



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

FACULTAD DE CIENCIAS
ODONTOLÓGICAS Y SALUD PÚBLICA

TESIS

ELABORACION DE UNA PROSTODONCIA TOTAL
Y LAS LESIONES MAS COMUNES QUE SE
PRESENTAN EN LA CAVIDAD ORAL.

PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:
ITATI PASCACIO GALINDO

ASESORES:

**MTRO. LUIS ANTONIO LOPEZ GUTU.
C.D. FRANCISCO OCTAVIO GOMEZ CANCINO
MTRO. ROLANDO ROSAS SANCHEZ.**

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.

JULIO 2024.



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
DIRECCION DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE CERTIFICACION ESCOLAR**

Autorización de Impresión

Lugar y Fecha: Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; 25 de Junio de 2024

C. ITATI PASCACIO GALINDO

Pasante del Programa Educativo de: Cirujano Dentista

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado:

Elaboración de una Prostodoncia Total y las Lesiones más comunes que se presentan en la Cavidad Oral

En la modalidad de: Tesis Profesional

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su Examen Profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

Firmas

Mtro. Luis Antonio López Gutiérrez

C.D. Francisco Octavio Gómez Cancino

Mtro. Rolando Rosas Sánchez



**FACULTAD DE CIENCIAS
ODONTOLÓGICAS
Y SALUD PÚBLICA**

Cap. Expediente



**SISTEMA DE GESTIÓN DE
CALIDAD**

INDICE

INTRODUCCION 4

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 10

JUSTIFICACION..... 12

MARCO TEORICO 14

OBJETIVOS..... 66

RECURSOS 68

CONCLUSION 70

RECOMENDACIONES 72

FUENTES DE CONSULTA..... 74

ANEXOS 77

INTRODUCCION

INTRODUCCION

LA ODONTOLOGÍA EN PRÓTESIS TOTAL ES UN APRENDIZAJE DE LOS CONTENIDOS TEÓRICOS EN ANATOMÍA HUMANA, MATERIALES DENTALES, ANATOMÍA DENTAL, OCLUSIÓN, EN CONOCER LA FORMA Y CARACTERÍSTICA ANATÓMICA DE AMBOS MAXILARES; UNA VALORACIÓN EXAMEN DEL ESTADO FÍSICO Y PSICOLÓGICO DEL PACIENTE, DE GRAN IMPORTANCIA PARA PRACTICAR EN EL LABORATORIO CON TODOS LOS PROCEDIMIENTOS ANTES DE PODER REALIZAR UN TRATAMIENTO PROTÉSICO, COMO GUÍA DE ACTITUDES EN MODELOS FIGURADOS; HABILIDADES DE LOS PROCEDIMIENTO CLÍNICO Y DE LABORATORIO, PARA CONOCER LA SENSIBILIDAD DEL PACIENTE EN SU MANEJO DE LA TOMA DE IMPRESIONES PRELIMINAR Y FISIOLÓGICA, Y SU ADAPTACIÓN A LOS MATERIALES DEPENDERA EN GRAN PARTE DE LA DOSIFICACION Y MEZCLA DE LOS MISMOS, EN LAS DIFERENTES TÉCNICAS INDICADAS, CONFECCIÓN PROTÉSICA DE MANERA FIGURATIVA; ACONSEJAR DE LOS PROCEDIMIENTOS EN CLÍNICA A LA CONSERVACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS DE SOPORTE, REGISTRO DE LA OPINIÓN DEL PACIENTE ACERCA DE SU ESTADO ACTUAL DE SALUD GENERAL.

PROSTODONCIA. - PARTE DE LA PRÓTESIS ODONTOLÓGICA QUE TIENE POR OBJETO EL USO DE REHABILITACIÓN DE ELEMENTOS ARTIFICIALES PARA REMPLAZAR A LOS PROPIOS, POR MEDIO DE UNA PREPARACIÓN ARTIFICIAL, DE UN ÓRGANO DENTAL PERDIDO, PARCIALMENTE O TOTAL, QUE, RECORRE AL DIAGNÓSTICO, PLAN DE TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN, DISEÑO, ESTÉTICA, Y ELABORACIÓN DE LAS PRÓTESIS DENTALES.

PRÓTESIS TOTAL. - SON DISPOSITIVOS EXTRAÍBLES E INSTRUMENTO CONFECCIONADO MEDIANTE UNA REPRODUCCIÓN EN NEGATIVO DE LAS SUPERFICIES ANATÓMICAS BASALES Y PERIFÉRICAS DE LOS REBORDES RESIDUALES EDÉNTULOS, CON EL FIN DE REEMPLAZAR A TODOS LOS DIENTES AUSENTES Y TEJIDOS BLANDOS, CONSERVACIÓN DE LAS FUNCIONES BUCALES DE CONFORT, FUNCIÓN, ANATOMÍA, FONACIÓN, ESTÉTICA, EMOCIONAL DEL PACIENTE EN AMBOS ARCOS DENTALES.

EL ÁREA ODONTOLÓGICA SE HA VISTO BENEFICIADA CON EL CÚMULO DE PRODUCTOS A PARTIR DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL MATERIAL DE SELECCIÓN, INSTRUMENTOS NOVEDOSOS; EN 4 FACILITAR AL ALUMNO RECURSOS QUE HAN ALCANZADO UNA MEJORA IMPORTANCIA DEL ESTUDIO Y TRATAMIENTO PROTÉSICO.

UNA PRÓTESIS COMPLETA FUNCIONAL Y ESTÉTICAMENTE DE MANERA FIGURATIVA IMPULSA AL ALUMNO A COMPRENDER ANALIZAR Y CONOCER TODO EL COMPLEJO ANATÓMICO COMO EL SISTEMA MASTICATORIO Y LAS ALTERACIONES FUNCIONALES.

EL DISEÑO DE ESTA GUÍA PEDAGÓGICA, SE HA REALIZADO EN EL SENTIDO DE OFRECER UN MODELO DE ENSEÑANZA, CENTRADO EN EL APRENDIZAJE Y EN EL DESARROLLO DE HABILIDADES, ACTITUDES Y VALORES QUE BRINDE A LOS ALUMNOS LA POSIBILIDAD DE ADQUIRIR, LOS CONOCIMIENTOS PREVIOS DE CONCEPTOS IMPORTANTES EN PROSTODONCIA, QUE DEBE SER ENTENDIDA COMO UN MEDIO PARA LOGRAR EL OBJETIVO REAL, ES DE SELECCIONAR LOS PROCESOS Y TÉCNICAS SENCILLAS PARA LA ELABORACIÓN, QUE SON NECESARIOS PARA REPRODUCIR TODOS LOS DETALLES DE LAS ESTRUCTURAS ATÓMICAS, DE RECONOCER LAS CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES EN UN PACIENTE QUE CARECE DE ÓRGANOS DENTALES.

ASI TAMBIEN IDENTIFICA LOS MECANISMOS DE SOPORTE, SUPERFICIES CONSTITUTIVAS, ETAPAS DE EVOLUCIÓN Y TÉCNICAS DE REHABILITACIÓN EN UNA PROTÉSIS TOTAL, PORTADOR DE UNA DENTADURA ARTIFICIAL COMPLETA QUE AYUDAN RESTAURAR LAS FUNCIONES DETERIORADAS POR LA EDENTACIÓN, NO DEBE PRESENTAR MOVILIDAD DURANTE SU USO. ESTE MOVIMIENTO O DESPLAZAMIENTO SE PUEDE PREVENIR CON LA ELABORACIÓN DE UNA PRÓTESIS QUE TENGA RETENCIÓN, ADHESIÓN Y QUE DEPENDA EN SU MAYOR PARTE DE ESTABLECER Y ELABORAR TÉCNICAS MAS COMUNES, COMO SE REALIZA EL SELLADO PERIFÉRICO EFECTIVO, QUE NO PERMITA LA ENTRADA DE AIRE A LA SUPERFICIE INTERNA DE LA PRÓTESIS. LOS MÉTODOS, ESTRATEGIAS Y RECURSOS PARA LA ENSEÑANZA; ASÍ COMO LOS ESCENARIOS Y RECURSOS DESTINADOS PARA EL APRENDIZAJE DE LOS CONTENIDOS, NOS PERMITEN: IDENTIFICAR LOS COMPONENTES ESTRUCTURALES DE LAS PRÓTESIS EN LA MANERA QUE SE CONSTRUYA ADECUADAMENTE, UNA REHABILITACIÓN PROTÉSICA EN PACIENTES CON EDENTULISMO TOTAL, ES DE CORREGIR Y/O MANTENER UNA BUENA SALUD BUCAL, EN RESTAURAR LA FUNCIÓN ANATÓMICA, TALES COM: LA FONÉTICA, LA FUNCIÓN OCLUSAL Y LA ESTÉTICA EMOCIONAL DEL PACIENTE, A TRAVÉS DEL CORRECTO DIAGNÓSTICO Y EJECUCIÓN DE UN PLAN DE TRATAMIENTO, QUE PERMITA ALCANZAR ESTE Y OTROS OBJETIVOS NECESARIOS Y PARTICULARES EN CADA CASO, DE PROPONER DIVERSAS ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA QUE BRINDEN AL ESTUDIANTE DIFERENTES OPORTUNIDADES DE APRENDIZAJE Y REPRESENTACIÓN DEL CONTENIDO DESDE SU FASE CLÍNICA HASTA SU FASE FINAL DE LABORATORIO DENTAL; LA UTILIZACIÓN DE DIFERENTES MATERIALES DENTALES.

CABE SEÑALAR QUE ES DE SUMA IMPORTANCIA LA EXPERIENCIA NECESARIA PARA DETECTAR ERRORES EN NUESTRO TRABAJO PROFESIONAL, AMPLITUD DE CONOCIMIENTOS FUNDAMENTALES, DAR INSTRUCCIONES PRECISAS AL MECÁNICO DENTAL PUESTO QUE CONOCEMOS CON PRECISIÓN LA APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO, ESTO CON LA FINALIDAD DE CONFECCIONAR LAS PROTESIS TOTALES HASTA SU COLOCACIÓN EN LA BOCA DEL PACIENTE, QUE EXPLICAREMOS DETALLADAMENTE EN EL TRANCURSO DE ESTA TESIS DE INVESTIGACION PARA BRINDAR UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA, A TRAVÉS DE LAS PRÓTESIS TOTALES, OBTENIENDO RESULTADOS SATISFACTORIOS QUE PERMITA LA RECUPERACIÓN DE LA ESTÉTICA DENTOFACIAL, Y DE FUNCIONES TAN IMPORTANTES COMO LA MASTICACIÓN, LA DEGLUCIÓN Y LA FONACIÓN.

EL PRINCIPAL PROBLEMA QUE PUEDEN OCASIONAR LAS PROSTODONCIAS TOTALES MAL ELABAORADAS, SON LAS LESIONES, YA QUE NO SE LE HA DADO LA IMPORTANCIA QUE MERECE A LA ENSEÑANZA DE LA TECNICA PROTESICA.

EL OBJETIVO DE ESTA DISCIPLINA SE BASA EN UN ANALISIS Y DIAGNOSTICO CUIDADOSO, ES REHABILITAR LA CAVIDAD BUCAL, BAJO UNA COMPOSICION DE DISEÑO CONSISTE EN REEMPLAZAR EN SU TOTALIDAD LOS DIENTES QUE LOS PACIENTES HAN PERDIDO POR ALGUNA RAZON, YA SEA EN EL ARCO SUEPRIOR, INFERIOR O AMBOS. ESTAS AYUDAN A COMPLEMENTAR LA DENTADURAN Y A SENTIR MAS CONFIANZA AL SONREIR.

PARA ESTO SE REQUIRE DE UN ADECUADO DESARROLLO CLINICO DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZARAN, LOS CUALES SON FUNDAMENTALES PARA LOGRAR EL EXITO DE LA ELABORACION DE DENTADURAS COMPLETAS.

CUANDO SE TERMINA DE ELABORAR LA PROTESIS TOTAL Y SE LLEVA A LA BOCA DEL PACIENTE, SE PUEDE OBSERVAR CON MAS CLARIDAD LOS ERRORES Y CUANDO EL PACIENTE EXPRESA SU MOLESTIA, ES CUANDO NOS VEMOS EN LA NECESIDAD DE HACER LOS AJUSTES EN LA DENTADURA.

ESTA TESIS SE REALIZA CON EL FIN DE EVITAR LESIONES EN LOS TEJIDOS DE LA BOCA POR PROSTODONCIAS TOTALES MAL ELABORADAS. POR ELLO SE MENCIONARA PASO A PASO LA CORRECTA ELABORACION DE UNA PROSTODONCIA TOTAL DESDE EL PRINCIPIO HASTA SUS INDICACIONES Y CUALES SON LAS PRINCIPALES CAUSAS DE LA INCIDENCIA DE LESIONES EN LA BOCA POR ESTAS MISMAS.

PLANTEAMIENTO DEL **PROBLEMA**

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

SE REALIZA UN PROCEDIMIENTO EN LA CAVIDAD ORAL, COMO ES UNA PROSTODONCIA TOTAL, QUE ES UNA PRACTICA MUY HABITUAL, HAY UNA GRAN CANTIDAD DE PACIENTES QUE DEMANDA SU ELABORACION. EL PACIENTE GERIATRICO TOTAL PRESENTA RESORCION SEVERA DE SU MAXILLA Y MANDIBULA, CON MAYOR FRECUENCIA DE MANDIBULA. LA PERDIDA DE HUESO ALVEOLAR ES UNA ENTIDAD CRONICA, ACUMULATIVA, CUANDO PROGRESIVA E IRREVERSIBLE.

ESTE TIPO DE PROCEDIMIENTO COMO ES LA ELABORACION DE UNA PROSTODONCIA TOTAL SUELE TENER CONSECUENCIAS CUANDO NO SON ELABORADAS CORRECTAMENTE, COMO SON LAS LESIONES.

CON FRECUENCIA, LA LESION INICIAL DE LA BOCA ES CAUSADA POR LA PRESION IMPERCEPTIBLE, PERO CONSTANTE DE LA DENTADURA SOBRE EL TEJIDO, LO CUAL DA REACCION A UNA INFLAMACION QUE AUMENTA LA PRESION Y HACE QUE ESTA CONDICION EMPEORE PROGRESIVAMENTE.

LA INFLAMACION ES UNA REACCION FISIOLOGICA SOBRE LOS TEJIDOS, PRESENTE ANTE LA ELABORACION DE UNA PROSTODONCIA TOTAL MAL ELABORADA, SE ACTIVE EL PROCESO INFLAMATORIO QUE ES UNA SERIE DE SUCESOS BIOQUIMICOS Y CELULARES CON PARTICIPACION DE MEDIADORES DE LA INFLAMACION Y SUSTANCIAS ALGOGENICAS. POR LO QUE SE IDENTIFICARON LAS LESIONES MAS COMUNES QUE SE VEN RELACIONADAS CON LAS PROSTODONCIAS TOTALES MAL ELABORADAS Y QUE AQUEJAN A LA CAVIDAD ORAL.

JUSTIFICACION

JUSTIFICACION

EL EXITO DE LOS TRATAMIENTOS CON PROSTODONCIAS TOTALES EN LA PRACTICA CLINICA DIARIA, ESTA DIRECTAMENTE ASOCIADA A UNA PLANIFICACION CORRECTA, ESTA DEBE SER INDIVIDUALIZADA Y EJECUTADA CON EL FIN DE ATENDER LAS NECESIDADES DE CADA PACIENTE, ORIENTANDOLOS PARA LA DETERMINACION DE UN CORRECTO PLAN DE TRATAMIENTO, CONSIGUIENDO QUE EL PACIENTE RECUPERE LA FUNCIONALIDAD Y ESTETICA PARA PODER REALIZAR TODAS SUS FUNCIONES DE UNA MANERA OPTIMA Y EFECTIVA DURANTE LOS MOVIMIENTOS QUE SE REALIZAN DENTRO DE LA CAVIDAD ORAL.

LA PROSTODONCIA TOTAL ES IDEAL PARA EL PACIENTE EDENTULO, PARA REPONER TODAS SUS PIEZAS FALTANTES, CONSIGUIENDO UNA BUENA DISTRIBUCION DE LAS FUERZAS MASTICATORIES Y ES MUY BIEN ACEPTADA PSICOLOGICAMENTE.

MARCO TEORICO

MARCO TEORICO

LA PROSTODONCIA TOTAL ES UNA RAMA DE LA ODONTOLOGIA QUE SE ENCARGA DE RESTABLECER LOS DIENTES PERDIDOS POR MEDIOS ARTIFICIALES DEVOLVIENDO SU ESTETICA, FONETICA Y SU FUNCION MASTICATORIA DE LOS INDIVIDUOS.

LA PROSTODONCIA TOTAL ES UNA OPCION COMUN PARA AQUELLOS PACIENTES QUE HAN PERDIDO TODOS SUS DIENTES NATURALES DEBIDO A LAS DOS PATOLOGIAS MAS FRECUENTES, LA CARIES Y LA ENFERMEDAD PERIODONTAL ASI COMO LAS DIFERENTES LESIONES TRAUMATICAS U OTRAS AFECCIONES ORALES. LA PROSTODONCIA TOTAL SE APOYA DIRECTAMENTE EN LAS ENCIAS Y EN LOS SOPORTES OSEOS DE LA CAVIDAD ORAL.

LA PROSTODONCIA TOTAL IMPLICA LA EVALUACION EXHAUSTIVA DEL PACIENTE PARA LA PROTESIS DENTAL COMPLETA. EL PROCESO DE CREACION DE LA PROTESIS INCLUYE LA TOMA DE MEDIDAS PRECISAS DE LA BOCA DEL PACIENTE, PARA EVITAR LESIONES EN EL TEJIDO, LA SELECCION DEL COLOR, LA FORMA DE LOS DIENTES ARTIFICIALES Y LA FABRICACION DE LA PROTESIS COMPLETA.

UNA VEZ QUE SE COMPLETA LA PROSTODONCIA TOTAL, SE REALIZA UNA PRUEBA PARA ASEGURARSE DE QUE LA PROTESIS SE AJUSTA DE MANERA ADECUADA Y COMODA EN LA BOCA DEL PACIENTE.

SI SE ENCUENTRA QUE LA PROTESIS NO SE AJUSTA CORRECTAMENTE O NO ES COMODA, SE REALIZARAN LOS AJUSTES NECESARIOS PARA EVITAR LESIONES.

LA PROSTODONCIA TOTAL PUEDE MEJORAR SIGNIFICATIVAMENTE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES, ES POR ESTO QUE ES DE SUMA IMPORTANCIA TENER LOS CONOCIMIENTOS NECESARIOS DE LOS MUSCULOS ESPECIFICOS DE LA CAVIDAD ORAL PARA PODER RECUPERAR LA FUNCION, LA MASTICACION, LA FONETICA Y ESTO NOS CONLLEVA A QUE EL PACIENTE RECUPERE Y SONRIA SATISFACTORIAMENTE PERMITIENDOLES MASTICAR, HABLAR Y SONREIR CON CONFIANZA.

PARA ELLO ES NECESARIO ESTUDIAR TAMBIEN LOS MUSCULOS ESPECIFICOS DE LA CAVIDAD ORAL DURANTE LOS MOVIMIENTOS MASTICATORIOS, MANTENER EL BOLO ALIMENTICIO ENTRE LAS SUPERFICIES OCLUSALES DE LOS DIENTES.

MUSCULOS INVOLUCRADOS EN PROSTODONCIA:

ORIGEN: ES DONDE SE FIJA A LA ESTRUCTURA MENOS MOVIL.

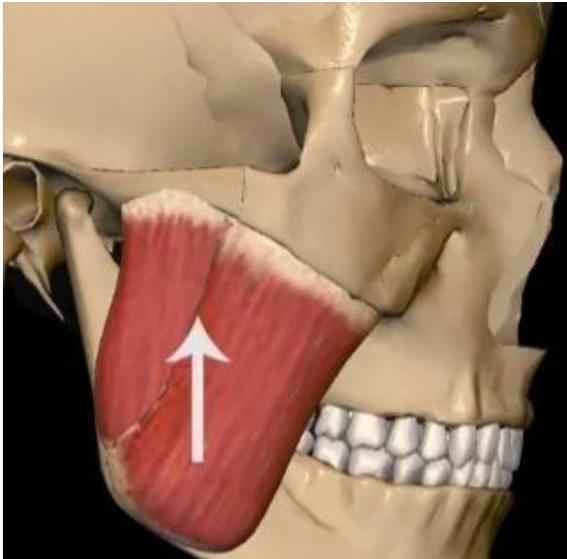
INSERCION: ES DONDE SE FIJA A LA ESTRUCTURA MAS MOVIL.

ACCION: FUNCION QUE SE EFECTUA CUANDO SE FIJA LA ESTRUCTURA MAS MOVIL.

GRUPO DE MUSCULOS QUE PROVIENEN DE LA BASE DE CRANEO E INSERTAN EN LA MANDIBULA.

PARTICIPAN EN MOVIMIENTOS DE ELEVACION, RETRUSION, PROTRUSIN Y LATERALIDAD DE LA MANDIBULA.

DENTRO DE ESTOS SE MENCIONAN LOS SIGUIENTES:

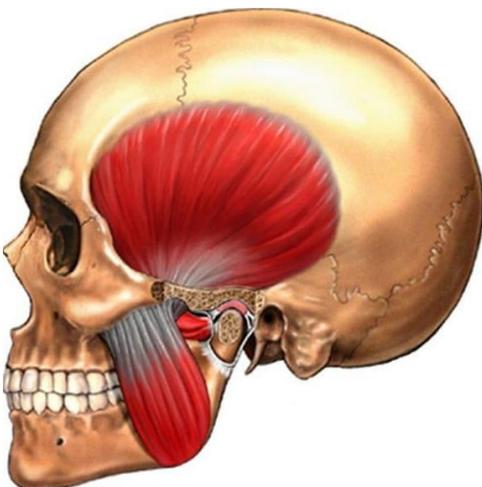


MUSCULO MASETERO: SE EXTIENDE DESDE LA APOFISIS CIGOMATICA HASTA LA CARA EXTERNA DEL ANGULO DE LA MANDIBULA. SE HALLA CONSTITUIDO POR UN HAZ SUPERFICIAL, MAS VOLUMINOSO, DIRIGIDO OBLICUAMENTE HACIA ABAJO Y ADELANTE.

EL HAZ SUPERFICIAL SE INSERTA SUPERIORMENTE SOBRE LOS DOS TERCIOS ANTERIORES DEL BORDE INFERIOR DEL ARCO CIGOMATICO E INFERIORMENTE EN EL ANGULO DE LA MANDIBULA Y SOBRE LA CARA EXTERNA DE ESTE.

SU INCERSION SE REALIZA A EXPENSAS DE UNA FUERTE APONEUROSIS, LA CUAL SE ORIGINA MEDIANTE NUMEROSAS LAMINAS AGUZADAS HACIA EL TERCIO MEDIO DE LA MASA MUSCULAR. EL HAZ PROFUNDO SE INSERTA POR ARRIBA DEL BORDE INFERIOR Y TAMBIEN EN LA CARA ONTERNA DE LA APOFISIS CIGOMATICA, SUS FIBRAS SE DIRIGEN LUEGO HACIA ABAJO Y

ADELANTE, YENDO A TERMINAR SOBRE LA CARA EXTERNA DE LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDIBULA.



MUSCULO TEMPORAL: ES UN MUSCULO GRANDE, EN ABANICO, QUE HACE LA FOSA TEMPORAL Y EN LA CARA

PROFUNDA DE LA APONEUROSIS TEMPORAL.

EL MUSCULO TEMPORAL ESTA FORMADO POR VARIAS HOJAS PLANAS QUE TIENEN UN ORIGEN EN LA FOSA TEMPORAL Y EN LA APONEUROSIS TEMPORAL.

LAS CAPAS PROFUNDAS SE INSERTAN EN LA CARA MEDIA DE LA APOFISIS CORONOIDEA, DONDE TERMINAN EN UN TENDON. EL CUAL SE EXTIENDE POR LA CARA MEDIA DEL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA. A VECES, LAS FIBRAS TEMPORALES LLEGAN A LA PROMINENCIA MILOHIOIDEA EN EL TRIGONO RETROMOLAR, INMEDIATAMENTE DETRÁS DEL ULTIMO MOLAR. TOMANDO EN CUENTA 2 Y 3 MOLARES. EN ESTA REGION, LAS FIBRAS DEL MUSCULO TEMPORAL ENTRAN EN CONTACTO CON EL BUCCINADOR, CONSTRICTOR SUPERIOR, Y EL MILOHIOIDEO. LAS FIBRAS ANTERIORES MUEVEN LA MANDIBULA HACIA ARRIBA, LAS MEDIAS HACEN QUE SE MUEVAN HACIA ARRIBA Y LIGERAMENTE HACIA ATRÁS, Y LAS POSTERIORES LA HACEN RETROCEDER DESOUES DE HABERSE MOVIDO HACIA ADELANTE.

MUSCULO PTERIGOIDEO INTERNO:

EMPIEZA EN LA APOFISI PTERIGOIDEA Y TERMINA EN LA PORCION INTERNA DEL ANGULO DE LA MANDIBULA. SUPERIORMENTE SE INSERTA SOBRE LA CARA INTERNA DEL ALA EXTERNA DE LA APOFISIS PTERIGOIDEA, EN EL FONDO DE LA FOSA PTERIGOIDEA EN PARTE DE LA CARA EXTERNA DEL ALA INTERNA, Y POR MEDIO DE UN FASCICULO PALATINO DE JUVARA, EN LA APOFISIS PIRAMIDAL DEL PALATINO. DESDE ESTOS LUGARES, SUS FIBRAS SE DIRIGEN HACIA ABAJO, TRAS Y AFUERA PARA TERMINAR MERCED A LAMINAS TENDINOSAS QUE SE FIJAN EN LA PORCION INTERNA DEL ANGULO DE LA MANDIBULA Y SOBRE LA CARA INTERNA DE SU RAMA ASCENDENTE. SUS FIBRAS SE PROLONGAN A VECES TAN AFUERA SOBRE EL BORDE DEL MAXILAR, QUE PRODUCEN LA IMPRESIÓN DE UNIRSE CON

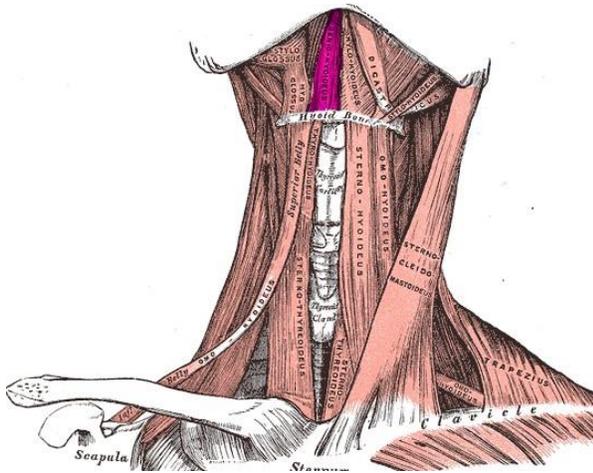
EL MASETERO. SU ACCION PRINCIPAL DE ESTE MUSCULO ES ELEVAR LA MANDIBULA, PERO DEBIDO A SU POSICION, TAMBIEN PROPORCIONA A ESTE HUESO PEQUEÑOS MOVIMIENTOS LATERALES.

MUSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO:

ESTE ES EL MUSCULO MAS CORTO DE LA MUSCULATURA MASTICATORIA. NACE CON UN FASCICULO SUPERIOR Y UN FASCICULO INFERIOR.

EL FASCICULO SUPERIOR SE ORIGINA EN LA SUPERFICIE INFERIOR DEL ALA MAYOR DEL HUESP ESFENOIDES. EL FASCICULO INFERIOR NACE EN LA CARA EXTERNA DE LA APOFISIS PTERIGOIDES Y LA SUPERFICIE POSTERIOR DE LA TUBEROCIDAD DEL MAXILAR. UNA VEZ MAS DEBIDO A QUE EL PTERIGOIDEO EXTERNO ES MEDIAL Y ANTERIOR AL CONDILO MANDIBULAR, LAS FIBRAS DEL FASCICULO SUPERIOR SE EXTIENDEN CASI RECTAS HACIA ATRÁS Y AFUERA PARA INTERNARSE EN LA CAPSULA Y EL DISCO ARTICULAR DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR. LAS FIBRAS DEL FASCICULO INFERIOR SE EXTIENDEN HACIA ATRÁS, AFUERA Y ARRIBA PARA INTERNARSE EN LA CABEZA DEL CONDILO DE LA MANDIBULA. CUANDO ESTE MUSCULO SE CONTRAE, LA CABEZA DEL CONDILO, PRECEDIDA POR EL DISCO ARTICULAR, VA EN DIRECCION ANTERIOR, MEDIAL E INFERIOR. CUANDO EL MUSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO NO SE CONTRAE DE UN LADO, EL MOVIMIENTO ES HACIA ADELANTE Y AL LADO OPUESTO. EL EFECTO NETO ES LLEVAR LA MANDIBULA HACIA EL LADO OPUESTO DEL MUSCULO QUE FUNCIONA.

EL SIGUIENTE GRUPO DE MUSCULOS QUE SE VAN A ANALIZAR CORRESPONDEN A LOS SUPRAHIOIDEOS. TIENEN UNA FUNCION DOBLE, PUES ADEMAS DE HACER QUE DESCienda LA MANDIBULA, INTERVIENEN EN EL MECANISMO DE LA DEGLUCION, ADEMAS QUE TODOS LOS MUSCULOS HIOIDEOS INTERVIENEN EN LA FONACION. CONSIDERANDO ESTOS DOS FACTORES QUE SON LA DEGLUCION Y FONACION VEREMOS QUE SON IMPORTANTES EN LA FABRICACION DE UNA PROTESIS TOTAL.



MUSCULO GENIOHIOIDEO: SE ORIGINA EN LA PARTE INFERIOR DE LOS TUBERCULOS GENIANOS, EN LA SUPERFICIE INTERNA DE LA MANDIBULA Y SE INSERTAN EN LA CARA ANTERIOR DEL CUERPO DEL HIOIDES. CUANDO SE CONTRAE, SI EL HUESO HIOIDES NO ESTA INMOVILIZADO POR LOS MUSCULOS

INFRAHIOIDEOS, SE DIRIGE HACIA ADELANTE Y ARRIBA. SI EL HUESO HIOIDES ESTA FIJO, ESTE MUSCULO ACTUA COMO DEPRESOR DE LA MANDIBULA.

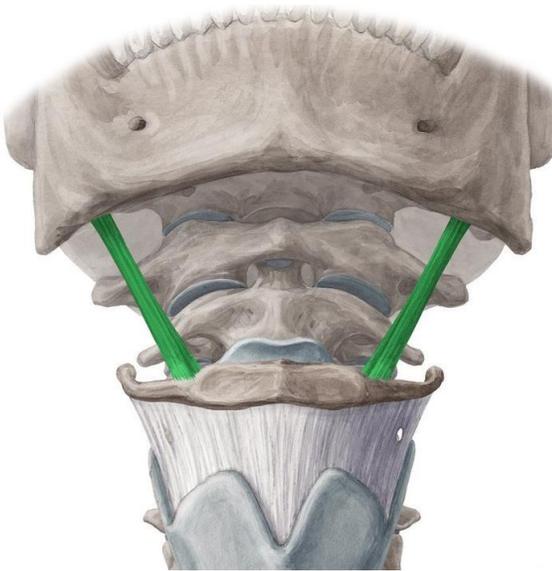


MUSCULO MILOHIOIDEO: NACE EN LA LINEA OBLICUA INTERNA EN LA SUPERFICIE INTERNA DE LA MANDIBULA. LA MAYORIA DE LAS FIBRAS VAN DIRECTAMENTE HACIA LA LINEA MEDIA PARA REUNIRSE CON EL MUSCULO MILOHIOIDEO DEL LADO OPUESTO EN UNA BANDA TENDINOSA DENOMINADA RAFE MILOHIOIDEO. ALGUNAS DE SUS FIBRAS POSTERIORES SE DIRIGEN HACIA ATRÁS Y

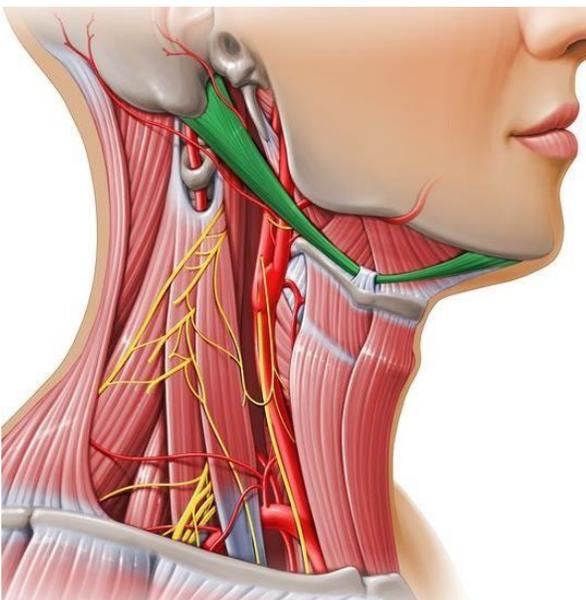
ABAJO PARA INSERTARSE EN EL CUERPO DEL HUESO HIOIDES.

ESTE MUSCULO FORMA EL PISO DE LA CAVIDAD BUCAL, Y AL CONTRAERSE, ELEVA EL HUESO HIOIDES Y EL PISO DE LA BOCA.

TAMBIEN PERMITE QUE LA LENGUA SE ELEVE CONTRA EL PALADAR DURO, CUANDO SE HABLA O SE COME, EN CIRCUNSTANCIAS SIMILARES A LAS DEL MUSCULO GENIOHIOIDEO AYUDA A DESCENDER LA MANDIBULA.



MUSCULO ESTILOHIOIDEO: SE ORIGINA EN LA APOFISIS ESTILOIDES DEL HUESO TEMPORAL Y SE DIRIGE HACIA ABAJO Y ADELANTE. CUANDO SE ACERCA EL TENDON DEL MUSCULO DIGASTRICO SE DIVIDE EN DOS PORCIONES, UNA INTERNA Y OTRA EXTERNA PARA DAR PASO AL DIGASTRICO. LUEGO SE RECONSTITUYE Y SE INSERTA EN EL HUESO HIOIDES.



MUSCULO DIGASTRICO: SE COMPONE DE DOS VIENTRES, UNO POSTERIOR Y OTRO ANTERIOR, UNIDOS POR UN TENDON INTERMEDIO. EL VIENTRE POSTERIOR SE ORIGINA EN LA PORCION MASTOIDEA DEL HUESO TEMPORAL Y SE EXTIENDE Y SE INSERTA EN EL HUESO HIOIDES. POR MEDIO DE UN CABESTRILLO APONEUROTICO QUE RODEA AL TENDON Y CONECTA LOS FASCICULOS ANTERIOR Y POSTERIOR.

EL VIENTRE ANTERIOR DEL DIGASTRICO SE ORIGINA EN LA FOSA DIGASTRICA LOCALIZADA EN EL BORDE INTERNO DE LA MANDIBULA EN LA ZONA DE LA SINFISIS Y SE INSERTA EN EL TENDON QUE LO CONECTA CON EL VIENTRE POSTERIOR. CABE SEÑALAR QUE EL TENDON DE CONEXIÓN ENTRE LOS DOS VIENTRES NO ESTA UNIDO DIRECTAMENTE AL HUESO HIOIDES. SINO QUE ESTA SUJETO A EL POR MEDIO DE UN ASA APONEUROTICA.

SI EL VIENTRE POSTERIOR SE CONTRAE, EL HUESO HIOIDES VA HACIA ADELANTE. LOS DIGASTRICOS TAMBIEN AYUDAN A LA RETRACCION Y EL DESCENSO DE LA MANDIBULA CUANDO EL HUESO HIOIDES ESTA FIJO.

IMPRESIONES PRIMARIAS.

ES EL REGISTRO DE LOS TEJIDOS DE LA CAVIDAD BUCAL REGISTRAN TODAS LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS ESTRUCTURAS ANATÓMICAS DE LOS MAXILARES DESDENTADOS, OBTENIENDO DE ESTA UN MODELO PRIMARIO SOBRE EL CUAL SE CONFECCIONARA UNA CUBETA INDIVIDUAL.

QUE SE HACE CON UN MATERIAL ELÁSTICO, SUAVE (ALGINATO), QUE NOS PROPORCIONARÁ LOS ELEMENTOS NECESARIOS PARA ELABORAR UN MODELO DE ESTUDIO.

EXISTEN DOS TIPOS DE IMPRESIONES:

IMPRESIONES PRIMARIAS O ANATÓMICAS: NOS SIRVEN PARA OBTENER MODELOS DE DIAGNÓSTICO, PARA ELABORAR PORTA-IMPRESIONES INDIVIDUALES EN ACRÍLICO, CON LOS CUALES SE TOMARÁ LA IMPRESIÓN FISIOLÓGICA. A ESTAS IMPRESIONES TAMBIÉN SE LES PUEDEN LLAMAR IMPRESIONES PRELIMINARES.

IMPRESIONES SECUNDARIAS O FISIOLÓGICAS: NOS SIRVEN PARA OBTENER EL MODELO DE TRABAJO EN EL QUE SE ELABORARÁ LA DENTADURA.

OBJETIVOS DE LA IMPRESIÓN:

RETENCIÓN: SON AQUELLAS FUERZAS QUE SE OPONEN AL RETIRO O DESALOJO DE LAS DENTADURAS AL SENTIDO OPUESTO A LA BASE. ESTA RETENCIÓN SE LOGRA POR EL SELLADO PERIFÉRICO, AL FORMARSE UN VACÍO QUE FACILITA SU ADHESIÓN EN LOS MAXILARES DESDENTADOS.

ESTABILIDAD: AQUELLAS FUERZAS QUE EVITAN EL DESALOJO DE LAS DENTADURAS EN SENTIDO HORIZONTAL O LATERAL. SOPORTE. A MAYOR ÁREA DE SOPORTE LA DENTADURA TENDRÁ MAYOR CAMPO PARA SOPORTAR LAS FUERZAS.

ESTÉTICA: CUANDO SE TOMAN LAS IMPRESIONES NO DEBEN DISTORSIONARSE LOS TEJIDOS FACIALES. PARA LOGRAR ESTO SE DEBEN TOMAR CON PORTAIMPRESIONES ADECUADAS.

MODELO PRIMARIO Y CONFECCIÓN DE ZÓCALO.

EL MODELO PRIMARIO SE OBTIENE A PARTIR DEL VACIADO DE LAS PRIMERAS IMPRESIONES Y DEBE REPRODUCIR LAS ESTRUCTURAS ANATÓMICAS DE LOS MAXILARES DESDENTADOS. EL ZÓCALO SE CONFECCIONA DURANTE O DESPUÉS DEL VACIADO DE LOS MODELOS DE ESTUDIO. LOS MODELOS DE DIAGNOSTICO PERMITEN LA EVALUACION DE LA ANATOMIA DE LOS TEJIDOS DUROS Y BLANDOS SIN LA PRESENCIA DEL PACIENTE, ASIMISMO, PERMITE ESTABLECER QUE CIRUGIA PROTESICA SE NECESITA.

CONFECCIÓN DE CUBETAS INDIVIDUALES.

LA CUBETA INDIVIDUAL SE CONFECCIONA PARA UN CASO ESPECIFICO, A PARTIR DE UN MODELO PRIMARIO Y SU DISEÑO PERMITE CONSEGUIR UNA IMPRESIÓN MÁS EXACTA Y DETALLADA DEL PACIENTE, LA CUBETA SE HACE CON ACRÍLICO Y PUEDEN SER LIMPIADAS Y ALMACENADAS DESPUÉS DE SU USO PARA RETOMAR ALGUNA FUTURA IMPRESIÓN DEL MISMO PACIENTE, ESTAS NO SE DEBEN USAR EN DISTINTOS PACIENTE, POR ESO SE DICE QUE ES PARA UN CASO ESPECIFICO.

IMPRESIONES DEFINITIVAS.

EN ESTAS SE REGISTRAN MÁS DETALLADAMENTE LAS CARACTERÍSTICAS ANATÓMICAS DE LOS MAXILARES DESDENTADOS, MEDIANTE EL USO DE LAS CUBETAS INDIVIDUALES Y UN MATERIAL DE IMPRESIÓN ESPECIAL LLAMADO PASTA ZINQUENOLICA, ESTE MATERIAL DA UNA IMPRESIÓN. MÁS PRECISA QUE EL MATERIAL QUE SE USA PARA TOMAR LA PRIMERA IMPRESIÓN. A PARTIR DE ESTAS SE OBTENDRÁN LOS MODELOS DEFINITIVOS EN LOS QUE SE VA A TRABAJAR.

ENCAJONADO Y VACIADO

ES EL PROCEDIMIENTO CUYA FINALIDAD ES DARLE FORMA Y TAMAÑO APROPIADO DEL MODELO DEFINITIVO PARA CONSERVAR LA PROFUNDIDAD Y EL ANCHO DEL FONDO DEL SURCO. MEDIANTE LA CONSTRUCCIÓN DE 3 PAREDES HORIZONTALES Y SERÁ ALREDEDOR DE LA IMPRESIÓN.

PLACA BASE Y RODETES DE OCLUSIÓN Y CONTORNO.

LAS PLACA BASES SON LAMINAS DELGADAS DE ACRÍLICO AUTO-CURABLE TEMPORALES LAS CUALES LE DAN FORMA Y GROSOR A LA BASE DE LA PRÓTESIS, EN ELLAS SE COLOCAN LOS RODETES DE OCLUSIÓN O DE MORDIDA, ESTAS DEBEN SER RÍGIDAS, ESTABLES Y FÁCILES DE PULIR. LOS RODETES DETERMINAN EL SOPORTE FUNCIONAL, EL NIVEL DEL PLANO OCLUSAL, LA FORMA DEL ARCO Y LA DIMENSIÓN VERTICAL. REGISTRA LAS RELACIONES INTERMAXILARES, LA LÍNEA MEDIA, LA LÍNEA DE LA SONRISA, LA GUÍA CANINA Y EN ÉL SE ENFILAN LOS DIENTES.

MONTAJE DE LOS MODELOS EN EL ARTICULADOR DE BISAGRA.

ES EL PROCEDIMIENTO EN EL CUAL, UNA VEZ RELACIONADOS LOS MODELOS SUPERIOR E INFERIOR MEDIANTE UN REGISTRO DE MORDIDA, SE FIJAN CON YESO A LAS RAMAS DEL ARTICULADOR. UNA VEZ CONCLUIDO EL MONTAJE SE PUEDE REALIZAR MOVIMIENTOS DE APERTURA Y CIERRE

MONTAJE DE LOS MODELOS EN EL ARTICULADOR SEMI-AJUSTABLE.

ES EL PROCEDIMIENTO POR EL CUAL SE FIJAN LOS MODELOS SUPERIOR E INFERIOR A LAS RAMAS DEL ARTICULADOR EN UNA POSICIÓN DETERMINADA. LA DIFERENCIA DE ESTE CON EL ARTICULADOR DE BISAGRA RADICA EN QUE CON EL ARTICULADOR SEMI-AJUSTABLE SE RECREAN LOS MOVIMIENTOS Y ÁNGULOS PROPIOS DE LA OCLUSIÓN DEL PACIENTE, QUE VARIA POR DIFERENTES FACTORES.

ENFILADO DE LOS DIENTES MONOPLANOS.

TIENE POR FINALIDAD COLOCAR LOS DIENTES ARTIFICIALES EN LOS RODETES EN LA POSICIÓN, ALINEACIÓN Y RELACIÓN QUE PERMITAN RESTAURAR LA FUNCIÓN MASTICATORIA, FONÉTICA Y ESTÉTICA. LOS DIENTES MONOPLANOS O NO ANATÓMICOS, NO TIENEN CÚSPIDES Y SON ENFILADOS EN UN SOLO PLANO.

ENFILADO DE DIENTES POLIPLANOS.

TIENE LA MISMA FINALIDAD DEL ENFILADO DE DIENTES MONOPLANOS PERO A DIFERENCIA DE ESTOS, LAS PIEZAS POSTERIORES DE LOS POLIPLANOS TIENEN ALTURA DE CÚSPIDES. SE DEBE TENER MUY PRESENTE EL CONCEPTO DE OCLUSIÓN BALANCEADA, PARA DARLE ESTABILIDAD A LA PRÓTESIS.

ENCERADO Y TALLADO DE LAS BASES.

CONSISTE EN DAR FORMA, VOLUMEN Y CARACTERIZACIONES A LAS ENCÍAS PROTÉSICAS Y A LAS FUTURAS BASES DE LA DENTADURA, MEDIANTE EL AGREGADO Y/O ELIMINACIÓN DE CERA BASE ROSADA DE LO QUE ANTES FUE EL RODETE DE MORDIDA. DE ESTA MANERA PERMITE QUE LA LENGUA, LABIOS Y MEJILLAS SE ADAPTEN A LAS SUPERFICIES VESTIBULAR Y PALATINA O LINGUAL CORRECTAMENTE CONTORNEADAS. MEJORA LA ESTABILIDAD DE LAS PRÓTESIS, LE DA SU FORMA ANATÓMICA FINAL QUE VA A TENER LO QUE REPRESENTA EL TEJIDO BLANDO.

PROCESADO.

ES EL PROCEDIMIENTO POR EL CUAL SE REEMPLAZA LA PLACA BASE Y ENCERADO POR UN MATERIAL PLÁSTICO DURO Y PULIBLE.

ESTE PROCEDIMIENTO CONSTA DE CINCO ETAPAS:

ENMUFLADO: ES EL PROCEDIMIENTO EN EL QUE EL MODELO, PLACA BASE, ENCERADO Y DIENTES ARTIFICIALES SE INCLUYEN DENTRO DE UNA MEZCLA DE YESO CONTENIDO EN UNA MUFLA. LA CUAL COPIARA LAS CARACTERÍSTICAS DEL ENCERADO QUE SERÁN REPRODUCIDAS EN LA DENTADURA FINAL.

ELIMINACIÓN DE CERA: PROCESO QUE CONSISTE EN ELIMINAR EL ENCERADO (CERA U PLACA BASE) DEL CONJUNTO QUE HA SIDO ENMUFLADO OBTENIENDO ASÍ EL ESPACIO QUE SERÁ OCUPADO POR EL ACRÍLICO TERMO-CURABLE.

EMPAQUETADO O ACRILADO: EN ESTE PASO EL ACRÍLICO TERMO-CURABLE PREPARADO ES CONFINADO EN EL ESPACIO QUE OCUPABA EL ENCERADO.

POLIMERIZACIÓN DEL ACRÍLICO: ES EL PROCESO MEDIANTE EL CUAL EL ACRÍLICO PASA DE SU ESTADO PLÁSTICO A UNA CONSISTENCIA DURA Y RESISTENTE POR EFECTO EL CALOR, ESTO SE PUEDE HACER EN UN AUTOCLAVE O COCINANDO EN BAÑO MARÍA.

DESENMUFLADO: AQUÍ SE SEPARA LA PRÓTESIS DEL YESO EN EL QUE FUE INCLUIDA, PARA EL ACRILADO. ESTE PASO POR SER MUY BRUSCO HAY QUE TENER CUIDADO DE NO DAÑAR EL MODELO NI LA PRÓTESIS, DEBIDO A QUE PARA LIBERAR EL CONTENIDO DE LA MUFLA HAY QUE DARLE FUERTES GOLPES CON UN MARTILLO.

REMONTAJE Y AJUSTE OCLUSAL:

EL REMONTAJE ES EL PROCEDIMIENTO POR EL CUAL SE VUELVE A COLOCAR LOS MODELOS JUNTO CON LA PRÓTESIS CASI TERMINADA SIN PULIR EN EL ARTICULADOR SEMI-AJUSTABLE.

ACABADO DE LAS PRÓTESIS.

EN ESTE PASO SE ELIMINAN LOS EXCESOS DEL ACRILIZADO PARA LUEGO ALISAR Y PULIR SOLAMENTE LAS SUPERFICIES EXTERNAS DE LA PRÓTESIS, CON EL FIN DE DARLE UN BUEN ACABADO PARA QUE EL PACIENTE SE SIENTA A GUSTO CON SU PRÓTESIS Y QUE ESTA SE VEA MÁS REALISTA.

MATERIALES A UTILIZAR NO TOXICOS DENOMINADOS DE IMPRESIÓN, SIRVEN PARA REPRODUCIR LAS ESTRUCTURAS BUCALES DEL PACIENTE, ESPECIALMENTE LAS AREAS DE TRABAJO.

ELABORACION DEL MODELO ANATOMICO

IMPRESION PRIMARIA O ANATOMICA. ES LA REPRODUCCION NEGATIVA DE LOS TEJIDOS DE LA CAVIDAD BUCAL QUE CONSTITUYEN LA SUPERFICIE DE ASIENTO DE LA PROTESIS, CON EL PROPOSITO DE ELABORAR UN MODELO DE ESTUDIO.

ZONAS PROTESICAS. SON TODAS LAS AREAS DISPONIBLES QUE SIRVEN DE APOYO A LA DENTADURA.

EL MODELO ANATOMICO, TAMBIEN LLAMADO MODELO DE ESTUDIO, ES LA REPRODUCCION POSITIVA DE LOS TEJIDOS DEL MAXILAR Y DE LA MANDIBULA, REALIZADA EN UNA IMPRESIÓN PRIMARIA, CON EL PROPOSITO DE DIAGNOSTICAR Y FABRICAR UN PORTAIMPRESION INDIVIDUAL.

RETIRADAS LAS IMPRESIONES DE LA BOCA DEL PACIENTE, SE REVISIA CUIDADOSAMENTE PARA ASEGURARSE DE QUE SE HAN REGISTRADO TODAS LAS ZONAS PROTESICAS Y NO HAY DEFECTOS.

CUANDO EXISTE UN GRAN EXCEDENTE DE ALGINATO EN LA ZONA POSTERIOR, SE PUEDE CORTAR CON TIJERA O BISTURI PARA FACILITAR EL AJUSTE DE LA CARTULINA.

SE CORTA UNA TIRA DE CARTULINA DE 10CM DE ANCHO POR 30CM DE LARGO. LA TIRA DE CARTULINA SE ADAPTA ALREDEDOR DE LA IMPRESIÓN.

LA IMPRESIÓN INFERIOR REQUIERE DE UN PROCEDIMIENTO ESPECIAL ANTES DE BARDARSE. ADAPTACION DE UNA GASA A LA PORCION LINGUAL DE LA IMPRESIÓN MANDIBULAR.

CON ALGINATO SE DA FORMA A LA ZONA CORRESPONDIENTE AL PISO DE LA BOCA. CON LOS DEDOS HUMEDECIDOS SE DA FORMA AL ALGINATO, EL CUAL NO DEBERA INVADIR NINGUNA ZONA DE LA IMPRESIÓN.

LA CARTULINA EN TIRA SE COLOCA ALREDEDOR DE LA IMPRESIÓN INFERIOR. LA ALTURA DEL BARDADO DEBE SER SUFICIENTE PARA OBTENER UN ZOCALO DE 1.5CM, APROXIMADAMENTE, EN UNA ZONA MAS DELGADA. SE VIERTE YESO PIEDRA SOBRE LA IMPRESION HASTA APROXIMADAMENTE 1CM DEL DEL BORDE DE LA CARTULINA. UNA VEZ FRAGUADO EL YESO, SE RETIRA LA CARTULINA DE LOS MODELOS.

LOS MODELOS SE LLEVAN A LA RECORTADORA CUIDANDOLOS SIGUIENTES DETALLES:

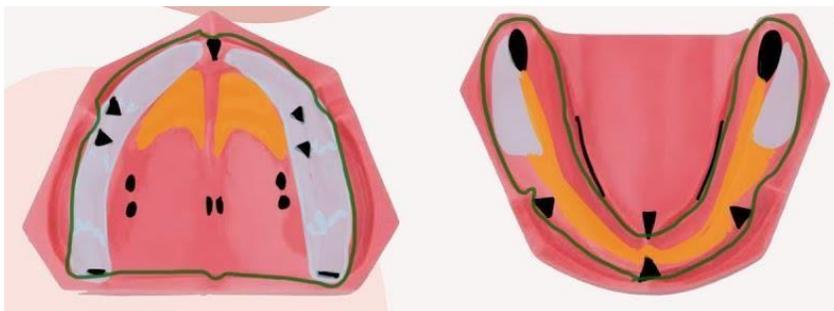
- EL MARGEN PERIFERICO DEBE ESTAR COMPLETO Y NO TENER UNA PROFUNDIDAD SUPERIOR A 3 O 4MM
- EL BORDE QUE SOBRESALE DEL MODELO DEBE ESTAR 3 O 4MM POR DETRÁS DE LA PROTUBERANCIAS RETROMOLARES. LA BASE DEBE TENER POR LO MENOS 1.5CM EN SU PUNTO MAS DELGADO; EL ESPACIO LINGUAL DEL MODELO MANDIBULAR DEBE SER PLANO Y LISO. LOS MODELOS NO DEBEN PRESENTAR SIGNOS DE HUMEDAD POR HABER SIDO LAVADOS EN AGUA CORRIENTE, NI ESTOS DE POLVO PROCEDENTES DEL RECORTADO.

ELABORACION DE PORTAIMPRESIONES INDIVIDUALES.

PORTAIMPRESIONES INDIVIDUAL: RECEPTACULO QUE SE UTILIZA PARA CONTENER Y LLEVAR EL MATERIAL DE IMPRESIÓN A LA BOCA, MANTENERLO Y CONTROLARLO MIENTRAS SON REGISTRADAS TODAS LAS ESTRUCTURAS POR IMPRESIONAR.

TOPES DE TEJIDO: APOYOS HISTICOS ELABORADOS EN LOS PORTAIMPRESIONES INDIVIDUALES PARA LOGRAR UN ESPESOR UNIFORME EN EL MATERIAL DE IMPRESIÓN.

LOS PORTAIMPRESIONES INDIVIDUALES SON ELABORADOS SOBRE MODELOS PRIMARIOS CON LA FINALIDAD DE QUE SU LONGITUD, EXTENSION Y SEPARACION DE LOS TEJIDOS SEA OPTIMA, DE ACUERDO CON EL MATERIAL O MATERIALES UTILIZADOS EN LA IMPRESIÓN DE LOS TEJIDOS BUCALES Y PARA QUE SE REGISTREN DE FORMA ADECUADA LOS DETALLES FINOS DE LAS ZONAS EN QUE SE HA DE COLOCAR LA DENTADURA.



SE REVISAN CUIDADOSAMENTE LOS MODELOS PRIMARIOS EN DONDE LAS ZONAS PROTESICAS DEBERAN ESTAR NITIDAMENTE REPRESENTADAS. CON UN LAPIZ COLOR AZUL SE MARCA UNA LINEA CONTINUA EN DONDE SE CONSIDERA QUE VA A ESTAR UBICADO EL SELLADO PERIFERICO DE LA DENTADURA. UN MILIMETRO POR ARRIBA DE LA PRIMERA LINEA SE MARCA OTRA CON UN LAPIZ DE COLOR ROJO, LA CUAL ESTABLECERA EL LIMITE DE LO QUE SERA EL ACRILICO DEL PORTAIMPRESION. PARA MARCAR EL LIMITE DE LA CERA QUE SE USARA COMO ESPACIADOR PARA EL MATERIAL DE IMPRESION, SE DIBUJA UNA TERCERA LINEA, UN MILIMETRO POR ARRIBA DE LA DE COLOR ROJO, CUIDANDO DE INCREMENTAR LA DISTANCIA EN LA ZONA DEL SELLADO PALATINO POSTERIO. SOBRE LA ZONA DEL REBORDE ALVEOLAR SE DIBUJAN DOS RECTANGULOS A NIVEL DE LOS CANINOS Y DOS A NIVEL DE LOS PRIMEROS MOLARES, QUE MARCAN LA UBICACION DE LO QUE SERAN LOS TOPES DE TEJIDO.

SE ADAPTA UNA HOJA DE CERA ROSA SOBRE LOS MODELOS, RECORTANDO SU CONTORNO SOBRE LA LINEA MAS SUPERIOR DE LOS MODELOS MAXILAR Y MANDIBULAR. SOBRE LOS REBORDES ALVEOLARES SE RECORTA LA CERA, QUE REPRESENTA LOS TOPES DE TEJIDO DEL PORTAIMPRESIONES. SE COLOCA UNA CAPA DE SEPARADOR YESO-ACRILICO SOBRE EL YESO, QUE VA A ENTRAR EN CONTACTO CON EL ACRILICO.

EL ACRILICO DEBERA SER MEDIDO CON UN GODETE EN PROPORCION DE TRES PARTES DE POLIMERO POR UNA DE MONOMERO EN EL FRASCO MEZCLADOR, E INCORPORAR ADECUADAMENTE; MIENTRAS TANTO, SE PREPARA UNA LOSETA HUMEDA Y SE COLOCAN CUATRO MONEDAS EN SUS EXTREMOS. UNA VEZ QUE EL ACRILICO SE PUEDE MANIPULAR, SIN QUE SE ADHIERA A LAS MANOS, SE COLOCA SOBRE LA LOSETA HUMEDA. CON LA OTRA LOSETA, PREFERENTEMENTE MAS GRUESA, TAMBIEN HUMEDA, SE PRESIONA LA PORCION DE ACRILICO HASTA QUE LAS MONEDAS IMPIDAN MAYOR PRESION, LOGRANDO ASI UN ESPESOR UNIFORME DE LA LAMINA DE ACRILICO.

ESTA LAMINA SE ADAPTA CUIDADOSAMENTE Y, APROVECHANDO EL MARGEN PERIFERICO DEL MODELO, SE PRESIONA CON LOS DEDOS PARA ASI EMPEZAR CON EL RECORTE DEL EXCEDENTE DE ACRILICO. ANTES DE QUE LA POLIMERIZACION DEL ACRILICO TERMINE SE RECORTAN LOS EXCEDENTES CON UNA HOJA PARA BISTURI.

POSTERIORMENTE SE PUEDE REALIZAR UNA PEQUEÑA MEZCLA DE ACRILICO PARA CONFECCIONAR EL MANGO DE PORTAIMPRESION, EL CUAL DEBERA TENER UNA ORIENTACION SEMEJANTE A LA QUE TIENEN LOS DIENTES INCISIVOS CENTRALES.

AL CONFECCIONAR EL PORTAIMPRESION INFERIOR SE SUGIERE UTILIZAR UN ACRILICO DE POLIMERIZACION LINEAL, EL CUAL TIENE UN TIEMPO DE TRABAJO MAS PROLONGADO. SE INICIA, COMO SE HIZO CON EL PORTAIMPRESION SUPERIOR, OBTURANDO LOS RECTANGULOS DE LOS TOPES DE TEJIDO Y POSTERIORMENTE COLOCANDO LA LAMINA SOBRE EL MODELO. A DIFERNCIA DEL PORTAIMPRESION SUPERIOR, NO SOLO SE COLOCA EL MANGO, TAMBIEN SE SUGIERE COLOCAR DOS RODILLOS DE ESTE ACRILICIO SOBRE LOS REBORDES ALVEOLARES POSTERIORES, CON OBJETO DE TENER UN MEJOR APOYO DURANTE LA ELABORACION DE LA IMPRESION MANDIBULAR.

CUANDO EL ACRILICO HA POLIMERIZADO, SE RETIRAN LOS PORTAIMPRESIONES DE LOS MODELOS Y SE REVISAN CUIDADOSAMENTE POR LA PARTE INTERNA. CON FRESONES DE CARBURO, EN FORMA DE FLAMA, SE RECORTAN LOS EXCEDENTES. LOS PORTAIMPRESIONES SE TERMINAN DE AJUSTAR HASTA LA EXTENSION Y CONTORNO DE LA LINEA ROJA. UNA VEZ RECORTADOS Y AJUSTADOS LOS PORTAIMPRESIONES, ESTAN LISTOS PARA PODER REALIZAR EN ELLOS LAS IMPRESIONES FISIOLÓGICAS.

BARDADO DE LA IMPRESIÓN FISIOLÓGICA Y ELABORACION DEL MODELO DE TRBAJO

BARDADO DE UNA IMPRESIÓN FISIOLÓGICA: PROCEDIMIENTO MEDIANTE EL CUAL SE CONSERVA EL SELLADO PERIFERICO ASI COMO LOS DEMAS DETALLES ESTRUCTURALES DE LA IMPRESIÓN.

MODELO DE TRABAJO: TAMBIEN DENOMINADO MODELO MAESTRO O MODELO FISIOLÓGICO, ES AQUEL SOBRE EL CUAL SE ELABORAN LAS DENTADURAS.

EL BARDADO DE UNA IMPRESIÓN FISIOLÓGICA TIENE COMO OBJETIVO FINAL EL DE CONSTRUIR UN MODELO SOBRE EL CUAL SE ELABORARA UNA PLACA BASE DE ACRILICO AUTOPOLIMERIZABLE, CON RODILLO DE OCLUSION PARA PODER OBTENER REGISTROS INTEROCUSALES.

UNA VEZ QUE SE HAN EVALUADO LAS IMPRESIONES FISIOLÓGICAS, SE RECORTAN LOS POSIBLES EXCEDENTES DEL MATERIAL DE IMPRESIÓN, CUIDANDO DE CONSERVAR, AL MENOS, 3 A 6 MM DEL MISMO MATERIAL, DEBAJO DEL SELLADO PERIFERICO. POSTERIORMENTE, SE SECAN CON UN CHORRO DE AIRE SUAVE. CON UN BOLIGRAFO SE MARCA UNA LINEA, APROXIMADAMENTE 3MM POR DEBAJO DEL SELLADO PERIFERICO; ES MUY IMPORTANTE SEGUIR CON EL CONTORNO DE LAS IMPRESIONES. POR DEBAJO DE LA LINEA, PREVIAMENTE MARCADA, DEBERA COLOCARSE CERA PEGAJOSA CON OBJETO DE FACILITAR LA COLOCACION Y SUJECION DE LAS TIRAS DE CERA REDONDA. SE CORTA UNA TIRA DE CERA REDONDA, SUFICIENTEMENTE LARGA QUE SE COLOCARA EN UN SOLO INTENTO SOBRE LA CERA PEGAJOSA YA ADHERIDA AL MATERIAL DE IMPRESIÓN.

SE COLOCA UNA REGLA MILIMETRICA PARA VERIFICAR QUE LA DISTANCIA DEL BORDE QUE REPRESENTA EL SELLADO PERIFERICO, A LA PARTE SUPERIOR DE LA CERA, TENGA UNA MEDIDA DE 3MM, APROXIMADAMENTE, A TODO LO LARGO DEL CONTORNO DE LA IMPRESIÓN. CON UNA ESPATULA 7A, CALIENTE, SE SELLA LA CERA REDONDA CON EL MATERIAL DE IMPRESIÓN, PROCURANDO OBTENER UNA SUPERFICIE LO MAS PLANA POSIBLE.

LA ZONA LINGUAL DE LA IMPRESIÓN INFERIOR SE CUBRE CON UNA PORCIÓN DE CERA ROSA, EN FORMA DE TRIÁNGULO, QUE SE CORTARA LO MAS EXACTA POSIBLE SEGÚN LAS DIMENSIONES DISPONIBLES AL ESPACIO QUE QUEDA ENTRE LAS ALETAS Y LA PARTE ANTERIOR DE LA IMPRESIÓN, SELLANDOLA DE IGUAL MANERA CON LA CERA REDONDA QUE YA PREVIAMENTE HA SIDO UNIDA A LA IMPRESIÓN.

A CADA UNA DE LAS IMPRESIONES SE LES CONSTRUIRA UNA PARED VERTICAL, QUE SE ELABORA CORTANDO A LO LARGO UNA HOJA COMPLETA DE CERA ROSA, EN DOS MITADES IGUALES, LAS CUALES SE REBLANDECEN CALENTANDOLAS LIGERAMENTE Y UNIENDOLAS A LA CERA REDONDA EN SU PARTE EXTERIOR. FINALMENTE, TODAS LAS UNIONES DE CERA SE CALIENTAN CON LA ESPATULA 7A HASTA LOGRAR UN SELLADO TOTAL.

SEGÚN INSTRUCCIONES DEL FABRICANTE, SE MEZCLA EL YESO PIEDRA AL VACIO PARA OBTENER EL POSITIVO DE LAS IMPRESIONES. AL VACIAR Y VIBRAR EL YESO EN LA IMPRESIÓN SE VERIFICA QUE EL YESO CORRA LENTAMENTE SOBRE EL MATERIAL DE IMPRESIÓN HASTA LLENAR EL ESPACIO DISPONIBLE. UNA VEZ QUE EL YESO PIEDRA HA FRAGUADO COMPLETAMENTE, SE ELIMINA TODA LA CERA DEL BARDADO, EN TANTO QUE EL MODELO, JUNTO CON LA IMPRESIÓN, SE SUMERJEN EN AGUA HIRVIENDO POR UNOS 15 SEGUNDOS PARA LOGRAR EL REBLANDECIMIENTO DE LOS COMPONENTES DE LA IMPRESION Y PODER SEPARAR EL MODELO DE AQUELLA SIN QUE EXISTA UNA FRICCIÓN Y PRESION QUE PUDIERAN LESIONAR, O INCLUSO ROMPER, ALGUNA ESTRUCTURA DEL MODELO PARA POSTERIORMENTE RECORTAR LOS MODELOS.

DESPUES DEL RECORTADO, LOS MODELOS SE REPASAN EN SUS SUPERFICIES EXTERIORES CON UNA LIJA DE AGUA DE GRANO FINO PARA LOGRAR UN PULIDO DE TALES SUPERFICIES.

BASE DE REGISTRO Y RODILLOS DE OCLUSION.

BASE DE REGISTRO: TAMBIEN LLAMADA PLACA BASE, BASE TEMPORAL O PLACA DE ENSAYO, ES UNA FORMA TEMPORAL DE REPRESENTAR LA BASE DE LA DENTADURA QUE SE UTILIZA PARA OBTENER LOS REGISTROS CRANEOMANDIBULARES PARA LA COLOCACION DE LOS DIENTES, DE MODO QUE SE PUEDAN PROBAR EN LA BOCA.

RODILLO DE OCLUSION: ES UNA SUPERFICIE DE OCLUSION CONSTRUIDA EN UNA BASE DE DENTADURA TEMPORAL O PERMANENTE, CON EL PROPOSITO DE TRANSPORTAR LAS RELACIONES CRANEOMANDIBULARES Y PERMITIR LA COLOCACION DE LOS DIENTES.

BASES DE REGISTRO

LAS BASES DE REGISTRO DEBEN TENER CIERTAS CARACTERISTICAS, COMO SER RIGIDAS, TENER AJUSTE PRECISO Y SER ESTABLES. ADEMAS, TIENEN VARIOS PROPOSITOS, YA QUE PERMITEN: TRANSPORTAR LOS RODILLOS DE OCLUSION, CON LAS QUE SE PUEDEN REGISTRAR LAS RELACIONES CRANEOMANDIBULARES; COLOCAR LOS DIENTES EN LA PRUEBA DE ENCERADO, Y REVISAR LA EXACTITUD DE LOS REGISTROS INTERMAXILARES PREVIAMENTE TOMADOS.

UNA VEZ OBTENIDOS LOS MODELOS FISIOLÓGICOS, SE BLOQUEAN LOS SOCAVADOS DEL MODELO FISIOLÓGICO CON CERA DE BAJA FUSION. SE COLOCA UNA PRIMERA CAPA DEL SEPARADOR YESO-ACRILICO CON PINCEL NUMERO 14, DE PELO DE CAMELLO, Y SE ESPERA A QUE GELIFIQUE; DESPUES SE COLOCA LA SEGUNDA CAPA Y SE ESPERA NUEVAMENTE. CON EL GOTERO, SE COLOCA EL MONOMERO EN EL MODELO FISIOLÓGICO. SE ESPOLVOREA EL POLIMERO DE MANERA UNIFORME Y EN PEQUEÑAS CANTIDADES.

SE CONTINUA CON ESTE PROCEDIMIENTO HASTA LOGRAR EL ESPESOR UNIFORME, DE APROXIMADAMENTE 2MM , ESPECIALMENTE EN EL AREA DEL PALADAR DURO Y DE LAS ALETAS LINGUALES, PARA QUE LA BASE DE REGISTRO SEA RIGIDA.

UNA VEZ LOGRADO EL ESPESOR DE LA BASE DE REGISTRO ESTA SE COLOCA JUNTO CON EL MODELO DEBAJO DE UNA TAZA DE HULE, PARA EVITAR LA POROSIDAD Y LOGRAR MEJOR AJUSTE EN EL MODELO YA QUE ESTE DEBE SER ESTABLE, RIGIDO Y EXACTO.

LAS BASES DE REGISTRO SE OBTIENEN, YA SEA CON UN INSTRUMENTO COMO EL LECRON, CON AIRE, O SUMERGIENDOLAS EN AGUA CALIENTE PARA QUE EL ACRILICO SE REBLANDEZCA Y SE PUEDA SEPARAR DEL MODELO. LAS BASES NO SE DEBEN RETIRAR ANTES DE 30MIN PARA QUE SE DE LA REACCION DE POLIMERIZACION Y EVITAR LA DISTORSION. CON LOS FRESONES Y PIEDRAS SE RECORTAN LOS EXCESOS DEL ACRILICO DE LOS BORDES. UNA VEZ REALIZADO ESTE PROCEDIMIENTO, SE LIBERAN LOS FRENILLOS CON DISCOS PARA DESGASTAR EL ACCRILICO. LAS BASES DE REGISTRO ESTAN LISTAS PARA QUE SE COLOQUEN LOS RODILLOS DE OCLUSION SOBRE ELLAS.

RODILLOS DE OCLUSION

LOS RODILLOS DE OCLUSION DEBERAN SER ELABORADOS CON CERA QUE TENGA UNA ESTABILIDAD DIMENSIONAL ADECUADA, PARA QUE EL OPERADOR NO TENGA DIFICULTADES EN LA OBTENCION DE RELACIONES CRANEOMANDIBULARES Y EN LA ARTYICULACION DE LOS DIENTES.

PARA REALIZAR LOS RODILLOS DE OCLUSION SE CALIENTA LA HOJA DE CERA PARA RODILLOS DE MANERA UNIFORME CON LA LAMPARA DE ALCOHOL. SE DOBLA LA HOJA DE CERA A LA MITAD, PARA FINALMENTE LOGRAR OBTENER UN BLOQUE DE CERA.

SE EMPACA EL BLOQUE DE CERA EN EL CONFORMADOR DE PLASTICO DE ATRÁS HACIA ADELANTE HASTA LLEGAR AL LADO CONTRARIO, CUIDANDO DE NO ATRAPAR BURBUJAS. SE SACA EL RODILLO DEL CONFORMADOR.

UNA VEZ COLOCADOS LOS RODILLOS SOBRE LA PLACA BASE SE TRATA DE ADAPTAR A LA FORMA DEL REBORDE RESIDUAL, DE MANERA QUE QUEDEN SITUADOS SOBRE LA ZONA PRINCIPAL DE SOPORTE Y DE QUE EXISTA EL MENOR ESPACIO ENTRE LA BASE DE REGISTRO Y EL RODILLO DE CERA. TANTO EN EL MODELO SUPERIOR COMO EN EL INFERIOR, SE RECORTAN APROXIMADAMENTE 5MM DE LOS EXTREMOS POSTERIORES, DEL RODILLO PARA EVITAR QUE INTERFIERAN EN LA OCLUSION. SE SELLA LA CERA A LA BASE DE REGISTRO CON UNA ESPATULA 7A CALIENTE, TANTO LA PARED VESTIBULAR COMO LA PALATINA O LINGUAL. SE CALIENTA LA ESPATULA DE HANNAU CON LA LAMPARA DE ALCOHOLY SE APLANA EL RODILLO DE MANERA UNIFORME. LAS MEDIDAS DE LOS RODILLOS DEBEN SER, EN PROMEDIO, LAS SIGUEINTES:

- A. DE LA PORCION ANTERIOR 5 A 7MM.
- B. ANCHO DE LA PORCION POSTERIOR 8 A 10MM.
- C. LONGITUD APROXIMADA DE LOS RODILLO:
A 9 A 12MM. B 5 A 8MM. C 6 A 8MM. D 4 A 6MM.

SE OBTIENE DE ESTA FORMA LOS RODILLOS DE OCLUSION Y ESTAN LISTOS PARA QUE EL OPERADOR OBTENGA:

- EL NIVEL DEL PLANO OCLUSAL.
- LOS REGISTROS CRANEOMANDIBULARES.
- LA DISTANCIA MAXILOMANDIBULAR.
- LA FORMA DEL ARCO CON RESPECTO A LA ACTIVIDAD DE LABIOS, MEJILLAS Y LENGUA.

MONTAJE EN EL ARTICULADOR, SELECCIÓN Y ARTICULACION DE DIENTES.

ARTICULACION DE DIENTES: COLOCACION DE LOS DIENTES ARTIFICIALES EN LOS RODILLOS DE OCLUSION, A FIN DE QUE CUMPLAN CON OBJETIVOS CONCRETOS, TALES COMO MEJOR FUNCION Y ESTETICA POSIBLE.

FESTONEADO: ACCION DE TALLAR EL MATERIAL DE LA BASE DE UNA PROTESIS PARA LIMITAR LOS CONTORNOS DEL TEJIDO NATURAL QUE SERA REEMPLAZADO POR ELLA.

MONTAJE EN EL ARTICULADOR: PROCEDIMIENTO DE LABORATORIO MEDIANTE EL CUAL SE UBICAN LOS MODELOS DE TRABAJO EN EL ARTICULADOR, EN LA MISMA POSICION, CON RESPECTO A LAS ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULARES DEL PACIENTE Y CON LA AYUDA DE UN ARCO FACIAL.

OCLUSION BALANCEADA: SE ENTIENDE COMO UNA OCLUSION ARMONIOSA DE LOS DIENTES, DONDE EXISTAN CONTACTOS SIMULTANEOS EN LAS POSICIONES DE RELACION CENTRICA Y EN LOS MOVIMIENTOS EXCENTRICOS, DENTRO DE LOS RANGOS FUNCIONALES DE MASTICACION Y DEGLUCION.

SELECCIÓN DE DIENTES: ELEGIR LAS PIEZAS DENTALES SEGÚN SU FORMA, TAMAÑO Y COLOR Y SEGUN LAS CARACTERISTICAS INDIVIDUALES DE CADA PACIENTE.

LA TECNICA DE ARTICULACION DE DIENTES TIENE EL OBJETIVO DE LOGRAR UNA OCLUSION BALANCEADA.

UNA VEZ QUE EL OPERADOR HA DETERMINADO LAS RELACIONES CRANEOMANDIBULARES Y HA OBTENIDO EL REGISTRO DE LA POSICION DEL MAXILAR, CON EL ARCO FACIAL SE PREPARAN LOS MODELOS PARA SER MONTADOS EN EL ARTICULADOR.

PRIMERO SE REALIZAN, CON EL BISTURI, CUATRO MUESCAS EN LA BASE DE LOS MODELOS PARA CREAR LAS GUIAS DE REMONTAJE; LAS MUESCAS SE UBICAN DE LA SIGUIENTE MANERA: UNA EN LA PARTE MAS ANTERIOR, DOS A NIVEL DE LOS CANINOS Y CUARTA EN LA PARTE MAS POSTERIOR DE LOS MODELOS. LAS MUESCAS DEBEN TENER FORMA TRIANGULAR, SER EXPULSIVAS Y CON UNA PROFUNDIDAD DE 3 A 5MM, DEPENDIENDO DEL TAMAÑO DEL MODELO. SE APLICA VASELINA EN LAS MUESCAS Y EN EL CENTRO DEL MODELO CON OBJETO DE QUE EL YESO DE MONTAJE NO SE ADHIERA FUERTEMENTE AL YESO DEL MODELO, Y DE ESTA MANERA SE PUEDAN CONSERVAR INTACTOS LOS REGISTROS DE MONTAJE PARA PODER REALIZAR EL REMONTAJE.

SE COLOCA EL REGISTRO DEL ARCO FACIAL EN EL ARTICULADOR Y SE MONTA CON YESO BLANCO EL MODELO DEL MAXILAR. UNA VEZ QUE HA FRAGUADO EL YESO DEL MONTAJE DEL MODELO SUPERIOR, SE UBICA Y SE MONTA EL MODELO INFERIOR SEGÚN LAS RELACIONES CRANEOMANDIBULARES QUE EL OPERADOR OBTUVO EN EL PACIENTE.

A CONTINUACION SE SELECCIONAN LOS DIENTES EN LA SIGUIENTE SECUENCIA:

- CON LA REGLA FLEXIBLE SE MIDE DE LA LINEA DEL CANINO HACIA LA LINEA MEDIA Y DE LA LINEA MEDIA HACIA LA LINEA DEL CANINO DEL LADO OPUESTO.
- A LA MEDIDA OBTENIDA, QUE EN ESTE CASO EN PARTICULAR ES DE 40MM, SE LE AGREGAN 2.5MM DE CADA LADO, YA QUE LAS LINEAS DE LOS CANINOS CORRESPONDEN A LAS CUSPIDES Y NO A LAS CARAS DISTALES, DANDONOS EN TOTAL UNA MEDIDA DE 45MM DE CANINO A CANINO.

- SELECCIONAMOS LOS DIENTES UBICANDOLOS EN EL CATALOGO DE LA SIGUIENTE MANERA: LOS DIENTES SUPERIORES SE ENCUENTRAN EN LA PARTE SUPERIOR E IZQUIERDA; LOS INFERIORES, EN LA PARTE SUPERIOR Y MEDIA, DEL LADO DERECHO, Y LOS POSTERIORES EN LA PARTE INFERIOR IZQUIERDA.
- LA MEDIDA QUE SE OBTUBO DE 45MM SE UBICA EN EL CATALOGO EN

Modelo	Largura do Central	Comp. do Central	Largura do 8 em Coroa	Modelo
C1	7,0	8,0	42,5	A23
3B	7,25	8,0	44,0	A25
133	7,5	8,75	45,0	A26
135	8,75	10,0	52,5	3M

LA ZONA DE LOS DIENTES SUPERIORES; EN ESTE CASO CORRESPONDE AL MODELO 133, EL CUAL TIENE UN DIENTE CENTRAL CUYA ANCHURA ES DE 7.5MM Y POR 8.75MM DE LARGO.

- CON ESTE MODELO SELECCIONADO NOS UBICAMOS EN LA TABLA DE RELACIONES, EN DONDE OBSERVAMOS QUE EL MODELO 133 ARTICULA CON EL MODELO 2C DE DIENTES ANTERIORES INFERIORES.
- EN LA ZONA DE DIENTES INFERIORES SE OBSERVA QUE EL MODELO 2C TIENE UN CENTRAL DE 4.5MM DE ANCHO POR 8.25MM DE ALTURA: QUE LOS SEIS DIENTES MIDEN 33.5MM DE CANINO A CANINO Y QUE ARMONIZAN CON LOS MODELOS 133 Y A23 DE DIENTES SUPERIORES.

Modelo	Largura do Central	Comp. do Central	Largura do 8 em Coroa	Articula com o Superior
3B	5,0	7,5	35,0	C1-3B
2C	4,5	8,25	33,5	133-A23
3M	5,0	8,25	33,5	3M-A23
2D	5,0	9,25	34,0	2D
2N	5,0	9,0	35,0	2N-263
1N	5,0	9,25	36,5	1N

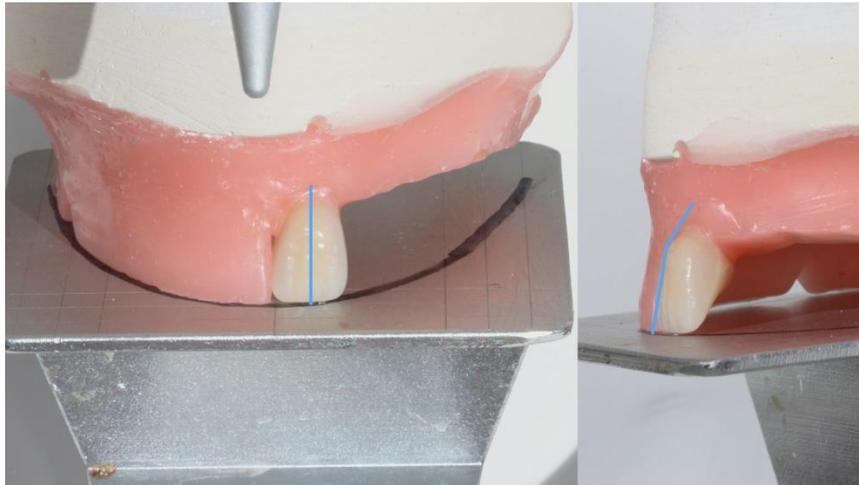
LOS DIENTES POSTERIORES SE SELECCIONAN DE LA SIGUIENTE MANERA: SE MIDE LA DISTANCIA DE LA CARA DISTAL DEL CANINO INFERIOR A LA PARTE ANTERIOR DE LA PAPILA PIRIFORME; LA MEDIDA OBTENIDA CORRESPONDERA AL ANCHO MESIODISTAL DE LOS CUATRO DIENTES POSTERIORES.

EN EL CATALOGO SE TIENEN DIFERENTES OPCIONES, QUE VAN DESDE 29 HASTA 34MM DE ANCHO. CON RESPECTO A LA ALTURA SE TIENEN 3 OPCIONES, QUE SON:

S- PEQUEÑOS M-MEDIANOS L-LARGOS

UNA VEZ SELECCIONADO EL TAMAÑO DE LOS DIENTES, DEBERA ESCOGERSE EL COLOR DE ESTOS DE ACUERDO CON EL ANALISIS Y ELECCION DEL OPERADOR.

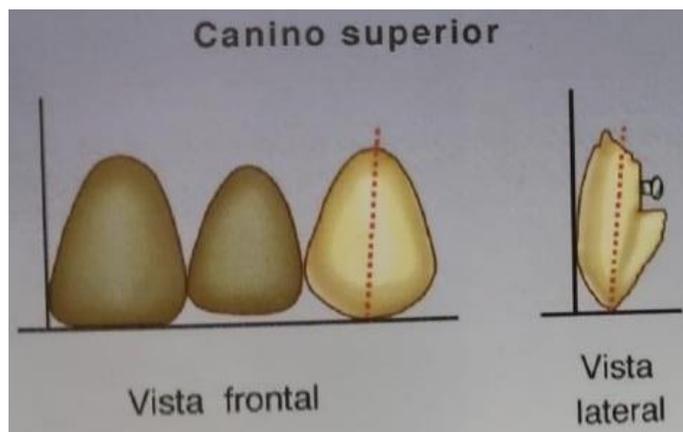
LA TECNICA PARA COLOCAR LOS DIENTES CONSISTE EN ELABORAR UN NICHOS, ELIMINANDO LA CERA PARA DAR LUGAR AL DIENTE QUE SE VA A COLOCAR, Y PROCURANDO QUE LOS DIENTES NO QUEDEN FUERA DE LAS PROPORCIONES QUE SE TIENEN EN LOS RODILLOS DE OCLUSION.



LOS PRIMEROS DIENTES QUE SE ARTICULAN SON LOS CENTRALES SUPERIORES, QUE DEBERAN TOCAR EL PLANO DE OCLUSION, Y CUYOS CUELLOS HABRAN DE ESTAR LIGERAMENTE DISTALIZADOS, DE MODO QUE, EN UNA VISTA LATERLA, SE OBSERVARAN CON LOS CUELLOS LIGERAMENTE DEPRIMIDOS.

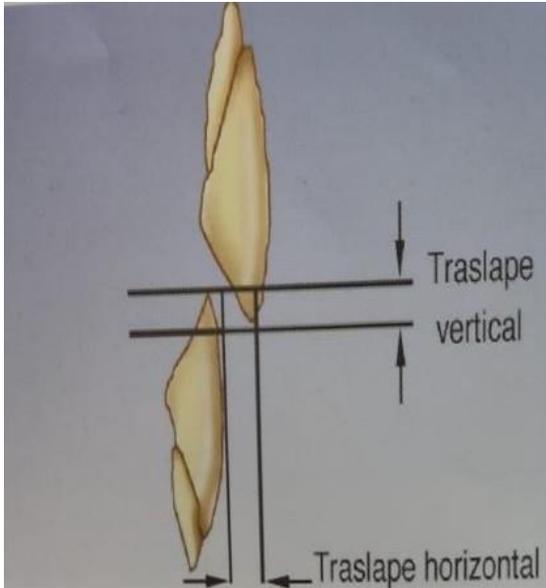


LOS DIENTES LATERALES SUPERIORES DEBERAN ESTAR SEPARADOS DEL PLANO DE OCLUSION DE 0.5 A 1MM Y SU CUELLO ESTARA DISTALIZADO DE MODO QUE EN UNA VISTA LATERAL EL CUELLO SE VERA LIGERAMENTE DEPRIMIDO.



LA CUSPIDE DE LOS CANINOS SUPERIORES DEBERA TOCAR EL PLANO DE OCLUSION, Y SU CUELLO ESTARA LIGERAMENTE DISTALIZADO; EN UNA VISTA LATERAL, SU EJE LONGITUDINAL SERA CASI PARALELO A LA CARA VESTIBULAR DEL RODILLO DE OCLUSION.

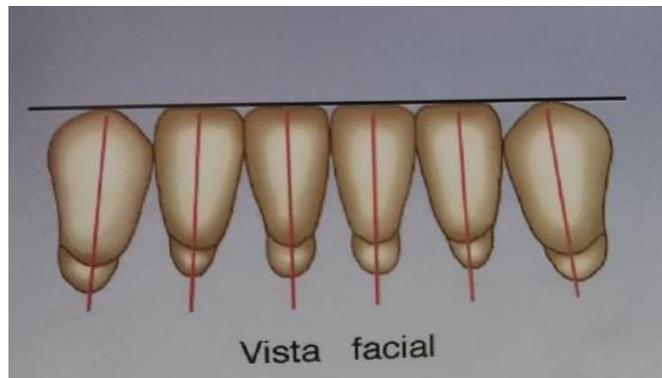
EN UNA VISTA OCLUSAL LOS SEIS DIENTES ANTEROPOSTERIORES DEBERAN SEGUIR LA CURVATURA DEL ARCO Y ESTAR EN EL CENTRO DE PROCESO DEL MAXILAR.



A CONTINUACION SE ARTICULAN LOS DIENTES ANTEROINFERIORES, EMPEZANDO POR LOS CENTRALES, LOS CUALES SE COLOCAN SIGUIENDO LOS TRASLAPES VERTICAL Y HORIZONTAL, QUE DEBERAN MEDIR EN PROMEDIO 1.5MM POR 1.5MM, RESPECTIVAMENTE; DE ESTA MANERA, LOS DIENTES ANTERIORES NO TENDRAN CONTACTO Y SE ESTARA FORMANDO LA GUIA ANTERIOR.

LOS DIENTES LATERALES INFERIORES DEBERAN ARTICULARSE CON LOS CUELLOS LIGERAMENTE DISTALIZADOS, CUIDANDO QUE LOS BORDES INCISALES TOQUEN EN LA MISMA LINEA IMAGINARIA QUE TOCAN LOS CENTRALES.

LOS CANINOS INFERIORES SE ARTICULAN CON EL CUELLO LIGERAMENTE DISTALIZADOS, EN TANTO QUE LAS CUSPIDES EN CONTACTO CON LA LINEA IMAGINARIA, TOCAN LOS BORDES INCISALES DE LOS DIENTES CENTRALES Y LATERALES.



EN UNA VISTA LATERAL DE LOS TRES DIENTES ANTEROINFERIORES SE OBSERVARA QUE EL CUELLO DE LOS CENTRALES ESTA LIGERAMENTE DEPRIMIDO, QUE EL EJE LONGITUDINAL RESPECTO DEL LATERAL ES RECTO CON RESPECTO AL PLANO DE OCLUSION, Y QUE EL CANINO TIENE LIGERAMENTE PROMINENTE SU CUELLO.

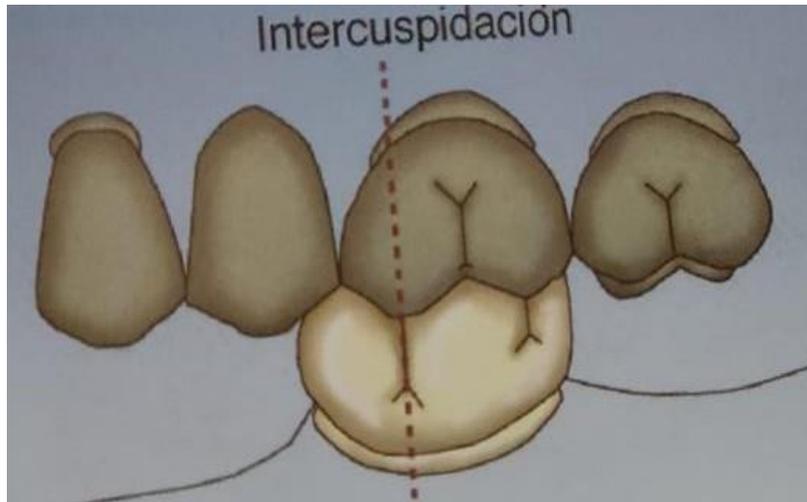
EN EL RODILLO INFERIOR SE MARCAN LAS LINEAS DE REFERENCIA PARA ARTICULAR ADECUADAMENTE LOS DIENTES SUPEROPOSTERIORES, Y SE COLOCA UNA REGLA FLEXIBLE EN LA CUSPIDE DEL CANINO, SIGUIENDO EL CENTRO DEL PROCESO MANDIBULAR, INDEPENDIENTEMENTE DE LA ORIENTACION VESTIBULOLINGUAL DEL RODILLO, MIENTRAS QUE EL OTRO EXTREMO DE LA REGLA SE UBICA AL FINAL DEL MODELO POR ATRÁS DE LA PAPILA PIRIFORME. POR ULTIMO, SOBRE EL RODILLO, CON UNA ESPATULA DE LECRON, SE MARCA UNA LINEA EN AMBOS LADOS DE LA MANDIBULA.

CON UNA HOJA PARA BISSTURI SE CORTA LA MITAD VESTIBULAR DEL RODILLO INFERIOR CUIDANDO DE QUE EL CORTE SEA LO MAS NITIDO POSIBLE PARA QUE LA LINEA QUE REPRESENTA EL CENTRO DEL PROCESO SEA CONTINUA, YA QUE EN REFERENCIA A ESTA LINEA ESTARAN ARTICULADAS LAS CUSPIDES PALATINAS DE LOS DIENTES POSTEROSUPERIORES.

EL PRIMER DIENTE POSTEROSUPERIOR QUE SE ARTICULA ES EL PRIMER PREMOLAR, EL CUAL SERA COLOCADO CON SU EJE LONGITUDINAL RECTO Y LA CUSPIDE PALATINA HACIENDO CONTACTO CON LA LINEA DEL RODILLO INFERIOR, QUE REPRESENTA EL CENTRO DE PROCESO INFERIOR Y LA CUSPIDE VESTIBULAR A 0.5MM POR ARRIBA DEL PLANO DE OCLUSION. EL SEGUNDO PREMOLAR SE ARTICULA DE IGUAL MANERA QUE EL PRIMERO.

EL PRIMER MOLAR SOLAMENTE TOCA LA CUSPIDE MESIOPALATINA CON LA LINEA DEL RODILLO INFERIOR, ELEVANDOSE LAS DEMAS CUSPIDES PARA EMPEZAR A FORMAR LA CURVA DE COMPENSACION.

SIGUIENDO CON LA FORMACION DE LA CURVA DE COMPENSACION EL SEGUNDO MOLAR SE ARTICULA SIN CONTACTO ALGUNO CON EL PLANO DE OCLUSION.

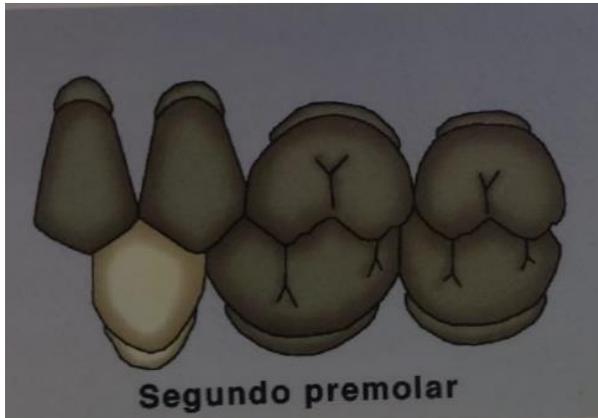


PARA ASEGURAR UNA ADECUADA INTERCUSPIDACION EL PRIMER DIENTE INFERIOR QUE SE ARTICULA ES EL PRIMER MOLAR. LA FOSA CENTRAL DE ESTE DIENTE OCLUYE CON LA CUSPIDE MESIOPALATINA DEL PRIMER MOLAR SUPERIOR, LO QUE OCASIONA QUE LA CUSPIDE MESIOVESTIBULAR DEL PRIMER MOLAR SUPERIOR QUEDE EN RELACION CON EL SURCO QUE ESTA ENTRE LA CUSPIDE MESIOVESTIBULAR Y LA CUSPIDE MEDIA DEL PRIMER MOLAR INFERIOR.

ES CONVENIENTE REALIZAR MOVIMIENTOS DE LATERALIDAD PARA VERIFICAR QUE SE ESTE DANDO LA OCLUSION BALANCEADA.

AL ARTICULAR EN UNA ADECUADA POSICION EL PRIMER MOLAR, SE FACILITARA LA COLOCACION DEL SEGUNDO MOLAR EN UNA CORRECTA OCLUSION, DE ACUERDO CON LA GEOMETRIA QUE EL FABRICANTE DISEÑO EN LAS CARAS OCLUSALES.

EN EL MOVIMIENTO DE LATERALIDAD, EN EL LADO DE BALANCE, DEBERA SEGUIR OBSERVANDOSE CONTACTOS DENTARIOS O EN SU DEFECTO ESTAR MUY CERCA DE OBTENERLOS.



EL SEGUNDO PREMOLAR AUTOMATICAMENTE CAE ENTRE LOS DOS PREMOLARES SUPERIORES, EN DONDE SE LOGRA SU MAXIMA INTERCUSPIDACION.

CUANDO LOS TRES DIENTES INFERIORES MAS POSTERIORES SE HAN COLOCADO EN UNA ADECUADA OCLUSION, SE PUEDE TENER EL RIESGO DE QUE EL PRIMER PREMOLAR INFERIOR NO TENGA SUFICIENTE ESPACIO MESIODISTAL. LA SOLUCION DE ESTE PROBLEMA ES SENCILLA; CONSISTE EN DESGASTAR LIGERAMENTE CON UN FRESON LAS CARAS PROXIMALES HASTA LOGRAR LA MEDIDA EXACTA DEL ESPACIO DISPONIBLE, Y DE ESTA MANERA LOGRAR LA COMPLETA INTERCUSPIDACION DE TODOS LOS DIENTES SUPERIORES E INFERIORES.

AL TERMINAR DE ARTICULAR LOS DIENTES INFERIORES SE VERIFICAN LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS:

- QUE LOS SURCOS CENTRALES DE LOS DIENTES INFERIORES COINCIDAN CON EL CENTRO DEL PROCESO MANDIBULAR.
- QUE EXISTAN CONTACTOS DENTARIOS POSTERIORES EN UN MOVIMIENTO DE LATERALIDAD EN EL LADO DE TRABAJO.
- QUE EXISTAN CONTACTOS DENTARIOS EN UN MOVIMIENTO DE LATERALIDAD EN EL LADO DE BALANCE.

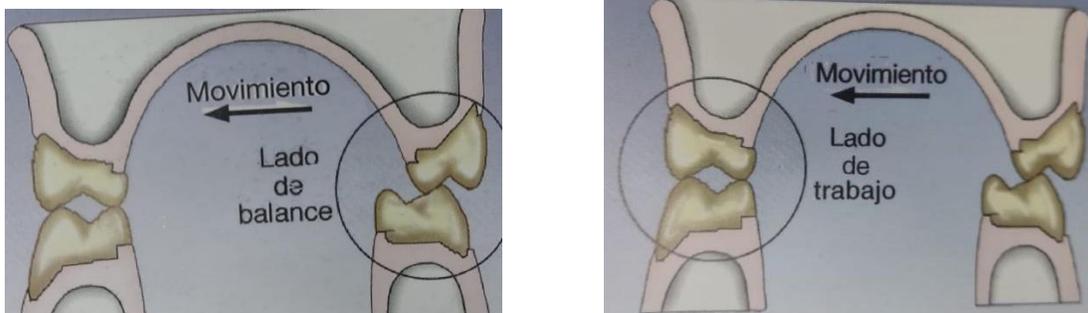
DESPUES DE HABER ARTICULADO UN LADO SE LLAVA A CABO EL MISMO PROCEDIMIENTO Y SECUENCIA EN EL LADO CONTRARIO, A FIN DE ARTICULAR TODOS LOS DIENTES Y CUIDANDO LA EXISTENCIA DE LOS CONTACTOS DENTARIOS EN UN MOVIMIENTO DE LATERALIDAD.

PARA AJUSTAR LAS GUIAS CONDILARES E INCISALES DEL ARTICULADOR ES NECESARIO QUE EL OPERADOR OBTENGA UN REGISTRO CRANEOMANDIBULAR DE UN MOVIMIENTO DE PROTRUSION, EL CUAL PUEDE OBTENER CON UN MATERIAL DE IMPRESION DE CONSISTENCIA PESADA.

EI REGISTRO INTEROCLUSAL SE COLOCA ENTRE LOS DIENTES Y SE CIERRA EL ARTICULADOR EN RELACION CENTRICA; EN ESTA POSICION ES NORMAL QUE LOS DIENTES NO ENCUENTREN UN ACOMODO ADECUADO EN EL REGISTRO, YA QUE ESTE FUE OBTENIDO EN UNA POSICION DIFERENTE.

PARA AJUSTAR LAS GUIAS CONDILARES DEL ARTICULADOR, SE REALIZA UN MOVIMIENTO SIMULTANEO DE PROTRUSION DE LAS GUIAS CONDILARES HASTA QUE LOS DIENTES SUPERIORES E INFERIORES COINCIDAN CON EL REGISTRO.

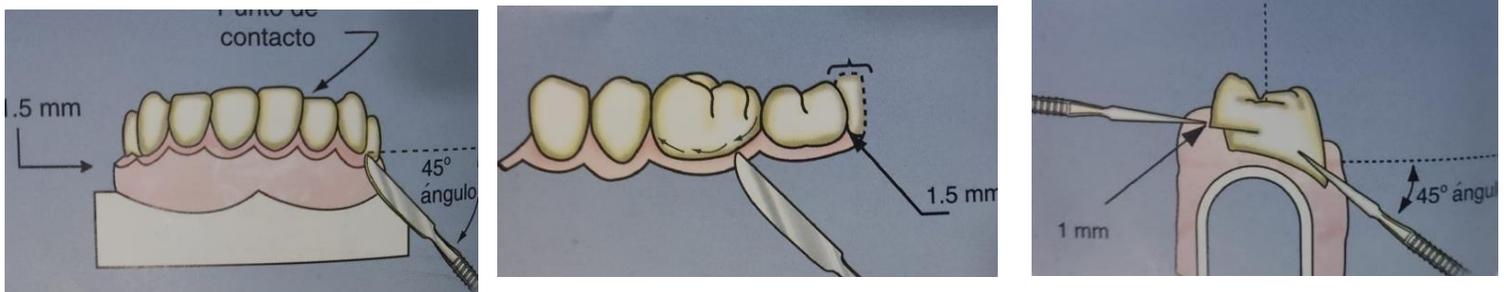
LOS OBJETIVOS DE LA CALIBRACION DEL ARTICULADOR SON INDIVIDUALIZAR LOS MOVIMIENTOS MANDIBULARES DEL PACIENTE Y LOGRAR UNA OCLUSION BALANCEADA DE TODOS LOS DIENTES, EN DONDE AL EXISTIR MOVIMIENTOS DE LATERALIDAD HACIA CUALQUIER LADO DEBERA HABER CONTACTOS DENTARIOS SIMULTANEOS DEL LADO DE BALANCE Y DEL LADO DE TRABAJO.



PARA OBTENER UNA MEJOR FUNCION FONETICA, EN LA ZONA DEL PALADAR, ES RECOMENDABLE UTILIZAR CERAS CALIBRADAS CON LA FORMA DE LAS RUGAS PALATINAS.

LAS DENTADURAS SE SELLAN CON CERA ROSA EN SU PERIFERIA Y SE FESTONEAN. PARA REALIZAR EL FESTONEADO ES NECESARIO RECORDAR QUE LA ENCIA SE DIVIDE EN TRES PARTES: ENCIA LIBRE, ENCIA INSERTADA Y MUCOSA ALVEOLAR.

SE ENCERA SOBRADAMENTE CUIDANDO DE LLENAR HASTA LOS PUNTOS DE CONTACTO. SE CORTA EL EXCEDENTE DE CERA DE LOS CUELLOS DE LOS DIENTES, COLOCANDO LA ESPATULA DE LECRON CON UN MOVIMIENTO CURVO A 45 GRADOS Y A 1.5MM DE DISTANCIA DE LA LINEA DE TERMINACION INCISAL Y OCLUSAL; EN LA PARTE LINGUAL Y PALATINA SE FESTONEA COLOCANDO LA ESPATULA EN FORMA HORIZONTAL, A 1MM DE DISTANCIA DE LA LINEA DE TERMINACION OCLUSAL.



ES IMPORTANTE RECORDAR QUE EL CONTORNO DE LA ENCIA ES IRREGULAR; POR TANTO, LA ALTURA Y LA FORMA DE LAS PAPILAS INTERDENTALES SON DISTINTAS EN CADA DIENTE.

LOS FLANCOS VESTIBULARES Y LINGUALES DEBEN SER CONCAVOS PARA PROPICIAR QUE LA ACTIVIDAD MUSCULAR AYUDE A LOGRAR UN MEJOR ASENTAMIENTO DE LAS BASES DE LAS DENTADURAS HACIA EL BORDE RESIDUAL.

FINALMENTE, LAS DENTADURAS SE VUELVEN A MONTAR EN EL ARTICULADOR PARA VERIFICAR QUE LAS POSICIONES DE LOS CONTACTOS SEAN ADECUADOS.

PROCESADO DE LAS DENTADURAS.

ACRILIZADO: PROCESO MEDIANTE EL CUAL LA RESINA ACRILICA OCUPA EL ESPACIO QUE ORIGINALMENTE TENIA LA CERA.

DESENMUFLADO: PROCEDIMIENTO PARA RESCATAR LAS DENTADURAS DE LAS MUFLAS.

ENMUFLADO: ACCION DE REVESTIR UN PATRON EN UNA MUFLA.

SELLADO PALATINO POSTERIOR: ASI SE DENOMINA A LOS TEJIDOS BLANCOS UBICADOS EN LA ZONA DEL PALADAR DURO Y BLANCO, SOBRE LOS QUE UNA DENTADURA PUEDE EJERCER PRESION DENTRO DE LOS LIMITES FISIOLÓGICOS DE LOS TEJIDOS PARA AYUDAR A LA RETENCION DE LA MISMA.

EL PROCESO DE LAS DENTADURAS ES LA CONVERSION DEL PATRON DE CERA DE UNA DENTADURA CON BASE FORMADA DE OTRO MATERIAL, COMO LA RESINA ACRILICA.

COMPROBACION FINAL DE LA OCLUSION Y EL ENCERADO DE LAS PROTESIS ANTES DEL ENMUFLADO. PARA SEPARAR LOS MODELOS DEL YESO DE MONTAJE, SE APLICA UN LIGERO GOLPE EN EL CUCHILLO QUE HA SIDO COLOCADO EN LA UNION DE LOS DOS YESOS. DEBERA EXISTIR ESPACIO SUFICIENTE ENTRE LOS MODELOS Y LAS PAREDES INTERNAS DE LAS MUFLAS. EN UN RECIPIENTE CON AGUA SE REMOJAN LOS MODELOS DURANTE TRES MINUTOS, APROXIMADAMENTE.

LAS PAREDES INTERNAS DE LAS MUFLAS SE LUBRICAN LIGERAMENTE CON VASELINA. SE MEZCLA YESO PIEDRA Y SE COLOCA EN EL FONDO DE LAS MUFLAS; POSTERIORMENTE, SE COLOCAN LOS MODELOS Y SE RECORTAN LOS EXCEDENTES DEL YESO CUIDANDO DE NO TENER RETENCIONES PARA EL YESO DE LAS CONTRAMUFLAS.

DE MANERA OPCIONAL SE PUEDE COLOCAR SILICON LIGERO EN LAS CARAS VESTIBULARES DE LOS DIENTES Y EN LA ENCIA, PARA EVITAR ATRAPAMIENTO DE YESO ENTRE ESTAS ESTRUCTURAS. DEBEN DEJARSE LIBRES LOS BORDES INCISALES Y LAS CARAS OCLUSALES. SE APLICA UN AGENTE SEPARADOR EN EL YESO Y SE LLENAN LAS CONTRAMUFLAS HASTA EL LIMITE DE LAS CARAS OCLUSALES Y BORDES INCISALES DE LOS DIENTES Y SE ESPERA A SU FRAGUADO TOTAL. FINALMENTE SE TERMINAN DE LLENAR LAS MUFLAS Y SE COLOCAN LAS TAPAS. LAS MUFLAS SE ABREN Y SE SEPARAN DESPUES DE HABER SIDO SUMERGIDAS DURANTE SEIS MINUTOS EN AGUA HIRVIENDO, PARA REALIZAR EL DESENCERADO DE LAS DENTADURAS. LAS PLACAS BASE DE ACRILICO SE DESECHAN, Y SE TERMINAN DE DESENCERAR LOS COMPONENTES DE LAS DENTADURAS CON AGUA HIRVIENDO. EL SELLADO PALATINO POSTERIOR SE UBICA Y SE MARCA DE LA SIGUIENTE MANERA: SE LOCALIZAN LAS FOVEOLAS PALATINAS Y SE PINTA UNA LINEA QUE VA DE LA PARTE POSTERIOR DE LA TUBEROSIDAD DERECHA, PASANDO 2MM POR DELANTE DE LAS FOVEOLAS, HASTA LA PARTE POSTERIOR DE LA TUBEROSIDAD IZQUIERDA.

CON UN PINCEL SE COLOCA EL SEPARADOR YESO-ACRILICO EN CADA UNA DE LAS PARTES DEL YESO QUE VAN A TENER CONTACTO CON EL ACRILICO. VERIFICAR QUE SE COLOQUEN LAS DOS CAPAS DEL SEPARADOR. UNA VEZ QUE EL ACRILICO ESTA LISTO SE EMPACA EN PEQUEÑAS PORCIONES Y SE PRESIONA CON LOS DEDOS ENVUELTOS CON PAPEL CELOFAN PARA EVITAR QUE SE CONTAMINE. SE COLOCA PAPEL CELOFAN EN LOS MODELOS PARA EVITAR QUE EL ACRILICO SE ADHIERA A LOS MODELOS DURANTE EL PRENSADO.

LAS MUFLAS SE CIERRAN Y SE COLOCAN EN UNA PRENSA HIDRAULICA, A LA CUAL SE LE APLICA LENTAMENTE PRESION PARA LOGRAR EL EMPAQUETAMIENTO TOTAL DEL ACRILICO.

UNA VEZ QUE LAS PARTES DE LAS MUFLAS SE HAN UNIDO Y HA ESCAPADO EL EXCEDENTE DE RESINA ACRILICA, SE ABREN PARA RECORTAR DICHOS EXCEDENTES. SE RETIRAN LOS PEDAZOS DE PAPEL CELOFAN Y SE COLOCA OTRA CAPA DE SEPARADOR YESO-ACRILICO EN LOS MODELOS, SE CIERRAN LAS MUFLAS Y SE COLOCAN EN UNA PRENSA.

PARA LOGRAR EL POLIMERIZADO DE LAS DENTADURAS, SE SUMERGE LA PRENSA EN UN RECIPIENTE POLIMERIZADOR CON AGUA A TEMPERATURA AMBIENTE, DENTRO DEL CUAL SE PUEDE REALIZAR EL PROCESO DE DOS FORMAS: 8 HORAS, A 74°C O 1.5 HORAS, A 74°C, Y DESPUES, 30 MINUTOS A 100°C.

UNA VEZ POLIMERIZADAS SE RECUPERA COMPLETAMENTE EL YESO QUE ENVUELVE A LAS DENTADURAS.

SE SEPARA LA PARTE MAS SUPERIOR DEL YESO. POSTERIORMENTE, CON UNA SEGUETA, SE REALIZAN VARIAS RANURAS ALREDEDOR DEL YESO, CUIDANDO DE NO TOCAR NI LA DENTADURA NI EL MODELO DE TRABAJO. CON EL CUCHILLO SE VA FRACTURANDO EL YESO APOYANDOSE EN LAS RANURAS PREVIAMENTE REALIZADAS. FINALMENTE, LAS DENTADURAS Y SUS MODELOS SE RECUPERAN DE MANERA INTEGRAL PARA PODER SER REMONTADAS AL ARTICULADOR.

REMONTAJE Y DESGASTE SELECTIVO.

DESGASTE SELECTIVO: MODIFICACION DE LAS ESTRUCTURAS INCISALES Y OCLUSALES DE LOS DIENTES, MEDIANTE MARCAS REGISTRADAS, CON UN PAPEL PARA ARTICULAR.

REMONTAJE: PROCEDIMIENTO MEDIANTE EL CUAL LOS MODELOS FISIOLÓGICOS, JUNTO CON LAS DENTADURAS YA ACRILIZADAS, SE COLOCAN EN EL ARTICULADOR SOBRE LAS GUIAS DE MONTAJE ORIGINALES.

LOS OBJETIVOS DEL REMONTAJE Y DEL DESGASTE SELECTIVO SON:

- OBSERVAR SI HUBO ALGUN INCREMENTO EN LA DIMENSION VERTICAL DEBIDO A LOS CAMBIOS DIMENSIONALES DE LOS MATERIALES CON QUE SE REALIZA EL ENMUFLADO DE LAS DENTADURAS.
- VERIFICAR SI HUBO ALGUNA MODIFICACION LIGERA EN EL AUMENTO DE LA DIMENSION VERTICAL, Y SI ES ASI, COMPENSARLA Y LOGRAR UNA OCLUSION BALANCEADA.

UNA VEZ QUE LAS DENTADURAS, JUNTO CON SUS MODELOS, HAN SIDO RECUPERADAS DEL PROCESO DE ENMUFLADO SE REVISAN CUIDADOSAMENTE PARA VERIFICAR QUE NO EXISTAN RESTOS DE YESO DEL ENMUFLADO.

LAS PLATINAS CON EL YESO DE MONTAJE SE REUBICAN EN EL ARTICULADOR CUIDANDO QUE EL VASTAGO INCISAL TENGA LA MISMA DIMENSION VERTICAL CON LA QUE SE REALIZARON LAS DENTADURAS.

LOS MODELOS, JUNTO CON LAS DENTADURAS, SE REMONTAN EN LAS GUIAS DE YESO, VERIFICANDO QUE COINCIDAN LAS GUIAS DEL MONTAJE, Y SE UNEN MUTUAMENTE POR FUERA DE LOS MODELOS CON CERA REDONDA.

DEBIDO A LOS CAMBIOS DIMENSIONALES DE LOS MATERIALES QUE SE EMPLEAN EN EL PROCESADO DE LAS DENTADURAS, A MENUDO EL VASTAGO INCISAL SUFRE UN INCREMENTO EN LA DIMENSION VERTICAL, QUE SE CONSIDERA NORMAL SI NO ES MAYOR A 1MM.

MEDIANTE LA COLOCACION DEL PAPEL PARA ARTICULAR EN LA DENTADURA SUPERIOR SE DETECTAN LOS PUNTOS DE CONTACTO EN RELACION CENTRICA. LAS MARCAS EN FORMA DE CIRCULO, COMO LA OBSERVADA EN EL BRAZO DISTAL DEL CANINO DERECHO Y EN LA CUSPIDE PALATINA DEL SEGUNDO PREMOLAR IZQUIERDO, CORRESPONDEN A PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO.

EN LA DENTADURA MANDIBULAR SE LOCALIZAN LOS CONTACTOS, IDENTIFICANDO LAS MARCAS BORROSAS COMO PUNTOS DE CONTACTO INCOMPLETOS, COMO EL DE LA CUSPIDE VESTIBULAR DEL SEGUNDO PREMOLAR IZQUIERDO ASI COMO LOS PUNTOS DE CONTACTO PREMATUROS EN FORMA DE CIRCULO, QUE SE LOCALIZAN EN LA FOSETA TRIANGULAR DISTAL DEL SEGUNDO PREMOLAR IZQUIERDO Y EN LA CUSPIDE VESTIBULAR DEL PRIMER PREMOLAR DERECHO.

CON UNA FRESA EN FORMA DE BALON SE DESGASTAN LAS FOSAS, NO LAS CUSPIDES, DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO HASTA QUE EL VASTAGO INCISAL TOQUE NUEVAMENTE LA MESA INCISAL; DE ESA MANERA SE RECUPERA LA DIMENSION VERTICAL ORIGINAL. SI LOS BRAZOS DE LAS CUSPIDES TOCAN PREMATURAMENTE EN LA POSICION DE CIERRE MANDIBULAR -RELACION CENTRICA-, SE UTILIZA LA FORMULA SIGUIENTE PARA SABER DONDE DESGASTAR MADA- MESIAL ARRIBA, DISTAL ABAJO.

UNA VEZ QUE SE HA AJUSTADO LA DIMENSION VERTICAL Y LA RELACION CENTRICA, SE REALIZAN MOVIMIENTOS DE LATERALIDAD EN DONDE SE DETECTAN LAS POSIBLES INTERFERENCIAS EN EL LADO DE TRABAJO, TANTO EN EL LADO DERECHO COMO EN EL IZQUIERDO, EN DONDE SE EMPLEA LA SIGUIENTE FORMULA PARA SABER DONDE DESGASTAR: BALA- BUCAL ARRIBA, LINGUAL ABAJO.

EL MOVIMIENTO DE PROTRUSION SE EFECTUA DESPUES DE HABER AJUSTADO LA DIMENSION VERTICAL, LA RELACION CENTRICA Y LOS MOVIMIENTOS DE LATERALIDADES. EN ESTE MOVIMIENTO SE EMPLEA LA SIGUIENTE FORMULA PARA SABER DONDE DESGASTAR LOS POSIBLES PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO QUE PUDIERAN ROMPER EL ESQUEMA DE UNA OCLUSION BALANCEADA. DAMA-DISTAL ARRIBA, MESIAL ABAJO.

PULIDO Y TERMINADO.

PULIDO Y TERMINADO: PROCESO MECANICO MEDIANTE EL CUAL SE ELIMINAN LAS ASPEREZAS DE LA DENTADURA Y SE DA UN ABRILLANTADO FINAL.

RECORTE DE LA DENTADURA: ELIMINACION DE LOS EXCESOS DE YESO DE LOS MARGENES Y CONTORNOS DE LA DENTADURA Y DE LOS EXCEDENTES DE ACRILICO QUE NO CORRESPONDEN A LA BASE DE LA MISMA.

UNA VEZ QUE LAS DENTADURAS HAN SIDO REMONTADAS EN EL ARTICULADOR, Y SE HAN CORREGIDO LAS VARIACIONES DIMENSIONALES PROPIAS DEL PROCESADO DE LA DENTADURA, SE PROCEDE A ELIMINAR EL YESO DE LAS MISMAS PARA PODER PULIRLAS Y, FINALMENTE, TERMINARLAS.

UNA VEZ QUE SE HA REALIZADO EL REMONTAJE Y EL DESGASTE SELCTIVO, SE PROCEDE A ELIMINAR EL YESO SOBRANTE DE LA DENTADURA.

PARA EVITAR LA FRACTURA DE LA DENTADURA, SE UTILIZA EL METODO DE CORTES SECCIONALES, QUE ES MAS SEGURO. SE TRAZAN LAS LINEAS EN EL ZOCALO, CON DIRECCION DIAGONAL, DE MANERA QUE SE LOGRE DIVIDIR EN CINCO PARTES PARA QUE, POSTERIORMENTE, SE CORTEN CON LA SEGUETA. EL CORTE NO DEBE LLEGAR A LA BASE DE LA DENTADURA.

UNA VEZ HECHOS LOS CORTES, SE ELIMINAN EL YESO CON LAS PINZAS DE CANGREJO O EL CUCHILLO DE LABORATORIO, VERIFICANDO QUE LAS SECCIONES DE YESO SE OBTENGAN INTEGRAS.

OBTENCION DE LAS DENTADURAS, LIMPIAS Y SIN RIESGO DE FRACTURAS.

REVISION TANTO DE LAS SUPERFICIES DE TEJIDO COMO DE LAS ZONAS DE IMPRESION DE LAS DENTADURAS, PASANDO UNA GASA SECA PARA ELIMINAR CUALQUIER PERLA DE RESINA QUE SE HAYA FORMADO.

ELIMINACION DE LOS EXCESOS DE LOS BORDES DE LA DENTADURA Y DEL PALADAR, CON UN FRESON DE CARBURO EN FORMA DE FLAMA. NO SE DEBE ELIMINAR MUCHO EL VOLUMEN DE LAS SUPERFICIES PULIDAS DE LA DENTADURA PARA NO PERDER LA ANATOMIA CORRECTA, EN GROSOR Y ALTURA, DE LAS BASES DE LA MISMA. CON UN DISCO DE CARBURO SE LIBERAN LOS FRENILLOS PARA EVITAR LA COMPRESION DE LOS MISMOS Y PERMITIR LIBERTA DE MOVIMIENTO. UNA VEZ QUE LAS DENTADURAS ESTAN LIBRES DE YESO Y DE EXCESOS DE ACRILICO, SE PROCEDE A PULIRLAS. PARA ELLO, SE UTILIZA PASTA PULIDORA DE ACRILICO HIDRATADA Y UN CEPILLO PARA MOTOR DE BAJA VELOCIDAD. LOS CONTACTOS DE LA DENTADURA CON EL CEPILLO Y PASTA DEBEN SER CORTOS E INTERMITENTES.

POSTERIORMENTE SE UTILIZA UNA MANTA CURADA PARA TERMINAR DE PULIR EL RESTO DE LA DENTADURA. EL CURADO CONSISTE EN DESHILACHAR LA MANTA CON INSTRUMENTO CUANDO ESTA GIRA CON AYUDA DEL MOTOR.

DESPUES DEL RPROCEDIMIENTO ANTERIOR SE QUEMAN LOS HILOS QUE SE SALIERON DE LA MISMA. PARA QUE LA MANTA ESTE LISTA PARA PULIR, ESTE PROCEDIMIENTO SE REALIZA TRES VECES.

PULIDO DE LA DENTADURA. PARA ESTE PROCEDIMIENTO, TANTO LA MANTA COMO LA PASTA PULIDORA DEBEN ESTAR TOTALMENTE HIDRATADAS PARA EVITAR EL SOBREPULIDO Y EL QUEMADO.

POR ULTIMO SE PULEN LAS DENTADURAS CON PASTA BLANCA, ABRILLANTADORA, DE ACRILICO Y UNA MANTA SECA, CUIDANDO DE NO PRESIONAR DEMASIADO PARA NO QUEMAR EL ACRILICO.

LAVADO DE LAS DENTADURAS CON AGUA CALIENTE, JABON Y CEPILLO, PARA ELIMINAR RESTOS DE LA PASTA ABRILLANTADORA.

LAS DENTADURAS DEBEN SER EXAMINADAS CUIDADOSAMENTE Y OBSERVAR QUE ESTEN BIEN PULIDAS POR TODAS SUS SUPERFICIES.

POSTERIORMENTE SE COLOCAN LAS DENTADURAS EN UNA BOLSA CON AGUA DURANTE ALGUNAS HORAS, PARA PERMITIR LA LIBERACION DE REMANENTES DE MONOMERO, Y QUE ADEMAS ALGO DE AGUA SEA ABSORBIDA POR LA RESINA ACRILICA.

LESIONES

EN LA MAYOR PARTE DE LOS CASOS, LA LESION INICIAL DE LA BOCA ES CAUSADA POR LA PRESION IMPERCEPTIBLE, PERO CONSTANTE DE LA DENTADURA SOBRE LOS TEJIDOS, LO CUAL TERMINA EN UNA INFLAMACION QUE AUMENTA LA PRESION Y HACE QUE LA CONDICION EMPEORE PROGRESIVAMENTE.

SI LA LESION AUMENTA LENTAMENTE, EL PACIENTE DESARROLLARA UNA TOLERANCIA INCONCIENTE PARA LAS LESIONES VICIOSAS. SIN EMBARGO, UNA VEZ QUE LA LESION HA SIDO DESCUBIERTA, EL PACIENTE SE ANGUSTIARA Y SE PONDRÁ NERVIOSO POR SU LESION.

POR LO QUE SE CONCLUYE EN IDENTIFICAR LAS LESIONES MAS COMUNES QUE SE VEN RELACIONADAS CON LAS PROTESIS Y QUE AQUEJAN A LA MUCOSA BUCAL.

A CONTINUACION SE EXPLICAN CINCO DE LAS LESIONES MAS IMPORTANTES:

- **ULCERA TRAUMATICA:**

GENERADA POR LA IRRITACION PROTESICA ES DEL MISMO TIPO QUE LA PRODUCIDA POR UNA SERIE DE OTROS TRAUMATISMOS FISICOS

CARACTERISTICAS CLINICAS: LA ULCERA PROTESICA, UNA O MAS, SUELE APARECER DESPUES DE DOS DIAS DE LA COLOCACION DE UNA NUEVA DE PROTESIS. PUEDE SER EL RESULTADO DE LA SOBREENXTENSION DE LOS FLANCOS, PRESENCIA DE SECUESTROS O ESPICULAS DE HUESO DEBAJO DE LA PROTESIS O UNA ZONA ASPERA O ALTA EN LA SUPERFICIE INTERNA DEL APARATO.

ESTAS ULCERAS SON PEQUEÑAS, DOLOROSAS Y DE FORMA IRREGULAR, CUBIERTAS DE UNA DELICADA MEMBRANA NECROTICA GRIS Y RODEADA POR UN HALO INFLAMATORIO. SIN TRATAMIENTO PUEDE EMPEZAR UNA PROLIFERACION DE TEJIDO ALREDEDOR DE LA PERIFERIA DE LA LESION, SOBRE UNA LESION INFLAMATORIA.

TRAMIENTO Y PRONOSTICO: EL TRATAMIENTO DE LA ULCERA TRAUMATICA PROTESICA CONSISTE EN LA CORRECCION DE LA CAUSA SUBYACENTE:

- DESGASTE DE FLANCOS
- ELIMINACION DE UN PEQUEÑO SECUESTRO
- ALIVIO DE ZONAS ALTAS

UNA VEZ HECHO ESTO, LA ULCERA SUELE CICATRIZAR CON RAPIDEZ.

ESTOMATITIS POR PROTESIS TOTAL.

ES UNA INFLAMACION CRONICA DE LA MUCOSA DE SOPORTE PROTESICO (LA SUPERFICIE DE ASIENTO) Y PUEDE SER DE NATURALEZA LOCALIZADA O GENERALIZADA. SE CONSIDERA QUE EL FACTOR ETIOLOGICO PREDOMINANTE ES EL TRAUMATISMO INFLINGIDO POR PROTESIS DESADAPTADAS O UN HABITO PARAFUNCIONAL. UNA DENTADURA QUE FUE LLEVADA POR UN CIERTO TIEMPO ABSORBE FLUIDOS QUE SON POSIBLES DE PRODUCIR UNA RESPUESTA ALERGICA.

CARACTERISTICAS CLINICAS: LA EXPERIENCIA CLINICA INDICA QUE ESTE ES UN PLANTEO SOSTENIBLE Y QUE UNA GRAN MAYORIA DE ESTOMATITIS SON CAUSADAS POR TRAUMATISMO Y UNA INFECCION A HONGOS SOBREGREGADA.

UNA GRAN PARTE DE PACIENTES CON ESTOMATITIS PROTESICA NO ADVIERTAN SU AFECCION, PUES ES ASINTOMATICA. UN PEQUEÑO NUMERO DE ELLOS SE QUEJA DE UNA SENSACION QUEMANTE O DE PICAZON QUE ABARCA GENERALMENTE LA MUCOSA PALATINA Y LA GLOTIS. LA INFLAMACION VARIA EN INTENSIDAD, PUEDE LOCALIZARSE EN AREAS AISLADAS O ABARCAR TODA LA SUPERFICIE DE ASIENTO. TIENDE A REPRODUCIRSE MAS A MENUDO EN EL ARCO SUPERIOR, QUE EN EL INFERIOR.

TRATAMIENTO: SE RECOMIENDA LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS CLINICOS QUE SE EMPLEAN AISLADAMENTE O COMBINADOS, DE ACUERDO CON LA GRAVEDAD DE LA AFECCION:

- HIGIENE PROTESICA Y BUCAL ACOMPAÑADA POR EL DESCANSO DE LOS TEJIDOS. ESTO ULTIMO SE LOGRA QUITANDO LAS PROTESIS Y MEDIANTE EL USO DE UN ACONDICIONADOR TISULAR, EL AJUSTE OCLUSAL Y MEJORAMIENTO TECNICO DE LAS PROTESIS YA EXISTENTES.

- TERAPIA FUNGICIDA. ELLO SE INSTITUYE DESPUES DE UNA VERIFICACION AFECTIVA DE INFECCION "CANDIDA" MEDIANTE UN FROTIS PALATINO. POR LO GENERAL ES SUFICIENTE PARA CONTROLAR LA INFECCION UNA DOSIS TERAPEUTICA DE UNA TABLETA DE NYSTATIN QUE SE TOMA TRES VECES POR DIA DURANTE 10 A 14 DIAS. PARA ALGUNOS PACIENTES SE REQUIERE UNA TERAPIA ANTIHONGOS DE HASTA 4 SEMANAS. SI LAS PROTESIS NO SON REBASADAS CON UN ACONDICIONADOR DE TEJIDOS, SE LAS MANTENDRA IMPECABLES DE LIMPIAS Y PUEDE USARSE UN AGENTE QUELANTE CON UNA MEZCLA DE ENZIMAS O CLORHEXIDINA. ESTE TIPO DE TERAPIA SE APLICA CUANDO HAY UNA ESTOMATITIS GENERALIZADA, ESPECIALMENTE SI ES DE NATURALEZA SINTOMATICA.

HIPERPLASIA INFLAMATORIA

TEJIDO REDUNDANTE ES UNA DENOMINACION QUE SE APLICA A AQUELLOS TUMORES INFLAMATORIOS O GRANULOSOS QUE SE PRESENTAN EN LOS PLIEGUES MUCOBUCALES Y A VECES, SOBRE LOS SURCOS ALVEOLARES. PARECE SER QUE LA CAUSA ES CASI SIEMPRE LA IRRITACION CRONICA DE UNA DENTADURA MAL AJUSTADA. SU CAUSA ESPECIFICA ES LA UNICA JUSTIFICACION DE LOS OTROS NOMBRES QUE SE DAN A ESTE TUMOR INFLAMATORIO, POR EJEMPLO: IRRITACION POR LA DENTADURA, ASI COMO SU ASPECTO CLINICO DEFORMADO, QUE SE COMPONE DE FORMACIONES FISURADAS O SEUDOPLIEGUES.

COMO SU NOMBRE LO INDICA, AL GRANULOMA O TUMOR INFLAMATORIO ES UNA MASA GRANUMALOMATOSA COMPUESTA ESENCIALMENTE POR ELEMENTOS INFLAMANTORIOS, EL TUMOR PROCEDE DE LA LOCALIZACION DE UNA REACCION INFLAMATORIA ABUNDANTE Y PRODRUCTIVA, LA CUAL VA A SER NOTABLE AL MOMENTO DE LA INSPECCION ORAL.

CARACTERISTICAS CLINICAS: EL GRANULOMA ES GENERALMENTE UNA MASA TUMORAL FACILMENTE OBSERVADA, QUE HACE PROMINENCIA Y QUE PUEDE DESARROLLARSE EN CUALQUIER REGION DE LA BOCA. ESTA BIEN LOCALIZADA Y GENERALMENTE TIENE UNOS LIMITES PERIFERICOS MUY DEFINIDOS. DEBIDO A SU GRAN VASCULARIZACION LA MAYORIA SON MUY ROJOS, O DE COLOR ROJO PURPURA. SIN EMBARGO, NO SON RARAS LAS VARIACIONES DE COLOR, SOBRE TODO EN LAS LESIONES ANTIGUAS; EN ESTAS EL TEJIDO FIBROSO SUELE SER MAS ABUNDANTE QUE EN LAS LESIONES RECIENTES Y, POR ELLO, SU COLOR ES MENOS ROJO O ROSADO DE DISTINTA INTENSIDAD.

LOS GRANULOMAS MAS FUERTEMENTE COLOREADOS SON DE CONSISTENCIA BLANDA, MIENTRAS QUE LOS DE COLOR MAS PALIDO, DEBIDO A SU MAYOR CONTENIDO EN TEJIDO FIBROSO, SON SEMIDUROS O DUROS. CUANDO LOS TUMORES INFLAMATORIOS SE LOCALIZAN EN LA MUCOSA BUCAL, EN EL PISO DE LA BOCA, EN LA LENGUA, EN LOS LABIOS, O EN LOS PLIEGUES MUCOBUCALES, SUELEN SER MUY MOVILES.

OTRA CARACTERISTICA DE LOS GRANULOMAS ES QUE SANGRAN FACILMENTE CUANDO SE LES LESIONA O SE LES EXPLORA, Y LA HEMORRAGIA PUEDE CONTINUAR DURANTE MUCHO TIEMPO. TAMBIEN VARIA LA SUPERFICIE DE ESTOS TUMORES: MUCHOS SON REDONDEADOS, LISOS Y SIN INTERRUPCIONES; OTROS ESTAN CUBIERTOS CON UNA CAPA QUERATINICA ADHERENTE DE COLOR GRIS O BLANQUINOSA; OTROS PRESENTAN ULCERACIONES, CON SIGNOS CONCOMITANTES DE INFECCION Y DE NECROSIS HISTICA. LAS SUPERFICIES DE ALGUNOS GRANULOMAS CONTIENEN FISURAS O GRIETAS DEBIDO A LESIONES CAUSADAS POR LOS DIENTES, REBORDES DE LA DENTADURA, ETC.

UN TUMOR INFLAMATORIO PUEDE SER COMPLETAMENTE ASINTOMATICO, DESCONOCIENDO EL ENFERMO POR COMPLETO SU EXISTENCIA. ES MAS FRECUENTE QUE EL ENFERMO SE DE CUENTA DEL TUMOR POR SU TAMAÑO, PORQUE INTERFIERA LAS FUNCIONES DE LA BOCA O POR SU TENDENCIA A LA HEMORRAGIA. DE HECHO, EL MOTIVO DE LA CONSULTA DE MUCHOS ENFERMOS ES POR “REPETIDOS EPISODIOS DE HEMORRAGIAS”. EN ALGUNOS CASOS UN TRAUMATISMO SOBRE EL TUMOR PRODUCE UNA ULCERACION, INFECCION Y NECROSIS DEL MISMO, CON EL CONSIGUIENTE DOLOR Y MALESTAR.

TECNICAS DE LABORATORIO: SIEMPRE ESTA INDICADA UNA EXPLORACION HISTOLOGICA A PESAR DE LA IMPRESIÓN CLINICA DEL MEDICO. CUANDO LOS SIGNOS CLINICOS HAGAN PENSAR EN LA PRESENCIA DE UN GRANULOMA, DEBERA EXTIRPARSE LA MASA Y LA PIEZA QUIRURGICA SE EXPLORARA MICROSCOPICAMENTE. CUANDO EL DIAGNOSTICO CLINICO ES INCIERTO, AUNQUE SOLO LO SEA UN POCO, ESTA INDICADO REALIZAR UNA INCISION BIOPSIA.

TRATAMIENTO: PARA TENER EXITO, EL TRATAMIENTO DEBE DIRIGIRSE HACIA DOS OBJETIVOS:

- ELIMINACION DE LA CAUSA. ES ESENCIAL LA IDENTIFICACION Y ELIMINACION DE LA CAUSA, SIEMPRE QUE SEA POSIBLE. ESTE UNICO TRATAMIENTO SE SIGUE MUCHAS VECES DE LAS DESAPARICIONES RAPIDAS Y TOTALES DE LAS MASAS Y DE UNA CONSIDERABLE REDUCCION DE SU TAMAÑO.
- EXTIRPACION DEL GRANULOMA. CASI SIEMPRE SE PUEDE ELIMINAR EL GRANULOMA (MEDIANTE LA EXTIRPACION QUIRURGICA, LEGRADO O ELECTROCAUTERIZACION).

PRONOSTICO: A VECES SE PRESENTAN RECIDIVAS Y SE DEBEN GENERALMENTE A UNA EXTIRPACION INCOMPLETA O A LA PRESENCIA CONTINUA DEL FACTOR OCLUSAL. LOS TUMORES INFLAMATORIOS SON DE NATURALEZA BENIGNA Y NO POSEEN POTENCIALIDAD PRECANCEROSA. AUNQUE MUCHOS PUEDEN FIBROSARSE, ULCERARSE E INFECTARSE, NO SE HA DESCRITO NINGUN CASO DE MALIGNIZACION. AUNQUE EN OCASIONES EXTREMADAMENTE RARAS, SE HA DESCRITO QUE LA LESION PUEDE EXPERIMENTAR UN CAMBIO A MALIGNA. SIN EMBARGO, ES UN CONCEPTO EQUIVOCADO.

HIPERPLASIA PAPILAR INFLAMATORIA.

ESTA VARIACION DE REACCION TUMORAL INFLAMATORIA SE PRESENTA EN LA REGION PALATINA. LA LESION PUEDE LIMITARSE A LA ZONA DE APOYO DE UNA DENTADURA O PUEDE EXTENDERSE MAS ALLA DE ESTA REGION. LA MAYOR PARTE DE LOS CASOS PROCEDE DE LA IRRITACION CRONICA DE LAS CAMARAS DE SUCCION, PERO ALGUNAS SE DEBEN A LA EXCESIVA PRESION DE LAS DENTADURAS MAL ADAPTADAS. ALGUNOS CASOS SE ATRIBUYEN A UNA HIGIENE DENTAL POBRE, PERO, EN OTROS, Y SOBRE TODO EN AQUELLOS QUE SE PRESENTAN CUANDO NO HAY DENTADURAS, NO SE HA ENCONTRADO NINGUNA EXPLICACION.

CARACTERISTICAS CLINICAS: LAS LESIONES CONSISTEN EN NUMEROSAS PROMINENCIAS PEQUEÑAS (DE 1 A 2MM. DE DIAMETRO), REDONDEADAS, DE SUPERFICIE PLANA, A MENUDO DE COLOR ROJO RESPLANDECIENTE MUY AGRUPADAS. NORMSLMENTE SON ASINTOMATICAS, PERO A VECES SON LIGERAMENTE DOLOROSAS, PRURIGINOSAS O INCLUSO MUY DOLOROSAS. AL CONTRARIO DE OTROS GRANULOMAS PERIFERICOS, ESTA FORMA RARAMENTE PRESENTA HEMORRAGIAS.

TRATAMIENTO:

- ES UTIL PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA PAPILAR EL MASAJE DE TEJIDOS BLANDOS CON UN CEPILLO DE DIENTES O DEDOS, SIEMPRE Y CUANDO ESTE EN UNA FASE MUY INCIPIENTE.
- ESCISION QUIRURGICA DE LA PAPILOMATOSIS. ELLO SE EMPRENDE UNICAMENTE DESPUES DE HABERSE RECURRIDO A OTROS MEDIOS DE TRATAMIENTO. LA CIRUGIA ES MAS FACIL Y MAS CONSERVADORA DESPUES DEL TRATAMIENTO A CAUSA DE LA DISMINUCION DE LA INFLAMACION. A MENUDO SE UTILIZA LA ELECTROCIRUGIA PARA ELIMINAR LA HIPERPLASIA PAPILAR. RECIENTEMENTE SE HA RECURRIDO EXITOSAMENTE A LA CRIOCIRUGIA. ES MENESTER COLOCAR UN REBASE DE TRATAMIENTO Y CAMBIARLO SEMANALMENTE HASTA QUE HAYA TERMINADO LA EPITELIZACION. DESEAMOS RECALCAR QUE LA PAPILOMATOSIS ES UNA LESION IRREVERSIBLE, QUE, EN VIRTUD DE SU MORFOLOGIA ACTUA COMO UN EXCELENTE NIDO PARA LA ACUMULACION DE LA PLACA Y EL CRECIMIENTO DE HONGOS. SI SE LLEGARA A EXTENDER OCASIONALMENTE HASTA SOBREPASAR LA UNION DEL PALADAR DURO CON EL BLANDO, SE PROCEDERA CON MUCHA CAUTELA AL ESCINDIRLO, PUES LA FORMACION DE UNA BANDA CICATRIZAL EN ESA ZONA INTERFERIRA SERIAMENTE CON LA UBICACION DEL SELLADO PALATINO POSTERIOR. LA PROTESIS SUPERIOR SE REBASA O SE CONSTRUYE UNA NUEVA PROTESIS CUANDO TERMINA LA CICATRIZACION DESPUES DE UN INTERVALO DE 6 A 5 SEMANAS.

QUELITIS ANGULAR.

LA ESTOMATITIS PROTESICA ES OCASIONALMENTE ACOMPAÑADA POR UNA ESTOMATITIS COMISURAL (UNA DOLORA INFLAMACION DE LAS COMISURAS BUCALES), QUE ASI MISMO SE CONOCE COMO QUELITIS ANGULAR O PERLECHE. POR MUCHOS AÑOS ESTA AFECCION CLINICA FUE ATRIBUIDA A LA REDUCCION DE LA DIMENSION VERTICAL DE LA OCLUSION O A UNA DEFICIENCIA RIBOFLAVINA Y TIAMINA. AUNQUE CUALQUIERA DE ESOS DOS FACTORES PUEDE PREDISPONERA LA ESTOMATITIS COMISURAL, CAUSON Y MAKILA DEMOSTRARON QUE ESTA AFECCION ES POR LO GENERAL SECUNDARIA A UNA ESTOMATITIS PROTESICA Y COMUNMENTE EL RESULTADO DE UNA INFECCION DE CANDIDA DE SALIVA CONTAMINADA. LA ESTOMATITIS COMISURAL RESPONDE A LA TERAPIA FUNGICIDA Y LA APLICACIÓN COMPLEMENTARIA DE UN UNGÜENTO FUNGICIDA EN EL ASIENTO DE LA LESION. MAKILA SEÑALO SU INCIDENCIA MAS ELEVADA EN MUJERES Y PORTADORES DE DENTADURAS. PARECE QUE LA EDAD NO AFECTA SU INCIDENCIA NI TAMPOCO LA DURACION DEL PERIODO DE DESDENTACION. PUEDE DARSE EN FORMA DE UNI O BILATERAL E INFRECUENTEMENTE ES ACOMPAÑADA POR LA GLOSITIS ATROFICA.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

RESTAURAR LA FUNCION MASTICATORIA, LA ESTETICA, FONETICA Y LA OCLUSION EN EL PACIENTE EDENTULO.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. EJECUTAR UN DIAGNOSTICO CLINICO OPORTUNO Y EFICIENTE.
2. TOMA RADIOGRAFICA (ORTOPANTOMOGRFIA) PARA UN BUEN DIAGNOSTICO CLINICO .
3. ELABORACION DE HISTORIA CLINICA EN UN PACIENTE DESDENTADO. ELABORACION DE UNA PROSTODONCIA TOTAL.
4. IDENTIFICAR PASO POR PASO LA ELABORACION DE UNA PROSTODONCIA TOTAL.
5. COLOCACION DE LA APARTOLOGIA DE PROSTODONCIA TOTAL EN PACIENTES.

RECURSOS

RECURSOS.

1. 1 COMPUTADORA.
2. 4 LIBROS.
3. 10 HOJAS.
4. 2 LAPICEROS.
5. 1 ESCRITORIO.
6. 1 SILLA.
7. LAPIZ.
8. BORRADOR.
9. SACAPUNTAS.
10. IMPRESORA.
11. INTERNET.

CONCLUSION

CONCLUSION.

EL CONOCIMIENTO DE LAS DIFERENTES INSERCIONES MUSCULARES NOS AYUDAN A TENER UNA BUENA TOMA DE IMPRESIÓN Y POR LO CONSIGUIENTE UNA BUENA ADAPTACION DE BASES DURAS, QUE A LO LARGO DE LA ELABORACION DE UNA PROTESIS TOTAL NOS EVITARA EL TENER QUE HACER LOS AJUSTES Y POR SUPUESTO IDENTIFICAR LAS LESIONES MAS COMUNES DE LA CAVIDAD ORAL, EN LA CUAL SEÑALAMOS SUS CAUSAS, COMO SE PRESENTAN CLINICAMENTE Y ASI PODER CORREGIRLAS. SI SE IMPLEMENTA FIELMENTE EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTA TESIS, EL RESULTADO SERAN PACIENTES FELICES QUE RECIBEN UNA PROTESIS DENTAL NO SOLO FUNCIONAL SINO ESTETICA. TENDREMOS ASI UN PACIENTE SATISFECHO Y UNA NUEVA CALIDAD DE VIDA GRACIAS A PROTESIS COMPLETAS PERFECTAS.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES.

PARA EL ÉXITO DE NUESTRO TRATAMIENTO, SE NECESITARA TENER EL CONOCIMIENTO DE TODO LO CONCERNIENTE A LA ELABORACION DE UNA PROTESIS TOTAL, PARA QUE NUESTRO PACIENTE QUEDE SATISFECHO.

UNA BUENA TECNICA Y SELECCIÓN DE MATERIALES DE IMPRESIÓN PRIMARIA O ANATOMICA, FISIOLÓGICA (SE REALIZA BAJO UNA ACCION MUSCULAR) EN LA CONFECCION DE UNA PROSTODONCIA TOTAL.

LA CORRECTA ELABORACION DE LA PROTESIS TOTAL EVITARA LAS LESIONES DE LA MUCOSA ORAL.

RECOMIENDO ESTAR PENDIENTE DEL PACIENTE EL TIEMPO QUE SEA NECESARIO, PARA OBTENER LOS DATOS EXACTOS DEL PACIENTE Y ASI PODER REALIZAR CUIDADOSAMENTE PASO POR PASO LA ELABORACION DE LA PROSTODONCIA TOTAL, HASTA LLEGAR AL EXITO DE NUESTRO TRATAMIENTO DEL CUAL OBTENDREMOS DOS FINALIDADES, LA SATISFACCION DE NUESTRO PACIENTE Y LA RECOMENDACIÓN PROPIA DE NUESTRO TRABAJO.

FUENTES DE CONSULTA

FUENTES DE CONSULTA.

JOSE Y. OZAWA DEGUCHI, JOSE YOSHINON (2017). FUNDAMENTOS DE PROSTODONCIA TOTAL. MEXICO. TRILLAS.

BERNAL ARCINIEGA, RUBEN. (2019). PROSTODONCIA TOTAL 2ª EDICION. MEXICO. TRILLAS.

JOHN SHARY. PROSTODONCIA TOTAL COMPLETA. EDITORIAL TORAY 1977.

BERNAL, R. (2004). PROSTODONCIA TOTAL MANUALES DE LABORATORIO EN ODONTOLOGIA. MEXICO. TRILLAS.

GARCÍA-POLA VALLEJO MJ, MARTÍNEZ DÍAZ-CANEL AI, GARCÍA MARTÍN JM, GONZÁLEZ GARCÍA M. RISK FACTORS FOR ORAL SOFT TISSUE LESIONS IN AN ADULT SPANISH POPULATION. COMMUNITY DENT ORAL EPIDEMIOL 2202; 30:277-85.

BERNAL BALÁEZ A, MOREIRA DÍAZ E. MODIFICACIONES EN LAS PROPORCIONES DE EXFOLIACIÓN CELULAR EN PACIENTES AFECTADOS POR ESTOMATITIS SUBPRÓTESIS. REV CUBANA ESTOMATOL.

NÁPOLES GONZÁLEZ I DE J, DÍAZ GÓMEZ SM, PUIG CAPOTE E, ESPESO NÁPOLES N. LA CANDIDIASIS EN PACIENTES CON ESTOMATITIS SUBPRÓTESIS. ARCH MED CAMAGÜEY [INTERNET]. 2008 [HTTP://WWW.AMC.SLD.CU/AMC/2008/V12N6/AMC03608.HTM](http://www.amc.sld.cu/amc/2008/v12n6/amc03608.htm)

GARCÍA ALPIZAR B, BENET RODÍGUEZ M, CASTILLO BETANCOURT E. PRÓTESIS DENTALES Y LESIONES MUCOSAS EN EL ADULTO MAYOR: UNA PREOCUPACIÓN DE TODOS. MEDISUR 2010 [HTTP://SCIELO.SLD.CU/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S1727897X2010000100008&LNG=ES](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X2010000100008&lng=es)

MOORE, K. L., DALLEY, A. F., & AGUR, A. M. R. (2014). CLINICALLY ORIENTED ANATOMY (7TH ED.). PHILADELPHIA, PA: LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS.

NETTER, F. H. (2011). AT. BARCELONA: ELSEVIER.

DUNN J. MARTIN, SHAPIRO CINDY; ANATOMIA DENTAL Y DE CABEZA Y CUELLO, EDIT. INTERAMERICANA; 1ª ED, MEXICO, DF.

SCOTT J.M., DIXON A.D. , ANATOMIA PARA ESTUDIANTES DE ODONTOLOGIA, EDIT. INTERAMERICANA, 4ª ED. MEXICO, DF.

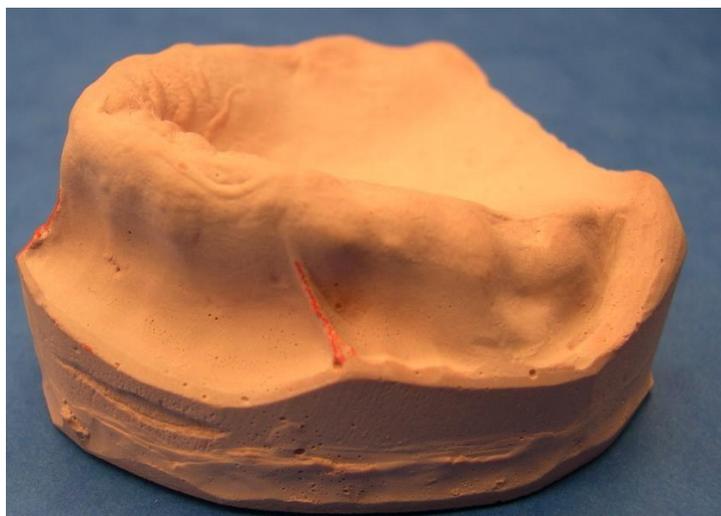
QUIROZ GUTIERREZ FERNANDO, ANATOMIA HUMANA, EDIT. PORRUA S.A. MEXICO, DF.

ANEXOS

ANEXOS



IMPRESIÓN PRIMARIA



MODELO PRIMARIO



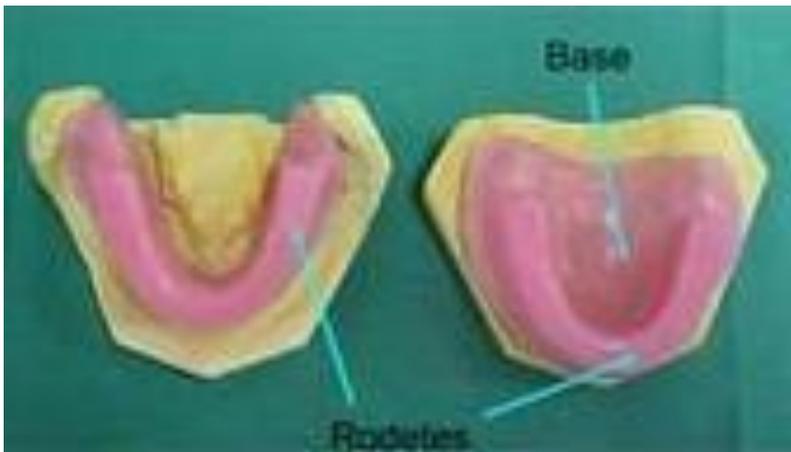
CUBETAS INDIVIDUALES



IMPRESIONES DEFINITIVAS



ENCAJONADO Y VACIADO



PLACA BASE Y RODETE DE OCLUSION

MONTAJE DE MODELOS





ENFILADO DE LOS
DIENTES



REMONTAJE Y AJUSTE
OCLUSAL



ACABADO DE LA PROTESIS

