



COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO

c. Acceso

N.º Top. M. 269 1988

Compra Canje Donación

Editorial

Solicitado por

Fecha

Precio

T.O. 269
1988

00294

MANUAL DE PROCEDIMIENTO CLINICO EN PROTESIS TOTAL
INMEDIATA

MARTHA LUCIA ARAQUE PINEDA

BOGOTA

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

1988

MANUAL DE PROCEDIMIENTO CLINICO EN PROTESIS TOTAL
INMEDIATA

MARTHA LUCIA ARAQUE PINEDA

Monografía presentada en cumplimiento parcial de los requisitos exigidos para optar al título de :
Odontólogo.

Director:

Dr. Jaime Villamizar Lamus

BOGOTA

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

1988

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

DIRECTIVA

| | |
|----------------------|-----------------------------|
| Rector | : Dr. Jorge Arango Tamayo |
| Decano | : Dra. Marisol Arango Mejía |
| Vicedecano | : Dr. Jairo Forero Morales |
| Secretario Académico | : Dr. Luis Felipe Falla |
| Coordinador | : Dr. Roberto Arciniegas |

Bogotá, D.E., mayo 20 de 1988

Doctora
MARISOL ARANGO MEJIA
Decano
Colegio Odontológico Colombiano
La ciudad:

Por medio de la presente hago entrega de mi trabajo de grado ti
tulado "MANUAL DE PROCEDIMIENTO CLINICO EN PROTESIS
TOTAL INMEDIATA", el cual realicé con el fin de dejar a la
Universidad una guía de consulta de dicho tema.

En las ideas, investigación y análisis recibí la asesoría del Dr.
JAIME VILLAMIZAR LAMUS docente del Colegio Odontológico
Colombiano.

Atentamente,

Martha Lucía Araque P.

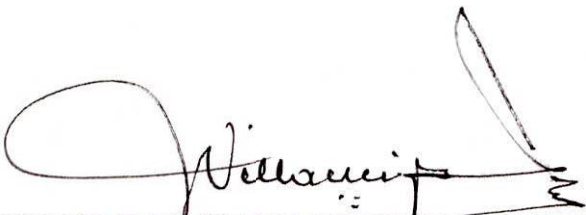
Martha Lucía Araque Pineda.

Bogotá, D.E., mayo 20 de 1988

Doctora
MARISOL ARANGO MEJIA
Decano
Colegio Odontológico Colombiano
La ciudad:

En cumplimiento parcial de los requisitos exigidos para optar al título de Odontólogo, la alumna Martha Lucía Araque Pineda, me presentó la monografía titulada: "MANUAL DE PROCEDIMIENTO CLINICO EN PROTESIS TOTAL INMEDIATA", la cual corregí y aprobé.

Atentamente,


Director: Dr. Jaime Villamizar Lamus

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer de manera muy especial al Dr. JAIME VILLAMIZAR LAMUS, director de la presente monografía, quien durante los últimos semestres clínicos de mi carrera me brindó sus conocimientos y experiencias profesionales y porque gracias a su asesoría y colaboración logré realizar este trabajo que hoy entrego como documento de consulta al cuerpo docente y alumnado de esta prestigiosa institución.

DEDICATORIA

A mi esposo, padres y suegros, por su cariño y apoyo constante durante toda mi carrera.

CONTENIDO

| | Pág |
|---|-----|
| INTRODUCCION | 1 |
| 1. PROTESIS TOTAL INMEDIATA | 2 |
| 1.1 CONCEPTO | 2 |
| 1.2 UTILIDAD | 4 |
| 1.3 REQUISITOS | 4 |
| 1.4 DIAGNOSTICO | 5 |
| 1.5 VENTAJAS | 7 |
| 1.6 INCONVENIENTES Y CONTRAINDICACIONES | 8 |
| 1.7 MOMENTO DE COLOCAR LA PROTESIS INMEDIATA | 10 |
| 2. TECNICA PARA LA ELABORACION DE LA PROTESIS TOTAL INMEDIATA | 11 |
| 2.1 PASO 1: Indicaciones Generales | 12 |
| 2.2 PASO 2: Toma de Fotografías extrabucales e intrabucales | 12 |
| 2.3 PASO 3: Ejercicio para la relación maxilar (Film <u>i</u> | |

| | | |
|-------|---|----|
| | nas 4) | 15 |
| 2.4 | PASO 4: Selección y preparación del portaimpresio- nes | 15 |
| 2.5 | PASO 5: Toma de la impresión preliminar | 16 |
| 2.6 | PASO 6: Vaciado del modelo | 16 |
| 2.7 | PASO 7: Preparación del maxilar posterior (Filmi- na 7 y 8). | 17 |
| 2.8 | PASO 8: Trazado del contorno del portaimpresiones (Filminas 9 y 10) | 18 |
| 2.9 | PASO 9: Hechura del portaimpresiones individualiza- do | 19 |
| 2.10: | PASO 10: Rodillos oclusales de Modelina (Filmina 11) | 19 |
| 2.11: | Ajuste del portaimpresiones individualizado | 20 |
| 2.12: | PASO 12: Toma de la impresión final | 23 |
| 2.13: | PASO 13: Hechura del Modelo Final (Filmina 18)..... | 27 |
| 2.14: | PASO 14: Hechura de la base de registro (Filmina 19) | 27 |
| 2.15: | PASO 15: Transferencias con el arco facial (Filmina 21) | 29 |
| 2.16: | PASO 16: Registro de las relaciones maxilares | 31 |
| 2.17: | PASO 17: Establecimiento de la dimensión vertical de descanso (Filmina 23) | 31 |

| | | |
|--------|--|----|
| 2.18: | PASO 18: Registro de las relaciones maxilares tentativas | 32 |
| 2.19: | PASO 19: Montaje en el articulador (Filmina 25) ... | 33 |
| 2.20: | PASO 20: Selección de los dientes artificiales | 34 |
| 2.21: | PASO 21: Colocación de los dientes para la prueba (Filminas 26 y 27) | 36 |
| 2.22: | PASO 22: Contorneo de la cera..... | 38 |
| 2.23: | PASO 23: La prueba | 38 |
| 2.24: | PASO 24: Operación del Modelo Maxilar | 41 |
| 2.25: | PASO 25: Colocación de los dientes maxilares anteriores (Filmina 30) | 42 |
| 2.26: | PASO 26: Procedimientos de laboratorio | 45 |
| 2.27: | PASO 27: Preparación de la visita para la inserción de la dentadura | 48 |
| 2.28: | PASO 28: Visita para la inserción de la dentadura.. | 49 |
| 2.28.1 | Procedimientos Quirúrgicos | 49 |
| 2.28.2 | Inserción de la dentadura: (Filminas 41 y 42) | 52 |
| 2.28.3 | Corrección Oclusal (Filmina 43) | 54 |
| 2.29: | PASO 29: Despido del paciente | 55 |
| 2.30: | PASO 30: Primera visita después de la Inserción... | 56 |
| 2.31: | PASO 31: Segunda visita después de la Inserción (Filminas 44 y 45) | 58 |

| | | |
|-----|---|----|
| 3. | SERVICIO DE TRANSICION DE LA PROTESIS IN- | |
| | MEDIATA (Filmina 46) | 59 |
| 3.1 | PRIMER REBASADO | 59 |
| 3.2 | RENOVACION O REMONTA | 60 |
| | CONCLUSIONES | 61 |
| | BIBLIOGRAFIA | 64 |
| | ANEXOS: LISTADO DE FILMINAS | 65 |

INTRODUCCION

Es una gran satisfacción colocar al servicio del cuerpo docente y del personal de estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano, el presente trabajo titulado: "MANUAL DE PROCEDIMIENTO CLINICO EN PROTESIS TOTAL INMEDIATA", el cual enfoca de manera clara y sencilla cómo desarrollar en un orden progresivo el tratamiento del paciente que ha llegado a nuestro consultorio a exponer su caso y que espera de nosotros como profesionales en la Odontología una solución totalmente efectiva.

Está en nuestro saber y experiencia clínica el rehabilitar oral, psicológica y socialmente al paciente y hacer de él un ser que recupere toda su confianza y capacidad.

Ese éxito que obtengamos en un tratamiento se debe a la preparación académica recibida, a los casos clínicos tan sabiamente expuestos por los docentes y a la ética con la que obremos como profesionales.



1. PROTESIS TOTAL INMEDIATA

1.1 CONCEPTO

Se entiende por prótesis inmediata la colocación de aparatos protéticos inmediatamente después de las extracciones. No hay acuerdo en cuanto al tiempo que debe pasar entre la cirugía y la prótesis para que ésta se califique de inmediata.

Sin embargo, toda prótesis colocada algunos minutos, horas, o pocos días después de las extracciones participa de las caractereísticas esenciales de las prótesis inmediatas:

1. El sujeto no se ha acostumbrado a estar sin dientes.
2. El aparato es colocado sobre brechas quirúrgicas sólo cubiertas por sus coágulos aún no consolidados.
3. Durante el primer período, al mismo tiempo que a la instalación de la prótesis se atiende un postoperatorio in

mediato que evoluciona en contacto con ella.

Por lo tanto podemos considerar "prótesis inmediata", todo aparato que se coloca minutos o días después de las extracciones, pero siempre antes del cierre de la brecha o las brechas quirúrgicas, el que puede considerarse terminado con la epitelización del coágulo.

La prótesis inmediata, cualesquiera sean la técnica seguida y el momento en que se la coloque, asienta sobre los tejidos en cicatrización y que muy probablemente sufrirán modificaciones importantes al cabo de poco tiempo; de lo cual debe estar enterado tanto el paciente, como el profesional.

En este tipo de prótesis hay que prever reajustes próximos al período de instalación y, probablemente, el rebasado y aún la confección de una segunda prótesis.

El paciente debe tener conciencia clara de esta situación, pues solo así puede afrontarla sin un nuevo sufrimiento y sin cargar sobre el odontólogo una responsabilidad que no le corresponde.

1.2 UTILIDAD

El concepto claro de sus limitaciones no resta a esta prótesis su valor esencial: es el medio de reducir la tragedia física y psíquica del desdentamiento y de permitir la transición de la dentadura natural a la artificial sin colapso facial ni alteración estética desfavorable.

Para prestar a conciencia los servicios que se deben esperar de la prótesis inmediata, debe comprenderse claramente que su alcance es de índole moral y psíquico tanto como de orden anatómico y fisiológico.

1.3 REQUISITOS

Para determinar si el tratamiento es un éxito o un fracaso, deberán establecerse requisitos o normas mediante las cuales pueda valorarse con precisión la dentadura.

Para lograr el máximo grado de éxito, la dentadura completa inmediata ha de satisfacer las siguientes normas:

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

1.4 DIAGNOSTICO

Existen muchas técnicas aceptables para llegar a un diagnóstico cuando se contempla fabricar una dentadura convencional inmediata. Siempre que se siga cualquiera de estos procedimientos diagnósticos necesitan recordarse los siguientes factores:

1. No debe considerarse que los procedimientos diagnósticos para el individuo parcialmente dentado son los mismos 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 pato

lógicas, así como del estado anatómico y psicológico y su relación con la situación local y general del paciente.

2. Datos estadísticos en números significativos 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. Esta es una prueba de que la aceptación del paciente no es un motivo para apearse a determinado procedimiento.
3. El plan de tratamiento y 'no' el diagnóstico es afectado por la aceptabilidad del paciente, el tiempo requerido por el dentista y el individuo, y el gasto total.
4. El diagnóstico es un proceso continuo a través de todo el tratamiento. Una persona que ha sido educada correctamente en los procedimientos no critica al dentista, quien por motivos científicos debe alterar el plan de tratamiento.
5. Durante la consulta y los procedimientos de diagnóstico hay que educar al paciente con respecto a sus responsabilidades dentro del tratamiento.

1.5 VENTAJAS

La prótesis inmediata representa los siguientes beneficios:

1. No permite la pérdida de la dimensión vertical, pues reemplaza el tope oclusal natural.
2. Evita violencias a las articulaciones temporomaxilares.
3. Permite a la musculatura facial seguir funcionando en sus posiciones normales.
4. Evita la mayor parte de los trastornos fonéticos del desdentamiento.
5. Impide el ensanchamiento lingual.
6. Impide el colapso labial.
7. Impide el hundimiento de las mejillas.
8. Impide el colapso estético y hasta introduce mejoras.
9. Facilita la decisión de sacrificar los dientes naturales cuando es preciso; a la vez que reduce al mínimo los trastornos inmediatos.

10. 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.
11. La acción de férula o apósito protege no sólo la herida sino que también el coágulo sanguíneo, facilitando así la rápida cicatrización.
12. Permite pasar de la dentadura natural a la artificial con mínimo desintegramiento de la personalidad psíquica y física.

1.6 INCONVENIENTES Y CONTRAINDICACIONES

Los inconvenientes de la prótesis inmediata son casi todos de orden secundario.

1. Exigir una técnica de mucha precisión. La prótesis inmediata tiene derecho a fracasar, pues si queda defectuosa se rá absolutamente intolerable sobre heridas frescas.
2. Aumenta considerablemente el precio del servicio, pues no solo es casi imprescindible hacer dos juegos de dentaduras,

sino que exige un trabajo dispendioso, además de que se hace necesario rebasar la primera prótesis una, dos o más veces.

3. Puede presentarse inflamación congestiva de la mucosa, la cual es necesario tratar ya sea para rebasar la dentadura o para hacer una nueva.
4. La cura de esta inflamación exige principalmente, no usar la dentadura, para lo cual los pacientes que núnca han estado sin dientes, se muestran reacios y prefieren conservar la puesta con la inflamación.
5. Está contraindicada en personas que no valoran su importancia y no están dispuestas a someterse a las molestias y a la colaboración que esta exige.
6. Contraindicada también en personas cuyo estado de salud general es muy deficiente lo que impide someterlas a las incomodidades de la prótesis; por ejemplo: pacientes con potencial de cicatrización muy lento.
7. Individuos con trastornos emocionales.

1.7 MOMENTO DE COLOCAR LA PROTESIS INMEDIATA

El momento habitualmente más oportuno para colocar la prótesis inmediata es el que sigue posteriormente a las extracciones, lo cual exige la prótesis previa. Esto ocurre en el 90% de los ca
sos.

Pero a veces se encuentra más razonable empezar por las extracciones en aquellos casos en que la topografía bucal, el grado y tipo de desdentamiento ya existente, el estado de los dientes remanentes o la necesidad de intervención quirúrgica inmedia
ta eliminan la posibilidad de preparar la prótesis previa, o sea por razones de tiempo o de dificultad técnica. No hay inconveniente en tomar impresiones inmediatamente de obtenida la hemos
tasia o a las 12, 24, 48 horas más tarde; y la prótesis puede prepararse en el mismo día o para el día siguiente.

2. TECNICA PARA LA ELABORACION DE LA PROTESIS TOTAL INMEDIATA

Las técnicas para preparar prótesis inmediatas después de las extracciones son exáctamente las mismas que para prótesis regulares. Lo importante es no olvidar que existen y que pueden aplicarse, porque la prótesis inmediata no se caracteriza por la técnica con que se la realice, sino por su función de prótesis de transición.

Cuando se desea preparar las prótesis para tenerlas listas antes de las extracciones, aparecen circunstancias que imponen peculiaridades a la técnica. Las impresiones, por ejemplo, suponiendo un caso de prótesis completa, son impresiones para desdentado completo a pesar de la presencia de dientes; deben tener recorte muscular y sellado periférico, pero deben romperse o deformarse para retirarlas de la boca. La mordida es de desdentado parcial, pero la articulación es de desdentado completo. Además en muchos casos debe cambiarse la posición y articulación de

los dientes. Se reúnen pues las dificultades de la prótesis con los imprevistos de la cirugía. De ahí la seriedad con que debe realizarse la técnica y la seguridad con que hay que proceder hasta el final.

2.1 PASO 1: Indicaciones Generales

Repasar las instrucciones en el uso y cuidado de las dentaduras que se dieron al paciente en forma verbal y, por escrito durante la visita para el diagnóstico y la valoración. Por lo general no siempre entienden todas las instrucciones, en especial el motivo por el que se presentan estos cambios en los tejidos y sus consecuencias.

2.2 PASO 2:

Toma de fotografías extrabucales e intrabucales (Filminas 1,2 y 3).

Las fotografías de frente y de perfil, a boca cerrada y mostrando los dientes, sirven para conservar el registro del aspecto del paciente antes de la intervención quirúrgica protética y, compararlo con los resultados, que pueden fotografiarse también.

La topografía facial es un auxiliar para establecer las relaciones maxilares al contornear las superficies pulidas de la dentadura para dar apoyo a labios y carrillos, para la colocación de los dientes y para la estética.

La fotografía intrabucal es útil para valorar el tamaño, contorno y posiciones de los dientes anteriores.

Estas fotografías pueden también constituir elementos de prueba en caso de pericia medicolegal.

2.3 PASO 3:

Ejercicio para la relación maxilar (Filmina 4).

Se colocan los dedos índice y medio bajo el borde inferior de la mandíbula y el pulgar en la punta del mentón. Se pide al paciente que abra en una posición relajada, se hace profusión del maxilar inferior y se retruye hasta que se siente que los cóndilos topan con sus respectivas fosas. Cuando los cóndilos hayan parado se le pide que cierre hasta que el primer diente o varios hagan contacto.

El tope o "golpe" de los cóndilos en la fosa, detectado por los receptores nerviosos somáticos en la articulación y sus alrededores notifica al sistema nervioso central de la relación específica entre cóndilo y fosa, así como de las relaciones espaciales de la mandíbula con respecto al maxilar.

Los receptores nerviosos somáticos en la inserción periodontal notifican al sistema nervioso central de las relaciones entre los dientes cuando entran en contacto.

Esta programación del sistema nervioso central ayuda al odontólogo a hacer un registro de las relaciones maxilares con máximo contacto dentario y los condilos en su posición más retruida y superior dentro de las fosas glenoideas.

Cuando este ejercicio sistemático se haya realizado, se le pide pararse frente al espejo por lo menos tres veces al día, colocando la punta de su dedo índice en el mentón y repetir en forma consciente el procedimiento. Así, en el momento de hacer los registros de las relaciones maxilares el proceso se lleva a cabo más fácilmente.

2.4 PASO 4:

Selección y preparación del portaimpresiones (Filmina 5).

Se selecciona un portaimpresiones perforado lo suficientemente grande para dar cabida y permitir el registro de toda el área basal, así como de los puntos de referencia anatómicos adyacentes importantes, y se alteran los bordes del portaimpresiones con cera blanda.

Cuando la prótesis inmediata se encuentra opuesta a dientes naturales, los dientes deberán ser restaurados hasta lograr un estado de salud satisfactorio y forma adecuada, así como establecer un plan de oclusión satisfactorio.

Cuando la dentadura inmediata esté opuesta a una prótesis parcial fija o removible, o prótesis total, su construcción tiene que ser en armonía con la construcción de la prótesis inmediata.



2.5 PASO 5:

Toma de la impresión preliminar (Filmina 6).

El paciente se encuentra cómodamente sentado erguido en el sillón dental con la base del cráneo descansando en el cabezal.

Al tomar la impresión el odontólogo debe colocarse por detrás del paciente; esta posición es por motivos de seguridad, comodidad y mejor control del portaimpresiones y del mismo paciente.

El material de elección es hidrocoloide irreversible. Este es preciso y no consume demasiado tiempo. La precisión dependerá del vaciado inmediato del modelo después de retirar la impresión de la boca.

2.6 PASO 6 :

Vaciado del modelo.

1. Se vacía la impresión una vez que el lado tisular haya sido lavado con un chorro suave de agua de grifo y eliminado el exceso de agua agitando la impresión.

2. Se retira el modelo de la impresión tan pronto como el yeso haya fraguado lo suficiente para no fracturarse.
3. Se recorta la base del modelo por conveniencia en el manejo y se coloca sobre una mesa plana para lograr delimitar al máximo el portaimpresiones.

El modelo de yeso se emplea para la determinación final de la vía de inserción de la dentadura; es sobre este modelo que se fabrica el portaimpresiones individualizado.

2.7 PASO 7:

Preparación del maxilar posterior (Filmina 7 y 8).

Para el práctico general, la mejor forma de extraer las piezas dentarias posteriores probablemente sea extraer todas las de un lado de un maxilar en una intervención y todas las del otro lado en otra, y hacer alveolectomias o no, suturar o no, según lo indicado por el caso y las preferencias personales del operador.

Se puede también extraer todos los posteriores de un máxilar o aún de los dos en una sola sesión, bajo anestesia local o general,

pero estas intervenciones extensas no son de aconsejar a quien no posea una amplia experiencia quirúrgica.

Terminadas las extracciones posteriores se despide al paciente por diez o quince días, o hasta que se haya producido la cicatriz inicial o hasta que los rebordes alveolares resistan la presión del dedo sin dolor. En general, dependerá sólo de la urgencia del paciente y si se puede esperar unas seis semanas, tan to mejor.

2.8 PASO 8 :

Trazado del contorno del portaimpresiones (Filminas 9 y 10).

Una vez que el portaimpresiones se ha trazado sobre el modelo, se fabrica un borde de cera de 3 mm de espesor siguiendo este trazo. Este borde ayuda a la retención de la resina acrílica y en la determinación del grosor del portaimpresiones.

Se hace fluir una capa delgada de cera hacia los espacios interproximales hacia cualquier defecto de la superficie palatina de los dientes y hacia las inclinaciones bucales del reborde alveolar residual posterior.

2.9 PASO 9 :

Hechura del portaimpresiones individualizado:

Es necesario poseer un portaimpresiones estable y preciso al registrar los tejidos que cubren la zona de soporte de la dentadura. Un portaimpresiones hecho con resina acrílica de autopolimerización utilizando el método de agregar polvo es preciso y estable.

Se hace el portaimpresiones de 3 a 4 mm de espesor para extenderse hasta descansar en los bordes incisales de los dientes anteriores y sobreextenderse un poco en la zona posterior del paladar.

2. 10 PASO 10:

Rodillos oclusales de Modelina (Filmina 11).

Se colocan rodillos de modelino con cera pegajosa en las zonas posteriores del portaimpresiones en posiciones aproximadas a las de los dientes posteriores.

Estos rodillos o rampas:

1. Sirven como mangos o asas para la manipulación del portaimpresiones.
2. Proporcionan soporte digital durante la toma de la impresión.
3. Substituyen a los dientes en dar apoyo a los carrillos durante el proceso de rectificación de los bordes.
4. Proporcionan un ajuste positivo del segmento posterior de la impresión refinada en la impresión general de hidrocoloi de irreversible. Si es que los segmentos anterior y posterior no se pueden retirar en una sola unidad.

2.11 PASO 11:

Ajuste del portaimpresiones individualizado:

1. Se coloca el portaimpresiones dentro de la boca. Se pide al paciente que abra la boca como lo hace al bostezar. El portaimpresiones se movilizará o se desalojará si se encuentra sobreextendido en la zona de la escotadura pterigoi_{de} o si las aletas bucales son demasiado gruesas.

2. Se le indica que abra la boca, no en exceso y que mueva la mandíbula de izquierda a derecha. Si el portaimpresiones se desaloja, indicará que existe una sobreextensión en el espacio vestibular o un grosor excesivo de la aleta bucal.
3. Se toma el carrillo en la comisura de la boca, entre el dedo índice y el pulgar y se eleva. Se determina visualmente la altura de las aletas. La del portaimpresiones es de 2 ó 3 mm más corta que la altura del fondo de saco vestibular.
4. Se determina el área del sello palatino posterior (filmina 12). La determinación del área y profundidad del sello, así como la preparación del modelo para proporcionar un sello en el paladar blando. Es responsabilidad total del odontólogo, por lo que no debe ser delegado a una persona auxiliar.

El objetivo del sello es conservar el contacto entre la dentadura y el paladar blando cuando el paladar se eleva al hablar y al deglutir.

- Se determina la línea de vibración anterior cerrando las narinas del paciente con el dedo índice y el pulgar. Se le pide que exhale por la nariz. El paladar blando será proyectado en dirección inferior, apareciendo una línea donde la aponeurosis se inserta en la superficie distal de los huesos palatinos. Se marca la línea con un lápiz indeleble adecuado.
- Se determina la línea de vibración posterior indicándole que abra y diga "ah" en forma normal, sin exagerar. El paladar blando vibrará en dirección posterior hasta la línea anterior. Se marcará la línea con un lápiz indeleble adecuado, pintándose la zona entre las dos marcas.
- Se coloca el portaimpresiones y se transfiere esta área al lado tisular. Es necesario recordar que la presión ejercida sobre el hueso produce resorción; por lo tanto, el sello palatino posterior no debe ser colocado anterior a la línea de vibración anterior.
- Se reduce la longitud posterior del portaimpresiones hasta la línea de vibración posterior o muy cerca de la misma.

2. 12 PASO 12:

Toma de la impresión final.

La realización de la impresión final se divide en cuatro pasos:

1. Rectificación de los bordes. (Filmina 13).

La rectificación o refinación de los bordes de las aletas bucales y de las zonas del sello palatino posterior proporciona un sello periférico que favorece la retención de la dentadura. Esta se logra utilizando modelino para impresión de baja fusión.

Los bordes de las aletas de la dentadura se refinan de manera que dirijan las fuerzas verticales de la oclusión en dirección contraria al hueso alveolar residual. La cualidad de los tejidos blandos y la dirección de la presión vertical favorecen la posibilidad de un sello continuo.

2. Preparación del portaimpresiones (filmina 14):

Cuando se hizo la impresión con hidrocoloide irreversible para el modelo inicial, los tejidos blandos que cubren el paladar y las vertientes de los rebordes alveolares residua

les fueron registrados con precisión en una posición no desplazada. Por lo tanto, el portaimpresiones para la refinación o rectificación de los bordes se encuentra en contacto íntimo con las mucosas que cubren esta zona.

En la impresión final, es deseable que los tejidos blandos no sean registrados en una posición desplazada. Para lograrlo debe crearse un espacio en el portaimpresiones que permita que este tejido vuelva a su lugar y unos agujeros para la salida de aire atrapado, con la ayuda de una fresa para acrílico.

3. Refinación de los tejidos blandos (Filmina 15).

Se aplica una capa delgada de vaselina a los labios del paciente, a la piel alrededor de la boca y la porción bajo el mentón. Esto facilitará el retiro de la pasta para impresiones si se llevara a estas zonas en los dedos del odontólogo.

Durante el tiempo de mezclar y cargar el portaimpresiones con la pasta para impresión de óxido de cinc y eugenol se pide al paciente que se enjuague la boca vigorosamente con algún tipo de solución astringente diluida con agua normal en la proporción de cuatro partes de agua, por una de solu

ción.

Cuando exista una secreción salival palatina excesiva poco antes de insertar el material de impresión en la boca deberá limpiarse y secarse el paladar utilizando gasa estéril.

Se inserta el portaimpresiones con el material y se coloca con presión positiva. Se le flexiona la cabeza ligeramente hacia adelante. Cuando el material de impresión fluya sobre el extremo posterior del portaimpresiones y a través de los agujeros de escape, se libera la presión. Se descansa el dedo medio e índice sobre la rampa oclusal en la zona del segundo premolar. No debe ejercerse presión hasta que la pasta para impresión haya fraguado.

Se retira cualquier excedente de material de impresión de las superficies de los dientes. Se hace un hombro definido en la pasta de impresión en dirección distal a los caninos en ambos lados de la arcada. Esto se logra utilizando una hoja de bisturí Bard Parker para proporcionar una unión satisfactoria con el hidrocoloide irreversible.

4. Impresión general con hidrocoloide irreversible (Filminas 16 y 17).

Se selecciona un portaimpresiones perforado para dar cabida a los dientes anteriores extendiéndose hacia atrás hasta incluir las rampas oclusales de modelina.

Se llena el portaimpresiones con el material de impresión de hidrocoloide irreversible. Se llena el surco labial con el material de impresión antes de colocar el portaimpresiones cargado. Se coloca el portaimpresiones y se sostiene en su lugar con presión positiva hasta que el material de impresión haya gelificado.

Se levantan los labios y carrillos para romper el sello con el material gelificado. Se retira el portaimpresiones de preferencia en una sola pieza, y se inspecciona buscando la precisión.

La zona del sello palatino deberá haber sido transferida a la impresión de pasta de óxido de cinc y eugenol en la zona indicada.

2. 13 PASO 13:

Hechura del Modelo Final (Filmina 18).

Con un chorro suave de agua de grifo se lava el lado tisular de la impresión. Se retira el exceso de agua con un chorro suave de aire. Se encofra y vacía la impresión en yeso piedra lo más pronto posible.

Se obtiene el modelo de la impresión, se recorta la base y se colocan índices para el remontaje.

No es aconsejable trabajar más sobre el modelo hasta que haya endurecido completamente durante toda la noche.

2.14 PASO 14:

Hechura de la base de registro (Filmina 19).

Es deseo de todo odontólogo registrar con precisión las relaciones entre los máxilares. Para lograrlo se requiere una base de registro rígida, estable y que se ajuste a la boca con precisión. La base de registro se emplea para las relaciones de los

maxilares y para colocar los dientes artificiales.

El ajuste a la boca no sólo significa que la base se ajuste a los tejidos de soporte, sino que también sea compatible con los tejidos circundantes. Por lo tanto, las superficies que hagan contacto con las mucosas adyacentes deberán ser redondeadas y lisas.

Puede hacerse de resina acrílica de autopolimerización utilizando el método por adición de polvo que sea rígido, estable y preciso y que pueda pulirse hasta adquirir una superficie tersa.

Los rodillos de cera dura para placas base que se colocan en la base de registro en las posiciones que posteriormente serán ocupadas por los dientes artificiales, se emplean para: ayudar a establecer el plano de oclusión para los dientes maxilares posteriores (filmina 20), al hacer la transferencia del arco facial del modelo maxilar al articulador, al registrar las relaciones de los maxilares, y como un buen medio para la colocación de los dientes artificiales en los procedimientos de prueba.

Para cumplir con estos objetivos los rodillos de cera tienen que ser contorneados de forma compatible con el medio ambiente bu

cal adyacente. El ancho (V.P) vestíbulo-palatino deberá ser igual a la de los dientes artificiales.

2.15 PASO 15:

Transferencia con el arco facial (Filmina 21).

1. Cuando se emplea un arco facial arbitrario para determinar el eje de abertura, se localiza un punto a 13 mm por delante del tragus del oído en una línea trazada desde el cantus externo del ojo hasta la porción superior del tragus. Este punto se denomina el punto arbitrario de rotación de los cóndilos cuando los maxilares se encuentran en relación terminal y la mandíbula está abierta. Se calcula que estos puntos estarán a 2 mm del verdadero centro del eje de abertura.
2. Se coloca la base mandibular de registro con su rodillo oclusal añadido (es necesario recordar que la dentadura inmediata que describo en este caso, está opuesta por una dentadura total).

3. Se coloca la base maxilar de registro y se determina que exista suficiente espacio entre los dos rodillos para permitir la colocación del tenedor del arco facial y la cera.
4. Se aplica una delgada capa de vaselina a la superficie del rodillo maxilar de manera que no se adhiera a la cera contenida en el tenedor del arco facial.
5. Se dobla una hoja de cera para placa base y se adosa al tenedor.
6. Se coloca el tenedor y la cera adosada entre los rodillos oclusales y se pide al paciente que cierre los maxilares hasta que los rodillos se encuentren alojados con firmeza en la cera.
7. Sosteniéndole los maxilares en esta relación cerrada se desliza el arco sobre el tallo del tenedor. Se centra el arco colocando los puntos de los vástagos condilares sobre los puntos de rotación. Se fija todo el aparato con seguridad y se retira de la boca.
8. Se transfiere el arco facial al articulador y se fija el modelo maxilar con yeso (Filmina 22).

2.16 PASO 16:

Registro de las relaciones maxilares.

En este procedimiento se hará lo posible por registrar a la vez las posiciones horizontales de los cóndidos en sus relaciones terminales posteriores con las fosas, así como las posiciones verticales de los cóndidos en sus relaciones superiores con las fosas. Al mismo tiempo que se realizan estas relaciones deberán estar en contacto máximo las superficies oclusales de los rodillos.

Los registros hechos utilizando rodillos oclusales son "tentativos", por lo que serán verificados cuando los dientes artificiales hayan sido colocados en la visita de prueba.

Cuando la dentadura inmediata esté opuesta a una completa, se aplican los siguientes procedimientos.

2. 17 PASO 17 :

Establecimiento de la dimensión vertical de descanso (Filmina 23)

1. Se pide al paciente colocarse en una posición relajada, fijando los ojos sobre un objeto que permita adoptar una posición erguida y cómoda de la cabeza.
2. Se le pide mojar sus labios con la lengua, deglutir y relajarse. Si se relaja, el maxilar inferior suele descender hasta una posición de descanso.
3. Se registra en milímetros la distancia entre la base de la nariz y la base del mentón.

2.18 PASO 18 :

Registro de las relaciones maxilares tentativas.

1. Se aplica un polvo fino adhesivo para dentaduras a la superficie tisular húmeda de la base de registro y se coloca dentro de la boca.
2. Se contornea la superficie oclusal de los rodillos de cera hasta que estén paralelas a la línea de Campell (Filmina 24).
3. Se le instruye al paciente para que haga protrusión y retrusión de la mandíbula hasta que los cóndilos paren, mostrando

mento en el cual se le indica que cierre hasta que se haga un contacto posterior íntimo. Se repite este procedimiento hasta que la cera anterior dura se encuentre en contacto con la porción anterior de la base de registro maxilar.

4. Con los maxilares juntos en esta posición, se mide la distancia entre la base del mentón y la base de la nariz. La distancia en milímetros deberá ser menor que la distancia registrada con el maxilar en descanso.
5. Se sostienen las bases unidas con cera pegajosa.
6. Se retiran los registros en una sola pieza.

2.19 PASO 19 :

Montaje en el articulador (Filmina 25).

1. Se inserta el articulador con el modelo maxilar sobre el dispositivo de montaje.
2. Se asegura que los índices para el remontaje se encuentren en la base del modelo mandibular y que éste haya sido remojado en agua durante un tiempo mínimo de cinco minutos.

3. Se colocan las bases de registro sobre los modelos respectivos y se coloca el modelo mandibular en el brazo inferior del articulador con yeso dental con la punta del vástago incisal a ras de la superficie de la mesa de la guía incisal.

2.20 PASO 20 :

Selección de los dientes artificiales.

1. Dientes anteriores:

Si se desea reproducir el color de la dentadura natural, debe anotarse el color antes de las extracciones, así como también tener en cuenta que la forma y el tamaño de los dientes artificiales debe armonizar con los dientes naturales, a menos que el paciente desee un cambio.

2. Dientes posteriores:

- Forma:

Cuando la dentadura inmediata se encuentre opuesta a dientes naturales, la forma oclusal deberá ser determinada por la forma oclusal de los dientes naturales.

Cuando la dentadura inmediata esté opuesta a otra completa o una prótesis parcial removible que contenga todos los dientes posteriores, la forma oclusal dependerá del criterio del odontólogo.

- Composición:

Cuando los dientes de la prótesis inmediata estén opuestos a los naturales que tengan restauraciones oclusales de oro ya sean sencillas o múltiples, o una prótesis parcial fija, la resina acrílica es el material de elección.

Si los dientes naturales han sido restaurados con porcelana o con aleación de plata y no sea problema el espacio interoclusal, la porcelana será el material de elección.

Cuando los dientes de la dentadura inmediata estén opuestos por una dentadura completa o una prótesis parcial removible que contenga todos los dientes posteriores, y el espacio interoclusal no sea problema, son preferibles los dientes de porcelana.

No es recomendable la combinación de dientes posteriores de resina acrílica y anteriores de porcelana en las dentaduras completas, puesto que la resina acrílica parece desgastarse con mayor rapidez, dando como resultado que los dientes anteriores hagan contacto cuando los dientes posteriores están en máxima oclusión.

2.21 PASO 21 :

Colocación de los dientes para la prueba: (Filminas 26 y 27).

1. Se colocan los dientes anteriores inferiores en dirección anteroposterior y medio lateral en armonía con la acción de los labios y lengua. La altura vertical y las inclinaciones de sus cuellos deben seguir la cera anterior contorneada. Cuando el articulador esté cerrado y el vástago de la guía incisal se encuentra en máximo contacto con la mesa incisal, los dientes anteriores estarán libres de contacto con la base de registro. Esta relación deberá ser conservada en todo momento.

La colocación de los cuatro dientes anteriores inferiores ayuda a determinar la precisión del color, tamaño y forma, así como para la verificación de la precisión de las posiciones funcionales en relación con los dientes maxilares (superiores) anteriores.

2. Se colocan los dientes mandibulares posteriores sobre un plano paralelo al soporte. La altura de plano se establece de forma que no exceda las dos terceras partes de la altura del triángulo retromolar.

La posición bucolingual deberá ser compatible con la acción de la lengua y los carrillos. El último diente se coloca de manera que su superficie distal termine donde comienza el reborde alveolar residual su ascenso a la rama ascendente de la mandíbula.

3. Se colocan los dientes maxilares posteriores con los vértices de las cúspides sobre un plano paralelo a la superficie oclusal de los dientes mandibulares.

Cuando se cierra al articulador se procura que los vértices de las cúspides palatinas de los dientes maxilares hagan con

tácto con la superficie oclusal de los dientes mandibulares a la mitad de la distancia entre las superficies bucal y lingual; o sea en foseta central y surco principal.

Esta relación deberá colocar los dientes en las posiciones ocupadas con anterioridad por los dientes naturales y proporcionar una sobremordida horizontal adecuada para evitar la mordedura de los carrillos.

2.22 PASO 22 :

Contorneo de la cera.

Se contornea y pule la cera hasta que esté tersa, similar a las superficies pulidas de la dentadura terminada para asegurar la compatibilidad con el medio ambiente circundante.

2.23 PASO 23 :

La prueba:

El propósito de la visita de prueba es verificar el plano oclusal y las relaciones entre los maxilares, que se hicieron utilizando

los rodillos oclusales, valorar la aceptabilidad estética y hacer una determinación preliminar de la magnitud de la alteración que será necesaria en el modelo.

1. Instruir al paciente para que no cierre los maxilares cuando se inserte la dentadura, hasta que se le pida hacerlo.
2. Instruirlo para que practique los ejercicios mandibulares.
3. Humedecer la superficie tisular de la base de registro maxilar y colocar una capa fina de polvo adhesivo para dentaduras.
4. Instruirlo para insertar la dentadura, ajustarla en su sitio y posicionarla mediante la deglución.
5. Secar las superficies oclusales de los dientes mandibulares posteriores y aplicar un grosor de cera Aluwax. Luego reblandecer la cera con una flama directa, templar en agua tibia e insertar y colocar en su lugar.

Pedirle al paciente que cierre suavemente y suspender este cierre tan pronto como se haga contacto. Permitir que la cera endurezca.

6. Liberar los elementos condilares del articulador para permitir su libre movimiento.
7. Asentar las bases sobre los modelos y con cuidado, evitando la presión, insertar las cúspides de los dientes maxilares en los índices registrados (Filmina 28). Si el montaje tentativo y este registro son iguales, los elementos condilares no se moverán de los topes (Filmina 29).
8. Cuando las posiciones de los dientes y los registros originales no concuerden, se vuelve a montar el modelo mandibular utilizando un nuevo registro y verificándose la nueva relación.
9. Volver a asentar las bases en boca y observar la altura del plano oclusal y las posiciones bucolinguales de los dientes posteriores y determinar su aceptabilidad con respecto a las funciones de la lengua y del carrillo.
10. Determinar la dimensión vertical oclusal. Asegurarse de que sea menor que la dimensión vertical de los maxilares en descanso.
11. Asegurarse que durante la emisión del sonido de la letra "s" los bordes incisales de los anteriores mandibulares no

hagan contacto con los dientes maxilares.

12. Utilizando un espejo, permitirle al paciente observar los dientes anteriores inferiores con respecto a su aceptación estética, tamaño, posición y color.

2.24 PASO 24:

Operación del Modelo Maxilar

Basados en el diagnóstico del caso por el estudio radiográfico y la exploración de las bolsas existentes, se puede conocer la posición del borde alveolar. Es fácil pensar entonces qué forma va a tener el maxilar una vez hechas las extracciones y la eventual gingivectomía y regularización quirúrgica del hueso, así como también, determinar si la alveolectomía correctora será necesaria o no y en qué grado.

Si el caso pertenece a la clase de prótesis inmediatas con extracciones simples y si llevará encía artificial, la única preparación que necesita el modelo es el corte limpio de los dientes y el aislamiento del yeso a ese nivel. Si no lleva encía artificial, entonces conviene excavar el yeso en la zona correspondiente al

alvéolo de cada diente, en una profundidad más o menos igual a las bolsas gingivales o algo más, para colocar los dientes artificiales en las excavaciones y obtener que luego se hundan en los alvéolos al colocarlos en la boca.

Si el caso necesita de modificación quirúrgica de los tejidos blandos o duros, entonces debe rebajarse el modelo lo necesario para compensar lo que se reducirá el maxilar al realizar la parte quirúrgica.

Se comprende que la precisión de los resultados depende:

- De una técnica fiel de impresiones.
- De un diagnóstico quirúrgico correcto.
- De una acertada preparación del modelo.
- De una intervención quirúrgica ajustada a lo que se previó al preparar el modelo.
- De una exacta técnica de laboratorio.

2.25 PASO 25 :

Colocación de los dientes maxilares anteriores (Filmina 30).

Resuelta la cantidad de tejidos blandos y duros que hay que eliminar, pueden presentarse tres clases de casos:

1. Se desea conservar las posiciones, tamaño, forma y relaciones de los dientes igual que las de los dientes naturales. El procedimiento consistiría en hacer el modelo con dientes de acrílico de la siguiente forma:

- Pegar cuidadosamente al modelo la base de registro.
- Elegir, tallar y preparar un incisivo central de acrílico, imitando el correspondiente del modelo.
- Con un disco de carburo separar de sus vecinos el incisivo central limitado 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 correspondiente, de modo que el cuello y el borde incisivo queden exactamente igual que el anterior.
- Repetir la maniobra con los demás dientes, pegándolos cuidadosamente.

2. Reproducir los dientes naturales con algunas modificaciones (Filminas 31 y 32).

Lo más corriente es que la reproducción de los dientes no deba ser absolutamente fiel y que se haga necesario imitar sólo las características esenciales, pero corrigiendo los defectos mayores. Para esto se requiere preparar los dientes artificiales imitando aproximadamente los naturales.

En muchas ocasiones, especialmente cuando hay levantamiento de mordida u otras correcciones de alguna importancia, la sustitución no se hará ya diente por diente, sino que según el grado de modificación que se quiera introducir, se cortarán todos los dientes de un lado, se arreglará la encía del modelo y se articularán los dientes de ese lado primero, pero conservando el otro lado para control.

3. Cambio de dientes con alteraciones importantes (Filminas 33 y 34).

Las modificaciones de importancia a introducir en el momento del cambio de dientes suelen deberse a grandes levantamientos de mordida, a grandes cambios en la articulaci

ción o a la indicación de alveolectomía correctora.

2.26 PASO 26:

Procedimientos de laboratorio:

Terminado el enfilado y completada la articulación, se debe encerar la pieza, tallando y alisando la cera como corresponde para llevarla a la mufla (Filmina 35).

La postura en mufla hasta la terminación de la pieza sigue el mismo procedimiento que para la prótesis regulares, cuidando los detalles de técnica convenientes al material de base y a la mejor precisión del resultado.

Base transparente de Sears o Transbase: (Filminas 36 y 37).

El éxito de la prótesis inmediata reside en calcular exactamente las condiciones en que quedará el maxilar luego de las extracciones.

Pero esto es relativamente fácil cuando se trata de extracciones simples o con su pequeña alveolectomía de crestas y tabiques.

Cuando se trata de una alveolectomía correctora con eliminación más o menos considerable de hueso, el problema se resuelve procediendo a "adaptar quirúrgicamente el maxilar a la prótesis". La técnica más correcta consiste en preparar una base transparente que puede ser de celuloide prensado, que sea réplica exacta de la base de la prótesis.

Probando esa base en la boca luego de las extracciones, se ven por transparencia los sitios isquémicos debidos a la compresión de la mucosa entre el hueso y la base, y se puede rebajar el hueso mediante una alveolectomía hasta que la base adapte convenientemente.

Cuando los procedimientos de encerado, enfrascado, procesado y terminado de las dentaduras se asignan a personal auxiliar, el odontólogo tiene ciertas responsabilidades:

1. Raspar el modelo en la zona en que se retiraron los dientes maxilares anteriores para proporcionar sitio para el colapso del tejido gingival libre. No se anticipa que tenga

que retirarse hueso en el momento de la inserción de la dentadura, por lo que no está indicado el raspado excesivo (Filmina 38).

2. Examinar el encerado para asegurar que los dientes no se hayan movido y que el grosor de la cera en la región labial anterior sea lo suficiente para permitir el ajuste del lado tisular (Filmina 39).
3. Prescribir que se haga un registro de remontaje de los dientes maxilares antes de retirar el modelo del articulador.
4. Prescribir que después de enmuflado y recuperado el modelo con la dentadura en su sitio; se coloquen los modelos con los montajes originales en yeso en el articulador sin retirar la dentadura del modelo; y sean regresados al odontólogo para la corrección de posibles errores oclusales ocurridos durante el procedimiento de laboratorio.

2.27 PASO 27:

Preparación de la visita para la inserción de la dentadura:

Antes de la visita para la inserción de la dentadura, el odontólogo necesita determinar lo siguiente:

1. Que los modelos de remontaje sean precisos; o sea, que cuando las dentaduras estén colocadas sobre los modelos se encuentren en posición estable.
2. La superficie tisular de la dentadura se encuentre libre de cualquier imperfección.
3. Que los bordes de la dentadura estén bien redondeados.
4. Que las superficies pulidas sean lisas, carentes de excoriaciones y tersas.
5. Que el modelo maxilar de remontaje se encuentre firmemente adherido al articulador.
6. Que los elementos condilares del articulador estén fijos contra sus topes y que el vástago de la guía incisal se encuentre en su posición original al ras con la porción superior del miembro superior del articulador, con la punta del vástago

tago incisal al ras con la mesa incisal.

2.28 PASO 28:

Visita para la inserción de la dentadura:

Cuando se haga una dentadura total o parcial removible para oponerse a la dentadura inmediata es aconsejable insertarla y hacer cualquier corrección que pueda realizarse antes de la inserción de la dentadura inmediata.

2.28.1 Procedimientos Quirúrgicos:

La instalación de una prótesis inmediata difiere de la de una prótesis regular: en que se hace sobre tejidos anestesiados que acaban de ser modificados quirúrgicamente y que pueden modificarse aún para adaptarlos a la prótesis, y en que la prótesis debe ser colocada sean cuales fueren los defectos que presente.

Estas dos circunstancias le confieren características especiales:

- Se trata de un acto quirúrgico cruento, y ninguna de las reglas de la asepsia debe infringirse. Todo instrumento debe estar esterilizado y la técnica debe ser aséptica.
- Hasta cierto punto, se puede "adaptar el maxilar a la prótesis".
- Debe preverse la posibilidad de un rebasado inmediato, que procure a la base la necesaria adaptación.

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 tejido blando posibles.

Debe recordarse que el levantamiento del periostio o la denudación del hueso alveolar dá 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 (Filmina 40).

Después de la extracción de los dientes el odontólogo responsable del tratamiento protético insertará la dentadura y determinará si se requiere de alguna otra cirugía.

Prótesis sin encía anterior:

Es el procedimiento más sencillo. Basta hacer anestesia y extraer los dientes. Inmediatamente puede colocarse la prótesis y se verá que el cuello del diente se hunde en el alvéolo. Cualquier cresta alveolar que dificultara la adaptación de la prótesis puede eliminarse y es preferible el alisamiento de puntas y crestas óseas para evitar posteriores dificultades cicatrizales.

Prótesis con encía anterior, sin alveolectomía:

Hecha la anestesia y extraídos los dientes, la prótesis debe adaptarse exactamente cualquier falla de ajuste se debe a una falla técnica. Si la prótesis retiene mal, se deben rellenar los alvéolos con trocitos de gasa y hacer un rebasado inmediato con pasta zincuénolica. Quitar la gasa de los alvéolos, recortar los excesos de pasta, eliminar cualquier defecto en la articulación y despedir por 24 horas al paciente.

Prótesis con encía anterior, con alveolectomía:

Pueden realizarse dos clases de alveolectomía: La estabilizadora y la correctora. La principal diferencia entre las dos está en

que para la alveolectomía conectora previa a la prótesis inmediata es muy cómoda tener una transbase que permita darle exactitud; mientras que para la alveolectomía estabilizadora de crestas y rebordes anatómicamente normales no se hace necesaria la transbase.

Realizada la anestesia, levantado el colgajo, extraídos los dientes, hecha la alveolectomía de acuerdo con lo previsto y alisadas las crestas óseas, se extiende el colgajo de manera que cubra los alvéolos y se recorta todo el festoneado gingival, tanto vestibular como palatino, en forma tal que los bordes mucosos lleguen a tocarse sin apelotonamiento alguno.

Luego se prueba el transbase y por la transparencia de ésta se puede detectar la isquemia de los tejidos blandos producida por la presión entre el hueso y la base, entonces se levanta el colgajo y se recorta el hueso.

2.28.2 Inserción de la dentadura: (Filminas 41 y 42).

1. Se lava y se seca el lado tisular de la dentadura.
2. Se aplica una capa delgada y uniforme de pasta para reve-

lar presión al lado tisular.

3. Se inserta, retira e inspecciona buscando zonas de presión. Se prestará atención especial a las eminencias caninas.
4. Cuando se haya determinado que la pasta reveladora de presión fué 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 por un pulido.
5. 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.

Quando las zonas de presión son aliviadas por el desgaste de la base de la dentadura, el área debe ser pulida con cui dado.

6. Se le indica al paciente la forma de inserta y retirar la dentadura.
7. Se inspecciona la aleta labial buscando una posible sobreextensión y se reduce si es necesario; y se proporciona una

escotadura en la aleta para darle cabida al frenillo labial.

2.28.3 Corrección Oclusal (Filmina 43)

Estos procedimientos de corrección oclusal se realizan cuando se haya verificado la cicatrización primaria y no exista edema en los tejidos, aproximadamente seis (6) días después de la inserción.

Se espera que si existían dientes naturales en ambas arcadas, haya pasado el tiempo suficiente para que el sistema nervioso central se olvide del sitio en que hicieron contacto por última vez los dientes naturales. Cuando la arcada mandibular carece de dientes no debe ser motivo de preocupación.

1. Se instruye al paciente para insertar y colocar la dentadura maxilar deglutiendo.
2. Instruirlo para que practique sus ejercicios mandibulares.
3. Instruirlo para insertar la dentadura, ajustarla en su sitio y posicionarla mediante la deglutación.

4. Se asienta la dentadura maxilar en el modelo de remonta-
je en el articulador.
5. Se relacionan los dientes maxilares con el registro mandi-
bular.
6. Se asienta el modelo de remontaje mandibular sobre la den-
tadura y se fija al articulador con yeso dental.
7. Se hacen registros adicionales para verificar la precisión
del montaje.

Cuando se determina que existe una discrepancia en la oclusión,
se hace la corrección mediante la alteración de los vértices de
las cúspides palatinas de los dientes maxilares.

2.29 PASO 29:

Despido del Paciente:

Se le darán las siguientes instrucciones:

1. No retirar la dentadura inmediata, pero si cualquier próte-
sis removible antagonista a la hora de dormir. La denta-

dura maxilar inmediata será retirada por el odontólogo en una visita que se haga al día siguiente.

2. Evitar alimentos sólidos hasta recibir nuevas instrucciones.
3. Los medicamentos para el dolor tienen que ser prescritos por el cirujano bucal cuando esté relacionado con el tratamiento, o por el dentista responsable de las dentaduras.
4. No alarmarse si la saliva presenta evidencia de sangre. Sin embargo, en caso de sangrado excesivo no vacilar en llamar por teléfono al odontólogo para pedir instrucciones. En este caso es mejor que el odontólogo siga este método, antes que permitir que el paciente se retire la dentadura.
5. Colocar una compresa fría sobre el labio superior. Prevenir el frío excesivo. Debe colocarse en forma alterna a intervalos de 10 minutos durante 3 horas.

2.30 PASO 30 :

Primera visita después de la Inserción:

1. Permitirle lavarse la boca con una taza de solución astringente tibia y dulcida. Se le pide que evite los movimientos

exagerados y vigorosos al enjugarse ya que puede desalojar la dentadura maxilar.

2. Se secan las superficies oclusales de los dientes mandibulares posteriores y se aplica sobre ellos una capa de cera Aluwax, luego se reblandece esta cera con una flama directa y se coloca la "prótesis inferior nuevamente en boca. Se le pide al paciente que cierre, quedando así un registro de su mordida.
3. Se le pide al paciente retirar cualquier prótesis mandibular removible e inspeccionar tejidos blandos buscando señales de trauma.
4. Se le indica al paciente que retire la dentadura maxilar de la siguiente manera: Lavar vigorosamente la boca con enjuague bucal, cerrar los labios; también las narinas con el pulgar, y el dedo medio e hichar los carrillos soplando. Esta acción desaloja la dentadura de su sitio facilitando el retiro sin traumatizar los tejidos blandos.
5. Se revisa la oclusión regresándola al articulador para determinar si los dientes hacen contacto en las mismas zonas que en el día de la inserción.

Si los registros muestran un error, la oclusión se ajusta alterando los vértices de las cúspides (talla).

6. Si hay edema del labio superior, la aleta labial puede alterarse en cuanto a altura y grosor.

2.31 PASO 31:

Segunda Visita después de la Inserción (Filminas 44 y 45).

Esta visita se realiza seis (6) días después de la inserción de la dentadura. Los procedimientos realizados en la primera visita pueden repetirse, teniendo muy en cuenta la corrección oclusal: con la ayuda de un papel de articular hacemos que el paciente ocluya varias veces, luego se retiran las dentaduras y se inspecciona las zonas de contacto las cuales debe ser olvidadas.

A menos que el paciente sienta algún problema, se le pedirá que regrese para control a intervalos de tres meses hasta que estén indicadas otras correcciones importantes.



3. SERVICIO DE TRANSICION DE LA PROTESIS INMEDIATA

(Filmina 46)

La duración de una prótesis inmediata en servicio es muy variable. Precedido de alveolectomía correctora, su duración suele ser menor.

3.1 PRIMER REBASADO:

En general conviene postergar el primer rebasado en lo posible. Hay casos que exigen rebasado inmediato cuando se cometen errores en la técnica, casos que exigen rebasado a las dos o tres semanas y casos que no lo necesitan durante meses.

Por lo general, los rebasados se hacen muy bien con acrílico espontáneo cuando es el primero; pero a partir del segundo rebasado con esta técnica el engrosamiento de la placa puede exigir la remonta.

3.2 RENOVACION O REMONTA

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

Lo más aconsejable es renovar la prótesis totalmente al cabo de un año aproximadamente, siempre y cuando el paciente pueda hacerlo.

Ventajas:

- Se puede hacer la técnica de manera correcta, sin recurrir a procedimientos de urgencia.
- Una vez instalada la segunda prótesis, puede remontarse la primera y el paciente queda en posesión de dos prótesis.
- El paciente que posee dos prótesis sufre mucho menos en caso de accidente o de reajuste. Además, de que la remonta le permite prolongarles el servicio efectivo.

CONCLUSIONES

1. La prótesis total inmediata como aparato protético colocado inmediatamente después de las extracciones le permite al paciente pasar de la dentadura natural a una artificial con el mínimo de desintegramiento de la personalidad psíquica y física.
2. El diagnóstico del paciente debe incluir la valoración tanto de las condiciones normales como patológicas, así como su estado anatómico, fisiológico y psicológico.
3. El paciente que se somete a este tipo de tratamiento, debe ser consciente de su situación y de todo lo que conlleva el desarrollo del mismo, así como de sus responsabilidades dentro del tratamiento.
4. Si el individuo no está educado para aceptar su responsabilidad dentro del tratamiento, las posibilidades de un pronóstico positivo se reducen.

5. La prótesis total inmediata cualesquiera sean la técnica se guida y el momento en que se la coloque, reposa sobre los tejidos en cicatrización aún no consolidados.
6. En el procedimiento para la prótesis total inmediata, la oclusión de los dientes y la precisión del ajuste de las bases de la dentadura deberán estar en armonía con los cambios en los tejidos de soporte.
7. Las prótesis inmediatas constituyen excelentes elementos de juicio para restaurar la altura facial y la posición de los arcos dentarios en las prótesis sucesivas a lo largo del tiempo.
8. En la prótesis inmediata hay que prever reajustes próximos al período de instalación y muy probablemente un rebase.
9. El éxito o el fracaso de una prótesis total inmediata depende de lo que se haga desde el momento en que se decidió que el tratamiento incluiría 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.

10. Los cuidados postoperatorios previamente indicados al paciente son la clave fundamental para una buena, pronta y completa recuperación.

BIBLIOGRAFIA

- ELDER, S.T. "Stabilized baseplates". J. Pros the Dent, 1955.
- NIIRANEN, J.V. "Diagnosis for complete dentures". J. Prosthet Dent, 1954. 726 P.
- POUND, E. "Controlled inmediate dentures". J. Prosthet Dent, 1970. 243 p.
- RAYSON, J. H. y WESLEY, R.C. "An inmediate Denture Technique". J. Prosthet Dent, Abril 1970. 463 p.
- SAIZAR, Pedro. "Prostodoncia Total". Editorial Mundi. SAIC y F., Buenos Aires. Argentina. 1972 495 p.
- TILTON, G.E. "Throwaway inmediate dentures". J. Prosthet Dent, 1954. 291 p.
- WINKLER, Sheldon y Colaboradores. "Prostodoncia Total", Nueva Editorial Interamericana S.A, México D.F. 1982 660 p.

LISTA DE FILMINAS

- FILMINA 1. Fotografía del paciente de frente.
- FILMINA 2. Fotografía del paciente de perfil.
- FILMINA 3. Fotografía intraoral.
- FILMINA 4. Ejercicio para la relación maxilar.
- FILMINA 5. Selección del portaimpresiones.
- FILMINA 6. Posición del paciente para toma de impresión preliminar.
- FILMINA 7. Vista del maxilar superior antes de las extracciones.
- FILMINA 8. Vista del maxilar superior después de las extracciones.
- FILMINA 9. Trazado del contorno del portaimpresiones.
- FILMINA 10. Colocación de cera en el modelo.
- FILMINA 11. Colocación de rodillos oclusales de Modelina.
- FILMINA 12. Area del sello palatino posterior.
- FILMINA 13. Colocación correcta de Modelina de baja fusión.
- FILMINA 14. Confección en el portaimpresiones de agujeros para la salida de aire atrapado.
- FILMINA 15. Refinación de los tejidos blandos.

- FILMINA 16. Toma de impresión con hidrocoloide irreversible en boca.
- FILMINA 17. Resultado de la impresión con hidrocoloide irreversible.
- FILMINA 18. Hechura del modelo final.
- FILMINA 19. Hechura de la base de registro.
- FILMINA 20. Plano de oclusión para los dientes maxilares posteriores.
- FILMINA 21. Transferencia con el arco facial.
- FILMINA 22. Montaje del modelo superior en el articulador.
- FILMINA 23. Establecimiento de la dimensión vertical de descenso.
- FILMINA 24. Orientación de los rodillos de cera respecto a la línea de Campell.
- FILMINA 25. Montaje del modelo inferior en el articulador.
- FILMINA 26. Colocación de los dientes para la prueba.
- FILMINA 27. Colocación de los dientes para la prueba.
- FILMINA 28. Inserción de las cúspides de los dientes maxilares en los índices registrados.
- FILMINA 29. Montaje en el articulador con los elementos condilares fijos.
- FILMINA 30. Colocación de un incisivo central de acrílico.
- FILMINA 31. Paciente antes de modificarle su mordida.
- FILMINA 32. Paciente después de modificada su mordida.
- FILMINA 33. Paciente antes de ser sometido a una alveolectomía.
- FILMINA 34. Paciente rehabilitado después de la Cirugía.

- FILMINA 35. Encerado de toda la pieza.
- FILMINA 36. Modelo para la elaboración de la base transparente de Sears.
- FILMINA 37. Base transparente de Sears o transbase.
- FILMINA 38. Eliminación de los dientes anteriores del modelo de yeso.
- FILMINA 39. Verificación del encerado.
- FILMINA 40. Vista del paciente después de las extracciones de los dientes anteriores. Se necesitó puntos de sutura.
- FILMINA 41. Vista del lado tisular de la dentadura.
- FILMINA 42. Aplicación de pasta zinquenólica en el lado tisular de la dentadura.
- FILMINA 43. Corrección oclusal.
- FILMINA 44. Fotografía de frente del paciente ya rehabilitado.
- FILMINA 45. Fotografía de perfil del paciente ya rehabilitado.
- FILMINA 46. Servicio de transición de la prótesis inmediata.