que ofrezca la posibilidad de ser programado conforme a las características individuales de las articulaciones temporomandibulares, a fin de incorporarlas se citan a continuación: Plano de orientación prominencia de la curva de compensación, cúspides y gúfa incisal.

Hasta la fecha se han ideado y fabricado una gran cantidad de articuladores, los cuales pueden ser catalogados en cuatro grupos:

- 1.-Articuladores de Línea Recta (bisagra).-Este solamente puede revelar la oclusión central de la mandíbula y el maxilar superior y no puede reproducir los movimientos y las trayectorias de la mandíbula.

- 2.- Articulador de Valor Relativo.-Además de revelar la oclusión central incluye la reproducción relativa de los movimientos mandibulares.
  
- 3.- Articulador Ajustable.-Reproduce desde luego la oclusión central y los movimientos y la trayectoria mandibular individualmente (en la realidad no existe ningun articulador que sea capaz de reproducir fielmente todos los movimientos mandibulares), este tipo de articulador reproduce -- los movimientos mandibulares transportando a estos los -- movimientos del cóndilo y el deslizamiento de los anteriores en el plano incisal, por lo tanto, necesita transportar las relaciones de posición entre el cóndilo y el plano de oclusión mediante el uso del arco facial para montar modelo superior.
  
- 4.- Articulador de Libre Movimiento.-Sin tener el movimiento del articulador en sí, se fija la oclusión central en el libre movimiento del modelo superior e inferior, no se -- puede usar este tipo de articulador en el caso de que no existan piezas antogonistas, ya que el movimiento se realiza por lo general de acuerdo con la oclusión de los -- dientes antagonistas.

#### MONTAJE DE MODELOS EN ARTICULADOR

Mojar los modelos y hacer las retenciones a éstos, una vertical en el centro del modelo y otro horizontal cruzando la anterior para obtener una mejor unión con el yeso.

Montaje de modelos superiores en el articulador: Hay que fijar bien el vástago y otra parte del articulador, el extremo superior del vástago que quede a nivel del brazo superior a la capa superior y al pasador de sujección le aplicamos vaselina y se coloca el plano de oclusión, después para obtener mejor unión del modelo de yeso, se moja la parte superior del modelo y dejamos que absorba suficiente agua.

Colocamos el modelo superior haciendo coincidir el borde del rodillo con la línea horizontal y la línea media con la vertical - del plano y prolongándolo posteriormente con la línea trazada en el modelo, después de confirmar la posición correcta del modelo superior, corremos el yeso sobre el modelo hasta que cubra la capa superior, teniendo cuidado de no mover el modelo antes de que frague por completo el yeso eliminamos los excedentes y lo alisamos con un poco de agua de la llave o bien a esperar su fraguado total y alisarlo con el filo del cuchillo.

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

#### MONTAJE DEL MODELO INFERIOR

En el centro del proceso inferior, marcamos un punto a la altura del 1er. molar y otro en el canino, unimos estos puntos con lápiz o tinta utilizando una regla flexible y prolongándolos a los extremos -- del modelo colocamos el rodillo inferior y transportamos a la superficie de la cera esta línea que nos indicará el centro de los dientes inferiores, con el objeto de favorecer la estabilidad de la prótesis durante la masticación.

#### SELECCION DE DIENTES

En la selección de dientes encontramos una definición exacta de lo que significa la estética, es sumamente difícil, ya que cada persona tiene su particular punto de vista de lo que es bello, agradable o armonioso. Por tal dificultad, nos referimos a diversas formas y criterios que nos acercan a lograr la satisfacción del paciente en este terreno.

Existen reglas establecidas para la selección de dientes anteriores reglas como las que nos garantizan la función de los dientes posteriores siguiendo fielmente la técnica indicada.

Estas reglas se basan en:

- a) Tamaño
- b) Forma
- c) Color

Tamaño de los dientes anteriores.-Estos se pueden lograr en dos formas: Una se refiere al uso de instrumentos diseñados para lograr saber el tamaño de los incisivos centrales superiores. Es una caratula que consta de una plantilla con perforaciones que corresponden a los ojos, nariz y boca del paciente, así como, de dos vás tagos: Uno colocado en el mentón del paciente que nos dará la medi da en milímetros de la altura y otros sobre la parte lateral en la región del arco cigomático que nos dará el ancho de los incisivos-centrales superiores con esta medida y con ayuda del catálogo de la caratula se seleccionan los dientes, tomando también como base la forma de cara del paciente, que puede ser triangular, ovoide o cua-drada y en algunos casos mezcla de estas: ejemplo Triangular ovoidea ya que se observa que la forma de ICS es igual a la forma de la cara sólo que puesto al réves.

La otra forma es medir con una regla flexible sobre el rodillo de una iminencia canina a la otra, o sea, usando como punto de referencia - el ala de la nariz por su parte externa, trazando una línea vertical hasta incidir el rodillo de este modo encontraremos la medida de los dientes anteriores tomando como base la línea media de un canino, has ta la misma línea del otro.

Forma.- La forma de los incisivos debe de tener armonía con la forma de la cara, como anteriormente mencionamos; ejemplo: En una cara de-forma cuadrada utilizaremos dientes de ángulos rectos, o sea, cuad-rados. Sin embargo, como veremos más adelante, la forma del diente armo niza con la forma de la cara quedando sujeta a buscar una armonía cos mética, aún cuando no se siga fielmente la regla establecida.

Color. El color esta íntimamente relacionado con el color del cabe-

llo, tez y ojos del paciente, se debe tener armonía que no tenga efectos de contraste; por ejem. en una persona de tez, cabello y ojos oscuros, no será conveniente usar dientes de color muy claro ya que éste los haría resaltar haciéndolos muy notables y se puede correr el riesgo de que se noten que son artificiales.

Lo ideal es conjugar ambos conceptos, o sea, hacer uso de las normas para después modificarlas con toque de naturalidad, y es en este renglón donde debido a la variedad que existe podemos individualizar a cada paciente, proporcionándole rasgos muy particulares a su dentadura.

Para obtener un resultado cosmético se tendrán presentes aspectos característicos de los dientes naturales, si se cae en el error de colocar los dientes en perfecta alineación con las áreas de contacto a un mismo nivel, la papila interdientaria también a un mismo nivel y los cuellos de los dientes de igual forma, será como poner en evidencia que el paciente es portador de una dentadura artificial. El resultado debe ser lo contrario, que dicha prótesis no sea notable, que ofrezca confianza al paciente para poder sonreír sin complejos, sin tener duda de si las demás personas tienen la vista fija en su boca.

## COLOCACION Y ARTICULACION DE LOS DIENTES

La característica más destacada en la clínica protodóncica es la colocación de los dientes artificiales en la boca del paciente.

Las piezas anteriores se alinearán de acuerdo a la estética y teniendo en cuenta su función de cortar y desgarrar los alimentos -- así como; su influencia en la fonación y las piezas posteriores se alinearán considerando su función trituradora.

Las piezas anteriores superiores se fijarán primero empezando por los incisivos centrales, tomando en cuenta la estética, la posición y forma del arco alveolar.

Los centrales deben alinearse considerándolos como una sola pieza y simétricamente a la línea media. Colocamos la pieza, quedando el -- borde incisal al ras con la superficie recortada del plano de relación del rodillo inferior; visto de frente, el eje longitudinal del diente presenta una angulación de  $88^\circ$  a  $87^\circ$  con la línea media.

El lateral que queda  $3/4$  de mm. arriba del plano de relación visto de frente su eje longitudinal se inclina más hacia distal de  $87^\circ$  a  $85^\circ$ .

La alineación del canino debe hacerse con especial cuidado, ya que influye en la colocación de las piezas posteriores, su cúspide debe tocar el plano de relación; visto de frente su eje longitudinal tiene una inclinación media entre el central y el lateral, aproximadamente  $86^\circ$  o  $82^\circ$ .

En la zona del canino se forma una marcada curvatura que casi impide la visibilidad de su cara distal vista de frente.

Para articular los premolares se debe trazar las trayectorias transversales, para ello es necesario colocar dos clavitos en el rodillo inferior a la altura de los premolares de ambos lados y que sobresalga 1 mm cerramos el articulador y movemos lateralmente la parte superior del articulador a posición de trabajo, al ejecutar este movimiento

to los clavos harán dos marcas de ambos lados sobre la superficie oclusal del rodillo superior.

En la superficie oclusal del rodillo superior, se harán cuatro trazos paralelos a este trazo, en el lugar aproximado donde van a quedar los tuberculos, los molares y el primero y segundo molar.

El trazo que queda hacia afuera y al frente, lo prolongamos sobre el paladar de la placa base y se marcará con cera azul; esta referencia nos presenta las trayectorias laterales de trabajo y los que quedan hacia adentro son las trayectorias de balance.

Primer premolar superior, se coloca en el surco central de desarrollo que quede arriba y sobre el borde externo del rodillo inferior; trazamos una línea sobre la superficie oclusal del premolar, desde el vértice del tuberculo palatino de forma que queden paralelos a las trayectorias transversales marcadas sobre las superficies oclusal del rodillo superior y que prolongamos a la placa base, y el borde de la cúspide distal que es la vertiente de protución trazada.

El segundo premolar se coloca exactamente en la misma forma, siguiendo el ángulo distal del primer premolar coincidiendo en altura también en el plano oclusal.

Primer molar superior, a la altura de la raíz descendente de la apófisis piramidal del hueso molar, que se toma como apoyo para la oclusión. Los segundos molares se colocan de la misma manera - el primer molar con su ángulo mesial a la altura del ángulo distal de ésta. en esta forma los segundos molares quedan un poco -- más arriba del plano de relación del rodillo inferior, desarrollando la curva de compensación para cada caso individual.

#### ARTICULACION DE LAS PIEZAS INFERIORES

Estas piezas deben colocarse en armonía con las piezas anteriores superiores con el cuello directamente sobre el reborde alveolar y con ciertas inclinaciones en sus ejes longitudinales.

Hacemos que los incisivos centrales inferiores toquen el plano de oclusión visto de frente, el eje longitudinal es perpendicular al plano de oclusión; vista de lado, el cuello queda hacia dentro o sea, hacia lingual.

Visto de arriba, la cara mesial en contacto con la línea media y la cara distal, siguiendo la curvatura señalada.

El borde incisal del lateral también toca el plano de oclusión; visto de frente con una marcada inclinación siguiendo la curvatura señalada. En la posición de trabajo, deberán hacer contacto con los bordes incisales de los dientes superiores.

Procederemos a colocar el 1er. molar inferior de tal manera, que el tubérculo disto-bucal este centrado entre los tubérculos bucales del

primer molar superior, después colocamos el primer molar del lado opuesto.

Continuamos con la colocación del segundo y primer premolar inferior en relación funcional con el segundo y primer premolar superior visto sagitalmente, su tuberculo bucal se proyecta en el vértice de los ángulos mesio-distal de los premolares y canino superior. Terminamos la articulación de las piezas posteriores inferiores.

### ENCERADO

La forma de la superficie de cera alrededor de los dientes, debe por razones de estética imitar la forma de los tejidos que rodean los dientes naturales. Cualquier festoneado artificial o de fantasía está completamente fuera de lugar.

Debe darse a cada diente una pequeña prolongación radicular. La parte superior de la superficie debe ser formada de tal manera que no se pierda nada de la anchura marginal de la impresión. Debe pro

verse de un pequeño exceso para compensar la pérdida del material base en terminación. La forma entre el borde gingival y el borde de la dentadura, debe favorecer la retención dirigiendo las fuerzas de los músculos y de los tejidos.

En general, conviene plenitud a las partes bucal y labial de ambas placas, pero no la superficie palatina de la placa superior, donde es preciso dar mayor amplitud para los movimientos de la lengua.

El habla del paciente estará dificultada a menos que se dé un espesor mínimo y uniforme en toda la extensión. La parte ligal de la placa inferior debe tener el menor volúmen posible, excepto el borde periférico, que debe ser bastante grueso. La cera se recorta hasta el borde externo de la periferia del modelo y entonces la punta más pequeña de la espátula número siete se coloca en ángulo de 45 grados, con la superficie del diente, mientras se corta la línea gingival. Es mejor dejar ahora un exceso de cera a lo largo de la línea gingival y recortarlo cuando se haga el examen general del encerado completo.

Se hacen marcas triangulares pa indicar la longitud y posición de las indicaciones de las raíces, recordando que el canino superior es el más largo, el incisivo lateral es el más corto y el central de una longitud intermedia. En la placa inferior, el canino es el más largo, el incisivo central el más corto y el lateral de longitud intermedia. Se raspa la cera de los espacios entre las marcas triangulares, con lo cual, la forma de las raíces empezará a mostrarse. Las formas rugosas de éstas raíces se redondean con la espátula y se alisan con un algodón mojado en alcohol. La superficie lingual se hace cóncava tanto como sea posible, sin llevar la concavidad abajo del borde lingual de los dientes. Una proyección del diente más allá de la superficie pulida de la dentadura, obra como retención, en la cual hace fuerza la lengua del paciente, causando el aflojamiento de la placa.

#### ENFRASCADO.

Después de encerado el modelo se prepara para el tratamiento en el

frasco.

El frasco HANAU tiene la ventaja de que se efectúa el desenfascado sin peligro de que se rompa la dentadura. Se prueba el caso para determinar su altura en relación a la altura de la primera mitad del frasco. La segunda mitad se coloca en posición para ver si los dientes están demasiado altos en relación a la tapa. Si están demasiado altos, el modelo tendrá que ser reducido en espesor. El borde artificial del modelo debe estar a la misma altura que el borde de la primera mitad del frasco, para evitar roturas del modelo, en la separación de las dos mitades del frasco.

Se coloca una mezcla de yeso en la primera mitad del frasco o base y el modelo previamente mojado se asienta sobre el yeso, de manera que el borde artificial este casi al nivel del borde superior del frasco. Durante el endurecimiento del yeso, éste se recorta a una línea entre el borde del modelo y el borde del frasco.

Ya fraguado el yeso, ponemos un separador, ya sea aceite, gomala<sup>ca</sup>, vaselina o agua jabonosa. La segunda mitad del frasco o anillo se coloca en posición sobre la primera mitad o base y se vierte el yeso poco a poco vibrando, cuando se ha llenado el frasco se tapa y se limpia perfectamente bien para quitar todo residuo.

### DESENCERADO

Una vez que el yeso halla fraguado, se coloca el frasco en agua hirviendo, por espacio de 1 a 3 minutos.

Posteriormente, abrimos el frasco en el lado opuesto al del punto más retentivo del modelo. Abierto el frasco, se lava la cera con un chorro de agua hirviendo, si quedara algo de cera se elimina frotando el modelo con un pedazo de algodón mojado en cloroformo.

Cuando separamos las 2 porciones del frasco, podemos ver que en la parte que corresponde al anillo, se encuentran las caras oclusales

de los dientes insertados en el yeso, quedando libre su porción cervical que es la que quedará oprimiendo por el acrílico

### EMPACADO

En este paso debemos preparar el modelo y contra-modelo, esto se hace barnizándolo y con separadores para evitar que el acrílico se manche.

Procedemos a preparar el acrílico de la siguiente manera: Tomamos un frasco, el cual debe estar perfectamente limpio, colocamos la cantidad adecuada de polvo (POLIMERO), se le agrega líquido (MONOMERO), en una porción de 3-1.

Cuando el acrílico está en su punto, se amasa con la yema de los dedos (los cuales deben estar perfectamente limpios, para evitar manchar el acrílico): Se va empacando poco a poco, haciendo un tanto de presión, para que ocupe el espacio que dejó la cera, colocamos un pedazo de papel celofán humedecido con el fin de abrir el frasco, después de haber hecho el prensado de prueba y recortar el excedente, cerramos la mufla y una vez hecho el recorte sobrante y retirado el papel sobrante, lo colocamos en una prensa de compensación y lo ponemos en un depósito de agua a la temperatura ambiente, vamos elevando la temperatura hasta llegar al punto de ebullición, a partir de este momento contamos 45 minutos, después de este tiempo se retira del agua y lo dejamos enfriar.

### PULIDO Y TERMINADO

Una vez que la mufla está completamente fría, se procede a abrirla para sacar el aparato. El aparato se extrae del yeso por medio de una cegueta.

Las asperezas se quitan con piedras montadas, discos de lija y posteriormente usamos piedra pómez, disco de fieltro y con blanco de

aparejo de tipo a la llave.

Debemos hacer menar que la parte interna del aparato nunca se debe tocar, a menos que presente bordes o asperezas, las cuales con ayuda de la llave se quitarán con una lima.

#### INSTRUCCIONES POST-OPERATORIAS AL PACIENTE.

- a) Volver al consultorio a las 24 hrs.
- b) No intentar quitarse la dentadura antes de este tiempo.
- c) Comer alimentos blandos.
- d) Recomendar al paciente un aseo meticuloso, tanto de la cavidad bucal como de las dentaduras.
- e) Aplicar masaje sobre las encías con un cepillo blando enjuagarse con una solución ligeramente astringente.

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

- 1a. Gran parte del éxito en el empleo de las dentaduras artificiales dependen de las instrucciones y sugerencias debidas que se le hayan dado a tiempo al paciente.
- 2a. Se hace notar que para realizar estos trabajos de dentaduras completas, hay que ser minuciosos en todos los detalles, aún en aquéllos que parecen menos importantes.
- 3a. Siguiendo detenida y pacientemente todos los pasos, nos encontramos satisfechos del trabajo en gran parte y se tratará de resolver el problema.
- 4a. La prostodoncia como todas las ramas de la Odontología trata de llegar a una solución práctica al problema del desdentado y devolver su función parcial; así como, también la estética.

## BIBLIOGRAFIA

- Prostodoncia Dental Completa.- Primera Edición  
Mayo 1977 - Autor DR. JOHN J. SHARRY  
Barcelona - 1977
  
- Prostodoncia Total.- Segunda Edición 1975  
Autor DR. JOSE Y. OZAWA DEGUCHI  
México - 1975
  
- Oclusión.-  
DR. RANFJORD SIGURD  
Nueva Editorial Interamericana
  
- Prostodoncia Total.-  
DR. PEDRO SAIZAR  
Buenos Aires - 1972
  
- Prostodoncia Dental.- Dentaduras completas  
DR. RAYMOND J. NAGLE  
Barcelona - 1965
  
- Revista Tecnológica Dental.-  
Sep. Oct. 1979
  
- Revista Técnica Científica y Cultural - 1979