



COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO

No. Afiliado

g. No. M. 016. 1986

Compra Canje Donación

Editorial

Solicitado por

Fecha

Precio

M /
016
1986

PROTESIS INMEDIATA

MIREYA OGANDO

Trabajo de Grado presentado como
requisito para optar al título de
Odontóloga

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Bogotá, D.E.

Mayo de 1986

6-6-01-100

TABLA DE CONTENIDO

| | <u>Pág.</u> |
|--|-------------|
| INTRODUCCION | |
| HISTORIA | |
| I. PROTESIS TOTAL INMEDIATA..... | 1 |
| 1.1 GENERALIDADES..... | 1 |
| 1.2 CLASES DE PROTESIS INMEDIATA | 5 |
| 1.3 VENTAJAS Y DESVENTAJAS..... | 6 |
| 1.3.1 Ventajas..... | 6 |
| 1.3.2 Desventajas..... | 9 |
| 1.4 INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES..... | 10 |
| 1.5 REQUISITOS..... | 12 |
| II. DIAGNOSTICO..... | 15 |
| 2.1 PLAN DE TRATAMIENTO..... | 16 |
| III. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR UNA PROTESIS INMEDIATA..... | 18 |
| 3.1 REGISTROS..... | 19 |
| 3.2 IMPRESIONES Y MODELOS..... | 20 |
| 3.3 MODELOS..... | 22 |
| 3.4 | 22 |

| | <u>Pág.</u> |
|--|-------------|
| 3.5 SELECCION DE DIENTES..... | 24 |
| IV. PROCEDIMIENTO QUIRURGICO..... | 25 |
| 4.1 CIRUGIA DEL MODELO..... | 26 |
| 4.2 CAMBIO DE DIENTES..... | 29 |
| 4.3 TERMINACION EN EL TALLER..... | 30 |
| 4.4 TRASBASE..... | 31 |
| V. COLOCACION DE LA PROTESIS INMEDIATA | 33 |
| 5.1 FALLAS QUE SE PUEDEN PRESEN- TAR..... | 35 |
| 5.2 INSTRUCCIONES POSTOPERATORIAS | 36 |
| 5.3 CORRECCION DE LA OCLUSION..... | 37 |
| 5.4 SERVICIO DE TRANSICION..... | 37 |
| 5.4.1 Duración de la Prótesis Inmedia <u>ta</u> ta..... | 37 |

F I L M I N A S

1. Visión radiográfica del candidato para prótesis total.
2. A. Prótesis Inmediata sin flanco vestibular.

B. Prótesis Inmediata con aleta vestibular confeccionada con resina acrílica de autopolimerización.
3. Malposiciones dentarias que pueden o no ser duplicadas en la prótesis inmediata.
4. Cubetas perforadas a las que se les ha agregado compuesto de modelar para que se adapten mejor a la anatomía del maxilar del paciente.
5. Modelo de estudio en el cual se ha hecho el diseño para sobre él realizar la cubeta individual.
6.
C. Cubeta individual con sellado perisférico.
D. Cubeta individual con perforaciones para permitir el escape de la pasta zinquenólica y aire.
E. Cubeta cargada con pasta zinquenólica para toma de impresión.
F. Toma de impresión con alginato se ha colocado sobre la cubeta individual en boca.
7. Impresión definitiva donde se acentúa el sellado perisférico pa-

latino.

- 7A. Modelo definitivo superior.
8. Plato base con rodetes estabilizados en boca.
9. Orientación del rodete superior por medio del plano de Fox.
10. Relación bicóndilo maxilar para montar posteriormente el modelo superior en el articulador.
11.
 - A. Vista oclusal del modelo de trabajo al cual le han sido retirados el central, lateral y canino izquierdo, y el modelo ha sido contorneado la línea de guía palatina.
 - B. Vista anterior el central lateral y canino izquierdo fueron retirados y el modelo ha sido contorneado según la línea de guía vestibular.
 - C. Colocación de dientes anteriores izquierdos.
12. Exodoncias efectuadas ya sea controlado el sangrado.
13.
 - A. Lado tisular de la prótesis superior.
 - B. La dentadura ha sido insertada por el odontólogo y la pasta reveladora no muestra zonas alteradas.
 - C. El paciente inserta la dentadura y la lengua la acentúa cuando

se le hizo beber agua. Se observan varias zonas de presión.
Estas áreas deberán ser aliviadas.

OBJETIVOS

1. Presentar de una manera didáctica la razón de ser de la Prótesis Inmediata.
2. Que sirva como fuente investigativa a estudiantes de odontología y a la vez que sea un medio de inquietud para futuro estudios a realizar.

INTRODUCCION

La Odontología es ciencia y arte se refiere al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las enfermedades de los dientes y tejidos bucales y de cualquier parte del organismo que se sepa a ciencia cierta tenga su origen en ellos; así como también de las afecciones neuríticas de la cabeza y del cuello que puedan tener su origen en el quinto par craneano o bien relacionarse con esos nervios. Así mismo trata de la reparación, corrección o restauración, por procedimientos quirúrgicos o protéticos de la pérdida parcial o completa de la dentadura por accidentes o causas patológicas.

La Prótesis Dental es una de las muchas ramas de la ciencia odontológica que trata de los diversos métodos y técnicas utilizadas para colocar sustitutos adecuados que sean capaces de reemplazar total o parcialmente a los órganos que faltan en la boca y las finalidades que persigue son: primera finalidad y la más importante "Funcional"; segunda finalidad y casi tan importante como la primera, "Estética"; tercera finalidad, "Fonética"; y cuarta finalidad, "Ausencia de molestias" o sea "Confort".

La Prótesis Dental abarca el estudio de la Prótesis Total o Dentaduras completas y de la Prótesis Parcial o estudio de los puentes y coronas.

La Prótesis Total puede ser: "Mediata" e "Inmediata", según el sis-

tema de restauración que realizemos, ya que en la Inmediata y en Mediata damos un tiempo de espera para cicatrización de los tejidos y la Prótesis Parcial puede ser también Mediata o Inmediata y comprende: "Prótesis fija" o "Puentes Fijos", "Prótesis fija móvil" o "Puentes de fuerza quebrada" y "Prótesis removible" que son aparatos que pueden ser retirados fácilmente de la boca tanto por el operador como por el paciente.

HISTORIA

La historia de la prótesis total no se remonta desde muy lejos, ya que se inició más o menos en el Siglo XVIII, cuando comienza a surgir la odontología moderna. Pues si es cierto que se tiene conocimiento de restauraciones protésicas en épocas más antiguas, también es verdad que las piezas de prótesis que se usaban eran toscas, rudimentarias, de origen etrusco retenidas en los maxilares mediante bandas de oro, o ligaduras con hilo de oro o plata que sin parecerse en gran parte a las prótesis actuales se aproximaba más a la forma de puentes que prótesis de placas, ya que se usaban más en los dientes anteriores puesto que para efectuar restauraciones de muchas piezas o restaurar molares la situación era distinta, por que en restauraciones de varios dientes anteriores era muy difícil adaptárselos a la forma bucal y mucho más lo era ligarlos sólidamente y tratándose de molares era prácticamente imposible, ya que al morde con ellos dolían las encías y su duración en boca era mínima.

Así se llegó al año de 1728 en que el célebre odontólogo francés Pedro Fauchard en su obra "Le Chirurgien Dentiste", concreta los conocimientos de su época sobre la especialidad, dejando demostrado para la posteridad que un odontólogo necesita conocimientos tan extensos y complejos, que la odontología tiene derecho a vida propia o a ser una carrera aparte como la medicina, ingeniería, la carrera de leyes, etc., que debe de considerársele como una más entre las ciencias y las artes y quienes la ejerzan debidamente amparado

en su título profesional tiene tanto mérito y debe de ser digno de respeto social como cualquier otro profesional. Por esto se honra a Fauchard con el título de: "Padre de la Odontología".

Fauchard confeccionó desde dientes a pivot (que el inventó) hasta puentes y prótesis superior completa y desde entonces la moderna prótesis a placa no ha cesado de ir progresando lenta pero seguramente hasta nuestros días.

Pedro Soizar dividió la historia de la prótesis completa en cuatro períodos evolutivos que son:

- 1). Prehistoria: que abarca la época que se hizo de prótesis hasta la época de Pedro Fauchard.
- 2). Edad de Marfil: que se extiende desde mediados del siglo XVIII o época De Fauchard en que el material más usado era el marfil, cincelado de colmillos de hipopótamos principalmente, hasta mediados del siglo XIX época en que se constituyó la profesión odontológica que duro positivamente hasta la actualidad.
- 3). Edad del práctico: era la organización, iniciado con la creación de la primera escuela dental (Maryland 1839), bajo la inspiración de Hayden y Harris), la primera Sociedad Dental y la primera revista dental (American Journal of Dental Science 1840). Comprende esta era la segunda mitad del siglo XIX en que el Odontólogo es ante todo eminentemente práctico.

- 4). Edad Universitaria: coincide con el siglo XX, época en que la odontología adquiere su total jerarquía universitaria. El odontólogo pierde un poco la habilidad del antiguo práctico pero gana una jerarquía individual intelectual en responsabilidad médica y científica. Pero, aunque quizás haya decaído en grado mínimo el promedio de habilidad manual que caracterizó a los prácticos de la edad anterior, la calidad de los servicios dentales sigue su progreso espectacular y no se debe dejar los servicios protéticos de ninguna población a cargo de mecánicos dentales sin la preparación biológica y médica que son imprescindibles.



I - PROTESIS TOTAL INMEDIATA

1.1 GENERALIDADES

Prótesis total inmediata es un tipo de dentadura completa actualmente muy difundida, que puede usarse tanto en casos superiores como inferiores y que conociéndosele con otros sinónimos tales como: "Prótesis Completa Inmediata", "Prótesis o placa Inmediata", "Dentadura total Inmediata", o "chapa inmediata" como normalmente le llama la gente que desconoce la terminología odontológica, consiste sobre todo en la colocación del aparato protético inmediatamente después de efectuada la extracción de las piezas dentarias existentes.

La cantidad de tiempo que se debe de dejar pasar o transcurrir desde la extracción de las piezas dentéricas hasta la colocación del aparato protético en la boca del paciente varía según los autores de las diversas teorías existentes acerca de este tipo de prótesis.

Numerosos autores consideran únicamente Prótesis Inmediata aquella que se realiza antes de efectuar la extracción y se coloca inmediatamente después de realizar estas. Alguien ha dado en llamar a esto "prótesis previa".

Pero también a la par de estos autores existen otros como Pedro Soizar que consideran estos términos demasiado drás_

ticos, excesivamente restringido ese criterio ya que ellos entienden que cualquier prótesis que sea colocada algunos minutos, algunas horas, o unos pocos días después de efectuada la obulsión de los dientes debe de ser considerada como una prótesis inmediata ya que participan de sus caracteres esenciales y alegan en su favor: 1) que en tan corto tiempo el paciente no se ha acostumbrado a estar sin sus dientes. 2) que la prótesis todavía va a ser colocada sobre la brecha quirúrgica ya que ella se halla cubierta por coágulos o colgajos que aún no se han consolidado y 3) que durante el primer período a la par de la instalación de la prótesis se atiende también un postoperatorio inmediato que evolucionará en contacto con ella.

Y Soizar sigue diciendo que para su criterio es más razonable que se considere como Prótesis Inmediata o todo aparato protético que se va a colocar minutos, horas o días después de las extracciones pero siempre y cuando la brecha quirúrgica no se hubiere cerrado todavía, proceso que se puede considerar terminado una vez que ya se ha producido la epitelización del coágulo.

Ahora bien, cualquier prótesista con criterio práctico y sensato deberá darle mucha importancia al pronóstico de la prótesis inmediata que a las distinciones hechas anteriormente, hacerse del porque inmediata. Sea cual sea la técnica seguida o el momento de su colocación ella va a ser asentada o mejor dicho va a tomar como soporte, tejidos en vía de cicatri-

zación y que seguramente va a sufrir tarde o temprano, al cabo de cierto tiempo, modificaciones importantes; cambios que no se operan en las prótesis mediatas sino muy lentamente y a través de muy largo tiempo por lo que el pronóstico de estas prótesis es mucho más favorable.

Se debe tener en cuenta algo muy importante, la Prótesis Inmediata no es una alternativa frente a la odontología conservadora por lo tanto no autoriza la extracción de dientes de conservación satisfactoria, ni garantiza nada entre los fenómenos iotrogénicos que puedan sobrevenir. Es todo lo contrario, es un proceso odontológico que requiere más conocimiento, habilidad y criterio que la prótesis regular, con una respuesta más desconcertante por lo tanto debemos como odontólogos ser conscientes que nos va a provocar en los pacientes unas respuestas desagradables al ver las dificultades que conlleva esto, cuando va a comer, o la poca claridad en fonética.

Todo esto tiene que ser del conocimiento del profesional quien debe de comunicarse al paciente, hacerle saber las ventajas que trae consigo la colocación de una prótesis inmediata, pero también indicarle la vigilancia a que va a estar sometido por parte del operador, ya que habrá que hacerle reajustes próximos a su prótesis, y que si en la mediatas adquiere carácter accidental, en la inmediata es una consecuencia obligada por el cambio más o menos rápido operado en los tejidos de soporte, y es parte normal en el proceso de adapta -

ción de esta prótesis, para que el paciente adquiriera conciencia de la situación y disponga su ánimo a soportarla sin echar sobre el odontólogo una responsabilidad que en justa ley no le pertenece.

Terminaré diciendo que ningún profesional al confeccionar una prótesis deberá hablar de prótesis provisoria y prótesis definitivas porque es sabido que hasta la fecha no existe todavía prótesis definitivas, a priori todas son temporarias y las inmediatas más que las mediatas, por que si es verdad que las inmediatas son las que necesitan más rápidamente los reboses o reajustes que las segundas, también éstas aunque sea después de varios años necesitarán reajustes, porque es cierto también que los tejidos de soporte van sufriendo modificaciones lentas pero seguras de carácter irreversible y al contrario el material de la prótesis no experimentará estos cambios por lo que unas antes que otras pero al fin y al cabo todas las dentaduras se van desajustando y el paciente portador de una prótesis que desea tenerla siempre más o menos bien ajustadas al proceso deberá someterse a nuevos reajustes a su dentadura artificial cuando sienta la necesidad o darse a confeccionar una nueva prótesis.

Por estos reajustes que habrá que hacer o por que tendrá que confeccionar una nueva dentadura se debe calificar a la prótesis inmediata como una prótesis para el período cicatrizal o más exactamente como "prótesis de transición".

1.2 CLASES DE PROTESIS INMEDIATA

Dentro de lo que se viene diciendo, la prótesis completa inmediata puede ser encarada de diversas maneras que, en último análisis, pueden reducirse a cuatro tipos: a) La prótesis parcial aditiva; b) la férula momentánea; c) la prótesis inmediata completa abierta (o sin flanco vestibular); d) la prótesis inmediata completa cerrada (o con encía completa).

a) La prótesis parcial aditiva, que puede ser transformación de la que usa el paciente, es la prótesis parcial en que se van agregando dientes después de las extracciones. Tiene ventajas definidas, que la indican en muchos casos: Evita las extracciones masivas, permitiendo un desdentamiento gradual. Por lo mismo, facilita la extracción previa de los dientes posteriores, sirviendo como transición hacia la prótesis inmediata completa. Puede hacer más económico el servicio o facilitar su financiación, y, a veces, prestar servicios duraderos.

b) La férula transitoria (Meyers, 1962; Loo, 1968) es algo así como una prótesis económica. Los dientes posteriores son reemplazados por férulas deacrílico que se articulan directamente en boca, añadiendoacrílico autopolimerizante; los dientes anteriores se hacen rápidamente por vaciado de los dientes en la impresión conacrílico de color adecuado. Puede ser una solución en ciertos casos, por su rapidez y economía de ejecución.

c) La prótesis sin flanco vestibular (casi siempre sin el anterior) simplifica la construcción. Basta excavar el alvéolo en el modelo e introducir en éste 2 ó 3 mm del diente de reemplazo (de ahí el nombre de intraalveolar). El resultado inmediato suele ser espectacular, al mostrar los dientes emergiendo de la encía. Tiene la ventaja de permitir la atrofia vestibular sin perturbación. Y el inconveniente de requerir la encía artificial al cabo de 15 a 20 días. En una experiencia de Kelly (1960) en que se uso prótesis inmediatas sin flanco de un lado y con flanco del otro, al cabo de 30 días este último aparecía mejor.

d) La prótesis inmediata con encía completa es la más exigente en la técnica de construcción y la preferida por la mayoría, pues reduce el peligro de retención deficiente, que puede presentarse en las prótesis sin encía artificial y es más fácil atender al paciente.

1.3 VENTAJAS Y DESVENTAJAS

Cuando se comparan los beneficios de las dentaduras completas convencionales inmediatas, las ventajas superan las desventajas. Algunos de los primeros son los siguientes:

1.3.1 Ventajas

Indudablemente la ventaja más impactante de la Prótesis Inmediata constituye el medio eficaz de disminuir la tragedia física

y psíquica del paciente desdentado.

Estas ventajas las podemos clasificar en:

Anatómicas, funcionales, psíquicas y quirúrgicas.

1) Anatómicas

Impide la pérdida inmediata de altura, al reemplazar el tope oclusal, en otras palabras mantiene la dimensión vertical preservando o restituyendo la altura morfológica. Por lo tanto lo anterior nos lleva a evitar un cambio brusco en la articulación temporo mandibular.

- Impide el ensanchamiento lingual.
- El colapso labial y hundimiento de las mejillas.

2) Funcionales

- Permite a todo el complejo muscular afectado seguir funcionando en sus posiciones normales.
- Evita la mayor parte de los trastornos y reajustes fonéticos del desdentado.
- Facilita la masticación rápidamente, evitando o disminuyendo los trastornos dietéticos y digestivos.

- Ayuda a mantener normalmente las actividades de la vida de relación.

3) Estéticas

Impide el colapso facial consecuencia de las pérdidas y transformaciones anatómicas.

Los pacientes no son tan reacios a la extracción de dientes enfermos, cuando se les asegura que se les repondrán inmediatamente.

Con frecuencia permite introducir mejoras a veces considerables.

Todo lo anterior trae como consecuencias notables ventajas psíquicas.

- 1) Elimina la humillación que sufren muchos pacientes al presentarse sin dientes.
- 2) Mantiene el equilibrio espiritual y facilita la continuidad de la vida de relación al evitar la influencia del que dirán.
- 3) Disminuye los trastornos del acostumbramiento a la prótesis.

4) Quirúrgicas

La dentadura actúa como un apósito o férula para ayudar a controlar el sangrado; para proteger contra lesiones de los alimentos, líquidos bucales, acción lingual o dientes existentes en la arcada opuesta. La acción de férula o apósito protege no solo la herida sino que también el coágulo sanguíneo facilitando así la rápida cicatrización.

En esta ventaja quirúrgica se discute lo siguiente: que pues bien si es cierto que actúa como un vendaje los primeros días, se presenta por otra parte que se produce fermentación y descomposición de los coágulos y la cicatrización por segunda intención como norma con mal gusto y olor durante los 15 días iniciales.

1.3.2 Desventajas

Los inconvenientes de la Prótesis Inmediata son exclusivamente sus exigencias.

- La coordinación quirúrgica-protética exige precisión en la técnica, establecida en base a exactos diagnósticos y a ajustadas indicaciones en ambos sentidos. Las intervenciones quirúrgicas por ser de varios dientes resulta traumatizante por lo tanto exige dominio y habilidad. Y si se falla en el trabajo protético el fracaso resultará intolerable.

- Por las mismas razones la selección de casos es una exigencia inexcusable, puesto que ante la edentación total el protesista no tiene excusa para no actuar, mientras que ante la edentación futura y su eventual reemplazo por Prótesis Inmediata entran en juego factores de estado general, utilidad, ventaja y posibilidad que deben ser adecuadamente evaluadas en cada paciente.
- Como consecuencia, el servicio se encarece tanto por que su duración no es mucha, como por que se va a tener que hacer otra prótesis ya definitiva.
- Así mismo puede transformarse en inconveniente serio, el hecho que las fallas ya sean clínicas o de laboratorio se ven después de la intervención quirúrgica final.

De gran importancia es que el paciente debe conocer todas estas limitaciones.

1.4 INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Además de las indicaciones y contraindicaciones de toda prótesis la Prótesis Inmediata tiene sus propias exigencias.

Indicaciones:

- 1) Que la edad del paciente y estado general de salud sean aceptables para poder efectuar la intervención quirúrgica necesaria.

- 2) Que el estado de la boca y dientes admitan la espera requerida para el preoperatorio.
- 3) En aquel paciente que desee este tipo de servicio y esté dispuesto a aceptarlo con todas sus limitaciones.

Contraindicaciones

Solo en algunos estudios se han mencionado contraindicaciones para el servicio de prótesis inmediata. Al parecer la mayor parte de los autores consideran que este tratamiento está indicado para todos los pacientes, excepto aquellos que no pueden asistir a las visitas o se encuentren limitados económicamente.

Pero Winkler nos mencionó un gran número de contraindicaciones como son:

- Cuando la intervención quirúrgica implique riesgo como en estos casos:
 - . Paciente con enfermedad debilitante.
 - . Paciente en los que extracciones múltiples serían dañinas debido a afecciones generales tales como trastornos cardiacos, trastornos de las glándulas endocrinas, discrosias sanguíneas y aquellos pacientes con potencial de cicatrización muy lento.

- . Individuos con trastornos emocionales tales como: personas en período de menopausia o climaterio de la vida. Personas de edad muy avanzada que no les permite comprender la responsabilidad que conlleva tener este tratamiento, y que sean incapaces de recordar las instrucciones.
- . Paciente con patología periopical o periodontal agudo.
- . Cuando el paciente no se halla preparado para valorar las implicaciones de ese tipo de atención o hacer frente a gastos y tiempo adicional que ello involucra, puesto que las Prótesis Inmediatas requieren servicio de mantenimiento que las prótesis completas comunes. Aquí se pueden citar aquellos pacientes que tienen gran pérdida ósea adyacente o los dientes restantes, los pacientes con este trastorno crónico presentarán tejidos de soporte que cambian continuamente y con rapidez.

1.5 REQUISITOS

Para pronosticar si el tratamiento es un éxito o un fracaso, deberán establecerse requisitos o normas mediante las cuales pueda valorarse con precisión la dentadura. En ocasiones, aún bajo las mejores circunstancias la valoración clínica no es adecuada. Los resultados del tratamiento de un paciente varían cuando se les compara con el de otro que recibe un-

tratamiento idéntico.

Un tratamiento protético, como una dentadura completa inmediata, requiere tiempo para el registro de información significativa.

Una dentadura no es un tejido vivo, aunque debe ser aceptado como parte de un sistema formado por tejidos vivos, tiene que ser fisiológica y tolerada por el paciente. Para lograr el máximo grado de éxito, la dentadura completa inmediata ha de satisfacer las siguientes normas:

- Compatibilidad con el medio ambiente bucal adyacente.
- Restauración de la eficacia masticatoria dentro de ciertos límites.
- Armonía con las funciones del habla, respiración, y deglución.
- Aceptabilidad estética.
- Conservación del soporte restante de los tejidos duros y blandos.

El último requisito es el problema mayor que el paciente y el odontólogo deben combatir. Los primeros cuatro se valoran por la observación clínica y el análisis, el último es difícil

de lograr y más de valorar. Los dientes no son requisitos de la dentadura; son entidades que deben ser consideradas dentro del plan de tratamiento accesibilidad del individuo; tiempo necesario tanto para el odontólogo como para el paciente y costo del plan del tratamiento total.



II - DIAGNOSTICO

Todos los medios de examen para obtener un diagnóstico exacto y así efectuar un buen plan de tratamiento deben ser puestos en práctica por el odontólogo.

- Exámen clínico: aquí no solamente nos ubicamos en cavidad oral y cara, sino también veremos el estado general de salud del paciente que va a portar próximamente la prótesis inmediata, y su estado de o actitud emocional para poder aceptar y colaborarnos con el desarrollo del tratamiento. A mejor estado general y local mayor las probabilidades de éxito.
- Exámen Radiográfico: se debe tomar siempre, se considera imprescindible. No sólo vamos a tomar placas periapicales de los dientes presentes en boca sino también de las partes edentulas, con esto perseguimos descubrir restos dentarios y focos infecciosos que pueden haber en estos casos. A su vez se va a mirar el estado del hueso alveolar que es un factor importante para el tratamiento y pronóstico.
- Estudio de Modelos: aquí los materiales elásticos son de rigor; hay variedad de materiales en que se pueden obtener impresiones para posteriormente obtener los modelos. Pero generalmente, como en este caso, lo que queremos obtener son

modelos de estudio con unas buenas impresiones en alginate es suficiente, el vaciado para los modelos lo podemos realizar en yeso tipo III.

Ya habiendo realizado a conciencia todos estos pasos y analizando cada uno de estos en conjunto, procedemos a hacer un plan de tratamiento.

2.1 PLAN DE TRATAMIENTO

Al ir a plantear el tratamiento debemos considerar el período desde como el paciente nos llega al consultorio hasta la normalización de éste con la prótesis. Siendo todos casos tan disímiles cada uno debe ser pensado individualmente, tanto más complejo sea un plan de tratamiento será más importante su formulación escrita y pensar en los siguientes puntos:

- Determinar si habrá cambios de altura y en las posiciones, tamaños formas y colores de los dientes.
- Estudiar si la edentación, debe o puede hacerse por etapas y en este último caso, cuáles pueden ser, examinando la situación en que estará el paciente durante cada etapa.
- Considerar las medidas auxiliares inmediatas que puede requerir su estado actual, y en cada etapa (curaciones, ob-

turaciones, prótesis de emergencia).

- Establecer el tipo de cirugía adecuado para cada intervención, consultando con el cirujano si fuera menester.
- Calcular los presupuestos y sus variaciones de acuerdo con el plan que se adopte, considerando esencial el acuerdo explícito del paciente o sus familiares responsables.
- Estimar también los cuidados postoperatorios y la atención protésica adecuada para mantener el paciente convenientemente asistido durante un período no menor de seis meses.

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



III - PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR UNA PROTESIS INMEDIATA

La confección o procedimiento de una prótesis inmediata no es tan simple como muchos creen, pues aumenta el número de las visitas del paciente por que hay la necesidad de vigilar el tratamiento de cerca; durante los primeros meses y ver los cambios que se puedan presentar en la oclusión causado por el asentamiento desigual de las bases. Si el paciente no se presenta para esos controles y la prótesis ocluye mal, por variaciones tempranas en los tejidos, puede producirse hipertrofia tisular anterior.

También debemos tomar en cuenta que ningún procedimiento está indicado para todos los pacientes, existen variaciones de los procedimientos aplicables en la mayor parte de las situaciones. Deberá analizarse y valorarse las diferentes técnicas antes de decidir cuál es la mejor para ajustarse a los requisitos necesarios para el éxito.

El éxito o fracaso de una Prótesis Completa Inmediata depende de lo que se haga desde el momento en que se decidió, que el tratamiento incluirá este tipo de prótesis hasta que se decida que se necesita una nueva dentadura. Durante este tiempo el número de visitas postoperatorias, el tipo y magnitud de las alteraciones o ajustes, la aceptación fisiológica del medio ambiente bucal y desde luego la aceptación del paciente son factores que deberán ser tomados en consideración. El hecho que alguno no regrese para una visi

ta de revisión posterior no amerita el registrar el tratamiento como éxito o fracaso.

Salvo algunas modificaciones los procedimientos que se utilizan para la confección de las prótesis inmediatas son iguales a las que se describen para las prótesis completas para desdentados.

3.1 REGISTROS

Los registros hechos previamente a la extracción tiene por objeto conservar la posibilidad de reproducir exactamente el tamaño, la posición, forma y color de los dientes, su articulación, la forma de las encías, la altura facial y eventualmente la forma de la cara.

Se nos presentan infinidad de teorías y técnicas para tomar estos registros, escogí ésta por parecerme la más práctica y clara. Los registros más importantes son: la altura facial morfológica, el color, la impresión frontal, la impresión para colocar los dientes naturales, el perfil y fotografías.

Se deben consignar las siguientes medidas:

- Con la boca cerrada la distancia que hay entre la base de la nariz y la base del mentón.
- La del borde incisivo superior y base de la nariz y la del borde incisivo inferior y base del mentón.

El articulador de diagnóstico es un registro precioso de la forma, tamaño, posición, disposición y articulación de los dientes naturales antes del tratamiento.

3.2 IMPRESIONES Y MODELOS

Estas impresiones y modelos las podemos dividir en:

- Impresiones Preliminares - Modelos de estudio o diagnóstico.
- Impresiones Definitivas - Modelos de Trabajo.
- Con las impresiones preliminares el objetivo será obtener el modelo de diagnóstico del paciente todavía dentado para posteriormente hacer sobre éste una cubeta individual.

Estas impresiones se toman con cubetas metálicas perforadas y como material para cargar la cubeta utilizamos Hidrocoloide irreversible (Alginato). No se aconseja tomar estos modelos para trabajos porque las cubetas comerciales no se adaptan adecuadamente y tienden a deformar los tejidos limitantes.

- Cubetas e Impresiones Definitivas:

La confección de las cubetas individuales depende de la -

técnica y material que se va a utilizar al tomar la impresión.

Se confecciona la cubeta con resina autopolimerizable sobre el modelo haciéndole previamente un espaciador de cera, se establece un efecto de tope en trípode sobre los bordes incisales de los dientes remanentes en la porción anterior y en la zona del sellado palatino posterior. La cubeta se corrige y se pulen sus bordes, marcando y delimitando bien las zonas de alivio (frenillos).

La cubeta se prepara para la impresión definitiva con alginato haciendo sobre ella varias perforaciones retentivas y aplicando un adhesivo a su superficie tisular. Si es otro el caso y se va a realizar la impresión con elastómero (Mercaptano) se provee espacio en la cubeta sobre la cresta del reborde y sobre el centro del paladar y se aplica adhesivo para Mercaptano. Con cualquiera de estos materiales se obtienen excelentes resultados.

Otra técnica involucra un sistema combinado: se confeccionan cubetas de resina de autocurado adaptándolas únicamente a los segmentos desdentados; estas cubetas están provistas de topes en la superficie lingual de los dientes y en la repisa vestibular se le hacen agarres para que se retengan cuando se ponen la cubeta con alginato; la cubeta se alivia mediante varios agujeros de escape y se termina con una impresión con pasta zinquenólica, una vez toma-

da esta parte de la impresión se retira de boca, se limpia de excesos y se lleva nuevamente a su posición correcta en boca; se ha elegido previamente una cubeta comercial perforada que se adapte bien a los dientes remanentes y se lleva cargada con alginato una vez gelificado el alginato al hacer tracción salen pegadas las dos impresiones seccionadas, de no ser así lo único que se necesita es reorientar la cubeta de resina acrílica en la impresión de alginato. Esta técnica suele dar buenos resultados.

3.3 MODELOS

Deben llenarse con cuidado todos los requisitos para tener la seguridad de obtener unos muy fieles modelos de trabajo. En impresiones compuestas es necesario un zócalo de yeso paris que las asegure.

Una variante sobre la que no se ha insistido mucho pero ciertamente valiosa frente a algunos problemas de la prótesis inmediata, en especial para casos de urgencia, como la transformación rápida de una prótesis parcial en completa, es hacer los dientes del modelo con acrílico de color apropiado que pasan a formar parte de la prótesis.

3.4 RELACIONES INTERMAXILARES

Se toman registros intermaxilares utilizándose rodetes de -

oclusión. Aquí los procedimientos clínicos y de laboratorio son los mismos que en la confección de las prótesis completas comunes. Es de primordial importancia el que hayan bases protéticas de prueba muy estables, y vale la pena que el odontólogo emplee un tiempo suplementario para confeccionar una base de prueba que se adapte exactamente a los tejidos; con éste propósito puede realizarse con cera para bases Dora, Cera Reformada o Resina acrílica de Aulocurado.

Cuando el paciente nos presenta antagonistas es una guía útil para el establecimiento de la altura del plano oclusal, basta con recortar el rodete poco a poco y reblandecerle un poco para obtener un registro de relación céntrica presuntiva como para una prótesis parcial.

La pérdida desigual de dientes, el aflojamiento de dientes remanentes, y la abrasión dentaria a menudo conducen a una dimensión vertical disminuída. En este caso que necesitamos aumentar la dimensión vertical, el problema debe encararse como un desdentado total estudiando con ayuda de las placas de antagonismo o de una de ellas. La altura morfológica que se estime adecuada cuidando de no sobrepasar la altura postural.

Establecida la altura, un registro de relación céntrica presuntiva exactamente como en un desdentado da las posiciones a los modelos para llevarlos al articulador y hacer el montaje. Posteriormente vamos a tomar ya el registro de relación céntrica

definitiva de la misma forma que se hace en prótesis total. Se compara si coincide con las edentaciones del montaje anterior en caso de ser así no se desmontará el articulador sino se volverá a montar con este nuevo registro.

3.5 SELECCION DE DIENTES

La selección de dientes : color, tamaño y forma se hace en base a sus dientes remanentes. Y si no se puede hacer el mismo procedimiento que se sigue con un desdentado total.



IV - PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Terminadas las pruebas, habrá de planearse en detalle la intervención quirúrgica, con el objeto de preparar el modelo adecuadamente.

Los procedimientos quirúrgicos conservadores con trauma mínimo, procuran los mejores fundamentos para la prótesis inmediata. Cualquier tipo de cirugía ósea al colocar la prótesis, causará o no inmediata reducción del volumen del reborde residual y también es probable que aumente el ritmo de reabsorción durante el período cicatrizal, por lo tanto la cirugía ósea deberá evitarse.

Tres son las indicaciones más frecuentes de la alveolectomía complementaria de las extracciones que deben seguirse en la prótesis inmediata.

- Facilitar las extracciones (avulsoras).
- Alisar las crestas (estabilizadora).
- Modelar el maxilar (modeladora)
- Facilitar las extracciones

Es indicación quirúrgica categórica y debe ser prevista por el cirujano (sin olvidar también que puede requerirla inopinadamente, el acto quirúrgico). Atento que debe realizarse la alveolectomía

mínima, sólo esta debe preverse (de acuerdo con el cirujano) al operar el modelo. Si luego la alveolectomía resulta mayor de lo previsto, no es difícil rellenar la prótesis.

- La alveolectomía modeladora debe ser prevista por el protesista, ya que tiene por objeto modelar el maxilar de acuerdo con las exigencias mecánicas o estéticas. Se debe preparar para el cirujano, además de la prótesis, el modelo de estudio, una reproducción del modelo operado y una base transparente para facilitar el control quirúrgico.

- Alveolectomia estabilizadora: aún cuando no esté bien comprobado que cumple esa función, su objetivo más claro es eliminar las crestas de hueso que, bajo la presión de la prótesis, podrían transformarse en traumatizantes de la mucosa. Son principalmente, las crestas interradiculares y las interdentarias y no se requiere otra cosa que redondearlas muy ligeramente. El autor prefiere no preverlo al preparar la prótesis, lo que hace a estas un tanto holgadas en esos puntos, reduciendo los riesgos de irritación. Esa holgura desaparece con el primer rebosado.

4.1 CIRUGIA DEL MODELO

Aceptada la selección de los dientes y la posición que les corresponde, así como la corrección del articulador, todo lo que se hace en adelante no tiene control de corrección hasta la colocación en la boca. Es menester gran cuidado en todo el proceso, empezando por marcar exactamente la línea media.

Sea cual fuere el lugar de la boca donde se aplicará la prótesis con carácter de inmediata, tres son los casos típicos que pueden plantearse, y que requieren distinta preparación: las extracciones simples, las extracciones con ligera alveolectomía; las extracciones con gran alveolectomía. A veces coexisten en la misma boca.

Varía también la preparación del modelo de acuerdo con el tipo de prótesis, abierta o cerrada, es decir, sin o con encía vestibular. La prótesis inmediata sin encía vestibular, que algunos técnicos prefieren por creer que el maxilar cicatriza mejor, se puede intentar bien en aquellos casos en que los dientes artificiales se ubicarán exactamente en los lugares de los naturales, cuando no se prevé alveolectomía.

- Diseño del borde óseo:

La posición del borde alveolar con respecto al gingival es el primer dato importante para operar el modelo. Se determina estudiando las radiografías y explorando la profundidad de la bolsa gingival punto por punto. La profundidad a que llega la sonda, corroborada por el examen de la radiografía, permite marcar en el yeso vestibular los puntos que señalan el borde óseo.

Cuando los paradencios son sanos, la unión entre los puntos vestibulares así marcados dará una línea más o menos continua, ligeramente ondulada, siguiendo el borde gingival a un par de milímetros.

En los paradentósicos, especialmente cuando predominan fenómenos de atrofia vertical, la línea ósea resultará quebrada, siguiendo las irregularidades óseas, y la distancia al borde gingival variará entre 3 y 5 o más milímetros.

Ya con esto es fácil pensar que forma tendrá el maxilar óseo una vez hechas las extracciones y además, si al alveolectomía será indispensable.

- Preparación para extracciones simples:

Si la prótesis será abierta, deben cortarse los dientes uno a uno y excavar unos 3 mm. o lo que indique la posición del borde óseo, formando un alveolo, dentro del cual se introduce el cuello de cada diente artificial, complementándolo luego elacrílico de base. Se espera que al colocar la prótesis enseguida de las extracciones, cada diente se introducirá en su alveolo.

Si la prótesis será cerrada, basta cortar los dientes al ras del yeso gingival. Se espera que la prótesis se adaptará a la forma gingival.

- Extracciones con ligera regularización del borde alveolar

Al parecer la alveolectomía, así sea ligera, se hace más clara la ventaja de la prótesis con encía artificial. En primer lu-

gar, porque la alveolectomía requiere levantar el colgajo y, en general resulta poco prudente dejar un colgajo en contacto con una prótesis removible sin suturarlo. Las suturas y el colgajo estirado, a su vez pueden entrar en conflicto con las raíces de los dientes protéticos. Además, al suprimirse las crestas interdentarias aumentan las posibilidades de defecto estético en la prótesis abierta.

4.2 CAMBIO DE DIENTES

Aquí nos referimos al cambio de los dientes del modelo por los artificiales.

Hay tres variantes principales:

- a) Imitar los existentes.
- b) Imitar los existentes con modificaciones en algún sentido.
- c) Cuando los dientes remanentes no pueden servir de guía por requerirse modificación total.

Quizá lo más corriente en prótesis inmediata es que la reproducción de los dientes no deba ser absolutamente fiel, y que sea menester imitar sólo las características esenciales corrigiendo los defectos mayores.

En muchas ocasiones, especialmente cuando hay un levantamiento de mordida u otras correcciones de alguna importancia,

la situación no se hará ya diente por diente sino que, según el grado de modificación que se quiere introducir, se cortarán todos los dientes de un lado, se arreglará la encía del modelo y se articularán los dientes de ese lado primero, conservando el otro lado para control; o bien se cortarán todos los anteriores, se arreglará el modelo y se colocarán los reemplazantes del modo que se juzgue más conveniente.

Cuando hay alteraciones importantes, las modificaciones a introducir en el momento del cambio de dientes suelen deberse a grandes levantamientos de mordida, a grandes cambios en la articulación o a la indicación de alveolectomía correctora.

El procedimiento es, en principio siempre el mismo; pero el criterio necesario, cada vez mayor. En todos aquellos casos en que la prótesis inmediata está indicada para ambos maxilares, es necesario planear concienzudamente el cambio, pues si es posible, conviene operar ambos maxilares por separado. Generalmente el mejor esquema se obtiene operando primero el maxilar inferior, donde la articulación de los dientes superiores naturales favorece la estabilidad de la prótesis. No conviene colocar una prótesis inmediata completa en el maxilar superior sin que existan los dientes posteriores inferiores.

4.3 TERMINACION EN EL TALLER

Terminado el enfilado y completada la articulación, se debe en

cerar la pieza, tallando y alisando la cera como corresponde. La postura en mufla hasta la terminación sigue ahora el procedimiento habitual. Los defectos del modelo cortado al quitarle los dientes pueden corregirse en la mufla abierta, también la mejor oportunidad para reproducir el modelo, con destino a una base transparente.

Los aparatos terminados no deben diferenciarse de las prótesis mediatas sino por dos características:

- Un abultamiento algo mayor en la encía anterior y la zona lisa carente de detalles de mucosa, donde se cortaron los dientes del modelo.

4.4 TRANSBASE

La transbase quirúrgica transparente es una base réplica exacta de la base de la prótesis. Se coloca en boca después de extraerse todos los dientes pero antes de que se haga el recorte quirúrgico del hueso o del tejido blando. Una vez bien calzada contra el paladar la transbase, o sobre el reborde alveolar inferior, por transparencia se verán zonas izquémicas del campo operatorio donde son comprimidos los tejidos blandos. Se retira la transbase, se recortan los tejidos blandos o el hueso para aliviar el sitio de la presión excesiva. Al efectuar este paso, la transbase quirúrgica debe calzar perfectamente, o no revelará las zonas por recortar. Si no se modelan adecuadamente el hueso y los tejidos blandos con el contorno de la transbase y el de la prótesis no calzará en su posición correcta. El

no recortar suficiente tejido como para que la trasbase vaya a su lugar y el recorte excesivo causará la posición incorrecta de la prótesis. Estos errores a su vez serán causa de una oclusión inadecuada y causará necesariamente dolor e incomodidad al paciente. Se acercan los bordes de los colgajos, se sutura y se coloca la prótesis previamente esterilizada en una solución antiséptica fría. Se le indica al paciente que cierre para el primer control de oclusión. Si las prótesis se colocaron correctamente después de la cirugía no deben haber contactos oclusales prematuros muy pronunciados. Se le instruye al paciente que mantenga la prótesis puesta durante 24 horas; después de este lapso la quitará el odontólogo por primera vez.

V - COLOCACION DE LA PROTESIS INMEDIATA

La colocación de la Prótesis Inmediata difiere en dos circunstancias de la regular: se hace sobre tejidos anestesiados, recién modificados quirúrgicamente y que pueden modificarse aún, para adaptarlos a la prótesis y el aparato debe ser colocado sean cuales fueren los defectos, estas circunstancias le confieren características especiales:

- a) Se trata de un acto quirúrgico cruento y ninguna de las reglas de la asepsia debe infringirse;
 - b) Hasta cierto punto, se puede "adaptar el maxilar a la prótesis";
 - c) Deben preverse los reboques necesarios y hasta la posibilidad de un rebosado inmediato que procure adaptación a la base si no la tiene.
-
- Sin encía anterior: extraídos los dientes, puede probarse el aparato y se verá los cuellos hundirse en los alvéolos. Cualquier cresta alveolar que dificultare el calce puede eliminarse si no conviniera rebocar la prótesis. También puede hacerse el alisamiento de puntos y crestas óseas para evitar dificultades cicatrizales.
 - Con encía anterior, sin alveolectomía: extraídos los dientes,

el aparato debe calzar exactamente. Cualquier defecto de ajuste se debe a una falla técnica. Si el aparato retiene mal, rellenar los alveolos con trocitos de gasa y hacer un rebosado inmediato con pasta cinquenólica, elastomero o material acondicionador. Quitar la gasa de los alveólos, acortar los excesos de relleno, eliminar cualquier defecto serio en la articulación y despedir por 24 horas al paciente.

- Con encía anterior con alveolectomía: dos clases de alveolectomía pueden planearse: la estabilizadora y la correctora. El procedimiento quirúrgico es el mismo en el fondo y la diferencia es cuestión de grados.

Levantado el colgajo y extraídos los dientes con la alveolectomía prevista al preparar el modelo y alisadas las crestas óseas, extiéndase el colgajo de manera que cubra los alveólos y córtese todo el fistoneado tanto vestibular como palatino de forma que los bordes mucosos lleguen a tocarse sin apelotonamiento en ninguna parte (en las pequeñas alveolectomías el recorte es mucho menor).

Prúebe ahora la trasbase. Por transparencia se verá la isquemia de los tejidos blandos allí donde son comprimidos; levántese el colgajo y recórtese el hueso. Pocas pruebas serán necesarias para producir un ajuste parejo. Cuando no se posee la trasbase, la precisión para localizar esas salientes óseas es menor; hay que observar la manera de bascular el aparato a su alrededor y utilizar pasta descubridora. Las dificultades

de calce en las zonas no sometidas a la intervención quirúrgica se corrigen rebocando el interior de la placa.

Una vez que la base llega a su sitio, suturar el colgajo y corregir los defectos de articulación, hasta obtener, por lo menos, una oclusión central equilibrada. Conseguido esto, si el aparato es bien retenido, puede quitarse el eyector de saliva y darse por terminada la intervención.

5.1 FALLAS QUE SE PUEDEN PRESENTAR

La primera falla evidente una vez que el aparato ha ido a su sitio, puede ser la falla de retención activa. Si el defecto es pequeño, puede ser suficiente espolvorear la base con polvo adhesivo; si es de cierta importancia, es mejor proceder a un rebasado inmediato con material acondicionador, con un elastomero o aún acrílico autopolimerizable (aunque en términos generales es preferible postergar el empleo de éste). Proteger las heridas con tira emplástica.

La segunda falla grave puede ser de articulación. Papel de articular y piedras son los materiales de elección para lograr de inmediato una oclusión central balanceada mediante unos pocos contactos, dejando para después el afinado y las oclusiones excéntricas.

La tercera falla evidente puede ser estética. En tal caso, el remedio puede ser tranquilizar al paciente de inmediato y re-

hacerle la prótesis tan pronto se pueda.

El criterio general frente a los defectos es corregirlos de inmediato cuando es posible sin gran tarea. Si la corrección es laboriosa, es preferible limitarse a hacer llevadera la prótesis, postergando la corrección de fondo para cuando el paciente esté en mejores condiciones.

5.2 INSTRUCCIONES POSTOPERATORIAS

Es necesario dejar la prótesis en la boca durante las primeras 24 horas. Se le advierte al paciente que si se deja las prótesis fuera de la boca al comienzo, es posible que se produzca un edema de los tejidos y el recolocarlas será o imposible o muy doloroso. El dolor producido por el trauma de la extracción no se alivia retirando las prótesis de la boca. Dentro del período de las 24 horas se puede colocar hielo en la cara durante 15 minutos cada hora. Esta es una sugerencia por precaución; generalmente el paciente no sufre dolor intenso ni incomodidad. Se prescribe un sedante en el caso de que el paciente no pueda dormir por nerviosismo o molestia. Se le aconseja al paciente dieta líquida durante las primeras 24 horas. La oclusión todavía no se ajusta definitivamente, por lo tanto la masticación no puede ser eficiente en ese período. Al corregirse la oclusión, mejorará la estabilidad de la prótesis, pero no se la puede corregir hasta que no desaparezca el edema y la corrección se hace generalmente de 48 horas a 1 o 2 semanas después de haberse colocado las prótesis.

Pasadas las 24 horas se examina la boca para constatar si hay compresión de bordes y sitios de presión excesiva en el lugar de las extracciones recientes. Este sitio se manifiesta por un aspecto típico de color rojo frambuesa. Se lo marca pintando alrededor un círculo con lápiz tinta y la marca se transfiere a la superficie interna de la prótesis mediante la presión de la misma en su lugar.

5.3 CORRECCION DE LA OCLUSION

Es factible corregir la oclusión después del período de 48 horas porque ya habrá desaparecido el edema casi por completo y frecuentemente se retira la prótesis sin demasiada molestia. Sin embargo hay casos en los que toca postergar el procedimiento a las dos semanas. La comodidad de la prótesis es notable en cuanto se ha corregido la oclusión.

La oclusión se corrige en el articulador siguiendo los mismos principios y procedimientos que se siguen para las prótesis completas.

5.4 SERVICIO DE TRANSICION

5.4.1 Duración de la Prótesis Inmediata

La duración es muy variable, ya que según se vió, la reacción orgánica no puede preverse exactamente en cada caso.

Lo importante es que el paciente sepa, como el profesional, que se trata de un servicio de transición. El principiante puede caer en el error de llamarla "Prótesis provisoria" y cometer la ligereza de pensar que esta provisoriedad admite un tratamiento más económico. Es posible que este equívoco origine gran parte de los disgustos.

En general conviene postergar el primer rebasado en lo posible. Los autores difieren en esto, unos dicen que a los 3 meses, otros a los 6 meses, otros 2-3 semanas, en fin el examen de la situación "un diagnóstico" es el que debe indicar en cada caso la conveniencia del rebasado total o parcial.

Pasado el período de atención más o menos inmediato, el paciente debe ser instruído de la necesidad de vigilar su prótesis y de reajustarla después de un tiempo, para evitar, el riesgo de las hipertrofias marginales, así como los trastornos en la altura y estética.

Algunos autores aconsejan renovar la prótesis totalmente al cabo de un año aproximadamente siempre que el paciente pueda hacerlo, pues tiene las siguientes ventajas:

- 1) Se puede hacer técnica correcta sin recurrir a procedimientos de urgencia.
- 2) Si se produce cualquier falla el paciente sigue como estaba.

- 3) Una vez instalada la segunda prótesis puede remontarse la primera y el paciente queda en posesión de dos prótesis.

El consejo de la Academy of Denture Prosthetic debe tenerse permanentemente en cuenta: "Una prótesis Inmediata debiera hacerse esencialmente para pacientes que comprenden los requisitos y desean cooperar con el Odontólogo y agrega: "Este servicio debe considerarse y requiere exactitud".

CONCLUSIONES

1. La Prótesis Inmediata no se debe considerar jamás como tratamiento definitivo.
2. Es una buena alternativa en aquellos casos en que el paciente necesita un tratamiento rápido debido a sus ocupaciones y nivel social.
3. Es de suma importancia la realización de la prótesis inmediata que el paciente sea conciente de lo que se le va a hacer. De esto dependerá el éxito o fracaso de este tratamiento.

T.O 0030 1986
Trabajo de Grado
Ejemplar 1



T0030