



COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO

Título

N.º Exp. M 015 1986

Compra

Canje

Donación

Editorial

Solicitado por

Fecha

Precio

M
015
1986

PROTESIS INMEDIATA

MARIA PATRICIA GARZON DEFELIPE

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

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Bogotá, D.E.

Mayo de 1986

66-01-111

TABLA DE CONTENIDO

	<u>Pág.</u>
INTRODUCCION	
I. REVISION BIBLIOGRAFICA.....	1
II. DIAGNOSTICO.....	6
2.1 EXAMEN CLINICO.....	7
2.2 ARTICULADOR DE DIAGNOSTICO.....	8
2.3 EXAMEN RADIOGRAFICO.....	8
III. INDICACIONES DE UNA PROTESIS TOTAL INMEDIATA.....	9
3.1 VENTAJAS PSICOLOGICAS.....	9
3.2 VENTAJAS ANATOMICAS.....	10
3.3 VENTAJAS FUNCIONALES.....	10
3.4 VENTAJAS ESTETICAS.....	11
IV. CONTRAINDICACIONES DE UNA PROTESIS TOTAL INMEDIATA.....	12
V. TIPOS DE PROTESIS INMEDIATA.....	14
5.1 PROTESIS PARCIAL ADITIVA.....	14
5.2 PROTESIS SIN FLANCO VESTIBULAR..	15
5.3 PROTESIS O DENTADURA INTERINA...	15
5.4 PROTESIS INMEDIATA CON ENCIA COMPLETA.....	15
VI. EVALUACION DE LA CIRUGIA DE HUESO EN PACIENTES CON PROTESIS INMEDIATA.....	16
6.1 CAMBIOS TISULARES PRESENTES EN EL HUESO, DESPUES DE LA EXODONCIA.....	16

	<u>Pág.</u>
6.2 CAMBIOS EN EL TEJIDO OSEO DESPUES DE USAR LA PROTESIS.....	17
VII. PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACION DE LA PROTESIS TOTAL INMEDIATA.....	21
7.1 PROCEDIMIENTO CLINICO Y DE LABORATORIO.....	21
7.1.1. Impresiones Preliminares.....	21
7.1.2 Cubetas Individuales, Impresiones Definitivas.....	22
7.1.3 Relación Bicondilo-Maxilar.....	23
7.1.4 Registro de las Relaciones Maxilo-Mandibulares.....	23
7.1.5 Importancia de la Dimensión Vertical.....	24
7.1.6 Selección de Dientes y Cirugía del Modelo.....	25
7.1.6.1 Diseño del Borde Oseo.....	25
7.1.6.2 Preparación para extracciones simples.....	26
7.1.6.3 Exodoncia con ligera regularización del borde alveolar.....	26
7.1.6.4 Exodoncias con alveolectomía moderadora.....	27
7.2 CAMBIO DE DIENTES.....	27
7.2.1 Imitación de lo Existente.....	28
7.2.2 Reproducción de los dientes Naturales con Modificaciones.....	28
7.2.3 Cambio de Dientes con Alteraciones Importantes.....	29
VIII. TERMINACION DE LA PROTESIS.....	30

	<u>Pág.</u>
IX. CIRUGIA Y COLOCACION DE LA PROTESIS...	31
9.1 ALVEOLECTOMIA AVULSORA.....	31
9.2 ALVEOLECTOMIA MODELADORA.....	31
9.3 ALVEOLECTOMIA ESTABILIZADORA..	32
9.4 INSERCION DE LA PROTESIS.....	33
X. INDICACIONES POST-OPERATORIAS.....	35
10.1 PRIMERA VISITA DESPUES DE LA IN-	
SERCION.....	35
10.1.1 Corrección de la Oclusión.....	36
10.2 SEGUNDA VISITA DESPUES DE LA IN-	
SERCION.....	37
XI. PROTESIS DE TRANSICION.....	38
11.1 VENTAJAS DE LA PROTESIS DE TRANSI	
CION.....	38
11.2 PROCEDIMIENTOS CLINICOS Y DE LA-	
BORATORIO.....	39
11.3 ASPECTO QUIRURGICO.....	41
11.4 ATENCION POSTERIOR.....	41

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

F I L M I N A S

1. Juego Periapical de un paciente, en el cual está indicada la prótesis inmediata.
2. El Odontólogo debe considerar los deseos del paciente, para duplicar la posición de estos dientes anteriores.
- 3A. Prótesis Inmediata con poca aleta labial.
- 3B. Fotografía Intrabural de prótesis inmediata a la cual se le ha agregado resina acrílica de autopolimerización.
4. Para la adaptación periférica de la cubeta perforada, podemos utilizar compuesto de modelar de baja fusión ó también cera utility.
5. Esbozo realizado sobre el modelo de estudio para la confección posterior de la cubeta individual.
6.
 - C. Porta-Impresiones con su respectivo sellado periférico.
 - D. Perforaciones que se realizan a la cubeta para permitir el escape de aire y de pasta para impresión ó pasta zinquenólica.
 - E. Toma de la respectiva impresión de tejidos blandos con pasta zinquenólica.

- F. Para la toma de impresión de los dientes remanentes, colocamos la cubeta individual de acrílico autopolimerizante en base y sobre ella la cubeta perforada cargada con hidrocoloide irreversible para la impresión de los dientes remanentes.

- 7. Impresión definitiva con su respectivo sellado palatino acentuado.

- 7A. Modelo definitivo superior.

- 8. Plato base con sus respectivos rodetes, estabilizados en boca.

- 9. Orientación del rodete superior con la ayuda del plano de Fox, se observa el plano de camper.

- 10. Toma de relación Bicondilo - Maxilar para el montaje en articulador.

- 11.
 - A. Vista oclusal del modelo de trabajo, al cual le han sido retirados el central, lateral canino izquierdo, y el modelo ha sido contorneado según la línea de guía palatina.

 - B. Vista frontal, el central, lateral y canino izquierdo fueron retirados y el modelo ha sido contorneado según la línea de guía vestibular.

 - C. Los dientes anteriores izquierdos han sido colocados.

12. Los 6 dientes anteriores han sido extraídos y el sangrado ha sido controlado.

13.
 - A. Lado tisular de la prótesis total superior.
 - B. La dentadura ha sido insertada por el odontólogo, y la pasta reveladora no muestra zonas alteradas.
 - C. El paciente insertó la dentadura y la lengua la asentó cuando se le hizo beber agua. Se pueden observar varias zonas de presión. Estas áreas deberán ser aliviadas.

FILMINAS PROTESIS DE TRANSICION

1. Impresión en alginato de una boca parcialmente desdentada.

2. La cera derrite en un recipiente y se vacia en las impresiones de los dientes.

3. Se hacen dos modelos de la misma impresión Derecha; el primer modelo se fabrica con dientes cera. Izquierda; el segundo modelo se hace con yeso piedra.

Abajo; la base para el registro se forma sobre el modelo de yeso piedra.

4. Modelos empacados en su respectiva mufla.

5. Los dientes de resina han sido empacados.

6. Los modelos han sido recortados al ras de las márgenes gingivales.

INTRODUCCION

La Prótesis Dental, es una de las muchas ramas de la ciencia odontológica, que tiene como objetivos básicos, restauración de la función, el aspecto facial y en general el mantenimiento de la salud del paciente más concretamente la prostodoncia total implica la reposición de la dentición natural perdida y las estructuras relacionadas del maxilar y la mandíbula en pacientes que han perdido todos sus dientes naturales restantes ó están próximos a perderlos.

El usuario de prótesis totales debe ser capaz de hablar con claridad y no padecer molestias bucales, estas deben tener exámenes periódicos y tratamiento subsecuente, cuando este sea necesario por los cambios en los tejidos de soporte.

La masticación de los alimentos con prótesis totales, ayuda al paciente desdentado a obtener una nutrición adecuada; sin embargo su eficacia masticatoria equivale a una fracción de la dentición natural.

Para gran número de pacientes, la estética es lo más importante. En la actualidad se fabrican dentaduras casi iguales a las naturales, que duplican las posiciones armónicas y las relaciones de los dientes perdidos, durante el habla, la masticación y el descanso.

Los efectos emocionales y psicológicos de una mejor apariencia puede dar una nueva perspectiva de vida para muchos pacientes.

Una de las muchas alternativas, de la prótesis total, es la prótesis inmediata, cuyo valor primordial y esencial, es sobre todo reducir a su mas pequeña expresión, o anular por completo la tragedia tanto física como psíquica que sufrirá el paciente al quedarse sin un solo diente en la boca, así como también hacer posible que el paciente pase de ser portador de dentadura natural, a un portador más de dentadura artificial, sin sufrir colapso facial, ni experimentar cambios por lo común desfavorables que alteran la estética facial.

El aparato protético que se usa en la prótesis total inmediata, es igual y cumple los mismos requisitos que los de una prótesis total mediata; diferenciando ambas prótesis en el tiempo transcurrido desde las exodoncias, hasta el momento preciso de colocar la prótesis inmediata; sirve de prevención a muchos trastornos o desarreglos que se producen en la boca del paciente que dejó pasar el lapso de tiempo para la colocación de una prótesis mediata.

I - REVISION BIBLIOGRAFICA

La prótesis Inmediata parece haberse iniciado, a mediados del siglo pasado, hacia 1860 como parece indicarlo este párrafo, hallado por Pedro Saizar en el "Dental Cosmos":

"Dr. Atkinson..... se le enseñó a persuadir a sus pacientes que esperarían seis u ocho meses antes de insertar una prótesis temporaria; ha abandonado esta práctica, y ahora espera solamente hasta que la sangre deja de correr para tomar una impresión. Si la encía es blanda, la corta considerablemente y con Fórceps cortante remueve el proceso alveolar, lo suficiente para hacer una prótesis pareja; toma la impresión y arregla los dientes artificiales en los lugares de los cuales se extrajeron los dientes".

Sin embargo no fue hasta 1920, como consecuencia de las extracciones masivas impuestas por la teoría de la infección focal, por un lado, y del progreso de la anestesia y la radiografía, por el otro, que la prótesis inmediata hizo un adelanto espectacular en consonancia con el progreso también espectacular de la cirugía bucal.

Medio siglo de adelanto no parece haber solucionado los problemas entonces planteados: la influencia de las ayudas quirúrgicas a la exodoncia, el verdadero significado de la prótesis inmediata, el carácter con que se debe ó puede practicarla.

Según Passamonti (1964), las prótesis inmediatas han originado más

quejas en el público que ningún otro tipo de prótesis, y se han convertido en causa de demandas legales. Las quejas se refieren principalmente a los resultados estéticos insatisfactorios y a función deficiente. Puntos de vista compartidos por Klein (1960), para quien los fracasos se deben al diagnóstico defectuoso o al plan de tratamiento equivocado y por Leather (1960) que admite el disgusto con que muchos odontólogos encaran la prótesis inmediata. Pound (1970) lo atribuye en primer término, a que los odontólogos no son preparados suficientemente, ya desde estudiantes, para introducir a los pacientes en esta nueva y trascendente etapa de sus vidas.

Por el contrario existen otras expresiones; Castro y Saizar (1968): "es cada día más frecuente el paciente informado, y el odontólogo debe estar preparado para prestarle este servicio que será muy bien recibido y resultará una fuente de satisfacción para el profesional.

Este es un pensamiento de muchos profesionales, desde los tiempos de Campbell (1924). "Pocas cosas - decía Gietz (1938) - he encontrado en mi práctica, que cuenten con tan decidido auspicio por parte del paciente".

Saizar opina que las desilusiones antes citadas se deben al mal enfoque del problema por odontólogos que incurren en excesivo optimismo. La prótesis inmediata no es una alternativa frente a la odontología conservadora; no autoriza la extracción de dientes cuya conservación satisfactoria es aún posible ni garantiza contra los fenómenos iatrogénicos que puedan sobrevenir. Es un servicio profesional que requiere más conocimientos, habilidad, y criterio que la prótesis regu-

lar, con una respuesta más desconcertante. En consecuencia, fácil mente puede provocar la reacción del paciente, cuando éste se entera de sus dificultades después de la pérdida de sus dientes naturales por indicación del odontólogo. Pound; señala, no se debe olvidar que el paciente que requiere prótesis inmediata no es un desdentado y por lo tanto carece de experiencia.

II - DIAGNOSTICO

Existen ciertos factores que merecen ser tenidos en cuenta para llegar a un diagnóstico cuando se contempla realizar una prótesis inmediata convencional:

- No debe considerarse que los procedimientos diagnósticos para el individuo parcialmente dentado, son las mismas que para el desdentado. En ambas situaciones los procedimientos deben ser minuciosos y tienen que incluir la valoración tanto de las condiciones normales, como de las patológicas, así como del estado anatómico, fisiológico y psicológico y su relación con la situación local y general del paciente. Para el parcialmente dentado la valoración de los dientes restantes es de gran importancia. Debe decirse que algunos o todos pueden conservarse y que serán empleados para la retención y soporte de una dentadura parcial removible, o mediante algún tratamiento adicional, sirven para dar apoyo y estabilidad a una dentadura completa con soporte dentario. Si los dientes tienen que ser extraídos, se investigarán todos los factores relacionados con los procedimientos quirúrgicos anticipados.
- Un número significativo de usuarios de dentaduras, revelan - que el 65% de los que reciben dentaduras, toleran y continúan empleándolas no obstante la falta de aceptación fisiológica por el medio ambiente de la boca. En gran cantidad de numerosos pacientes que utilizan prótesis inmediata, fué difícil compren_

der cómo un número tan grande continuaba empleando prótesis cuando el daño tisular era tan extenso. Esta es una prueba adecuada de que la aceptación del paciente no es un motivo para apegarse a determinado procedimiento.

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

Todos los recursos del examen deben ser explotados a fondo frente al paciente, y al diagnóstico clínico debe agregarse lógicamente el protético y el quirúrgico.

2.1 EXAMEN CLINICO

Además de cubrir el estado general, facial y bucal, se incluye el estado mental, la actitud del paciente, y su capacidad para comprender la situación.

El estado general, puede influir en las decisiones, no sólo en relación con la prótesis, sino también con la cirugía y el postoperatorio. A mejor estado general y local, mayores serán las probabilidades de éxito.

Si el paciente no está en condiciones de comprender el porqué de la prótesis inmediata, sus ventajas y sus inconvenientes, no debe indicársele este servicio. "Como requerimientos mentales mínimos del paciente deben exigirse - Captación - Valoración - Disposición - Confianza en el profesional" .

2.2 ARTICULADOR DE DIAGNOSTICO

El registro intermaxilar, a los efectos del diagnóstico, será la relación céntrica actual con las maloclusiones congénitas ó adquiridas, bastante frecuentes en estos casos, en un articulador adaptable con el fin de diagnosticar fielmente la posición mandibular y la oclusión.

El Articulador de Diagnóstico, en los casos que no exigen el adaptable, puede ser simplemente la articulación de los modelos con su respectivo zócalo.

2.3 EXAMEN RADIOGRAFICO

Es imprescindible el examen de toda la cavidad oral, incluso los espacios desdentados, no solo como ayuda para el examen clínico sino también para descubrir los restos dentarios y focos en las zonas aparentemente desdentadas, facilitar el diagnóstico quirúrgico observando grado de resorción alveolar y también completar el diagnóstico protético.

III - INDICACIONES DE UNA PROTESIS TOTAL INMEDIATA

La indicación para el tratamiento con prótesis inmediata recae en aquel paciente que tiene algunos dientes naturales que deben ser extraídos. Anteriormente el plan de tratamiento consistía en hacer exodoncia de los dientes remanentes y esperar varios meses para que cicatricen los tejidos y así poder confeccionar la prótesis total. Esta forma de tratamiento ha sido encarada por las ventajas obvias que ofrece la prótesis inmediata, como son las siguientes.

3.1 VENTAJAS PSICOLOGICAS

- Es innecesario el período de desdentación, para la cicatrización; esto es especialmente incómodo y desagradable para el paciente que no puede permitirse la pérdida de prestigio social ó de negocios.
- Permite mantener el equilibrio espiritual y facilita la continuidad de sus relaciones sociales, al evitar la influencia del "qué dirán".
- Facilita la decisión de "sacrificar" los dientes naturales, cuando es preciso.
- Disminuye los trastornos de adaptación a la prótesis, y el paciente se recupera del choque de la intervención quirúrgica, al mismo tiempo que aprende a manejar las prótesis.

3.2 VENTAJAS ANATOMICAS

- La dentadura actúa como apósito o férula para ayudar a controlar el sangrado; para proteger contra lesiones de los alimentos, líquidos bucales ó dientes existentes en la arcada opuesta.
- La acción de férula ó apósito protege no sólo la herida sino que también el coágulo sanguíneo, facilitando así la cicatrización.
- Impide la pérdida inmediata de altura, al reemplazar el contacto oclusal, preservando o restituyendo la altura morfológica.
- Evita violencias a las articulaciones temporomandibulares.
- Impide el ensanchamiento lingual, por la presencia de el contacto con los dientes.
- Impide el colapso labial y el hundimiento de las mejillas.

3.3 VENTAJAS FUNCIONALES

- Se le ahorran al paciente los inconvenientes y las molestias de varios meses de no poder masticar alimentos y la inevitable modificación en la dieta.

- Evita la mayor parte de los trastornos y reajustes fonéticos y de respiración del desdentamiento.

3.4 VENTAJAS ESTETICAS

- Impide el colapso facial, consecuencia de las pérdidas y transformaciones anatómicas.
- Con frecuencia permite introducir mejoras, a veces considerables.



IV - CONTRAINDICACIONES DE UNA PROTESIS TOTAL INMEDIATA

Fundamentalmente la prótesis Inmediata está contraindicada en los siguientes pacientes:

- Paciente con enfermedad debilitante. En muchos casos, la alteración patológica de los tejidos de soporte no debe ser sometida a fuerzas aplicadas por dentaduras.
- Pacientes a los cuales las exodoncias múltiples lo afectarían debido a afecciones generales como son trastornos cardiacos, trastornos de las glándulas endocrinas, discracias sanguíneas y aquellos con un potencial de cicatrización muy lento.
- Aquel que no se halla preparado para valorar las implicaciones de este tipo de atención o a hacer frente a gastos y tiempo adicionales que ello involucra.
- Pacientes con patología periodontal o periapical aguda.
- Quienes tienen gran pérdida ósea adyacente a los dientes restantes; los pacientes con este trastorno de tipo crónico presentarán tejidos de soporte que cambian continuamente y con rapidez.

Lo anterior tendrá mayor fundamento, si a ello agregamos los inconvenientes de la prótesis inmediata que son sus propias exigencias:

- La coordinación quirúrgico-protética exige precisión en la técnica, establecida en base a exactos diagnósticos y a ajustadas indicaciones en ambos sentidos. Las intervenciones quirúrgicas, al extenderse se hacen más traumatizantes exigiendo habilidad y dominio al igual que el trabajo protético requiere habilidad y experiencia.

- Ante la edentación futura y su eventual reemplazo por prótesis inmediata, entran en juego factores como utilidad, ventaja, y posibilidad que deben ser tenidos en cuenta en el paciente.

- Las prótesis inmediatas requieren mayor servicio de mantenimiento que las prótesis completas comunes. En pocos meses generalmente se requiere un rebasado de la prótesis, y ocasionalmente, si esto fuera necesario, la construcción de prótesis nuevas.

- Un inconveniente serio, es el hecho de que las fallas técnicas, que pueden ser clínicas o de laboratorio, sólo se evidencian después de la intervención quirúrgica final. Esta es una situación irreversible que pone en juego al máximo la responsabilidad del Odontólogo y la amplitud de sus recursos para resolver los problemas que pueden plantearse.

V - TIPOS DE PROTESIS INMEDIATAS

La Dentadura Convencional Inmediata, es una prótesis dental construída, para reponer a la dentición perdida y estructuras relacionadas del maxilar, mandíbula, ó ambos para inserción inmediata, una vez que se haya hecho la exodoncia del último diente ó dientes naturales. Cuando los dientes requieren ser extraídos de ambas arcadas, no es obligatorio, que se inserten dentaduras en ambas arcadas en la misma sesión.

5.1 LA PROTESIS PARCIAL ADITIVA O DE TRANSICION

Esta puede ser transformación de la que usa el paciente, es la prótesis parcial, en que se van agregando dientes después de las exodoncias respectivas. Varias de sus ventajas son:

- Evita exodoncias masivas, permitiendo un desdentamiento gradual.
- Facilita la exodoncia previa de los dientes posteriores, sirviendo como transición hacia la prótesis inmediata.
- Puede hacer más económico el servicio ó facilitar su financiación, y, a veces, prestar servicios duraderos.

Posteriormente se explicará su diagnóstico, ventajas y trabajo de laboratorio de la prótesis de transición.

5.2 LA PROTESIS SIN FLANCO VESTIBULAR

El flanco vestibular es casi siempre el anterior, el resultado inmediato suele ser muy bueno, 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.

5.3 DENTADURA INTERINA

Prótesis dental que se emplea durante un período corto por motivos de estética, masticación, soporte oclusal, conveniencia o para acondicionar al paciente para aceptar un sustituto artificial para los dientes naturales faltantes, hasta que logre proporcionarse un tratamiento protético dental más definitivo.

5.4 PROTESIS INMEDIATA CON ENCIA COMPLETA

Es la preferida, porque reduce el peligro de retención deficiente, que puede presentarse en las prótesis sin encía artificial y es más fácil atender al paciente.

VI - EVALUACION DE LA CIRUGIA DE HUESO EN PACIENTES CON PROTESIS INMEDIA TA

6.1 CAMBIOS TISULARES PRESENTES EN EL HUESO, DESP UES DE LA EXODONCIA

En la exodoncia de un diente, el proceso de cicatrización - ocurre, cuando es influenciado por el metabolismo de todo el cuerpo. Es similar en una fractura donde la epitelización y cicatrización ocurren simultáneamente con otros procesos reparativos.

El tiempo de cicatrización ha sido estudiado por Kittner, - Lundberg, y Berkstedt y Wictorin. Ellos encontraron que la calcificación ocurría en el término de 8 a 12 meses. En otras palabras un año se requiere para que el hueso recupere por completo sus propiedades físicas. Durante este período, la cicatrización del tejido puede ser influenciada fácilmente por el tratamiento clínico.

La actividad de resorción de la tabla bucal ocurre durante las primeras etapas de la cicatrización, hay indicaciones que la tabla bucal es importante tanto en el soporte físico así como una pared protectora para la cicatrización del hueso interior; por ello debemos tener esto en cuenta y así tratar de evitar su remoción.

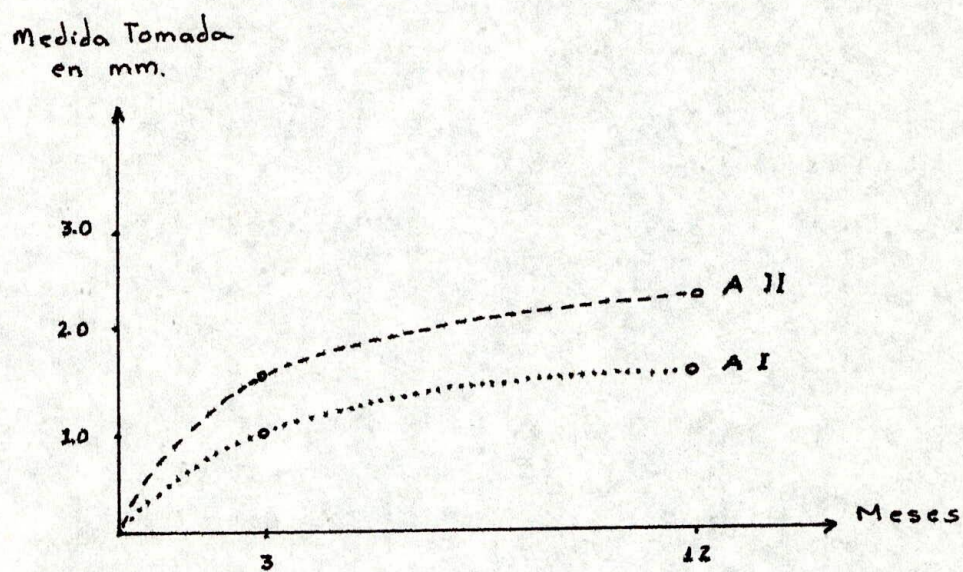


Figura No. 1

Las curvas muestran la reabsorción horizontal del hueso en dos grupos. I. Técnica de la dentadura inmediata. II. Técnica convencional. (insertada 90 días después de la extracción de los dientes).

Existen factores externos que pueden influir en la cicatrización como son bacterial, termal, mecánico, y químico.

Todos ellos pueden alterar el tiempo de cicatrización y pueden aumentar la proporción de reabsorción, lo cual disminuye el volumen del proceso alveolar.

Los cambios en el proceso alveolar, han sido estudiados en gráficas.

Según las determinaciones cuantitativas, podría ser estimado que la reducción vertical fué mayor que la reducción horizontal. El valor del hueso reabsorbido varió. El significado de los valores de reabsorción horizontal varió de 2 a 6 mm., en este estudio y los valores correspondientes de reabsorción vertical varió de 2 a 4 mm. durante los primeros 3 meses de cicatrización. El total de reducción del hueso alveolar durante los primeros 90 días fué de un 15% sobre el total de reabsorción de todo el proceso y 25% durante los primeros 12 meses de cicatrización. (Gráficas 1 a 3).

Esto indica que mientras el hueso está cicatrizando en el alveolo, hay una mayor reducción en el volumen del hueso alveolar, el cual no es influenciado por procedimiento quirúrgico ó por una base de dentadura.

6.2 CAMBIOS EN EL TEJIDO OSEO DESPUES DE USAR LA DENTADURA

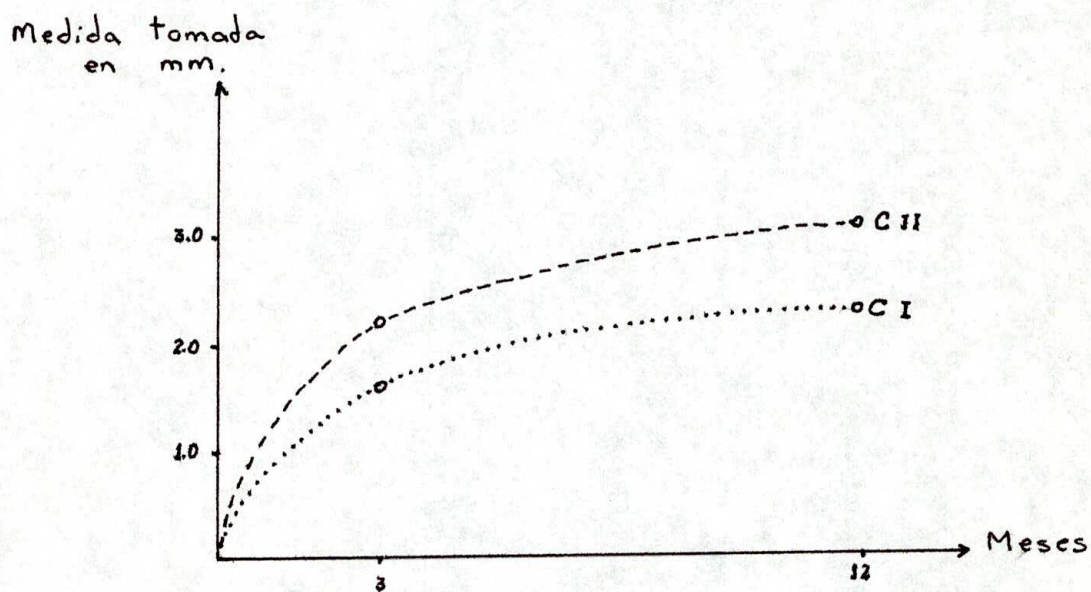


Figura No. 2

Las curvas muestran la reabsorción vertical del hueso en los dos grupos. I. Técnica de la dentadura inmediata. II. Técnica de la dentadura convencional. (insertada 90 días después de la extracción de los dientes.)

Por muchos años se pensaba que la dentadura no debería ser insertada hasta que los alvéolos hubieran cicatrizado parcialmente y hasta que el proceso alveolar fuera considerado estable. Así la dentadura inmediata fue considerada como un factor del aumento de la resorción.

En pacientes con dentadura inmediata es posible evaluar los cambios en la forma del proceso alveolar. También la influencia de una dentadura completa en el proceso alveolar ha sido discutido en relación a dimensión vertical oclusal. Fue encontrado que dentaduras completas construídas con una gran dimensión vertical oclusal, podría dar como resultado un aumento en la reabsorción del hueso alveolar.

Según estudios comparativos en grupos de pacientes, ha sido establecido que una adecuada dentadura es un factor positivo en el proceso de cicatrización. Igualmente, es evidente que la reabsorción del hueso en el grupo de prótesis inmediata fue menor que en el grupo donde la dentadura fue insertada 90 días después de la exodoncia de los dientes. (Gráfica 1 a 3).

La reducción en el valor de la reabsorción en el grupo de dentaduras inmediata fue establecida en las direcciones horizontal y vertical. La cirugía de hueso y la sutura no fueron practicadas en estos dos grupos.

En un estudio similar Carlsson y sus colaboradores, encontraron una diferencia no significativa en reabsorción entre los dos

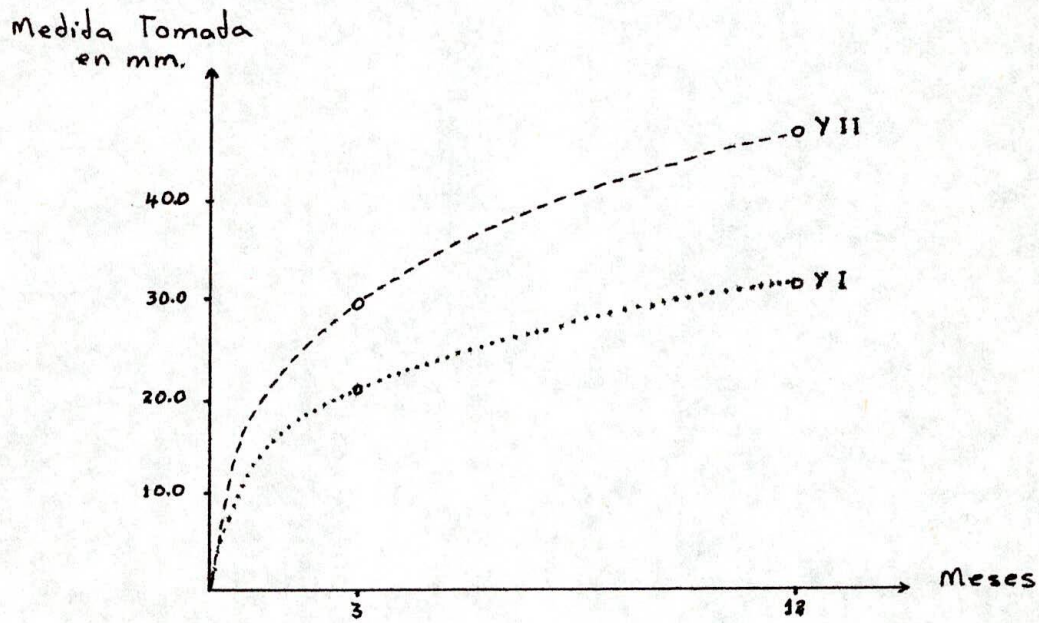


Figura No. 3

Las curvas muestran la reabsorción del hueso en los dos grupos. I. Técnica de la dentadura inmediata. II. Técnica de la dentadura convencional. (Insertada 90 días después de la extracción de los dientes).

métodos de tratamiento. Sin embargo, una tendencia por menor reabsorción fue observada en el grupo de prótesis Inmediata.

Esta observación fue verificada histológicamente, parece que la formación del hueso ha avanzado más en algunos de los pacientes con prótesis inmediata.

La prótesis inmediata puede funcionar como una venda y puede proteger los tejidos en cicatrización de cambios termales y químicos. Durante la masticación, la prótesis inmediata evita que partículas de comida penetren en los alveolos, a la vez que distribuye las fuerzas de la masticación sobre una área más grande, mejorando así la acción de la masticación.

La prótesis inmediata y sus movimientos durante la masticación podría irritar y alterar la cicatrización de el alveolo, sin embargo estos factores negativos son insignificantes en relación con los mencionados antes.

Existe una diferente situación cuando al tratamiento ha sido agregada cualquier tipo de cirugía como alveolectomia, realizada al tiempo de la inserción de la dentadura, causará un aumento en el valor de la reabsorción. En lo posible se evita esta cirugía de hueso.

En la actualidad se considera especialmente la reconstrucción del lomo alveolar, con materiales biológicos y los implantes metálicos. Teniendo en cuenta que la preservación del lomo

alveolar es más importante en el servicio de la prótesis inmediata.

Se llegó a la conclusión que el valor de la reabsorción alveolar disminuyó de 30 a 20% durante los primeros 12 meses, en pacientes a los cuales no se realiza la cirugía de hueso, por ello se propuso que la cirugía sea evitada para preservar el volumen alveolar tanto como sea posible. (Gráfica #4).



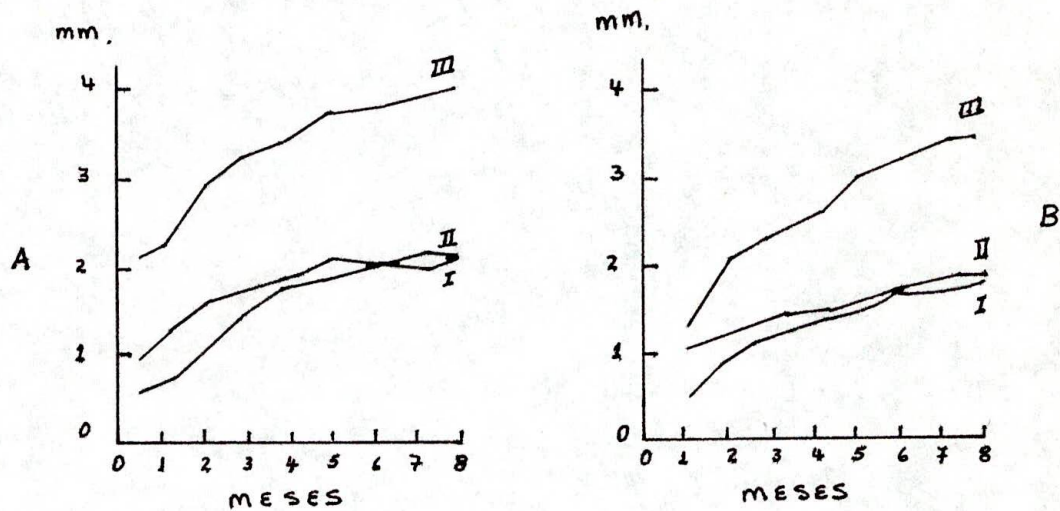


Figura No. 4

Reducción de la cresta alveolar. A, horizontal; B, vertical durante 8 meses; I, sin remoción de hueso; II, con moderada remoción de hueso; III, con extensa remoción de hueso.

VII - PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACION DE LA PROTESIS TOTAL INMEDIATA

7.1 PROCEDIMIENTO CLINICO Y DE LABORATORIO

7.1.1 Impresiones Preliminares

Las impresiones se toman con cubetas comerciales metálicas perforadas, y el material de elección es el hidrocoloide irreversible. La precisión dependerá del vaciado inmediato del modelo después de retirar la impresión de la boca. Este modelo de yeso se emplea para la determinación final de la vía de insertación de la dentadura; es sobre este modelo que se fabrica el portaimpresiones individualizado.

"Bocher" describe una forma para la toma de la impresión preliminar. "Las cubetas perforadas comerciales se adaptan a los tejidos blandos mediante el agregado de cera Utility en los bordes. Asimismo se cubre con cera el centro de la zona palatina de la cubeta superior para lograr una mayor aproximación de la cubeta al paladar. Los bordes de cera proporcionan la extensión adecuada de la impresión junto con un soporte para el alginato. Si la cera se transparenta a través de la superficie de la impresión como resultado del contacto con los tejidos, esto no perjudicará a la impresión pues debido a su blandura no produce sobre compresión.

7.1.2 Cubetas Individuales, Impresiones Definitivas

La confección de las cubetas individuales depende de la técnica de impresión que se utilizará.

Existen dos técnicas que han dado muy buenos resultados: La primera de ellas consiste, en confeccionar cubetas individuales en resina autopolimerizante, sobre el modelo preliminar con su respectivo espaciador de cera, si utilizamos una impresión con elastomero (mercaptano), aplicaremos un adhesivo para mercaptano, con esta se obtienen excelentes resultados; se debe tener muy en cuenta la perfecta adaptación de los bordes de la cubeta.

La segunda técnica involucra un sistema combinado, se confeccionan cubetas de resina autopolimerizante adaptándolas únicamente a los segmentos desdentados; procedemos a la rectificación ó refinación de los bordes de las aletas bucales y de las zonas del sello palatino posterior por medio de un sellado periférico que se realizará con compuesto de modelar de baja fusión. A esta cubeta se le confeccionarán agarres en la zona vestibular para la retención del alginato superpuesto en una cubeta comercial. Procedemos a tomar la impresión con pasta zinquenólica. Esta impresión seccional se prueba y se le quita todo el material de exceso y se vuelve a colocar en la boca; se elige una cubeta comercial perforada que acomode los dientes remanentes y el repliegue mucoso que está sobre ellos y se llena la cubeta con alginato. Se coloca alginato por vestibular

de los dientes antes de insertarse la cubeta cargada en la boca. Una vez gelificado el alginato salen juntas 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.

7.1.3 Registro Bicondilo – Maxilar

Para ello se necesita confeccionar y adaptar una base de registro rígida, estable y que se ajuste a la boca con precisión, (plato base); esta base de registro se emplea para las relaciones de los maxilares y colocar los dientes artificiales. Luego colocamos rodillos oclusales en cera, sobre la base de registro, en las posiciones que posteriormente serán ocupadas por los dientes artificiales, se emplean para ayudar a establecer el plan de oclusión para los dientes maxilares posteriores, - procedemos a la estabilización del rodete teniendo en cuenta el plano de camper y el eje bifupilar.

Teniendo esto, se hace la transferencia al articulador por medio de el arco facial.

7.1.4 Registro de las relaciones maxilo-mandibulares

En este procedimiento se hará un esfuerzo para registrar a la vez las posiciones horizontales de los cóndilos en sus relaciones terminales posteriores con las fosas, así como las posicio-

nes verticales de los cóndilos en sus relaciones superiores con las fosas. (Posición de relación céntrica).

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

Al mismo tiempo que se realizan estas relaciones posterosuperiores de los cóndilos, deberán estar en contacto máximo las superficies oclusales de los rodetes, teniendo en cuenta por supuesto el establecimiento de la dimensión vertical; adecuada para nuestro paciente. Llevamos al paciente a su posición de relación céntrica y aseguramos la posición mediante la utilización de ganchos metálicos entre los rodetes. Con este registro montamos el modelo inferior en el articulador.

7.1.5 Importancia de la Dimensión Vertical

La Dimensión vertical oclusal en la dentición restante, no es necesariamente la dimensión vertical oclusal, que deberá ser reproducida en las dentaduras.

La erupción continua de los dientes quizá no se ha realizado en armonía con la atrición de las superficies dentarias. Sin embargo no siempre la atrición de los dientes indica que debe aumentarse la distancia interoclusal, ya que el reborde alveo-

lar, los dientes, ó ambos, pueden haberse extruido ó desplazado, conservando la distancia interoclusal fisiológica aceptada. El aspecto de cierre exagerado no siempre indica la necesidad de aumentar la distancia interoclusal, ya que la falta de armonía entre relación terminal de los maxilares y la posición de máxima intercuspidadación provoca este aspecto. Los contactos de los dientes restantes se utilizan como guía para establecer la dimensión vertical oclusal, pero el aceptar su oclusión como correcta puede ser un error.

7.1.6 Selección de dientes y Cirugía del Modelo

La forma, tamaño y color de los dientes artificiales deberán armonizar con los dientes naturales, a menos que el paciente desee un cambio.

Ahora procedemos a planear en detalle la intervención quirúrgica, con el objeto de preparar el modelo adecuadamente.

Aceptada la selección de 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.

Aspectos a tener en cuenta para la cirugía del modelo:

7.1.6.1 Diseño del Borde Oseo

La posición del borde alveolar con respecto al gingival es el primer dato importante para operar un 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 periodontalmente hay salud, la unión ligeramente ondulada, siguiendo el borde gingival a un par de milímetros. 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.

7.1.6.2 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 "alvéolo", dentro del cual se introduce el cuello de cada diente artificial, completándolo luego el acrílico de base. 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.

7.1.6.3 Exodoncia con ligera regularización del borde alveolar

La alveolectomía, así sea ligera, se hace más clara la ventaja de la prótesis con encía artificial, porque ésta requiere le-

vantar colgajo y, en general, resulta poco prudente dejar un colgajo en contacto con una prótesis movable sin suturarlo; y al suprimir las crestas interdentarias, aumentan las probabilidades de defecto estético en la prótesis abierta.

7.1.6.4 Extracciones con alveolectomía moderadora

No se pueden dar normas absolutas para esta intervención, puesto que los distintos casos plantean problemas diferentes. Se trata casi siempre del maxilar superior. La topografía del caso, el estudio radiográfico para las relaciones con los senos maxilares y el conducto palatino anterior, las relaciones con los antagonistas y, a veces, la línea de los labios, son los indicadores que guían al protesista para estimar la alveolectomía mínima indispensable.

7.2 CAMBIO DE DIENTES

Este cambio de los dientes del modelo, por los artificiales, - ofrece tres variantes como son: Imitación de lo existente; reproducción de los dientes naturales con modificaciones y cambio de dientes con alteraciones importantes. En síntesis, en éste procedimiento cada paciente deberá ser considerado como un individuo; completamente aislado. Los cambios de posición, tamaño, forma, se discuten con el paciente tan pronto se descubra que son necesarios, debiéndose obtener su consentimiento. "Las dentaduras han resultado un fracaso total en caso en que el paciente fue sorprendido". (S. Winkler).

7.2.1 Imitación de lo Existente

Si el cambio debe hacerse en un modelo con dientes de yeso, la técnica consiste en:

- Elegir, tallar y preparar un incisivo central, imitando el correspondiente del modelo.
- Con una sierra Ney ó un disco de carburo, separar de sus vecinos el incisivo central imitado y cortarlo cuidadosamente por el cuello. Rebajar el yeso de modo que por palatino llegue justo a nivel de la encía y por vestibular lo que se haya calculado de alveolectomía necesaria.
- Pegar con cera el diente artificial en su sitio, de modo que el cuello y el borde incisivo queden exactamente igual que el anterior.
- Repetir la maniobra con los demás dientes, pegándolos - siempre cuidadosamente.

Se puede lograr mejor control, dibujando en el modelo de yeso los ejes mayores de los dientes y se marca en éstos una distancia determinada, por ejemplo 15 mm. a partir del borde incisivo.

7.2.2 Reproducción de los dientes naturales con modificaciones

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

En ocasiones cuando se hace necesario un levantamiento de mordida, la sustitución no se hará diente por diente, sino que, según el grado de modificación que se requiere 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.

7.2.3 Cambio de dientes con alteraciones importantes

Suelen estar comprometidas situaciones como levantamientos de mordida, cambios de articulación ó la indicación de una alveolectomía correctora.

El procedimiento, es en principio, siempre el mismo, pero el criterio necesario cada vez mayor. En casos en que la prótesis inmediata está indicada para ambos maxilares, es necesario planear el cambio, pues, si es posible, conviene operar ambos maxilares por separado. No conviene colocar una prótesis inmediata completa en el maxilar superior sin que existan los dientes posteriores inferiores.

VIII - TERMINACION DE LA PROTESIS

Una vez que hayamos concluído el encerado y completada la articulación, se hará la correspondiente caracterización de la prótesis. La postura en mufla hasta la terminación sigue ahora el procedimiento habitual. 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.

IX - CIRUGIA Y COLOCACION DE LA PROTESIS

En la realización de la cirugía, debemos tener en cuenta las tres indicaciones más frecuentes de la alveolectomía complementaria de las exodoncias que deben seguirse de prótesis inmediata: facilitar las extracciones (Avulsora), alisar las crestas (estabilizadoras), o modelar el maxilar (modeladora); previamente planeadas en el modelo.

9.1 ALVEOLECTOMIA AVULSORA

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

9.2 ALVEOLECTOMIA 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.

9.3 ALVEOLECTOMIA ESTABILIZADORA

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 ligeramente.

El procedimiento quirúrgico siguiente, se basará en el tratamiento de prótesis inmediata en que se realizará la exodoncia de los 6 únicos dientes remanentes anteriores superiores.

Se utiliza un bloqueo infraorbitario e infiltración palatina para anestesia local. Los dientes se retiran de modo que se conserve la mayor cantidad de hueso y tejidos blandos; dentro de lo planeado en el modelo de trabajo. Debe recordarse que el levantamiento del periostio o la denudación del hueso alveolar da como resultado una pérdida ósea excesiva. Los tejidos blandos desgarrados cicatrizan con lentitud. Cuando los tejidos no son desgarrados no hay necesidad de recurrir a la sutura.

Después de la extracción de los dientes el Odontólogo responsable del tratamiento protético insertará la dentadura y determinará si se requiere alguna otra cirugía no anticipada. En ocasiones una frenilectomía labial es recomendable; si éste es el caso se procede a realizarla. Se retira la dentadura y se pide al paciente que cierre contra una gasa esteril, hasta que haya cesado el sangrado.

La utilización de una transbase quirúrgica, confecciona mediante la técnica al vacío, con lámina de acetato, siendo la réplica exacta de la base de la prótesis, nos permite adaptar quirúrgicamente el maxilar a la prótesis, pues probando esa base luego de las exodoncias, se verán por transparencia los sitios isquémicos debidos a la compresión de la mucosa operada, y se puede rebajar el hueso hasta lograr calce conveniente.

9.1 INSERCIÓN DE LA DENTADURA

Cuando se haga una dentadura total ó parcial removible, antagonista a prótesis inmediata, es aconsejable insertarla y hacer cualquier corrección que pueda realizarse antes de la inserción de la dentadura inmediata.

Para la inserción es indicado:

- Se lava y se seca el lado tisular de la dentadura, y aplicamos una capa delgada y uniforme de pasta para revelar presión al lado tisular.
- Se inserta, retira, e inspecciona buscando zonas de presión, cuando se haya determinado que la pasta reveladora de presión fue eliminada por pasar sobre una zona ósea retentiva, se aliviará el lado tisular de la base mediante el desgaste con una fresa para acrílico, seguida de un pulido. Cualquier edema de los tejidos blandos deberá ser considerado, y si se determina que la distorsión en la pas

ta fue causa por edema no se hace el alivio.

- Vuelve a secarse la superficie tisular aplicando de nuevo, otra capa delgada de pasta. Se inserta la dentadura, evitando la presión innecesaria e indicando al paciente que degluta varias veces. Se retira la dentadura y se inspecciona buscando áreas de presión. Se presta atención especial a la zona de la sutura palatina media y la papila incisal.

- Se indica al paciente la forma de insertar y retirar la dentadura.



X - INSTRUCCIONES POST- OPERATORIAS

Es necesario dejar la prótesis en la boca durante las primeras 24 horas, pero será necesario retirar cualquier prótesis removible antagonista a la hora de dormir.

Se le advierte al paciente que si retira la prótesis inmediata, es posible que se produzca un edema de los tejidos y el volverla a colocar será imposible o muy doloroso. El dolor producido por el trauma de la cirugía, no se alivia retirando la prótesis, para ello será necesario prescripción de analgésicos. Se utilizará una compresa fría externa sobre el área de la cirugía en forma alterna a intervalos de diez minutos durante tres horas.

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

Se le aconseja al paciente que no mastique durante las primeras 24 horas y se le indica una dieta líquida.

10.1 PRIMERA VISITA DESPUES DE LA INSERCION

No se aconseja preguntar al paciente si ha experimentado problemas hasta que se hayan realizado ciertos procedimientos:

- Permitirle lavarse la boca con solución astringente tibia

y diluída, indicándole que evite los movimientos exagerados y vigorosos al enjuagarse ya que puede desalojar la dentadura maxilar.

- Luego se le pide al paciente retirar cualquier prótesis mandibular removible e inspeccionar los tejidos blandos buscando señales de trauma. Se harán las correcciones si se determina que el daño no está relacionado con la oclusión.

- Se le indica que retire la dentadura maxilar de la siguiente forma: lavar vigorosamente con el enjuague bucal. Cerrar los labios, también las narinas con el pulgar y el dedo medio e hinchar los carrillos soplando. Esta acción desaloja la dentadura de su sitio facilitándole el retiro sin traumatizar los tejidos blandos.

10.1.1 Corrección de la Oclusión

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

Si se registran errores de oclusión se ajusta alterando los véru

tices de las cúspides, siguiendo los mismos principios y - procedimientos que se utilizan para las prótesis completas.

10.2 SEGUNDA VISITA DESPUES DE LA INSERCION

Esta visita se realiza seis días después de la inserción de la dentadura. Los procedimientos serán los mismos que en la primera visita a excepción de la corrección oclusal.

Después de los ajustes usuales, se atenderán las prótesis de acuerdo con las condiciones individuales que varían ampliamente. Es necesario citar al paciente por lo menos cada tres meses para determinar la magnitud del cambio que se ha producido. Si hay dificultades de retención durante este período se puede usar sobre la superficie tisular de la prótesis algún acondicionador de los tejidos. Estos materiales se caracterizan por la propiedad de conservar su fluidez durante un cierto período, lo cual permite equilibrar el tejido y la presión oclusal. Si así se requiere, es factible repetir este procedimiento y permite al Odontólogo mantener la adaptación de las prótesis durante el tiempo de los rápidos cambios tisulares. De esta forma se controla en forma bastante efectiva el peligro del cambio en la relación oclusal.

XI - PROTESIS DE TRANSICION

11.1 VENTAJAS DE LA PROTESIS DE TRANSICION

Existen muchas ventajas en su utilización. Deben ser obligatorias para pacientes con enfermedad periodontal grave. Estas personas siempre han presentado el problema de la conservación de la mayor parte del reborde alveolar que sea posible. Cuando la prótesis es instaurada después de un tratamiento adecuado de exodoncia, habrá un mínimo de traumatismo, y el reborde resultante es de una calidad que no alcanza a creerse después de la cicatrización. La colocación de una dentadura de transición, permite al Odontólogo mediante un ajuste oclusal progresivo y materiales para el acondicionamiento de los tejidos ayuda al hueso de soporte, músculos y articulaciones a alcanzar un estado más normal y saludable.

Para los que presentan topes posteriores en su propia dentición antes de la exodoncia, la colocación de una prótesis de transición conserva la salud de las articulaciones, músculos y fisiología bucal en lugar de obligarlo a acostumbrarse al estado desdentado, y sus anomalías en cuanto a dieta, fonética y aspecto.

Las dentaduras de transición se emplean durante la construcción de las nuevas y funcionan como de refacción si algún accidente ocurriera a las dentaduras nuevas en cualquier momento. Son buenos sustitutos temporales y pueden usarse para conservar los tejidos bucales durante el rebase ó reparación

de las segundas dentaduras. El costo de la dentadura de transición en cuanto a tiempo y servicios no excesivo; en realidad, comparable con el costo de rebasar dentaduras inmediatas, que suele ser necesario durante el primer año.

Una de las más importantes ventajas es la conservación de la máxima cantidad del reborde alveolar con un mínimo de traumatismos y edema. No es necesario realizar la eliminación deliberada de hueso. Se conservan los tejidos gingivales y el tabique óseo, ya que estos tejidos proporcionan un buen cojín para la dentadura.

11.2 PROCEDIMIENTOS CLINICOS Y DE LABORATORIO

Tomamos una impresión en alginato (hidrocoloide irreversible) de los maxilares y dientes restantes y se elimina el exceso de humedad de la impresión con aire. Se calienta un poco de cera rosada y se vacía en las impresiones de los dientes hasta el borde ó margen gingival; posteriormente una vez la cera haya endurecido, se vacía el resto del modelo en yeso tipo IV.

A los 20 minutos, hacemos un segundo modelo en yeso piedra. Este segundo juego de modelos nos sirve para formar una placa base para confeccionar los registros intermaxilares, y a la vez servirá como un modelo de referencia para el segundo juego de dentaduras. Se hace un registro de relación céntrica de los maxilares sobre rodillos oclusales de cera. Los modelos

y el registro interoclusal de cera se montarán en un articulador de "línea plana", colocándose los dientes faltantes con una buena oclusión céntrica. Si aún existen suficientes dientes posteriores, no será necesario montar los modelos en el articulador. El encerado se termina, empleando un grosor doble de cera en el borde y adelgazándolo cerca de los cuellos de los dientes.

Las dentaduras de cera se enfrasan con su respectiva matriz de yeso piedra; deberán tomarse todas las precauciones para que la cera se ablande, pero no se derrita. Todos los dientes se harán con resina acrílica del color de diente, que será empacada en los moldes proporcionados por los dientes de cera. Se permite a las resinas comenzar su proceso de polimerización.

Posteriormente con un cuchillo de prótesis se eliminan las prominencias sobre el modelo pertenecientes a los dientes extraídos, hasta el nivel del margen gingival, aunque tiene que conservarse un contorno convexo donde los dientes serán extraídos. No debe recortarse demasiado el modelo, ya que esta dentadura ha de poseer un ajuste muy pasivo. La porción posterior del modelo es raspada desde la escotadura pterigoidea de un lado hasta la del contrario para formar un sello palatino posterior y permitir los cambios dimensionales en la resina acrílica curada.

La base de resina para dentadura de color rosa se empaca, y como precaución, las superficies ó extremos cervicales de los

dientes de resina se flamean para formar una pequeña costura sobre estos. Esto se realiza antes de empacar la resina acrílica de color rosa. Luego procedemos a prensar y a curar, permitiendo enfriar a temperatura ambiente.

Se pulen las dentaduras y cualquier zona retentiva en el lado tisular se elimina. Se proporciona alivio adecuado en cualquier zona de presión, tal como los frenillos labiales y bucales.

11.3 ASPECTO QUIRÚRGICO

Muchos Odontólogos prefieren efectuar la operación en el hospital bajo anestesia general; esto da buen resultado ya que ofrece el máximo de conveniencia y serenidad para el paciente. Sin embargo igualmente se puede realizar en el consultorio con el máximo número de medidas de asepsia. Al igual que en la prótesis inmediata convencional debe seguirse una dieta blanda, aunque nutritiva, durante algunos días hasta que los coágulos sanguíneos estén bien establecidos.

Estéticamente no deben hacerse cambios en las posiciones de dientes, y esto hará que la transición a las dentaduras sea lo menos notoria posible.

11.4 ATENCION POSTERIOR

Después de un tiempo se realizan modificaciones graduales en

las posiciones de los dientes. Es necesario ver al paciente a intervalos frecuentes durante el período de cicatrización para ajustar la oclusión según sea necesario, colocar rebases acondicionadores en la prótesis tan pronto como cierren los alveolos, y mantener al paciente en óptimas condiciones.

La prótesis de transición se usan un mínimo de doce semanas y llegan a utilizarse durante cuatro ó cinco meses. Luego se tornará muy aparatosa debido a los rebases y ocurrirá un cambio considerable dentro de la boca y urge confeccionar la segunda prótesis; ya para este tiempo los tejidos que cubren los rebordes habrán cicatrizado, se habrá conservado a sí mismo la dimensión vertical y la función muscular, así como el soporte adecuado para los labios y otros factores que afectan la apariencia del paciente.

CONCLUSIONES

1. Con una comprensión de la anatomía, fisiología y psicología de nuestros pacientes, la prótesis inmediata se presenta como la adecuada solución para aquella persona que no puede someterse a un tratamiento convencional de prótesis total debido a una vida muy activa en los negocios y la sociedad.
2. En la realización de la prótesis inmediata es necesario tener en cuenta y a la vez concientizar al paciente que éste no es un tratamiento definitivo, y al cabo de un tiempo se deberá confeccionar la prótesis definitiva.
3. La prótesis de transición al igual que la prótesis inmediata, además de utilizar un tiempo mínimo en su confección ayuda a conservar un máximo de contorno del reborde alveolar.