

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



**Preparación de la Boca antes de la  
Colocación de una Prótesis Completa**

**Tesis**

Que para Obtener el Título de

**Cirujano Dentista**

Presenta:

**Miguel Tinoco Chávez**

Director de Tesis

88

**DR. ADRIAN RODRIGUEZ RICO**

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



**Preparación de la Boca antes de la  
Colocación de una Prótesis Completa**

**Tesis**

Que para Obtener el Título de

**Cirujano Dentista**

Presenta:

**Miguel Tinoco Chávez**

Director de Tesis

**DR. ADRIAN RODRIGUEZ RICO**

Una firma manuscrita en tinta azul que parece decir "Adrian Rodriguez Rico".

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



A mis Padres:

MANUEL TINOCO VARGAS  
MERCEDES CHAVEZ DE TINOCO  
Que con su sacrificio hicieron posible la realización de mi carrera.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

A mis hermanos:

MANUEL (q.e.p.d.)  
MARIA ELENA  
SOCORRO  
FERNANDO  
GERARDO  
MERCEDES

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

A MIS TIOS

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

A MIS PRIMOS

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Con especial cariño a:

ADRIANA VARGAS GUZMAN

A MIS MAESTROS

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

A MI ESCUELA

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

AL HONORABLE JURADO



Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Dedico esta tesis a aquellos seres que durante el transcurso de mis estudios, de una manera u otra me ayudaron para que pudiera llegar a feliz término de mi carrera.

Vaya pues mi sincero agradecimiento para la ayuda desinteresada de que fui objeto.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

## PROLOGO

La ciencia y arte de la prótesis dental ha avanzado notablemente en las dos últimas décadas. Este progreso se debe al convencimiento del dentista de que la salud, la felicidad y el bienestar generales del paciente están seriamente influídos por su conocimiento de la anatomía, fisiología y biomecánica de la boca, y por su habilidad manual en relación a la prótesis.

En el tiempo presente nos damos cuenta que la incomodidad bucal que se deriva de una prótesis mala tiene influencia nociva en el sistema nervioso general, la cual puede traducirse en una disfunción orgánica general. Muchos neuroticos han recibido tratamiento médico, y su salud nunca se ha restablecido hasta que no tuvieron comodidad bucal, lo cual es posible solamente cuando les es suministrado un servicio de prótesis correcta.

En ocasiones, un complejo de inferioridad y el deseo de buscar la soledad han resultado de la desagradable apariencia de una dentadura artificial. La ciencia y arte dentales permiten al individuo que desgraciadamente ha perdido su dentadura natural, continuar sus actividades en el mundo social y de los negocios, sin preocuparse por este inconveniente.

Para elaborar un trabajo sobre dentaduras completas es difícil, porque el tema no es una ciencia estática. Tiene muchas fases que están en controversia, y otras partes que son siempre cambiantes. Los descubrimientos y los inventos son tan rápidos que una técnica aceptable hoy puede ser anticuada en un tiempo relativamente corto.

Tal parece que el sistema más efectivo de perfeccionar un conocimiento técnico es tratar primero de usar un método y material determinados. Entonces la mente está en estado receptivo para asimilar con mayor amplitud los conocimientos fundamentales relacionados con este método y material.



## I N D I C E

- I.—PROLOGO
- II.—EXAMEN DE LA CAVIDAD BUCAL
  - a).—Inspección.
  - b).—Palpación.
  - c).—Estudio Radiográfico.
- III.—ESTADO NORMAL DE LA CAVIDAD BUCAL
- IV.—TECNICAS PARA LA EXTRACCION DE UNA TERCERA MOLAR TOTALMENTE RETENIDA
- V.—FRENILLO O INSERCIONES ALTAS
- VI.—ALVEOLOPLASTIA
- VII.—DENTADURAS INMEDIATAS
  - a).—Métodos quirúrgicos.
- VIII.—ESTUDIOS Y CUIDADOS PRE-OPERATORIOS
- IX.—ESTUDIOS Y CUIDADOS POST-OPERATORIOS
- X.—PROTESIS QUIRURGICA
  - a).—Indicaciones
  - b).—Ventajas
  - c).—Desventajas
- XI.—REGISTROS PRELIMINARES
- XII.—CIRUGIA E INSERCIONES DE LA DENTADURA
- XIII.—INSTRUCCIONES AL PACIENTE
- XIV.—LA CIRUGIA EN RELACION CON LAS DENTADURAS COMPLETAS
- XV.—CIRUGIA PARA LA CORRECCION DE LAS APOFISIS ALVEOLARES
- XVI.—PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN DEBIDO A UN EXCESO DE TEJIDO
  - a).—Hiperplasia Mucosa Irritativa
  - b).—Torus Mandibular y Palatino.
  - c).—Tuberosidades
- XVII.—BORDES ESCASOS
- XVIII.—INJERTOS OSEOS
- XIX.—IMPLANTES
- XX.—CONCLUSIONES
- XXI.—BIBLIOGRAFIA



## EXAMEN DE LA CAVIDAD BUCAL

Este capítulo se divide en tres partes que son:

I.—Inspección.

II.—Palpación.

III.—Estudio radiográfico.

I.—INSPECCION.— Esta se hace simple o armada.

Cuando es simple no se usa ningún instrumento sino solamente la vista y cuidando que haya abundante luz.

Cuando es armada, entonces se usan instrumentos, como espejos, pinzas, etc. El objeto de observar el conjunto de tejidos duros y blandos y el estudio se hará en forma ordenada más o menos como sigue:

**LABIOS:** Ambos forman el orificio externo de la boca, son una figura transversal limitada arriba y abajo por el labio superior e inferior, ambos se unen en sus extremos formando las comisuras; en su interior están recubiertos por mucosa y en su exterior por tegumento.

Entre la cara interna y externa está situado el músculo orbicular que hace mover y cerrar los labios; éstos están constituidos por dos repliegues gruesos, carnosos, sin armazón ósea y se hunden hacia adentro y atrás cuando han desaparecido los dientes y se establece la reabsorción de los procesos alveolares.

Al Dentista le corresponde corregir esta deformidad de la cara por medio de piezas dentarias adecuadas, bien construidas y conformadas de acuerdo a su función.

En los labios nos interesa saber también el tamaño, forma, consistencia, movilidad y deformaciones por enfermedades u operaciones.

**CARRILLOS.**—Aquí se ve el espesor, la mayor o menor laxitud y su relación con los procesos gingivales en lo que se refiere a inserciones musculares, condiciones que pueden facilitar o dificultar la adaptación del aparato protésico total.

**VESTIBULO.**—Es la parte de la cavidad bucal que se halla por fuera de los dientes y de los arcos alveolares, además, por dentro de las mejillas y los labios. Se extiende desde el espacio situado inmediatamente después del tercer grueso molar de un lado hasta el espacio homólogo del otro lado, rodeando la cara vestibular de los dientes y de los arcos. Se comunica con la cavidad bucal propiamente dicha a través del espacio que se halla por detrás del tercer molar.

El espacio vestibular está limitado arriba y abajo por la fusión de la mucosa de las mejillas y de los labios con la mucosa que recubre los arcos alveolares superior o inferior. Cuando los maxilares y los labios se hallan cerrados en oclusión céntrica, la mucosa de las mejillas y de los labios descansan sobre la superficie externa de los dientes y de los arcos y no queda ningún espacio apreciable entre estas dos superficies, pero inflando o separando los labios y distendiendo las paredes de las mejillas se aprecia la cavidad vestibular. El vestíbulo como dije anteriormente, tiene importancia conocerlo mediante un cuidadoso examen, porque con mucha frecuencia nos encontramos con pacientes cuyos vestíbulos son poco profundos y disminuyen la retención de los aparatos protésicos totales; lo mismo cuando existen repliegues y redundancias que pueden ser debidas al uso prolongado de prótesis mal ajustadas, creando complicaciones peligrosas para el paciente y que pueden producir repliegues de la encía, carrillos y vestíbulos que deben de ser corregidos si el paciente ha de beneficiarse con la prótesis. En algunos casos, las irregularidades, atrofias o hipertrofias son tan complejas que la corrección quirúrgica es casi imposible. Sin embargo, a la mayoría de los pacientes que por descuido o falta de consejo presenten estas deformaciones, generalmente se pueden corregir por medio de la cirugía.

**PROCESOS GINGIVALES.**—Los procesos gingivales son las regiones bucales de mayor importancia que van a servir de base y apoyo al aparato protésico por construir. La forma de la encía



es variada y está de acuerdo con el mayor o menor tiempo de efectuadas las extracciones; los procesos afectan por lo general formas geométricas, por ejemplo: pueden ser CUADRADA, REDONDA Y TRIANGULAR. La consistencia dura o blanda y la fijeza o movilidad son datos muy interesantes para calcular la presión y estabilidad del aparato; la extensión y altura de los procesos también es importante, desde el punto de vista mecánico y estético.

LENGUA.— Es el órgano del sentido especial del gusto; es también uno de los principales órganos de la palabra y un factor indispensable para la masticación y la deglución. En estado de reposo, ocupa el espacio entre las paredes internas del cuerpo del maxilar inferior, la cara lingual del arco alveolar inferior y de casi todos los dientes. En la lengua es de importancia conocer su volumen, inserciones y alteraciones patológicas. Desde un punto de vista general, se puede decir que estas son las partes más importantes de la boca y que debemos de tener más en cuenta cuando se trata de realizar aparatos protésicos totales sin que esto quiera decir que las demás partes de la boca no sean importantes, sí lo son, pero será mucho muy largo describirlas en esta tesis.

II.—PALPACION.— Como su nombre lo indica, se hace en forma manual, se va haciendo por zonas y con los datos de la inspección se hace comparativa y simétricamente para así corroborar los datos necesarios, y si hay anomalías factibles de palparse se notarán mejor y al colocar la prótesis no habrá ningún inconveniente, y de haberlo, el Dentista se da cuenta de ello y tomará las medidas necesarias para efectuar un buen trabajo,

III.—ESTUDIO RADIOGRAFICO.— Es indispensable que antes de efectuar una prótesis total se haga este tipo de estudio, en el cual se podrá observar si hay alguna anomalía ósea, si hay restos radiculares no visibles o sea que estén cubiertos por la encía o mucosa, si hay piezas incluídas, como caninos, terceras molares inferiores o que son las más frecuentes, o para ver si hay alguna deformidad en el proceso.

## ESTADO NORMAL DE LA CAVIDAD BUCAL

Si el resultado del examen de la cavidad bucal ha sido favorable para el paciente, o sea que no ha presentado alteraciones de tipo anatómico ni fisiológico ya que los procesos están en condiciones de soportar el aparato protésico total, que no hay zonas retentivas, que no hay piezas incluídas, que no presente torus palatino ni mandibular, que los frenillos están normales, que no hay restos radiculares, y que la cavidad bucal tiene sus funciones normales y que la adaptación de la prótesis no alterará el funcionamiento normal de dicha cavidad, entonces el Dentista tendrá el campo propicio para efectuar la labor encomendada por el paciente y estará obligado a dejar la cavidad bucal en las mejores condiciones, o sea una cavidad bucal, anatómica, estética y funcional.

### TECNICA PARA LA EXTRACCION DE UNA TERCERA MOLAR TOTALMENTE INCLUIDA

El primer paso consiste en aplicar la anestesia, que en este caso por lo general es regional.

El segundo paso es hacer la incisión, la cual se hace en el espacio molar hasta el pilar anterior y el ligamento pterigomandibular; en la parte posterior se hace la incisión empezando por la parte más posterior de la parte lingual o sea en el espacio retromolar, y la incisión se llevará hasta la cara distal dirigiéndose a la cara bucal, una vez llegado ahí por el borde gingival, se sigue por este mismo borde hasta el del primer molar, y una vez ahí, se hace el corte oblicuo hasta antes de llegar al fondo del saco.

El tercer paso consiste en que por medio de una legra se va a despegar el colgajo empezando de adelante hacia atrás.

El cuarto paso consiste en la eliminación del hueso quitando todos los puntos retentivos para tener mayor campo de acción en la extracción propiamente dicha. Bajo ningún concepto se hará extracción del segundo molar, solamente en caries de cuarto grado. La eliminación de huesos u ostioctomía, se hace con cincel de un solo bisel; éstos deben ser rectos o curvos para quitar las pun-



tas retentivas, de capa en capa, como si fuera viruta.

El quinto paso consiste en la fractura de la pieza, y los cortes deben de ser en las fisuras o surcos, o sean oblícuas amesial o distal, en el cual el cincel lleva la dirección que se requiere al hacer el corte. (El corte hacia mesial es el más difícil). El siguiente corte es en cervical para separar la corona de las raíces y el último corte es en medio de las raíces.

El sexto paso o extracción propiamente dicha, se hace por medio de botadores y no con fórceps. El botador se debe apoyar sobre las tablas del alveolo; aquí se usan botadores curvos, rectos y de bandera.

El séptimo paso consiste en que después de hecha la extracción debe hacerse un raspado si el paciente es joven, o sea que no pase de los veinticinco años, esto se hace con el objeto de evitar posteriormente un tumor.

El octavo paso consiste en hacer la regularización por medio de alveolotomo quitando todos los puntos retentivos y las aristas por medio de una lima.

El noveno paso consiste en hacer un lavado con suero fisiológico; después de hecho esto se hará un secado perfecto para evitar las esquirlas.

El décimo paso consiste en hacer el planchado del colgajo, el que se hará con la yema de los dedos para que quede liso.

El undécimo paso consiste en hacer las suturas, que se harán por puntadas separadas o aisladas para que no se pierdan los puntos separados. Los puntos se retiran a los cuatro o cinco días.

Los cuidados post-operatorios son los de costumbre, o sea por medio de analgésicos, antibióticos y antiflogísticos.

### **FRENILLOS O INSERCIONES ALTAS**

El primer paso es aplicar la anestesia que puede ser tópica o por infiltración.

El segundo paso consiste en que por medio de un tijeretazo

se elimine esta anormalidad. Este corte se hace despegado del maxilar al piso de la boca, pues si se hace pegado a la lengua, se puede lesionar el conducto de Warton; esto es cuando el frenillo es lingual, pero el tijeretazo se lleva a cabo en todos los frenillos de la boca.

El tercer paso es que por medio de una gasa seca se debe cohibir las hemorragias en caso de que se presente en forma abundante, presionando la gasa con la lengua, ya que estas hemorragias sólo por presión se pueden controlar.

El post-operatorio es lo mismo que en las demás intervenciones.

Los fines que persigue la cirugía preprotésica han capturado la imaginación de los profesionales con mucha frecuencia. Puede decirse que hoy son conversación corriente entre los profesionales de la Odontología, los temas que hacen relación al incremento de los rebordes óseos mediante injertos de hueso, la profundización de los surcos vestibular con injertos libres de piel con el fin de aumentar las zonas de soporte de las dentaduras y las operaciones más especializadas como la tuberoplastía.

Al mismo tiempo que se desarrolla el interés sobre los problemas quirúrgicos para aumentar la retención, se incrementa también las investigaciones que conducen a la obtención de dispositivos mecánicos que favorecen la estabilidad. Más frecuente aún que la cirugía preprotésica ha sido la introducción de implantes dentarios y magnéticos, botones intramucosos y varios tipos de implantes intraóseos de agujas. El fin que se persigue con todo esto es conseguir que los portadores de aparatos protésicos consigan un funcionalismo máximo sin que se vea comprometida la normalidad del aparato masticatorio. No podemos aceptar por más tiempo el hecho de considerar al desdentado parcial o total como un enfermo mutilado. Esta idea, si la mantenemos siempre en la mente, nos ayudará al éxito cuando nos dediquemos a preparar y estudiar la boca de los enfermos antes de comenzar las extracciones.



## ALVEOLOPLASTIA

El reborde alveolar debe prepararse con miras al soporte de las dentaduras en el mismo momento en que se extraen los dientes. Mediante la alveoloplastia se eliminan los repliegues e irregularidades del hueso, cosa que debe hacerse simultáneamente con las extracciones múltiples y no como una operación secundaria. De esta manera no sólo se consigue una base óptima de recepción dentaria, sino también una mayor rapidez en la curación de las heridas y una reducción de las complicaciones.

El término alveoloplastia queda opuesto al de alveolectomía y con ello queremos señalar que con la alveoloplastia se persigue remodelar el reborde óseo mediante una operación plástica conservando la mayor cantidad posible de hueso.

## DENTADURAS INMEDIATAS

Un procedimiento que proporciona muchas satisfacciones es la confección de dentaduras inmediatas. El aumento de la colocación de las mismas por parte de los profesionales ha ido parejo con el incremento de conocimientos técnicos en general. Las dentaduras inmediatas habilitan al paciente para proseguir sus actividades normales sin el más mínimo detrimento estético y social. Por otra parte, la prótesis inmediata actuando como un vendaje comprensivo, acelera la cicatrización, reduce el edema y evita molestias post-operatorias. Además de todo ello, resulta de gran sencillez su confección.

## MÉTODOS QUIRÚRGICOS

Fundamentalmente, hay dos métodos para la confección de las dentaduras inmediatas: 1) extracción de todos los dientes posteriores antes de la construcción, y 2) confección de la dentadura antes de extraer un solo diente.

Técnica de dos fases:

Esta técnica se basa en la extracción en un primer período de todos los molares posteriores, pues en cuanto quedan las bases

posteriores libres y bien regularizadas, es posible obtener una mejor impresión y, por tanto, una mejor construcción de la prótesis. Los resultados que se logran extrayendo los molares posteriores en primer lugar, son excelentes. Con este método se necesitan dos intervenciones separadas y un intervalo de tiempo considerable entre el planteamiento del caso y el resultado final.

#### Técnica en su fase:

La confección de dentaduras en una sola fase, comprende la extracción total y la colocación de la de la prótesis en una sola sesión. Con ello se pueden conseguir resultados en todo semejantes a los obtenidos en la técnica de dos fases. La llave del éxito está en una perfecta coordinación entre los esfuerzos del profesional y los del prostodoncista, debiendo existir un mutuo conocimiento de los problemas de cada uno. El dentista ha de estar profundamente adocotrinado en los principios que avalan el éxito de esta técnica, es decir, la preservación máxima del reborde óseo que facilita la retención y la estética. Por otra parte, el protésico debe comprender que una mucosa cuyos bordes han sido perfectamente unidos mediante ligaduras, cura y cicatriza mucho mejor que aquella cuyos bordes se encuentran separados y, además, que siempre son preferibles las dentaduras inmediatas que cubran las apófisis alveolares a las que tienen los dientes montados a tope, en el sitio de las extracciones.

El planteamiento de la confección de las dentaduras inmediatas es relativamente sencillo, puesto que los límites de tolerancia son bastante grandes. El modelado del reborde óseo sólo puede realizarse de una forma específica; es decir, en vistas a la recepción de la dentadura. Los modelos obtenidos del paciente se pueden recortar y conformar, en la forma que veamos que podemos luego reproducir en la boca del enfermo. Con el modelo preparado procedemos a duplicarlo, pues este duplicado nos servirá de guía maravillosa en el momento de la intervención. Creemos que, en realidad, la obtención de este modelo duplicado es más efectiva que la confección de una placa de resina transparente, aunque se emplee esta última con mayor frecuencia. Tanto si empleamos uno como otro, el objetivo a conseguir en el momento de la interven-



ción es obtener en la boca los mismos rebordes que hemos formado en el modelo.

En la actualidad este procedimiento se realiza con bastante rapidez y debido a esta facilidad las técnicas mencionadas, tanto la una como la otra, proporciona éxitos muy parecidos.

Existen en general dos malentendidos en cuanto a las dentaduras inmediatas, que deben ser combatidos: 1) que las dentaduras inmediatas no se pueden construir sin antes extraer las piezas posteriores, y 2) que las dentaduras inmediatas son dentaduras temporales. Nada de eso es verdad. Si en el planteamiento de cada caso se tienen en cuenta todos los requerimientos precisos, la dentadura inmediata puede ser tan permanente como cualquier dentadura convencional. Es evidente que tarde o temprano las prótesis tendrán que ser rebasadas. La respuesta del hueso al empleo de las dentaduras es un factor bastante individual, de modo que en algunos casos ocurren cambios considerables, pero en otros no. Hay personas en las que se presentan reacciones óseas tremendas, independientemente del ajuste que pueda presentar la prótesis. Estos individuos con tendencia a los cambios y modificaciones óseas necesitan una estrecha supervisión y deben ser examinados frecuentemente con objeto de rebasar sus prótesis tan pronto como aparezcan signos de movilidad y falta de ajustaje que puedan causar irritación crónica. Tanto las dentaduras inmediatas como las definitivas deben ser rebasadas con igual finalidad. En resumen, diremos que una dentadura inmediata apropiadamente construida no ha de ser considerada en ningún aspecto como una dentadura provisional.

Quando hay que recurrir a la cirugía se tienen que observar los siguientes pasos para garantizar el buen éxito de la intervención.

- 1.—Estudios pre-operatorios.
- 2.—Cuidados post-operatorios.

## ESTUDIOS Y CUIDADOS PRE-OPERATORIOS

Este estudio consiste en hacer una Historia Clínica, formándose el diagnóstico del enfermo y la técnica a seguir para curarlo. Se necesita ordenar se le haga al enfermo un estudio de laboratorio pidiendo Biometría Hemática, Química Sanguínea, tiempo de sangrado y tiempo de coagulación. Estas precauciones deben de extremarse cuando conociendo por el examen médico síntomas de alguna otra enfermedad hay que rodear al paciente del mayor número de seguridades para el mejor éxito en la intervención a que se le sujete.

La Biometría Hemática nos dará a conocer el número de eritrocitos que debe ser de cuatro y medio a cinco y medio millones por milímetro cúbico. Se sabrá el número de leucocitos que debe ser de seis a ocho mil por milímetro cúbico. Se conocerá el porcentaje de hemoglobina que es de quince y medio por ciento, así como del hematocrito que es de cuarenta y dos a cuarenta y siete por milímetro cúbico. Tiempo de sangrado. Este nos indica la capacidad de retracción de los vasos al ser heridos o sea cerrar su luz para que la hemorragia cese. El tiempo de sangrado normal es de uno a seis minutos. Tiempo de coagulación: Es la capacidad de la sangre para formar el coágulo. Este tiempo varía entre cuatro y siete minutos.

Estos cuidados son propiamente durante la intervención quirúrgica, en la cual se deben de seguir estrictamente el orden trazado antes de intervenir, cuidando de traumatizar lo menos posible los tejidos vecinos y facilitar así el post-operatorio, sin olvidar la asepsia y la antisepsia, requisitos fundamentales en cualquier operación.

## CUIDADOS POS-OPERATORIOS

Estos cuidados, como su nombre lo indica, son después de haber intervenido quirúrgicamente y consisten, propiamente, en lograr una mejoría del paciente: aquí, los caminos a seguir para lograrlo son:



(a).—Medios físicos: Por medio de compresas húmedas colocadas encima de la parte donde se interviene.

(b).—Medios enzimáticos: ya sean enzimas animales o vegetales, siendo mejores las vegetales porque traen menos complicaciones.

(c).—Antibióticos. Aquí se pueden usar todos los medicamentos de amplio espectro: tetraciclinas, penicilinas, eritromicinas, aureomicinas, etc.

La práctica diaria de la odontología está más íntimamente asociada con el tejido óseo que la mayor parte de las otras ramas de las ciencias médicas. El hueso es un tejido del cual dependen mucho todas las ramas de la odontología. Es indispensable como soporte de la dentadura natural y también constituye un relieve que sirve de apoyo a la dentadura artificial.

### MODELADO DEL HUESO

El hueso vivo se halla sometido a constantes modificaciones en todo el esqueleto y es capaz de remodelarse, dentro de ciertos límites, para hacer frente a nuevas exigencias funcionales. El hueso esponjoso se modifica con mayor rapidez que el cortical, y el cuadro funcional de la estructura ósea se desarrolla mediante la eliminación progresiva de hueso en las áreas sometidas a escaso esfuerzo, así como mediante la formación de hueso en las líneas sometidas a nuevas tensiones o a aumento de las previamente existentes. El hueso no se conserva allí donde no desempeña ninguna función. Cuando se pierden los dientes el proceso alveolar se reabsorbe lentamente hasta que solamente queda el hueso basal. La noticia expuesta ocasionalmente de que es posible conservar el proceso alveolar como base de una prótesis extrayendo los dientes, es contraria a la fisiología del hueso. El proceso alveolar es una apófisis ósea destinada a soporte de los dientes; únicamente puede ser conservado mediante la presencia de dientes con un aparato de fijación sano que funcione transmitiendo al hueso los esfuerzos fisiológicos a través de los ligamentos periodontales. El proceso alveolar se forma durante la erupción de los dientes y desaparece en su mayor parte, o totalmente, cuando se pierden los dientes. No

hay diferencia histológica fundamental entre el hueso basal, el proceso alveolar y el hueso alveolar. Unicamente hay diferencia de función y de localización de los huesos designados con respecto a los dientes cuando nacen y a medida que se desarrollan los maxilares. El hueso basal es independiente de los dientes.

La recesión del hueso marginal a medida que el paciente envejece no es fisiológica; es patológica. En la osteoporosis que se desarrolla como atrofia por falta de uso alrededor de los dientes que carecen de antagonistas en la arcada dental opuesta, las trabéculas se absorben y aumentan los espacios medulares, pero la lámina cortical externa y el hueso alveolar delgado conservan algunas trabéculas entre ellos; el espacio periodontal se estrecha. Estos dientes son sometidos a ciertos esfuerzos por la acción de la lengua y de los músculos de la mejilla, especialmente durante la deglución.

En la osteítis el proceso de absorción se halla acelerado y el hueso se hace más traslúcido a los rayos Roentgen. Después de la curación que sigue al tratamiento positivo el hueso vuelve a hacerse más opaco a los rayos Roentgen porque hay más trabéculas en el área, no porque haya aumentado la mineralización.

### LA PROTESIS QUIRURGICA

Un avance reciente en la construcción de dentaduras inmediatas lo constituye la llamada dentadura quirúrgica. Consiste en una dentadura de transición que se emplea para ir cubriendo los boquetes de las extracciones en espera de la construcción de la dentadura permanente. Esta prótesis es fácil de construir y no demasiado cara. En el momento de realizar las extracciones se rebasa con un material blando, para evitar en lo posible las pérdidas óseas y obtener la máxima retención durante el período de cicatrización. Tres o cuatro semanas más tarde se comienza la confección de la nueva dentadura y una vez finalizada ésta, se desecha la dentadura quirúrgica. Se insiste en que la construcción de la dentadura quirúrgica se realiza en un material sencillo para que resulte barata puesto que una vez que ha cumplido su misión no puede aprovecharse.



## INDICACIONES, VENTAJAS Y DESVENTAJAS

Se aconseja generalmente que si van a construirse placas superior e inferior, se construyan al mismo tiempo, para evitar colocar los dientes superiores en relación con las malposiciones de los dientes inferiores restantes.

No es necesario que falte la serie entera de los dientes anteriores para aconsejar una inserción inmediata. Un solo canino que quede en el maxilar superior es ventajoso, porque la duplicación exacta de la posición de ese diente en relación a la cabeza, permite orientar los dientes anteriores en sus posiciones vertical y anteroposterior, en el ancho de la parte anterior del arco, etc.; además, el canino superior opuesto puede ser colocado en relación simétrica con el canino natural, y entonces los cuatro incisivos pueden ser colocados en armonía con los caninos. De esta manera las posiciones de los dientes anteriores son restablecidas más correctamente que si no hubiéramos tenido el canino natural. Es evidente la utilidad de los dientes anteriores, de todos o de algunos, como guía para la colocación de los dientes artificiales.

Hay ventajas y desventajas en esta forma de construcción. Unas de las ventajas son:

1.—El paciente no necesita estar desdentado durante el período de cicatrización, situación especialmente desagradable para las personas de negocios cuya profesión les obliga al trato con el público.

2.—Hay generalmente menos dolor, porque la dentadura protege las heridas y ayuda a la cicatrización. El paciente se recupera del choque de la operación quirúrgica y aprende a manejar sus dentaduras al mismo tiempo. En el procedimiento ordinario el dolor y la incomodidad deben ser reportados en dos etapas diferentes.

3.—El aspecto se afecta menos, porque hay menos cambio en los músculos y en las diferentes estructuras y la dimensión verti-

cal no varía.

4.—El paciente está menos expuesto a poner en peligro su salud por la retención durante un tiempo demasiado largo de los dientes afectados, porque hay menos temor de las dentaduras completas y del período desdentado que acompaña a la construcción ordinaria de las dentaduras.

5.—Es probable que la estabilidad sea más duradera y que sea mayor la elasticidad de los tejidos. La boca desdentada, carente de una cubierta protectora, pierde su elasticidad, y el hueso se reabsorbe más fácilmente por falta de la estimulación necesaria que da la dentadura para la reconstrucción funcional.

6.—Hay menor dificultad en la reposición de los tejidos adyacentes. Es sabido que se produce el ensanchamiento de la lengua, a causa de la falta de contacto con los dientes, y el hundimiento de los carrillos, cuando los pacientes están sin dientes largo tiempo.

7.—El arte más grande es saber disimular el arte, y esto es posible en la construcción de dentaduras inmediatas, porque se pueden colocar los dientes en la misma posición que tenían los naturales. Por lo tanto, es posible tener el mismo contorno en el arco, la misma posición del arco, el mismo tamaño y forma, e iguales rotaciones e inclinaciones, que tenían los dientes que se han extraído.

Una consideración cuidadosa de las dificultades y desventajas es necesaria para el buen éxito y para asegurar la satisfacción tanto del paciente como del dentista. Muchos hombres se han desazonado en este trabajo, porque el paciente no estaba propiamente preparado respecto al gasto adicional y al tiempo necesario. Hay que advertir al paciente que el reajuste o la duplicación pueden ser necesarios en el término de unos cuantos meses. Si no se ha dejado sentada de antemano la probabilidad de un nuevo gasto, es posible que luego haya un mal entendimiento entre el dentista y el paciente cuando se hagan necesarias las modificaciones. Las personas más exigentes deben de tener dos juegos de dentaduras, cual-



quiera que haya sido el procedimiento que se haya usado en su construcción, a fin de que no se queden sin dientes en caso de rotura, reajuste o pérdida. Esto es doblemente importante cuando se construyen dentaduras inmediatas, puesto que uno de los fines de este tipo de construcción es que el paciente no esté sin dientes en ningún momento. Con frecuencia se olvidan estos factores, y se termina el caso sin un entendimiento completo, de lo cual puede resultar que el dentista no sea compensado adecuadamente por su trabajo.

La construcción de dentaduras inmediatas no es tan simple como muchos han creído, pues el número de las visitas del paciente se aumenta por la necesidad de vigilar, durante los primeros meses, el cambio en la oclusión, debido al asentamiento desigual de las bases. Si el paciente no se presenta para estas observaciones y la dentadura adquiere mala oclusión, por variaciones en los tejidos, puede producirse algo de hipertrofia en el tejido anterior. En caso de profunda sobremordida de los dientes anteriores, la reproducción de esta condición será perjudicial a la estabilidad de la dentadura completa, pues resultará una guía incisal muy aguda, lo cual entraña necesariamente inclinaciones muy agudas de las facetas de todos los dientes anteriores y posteriores. Estas inclinaciones agudas alteran la estabilidad de las dentaduras como se aplica en el capitulo sobre oclusión. Sin embargo, la estética del caso puede ser conservada aumentando la distancia horizontal entre los bordes de los dientes anteriores de arriba y de abajo (overjet o sobremordida horizontal). Esto se hace reduciendo el espesor labiolingual de los dientes anteriores, mientras que se mantiene la posición anterior posterior de la cara labial y también la dimensión vertical.

El plan más aceptable, después que se ha decidido hacer dentaduras inmediatas, es extraer todos los dientes posteriores, con excepción de dos bicúspides antagonistas que se dejan como tope oclusales para impedir el cierre de la relación durante el período de la cicatrización. La extracción de los dientes posteriores de diez a treinta días de anticipación al tiempo en que se van a tomar las impresiones, asegura la obtención de impresiones aceptables; esto es, el alto y el ancho de los bordes posteriores para la termi-

nación de las dentaduras pueden ser exactamente determinados. Si las impresiones se toman con los dientes posteriores, esta exactitud en los bordes posteriores pueden faltar. Cualquiera que haya tenido experiencia en los dos procedimientos, se habrá dado cuenta de las dificultades que se tienen con estos dientes para hacer las impresiones. A falta de orientación en el borde anterior, un sello correcto en el borde posterior mejora las posibilidades de éxito.

### REGISTROS PRELIMINARES

En el servicio de dentaduras inmediatas, la mayor parte de los registros, tales como tamaño, forma y posición de los dientes, y la dimensión vertical, se obtiene automáticamente. Excepto el color y el tono de los dientes, el modelo y el montaje darán todos los demás factores. Por lo tanto, se dibuja en una hoja de papel un esquema de los seis dientes anteriores y se anotan el tono de cada diente natural y las marcas individuales, como obturaciones, muescas y alteraciones de color. El color de los dientes naturales varía con la colocación, espesor, obturaciones y la edad. En los dientes anteriores varía también la distribución del color en cada diente individual. Por ejemplo, algunos bordes incisales son extremadamente azules, a causa de lo delgado del diente. Puede convenir las reproducciones de ciertas muescas. El aspecto de artificio de los dientes de porcelana puede ser disminuido por medio de manchas o adiciones para simular obturaciones de silicato. Ha habido tendencia a exagerar la mancha, pero si se hacen delicadamente, mejoran la estética. Puntos opacos y obturaciones de silicato de 3a. clase se hacen fácilmente, por la adición de un material de baja fusión, tales como la porcelana.

El diente se prepara para las obturaciones de 3a. clase rebajando el contorno y profundidad con una piedra de carborundo. Se adiciona porcelana de baja fusión para reemplazar la porción desgastada, y es cocida a la temperatura de fusión debe ser ligeramente más claro o más oscuro que el tono del color del diente, para que haya contraste. Los puntos descalcificados se imitan poniendo porcelana blanca pura y llevando el diente al punto de fusión de la porcelana. Estas áreas descalcificadas no deben exceder del tamaño de la cabeza de un alfiler.



Construcción de la guía transparente para el cirujano. Puede convenir especialmente al operador que construya sus primeras dentaduras inmediatas, tener una base de resina acrílica transparente como un medio de comprobar la cantidad de hueso que debe quitarse y ahorrarse dificultades en la inserción de la dentadura. Esta base transparente con frecuencia evita la excesiva extirpación de hueso, permitiendo al operador ver los puntos altos que pueden impedir que la dentadura llegue a su lugar.

### CIRUGIA E INSERCIÓN DE LA DENTADURA

Después que se tiene la dentadura y esté lista para su inserción, se coloca al paciente en el sillón y se le prepara para la extracción de los dientes y para la preparación quirúrgica de la boca.

Los seis dientes anteriores se anestesian por infiltración local, usando la menor cantidad posible de anestésico, para disminuir el traumatismo.

Se levanta un colgaje mucoperióstico antes de la extracción de los dientes, para quitar algunas de las prominencias de hueso. En este caso es necesario quitar cantidad considerable de hueso, a causa de la prominencia de la lámina labial. Haciendo esto antes de quitar los dientes, éstos son extraídos con mayor facilidad y menos traumatismo. El colgajo de periostio sólo llega asta la altura del hueso que va a ser quitado. Despegar demasiado el periostio ocasiona la formación de tejido cicatrizal a lo largo del borde e inflamación inmediata, posiblemente con formación de un coágulo. Si esto se evita, el borde de la dentadura puede descansar en tejido normal, y se salva la gran dificultad con que se tropieza en la cirugía para dentaduras inmediatas y en otras intervenciones para dentaduras. El hueso se corta con cincel desde la lámina labial para facilitar la extracción de los dientes y disminuir el traumatismo. En seguida se extraen los dientes. Las proyecciones altas y agudas de la apófisis se reducen con pinzas gubias. Las puntas agudas pequeñas se eliminan con limas para hueso. Se abate el colgajo y se coloca la guía transparente de acrílico apretadamente en la porción posterior de la apófisis para probar su asentamiento en la parte anterior y ver si no hay compresión de los tejidos. Si se ven zonas de isquemia a través de la guía, se corta un poco

más de hueso en estos puntos altos. Esta prueba se repite hasta que la guía asienta firmemente sin comprimir los tejidos. Si el colgaje resulta de longitud excesiva al colocarlo suavemente en su sitio, se corta el exceso con unas tijeras. Hay que recordar que este tejido debe tener longitud suficiente para que debajo de él se forme un coágulo y que resulte la cresta de la apófisis bien redondeada. Si se estira el colgajo para que cubra el hueso, puede resultar una cresta angosta y aguda.

Es suficiente fijar el colgaje con un punto de sutura a la derecha o a la izquierda en la línea media. Más puntadas podrían estirar demasiado el colgajo. La sutura no debe hacerse en la línea media, para evitar los nervios y los vasos que salen del agujero palatino anterior. Muchas veces el colgaje sobre el hueso quedará en posición sin ninguna sutura y cicatrizará sin dificultad. Pero a veces se desprende y la cicatrización se retarda mucho. Por eso lo más seguro es colocar una sutura, que se hace fácilmente y no causa ningún daño. Se hace que el paciente cierre para la inspección de la oclusión. Si no se aprecian puntos de contacto, se le dan al paciente las instrucciones finales y una nueva cita.



## INSTRUCCIONES AL PACIENTE

La dentadura debe estar colocada en la boca todo el tiempo las primeras 24 horas. Se le permiten al paciente algunos períodos de descanso en las siguientes 24 horas. Se le advierte que dejar la dentadura fuera de la boca al principio, puede producir una inflamación que haga imposible o extremadamente doloroso el colocar la dentadura nuevamente. El dolor debido al traumatismo de la extracción no se aliviará quitándose la dentadura. Durante las primeras veinticuatro horas, puede ser ventajoso usar compresas heladas sobre la cara quince minutos de cada hora. Esto es sólo una medida de precaución, porque, por regla general, el paciente no sufre dolor ni incomodidad excesiva. Para el caso en que el paciente no pueda dormir por nerviosidad o incomodidad, se le prescribe un sedante.

La dentadura inmediata actúa como una férula que protege el campo operado y evita la rotura del coágulo sanguíneo, que con frecuencia se destruye por las secreciones de la boca; por lo tanto, la hemorragia es muy rara. Si el tiempo de coagulación del paciente es muy largo, y se produce éscurrimiento sanguíneo que no cesa, la superficie interior de la dentadura se rocía con ácido tánico.

Se instruye al paciente para que no mastique nada durante las primeras 24 horas y se prescribe una dieta líquida. La mordida no ha sido ajustada y la dentadura no tiene mucha estabilidad, la cual ha de mejorar al perfeccionarse la oclusión. Esta corrección no puede hacerse hasta que la inflamación ha desaparecido, lo cual ocurre a los dos o tres días.

A las 24 horas se examina la boca para ver si no oprimen los bordes y si no hay áreas de presión excesiva en el lugar de las extracciones. No es difícil encontrar los puntos que no han sido bastante recortados después de la extracción de los dientes. Estos

puntos altos se manifiestan por su color rojo cereza; se marcan haciendo una circunferencia a su alrededor con lápiz tinta y la señal se pasa a la superficie interna de la dentadura, colocando ésta en su sitio. El área así marcada se reduce con una piedra. Después que han pasado 48 horas, se examina nuevamente el caso para ver si hay extensión excesiva de los bordes.

## LA CIRUGIA EN RELACION CON LAS DENTADURAS COMPLETAS

La extracción de los dientes, si el objeto es la construcción de una dentadura completa, debe ser hecha teniendo en la mente la preparación de la boca desdentada. Si no se tiene idea de las condiciones futuras de la apófisis, muy probablemente la boca tendrá obstrucciones que dificultarán la retención de las dentaduras y la colocación de los dientes en relación con la estética y las acciones de palanca. La cirugía para la preparación de las dentaduras puede clasificarse así: preparación en el momento de la extracción de los dientes; cirugía para el mejoramiento de las apófisis desdentadas; eliminación de las áreas de infección residual, raíces o inclusiones; preparación para el mejoramiento de la retención y preparación para el mejoramiento de la estética y la acción de palanca. **Preparación para las dentaduras en el momento de la extracción de los dientes.**

Antes de extraer los dientes, si se ha de construir una dentadura completa, el operador debe observar las inclinaciones naturales de los dientes y el efecto que más tarde puedan tener sobre los contornos óseos de la boca desdentada. Los ápices de los molares superiores están considerablemente más cerca de la línea media que las coronas de los dientes. Esto hace que el contorno óseo tenga la misma inclinación que las raíces de los dientes. Por lo tanto, la extracción de los dientes sin quitar nada de las láminas óseas en la parte bucal deja una retención que causa mucha dificultad en obtener una impresión bien adaptada. Los contornos óseos de la lámina bucal en la región de los bicúspides, pueden tener o no una retención, según la variación en las inclinaciones de las raíces de tales dientes. La inclinación de los cuatro incisivos superiores deja generalmente una retención en la región anterior. No es necesario



ni aconsejable recortar esta prominencia anterior causada por la inclinación natural, si las prominencias en las regiones posteriores han sido recortadas. La supresión de la prominencia anterior exigiría quitar toda la lámina labial, lo cual no es aconsejable ni necesario. Considerando estos hechos, puede recortarse la cantidad necesaria de hueso en las regiones posteriores en el momento de hacer las extracciones de los dientes, evitando así una segunda operación.

Otro factor en el recorte del hueso es la preparación de la porción anterior de la apófisis para que los dientes artificiales puedan ser colocados en la misma relación aproximada que ocupaban los dientes naturales. Si no ha habido pérdida de hueso, es imposible colocar los dientes en la misma posición anteroposterior, a menos que el paciente se espere muchos meses para que la reabsorción se efectúe y se puedan colocar los dientes correctamente. Muy pocos pacientes quieren permanecer desdentados varios meses, ni ello es conveniente para la prótesis. Por lo tanto, algo de la porción baja de la placa labial debe ser recortada, y los dientes artificiales tendrán que colocarse en protrusión. El recorte de esta porción inferior del hueso no debe ser muy extensa. Hay diferencias de espesor de la placa labial en diferentes pacientes. Si es muy gruesa, debe ser reducida conforme a la estética.

Los dientes en extrusión por la pérdida prematura de sus oponentes, llevan consigo el hueso. Si los dientes se extraen sin tomar en consideración este hecho, faltará espacio para la colocación correcta de los dientes artificiales. La altura de las apófisis debe ser reducida consiguientemente.

## CIRUGIA PARA LA CORRECCION DE LAS APOFISIS ALVEOLARES.

Una boca desdentada puede presentar prominencias que dificulten la retención favorable de las dentaduras. Estas prominencias son el resultado de las inclinaciones de la placa bucal posterior que no fueron recortadas en el momento de la extracción de los dientes. Como se ha dicho, no es preciso arreglar toda la boca de manera que la impresión pueda ser retirada en un movimiento vertical. Sin embargo, la boca no puede tener una retención cuyo ángulo esté opuesto al ángulo de otra retención en otra parte de la boca. La retención en ambas tuberosidades es un ejemplo de retenciones opuestas.

La finalidad no es recortar arbitrariamente para que la impresión pueda retirarse fácilmente.

El ideal es quitar la menor cantidad de hueso que permita el cierre de la impresión en la periferia.

Las prominencias óseas agudas deben ser reducidas para impedir la irritación por la presión de la dentadura. Con frecuencia, la apófisis interior se reabsorbe más rápidamente en las caras labial y lingual que en la cresta, la cual se hace así más aguda, y el tejido blando que la cubre está constantemente irritado bajo el esfuerzo de la masticación. Estas apófisis pueden ser corregidas quirúrgicamente. Sin embargo, la cirugía en estos casos es una medida heroica.

Con frecuencia, se encuentra un espacio intermaxilar insuficiente para la colocación de los dientes. Si las impresiones han de tener la extensión correcta y los dientes han de ser colocados en sus posiciones adecuadas, en estos casos es necesaria la inter-



vención quirúrgica: Esta condición se encuentra generalmente en la región de la tuberosidades, a causa de que los dientes posteriores inferiores se han perdido prematuramente y los posteriores superiores han salido más, con el resultado de la reducción en el espacio intermaxilar.

Generalmente no es aconsejable acortar las inserciones normales de los ligamentos; sin embargo, con frecuencia pueden encontrarse inserciones de tejido cicatrizal que estorba la retención y la extensión, y, por lo tanto debe ser cortado.

La extirpación del tejido hipertrofiado debe ser hecha en forma conservadora, sin recortar completamente el tejido blando.

Toda boca desdentada debe ser examinada radiográficamente antes de la construcción de la dentadura, para averiguar si hay raigones, dientes incluidos o infección residual. Un gran porcentaje de las bocas desdentadas necesitan tratamiento quirúrgico en beneficio de la salud del paciente. Sería imprudente construir un magnífico juego de dentaduras dejando en la boca focos de peligro para la salud. Los dientes incluidos que han permanecido inactivos pueden ser causa de irritación cuando inciden sobre ellos los esfuerzos de la dentadura artificial.

**PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN DEBIDOS A UN  
EXCESO DE TEJIDO.**

**HIPERPLASIA MUCOSA IRRITATIVA.**

Una complicación frecuente en el empleo de dentaduras es la presentación de hiperplasias hísticas. Paradójicamente se observa en pacientes que están muy satisfechos de sus aparatos. Como resultado de la comodidad con que hacen servir sus prótesis, estos enfermos descuidan las revisiones periódicas en las que se detectan las pequeñas movibilidades y disarmonías oclusales que se corrigen mediante rebases y que, en caso de no ser tratadas, pueden producir a la larga estas hipertrofias mucosas por el microtraumatismo que representan. Con frecuencia se observan en la región vecina al frenillo labial como una masa carnosa y resbaladiza. También se observan cubriendo extensas zonas del fondo vestibular cresta ósea y mucosa alveolar. Siempre que descubramos una masa de este tipo habrá que eliminarla, porque aparte del peligro intrínseco que supone, puede ser motivo de que se cree una zona inestable que altere la retención y el funcionamiento de la prótesis.

La escisión debe realizarse con el asa de termocauterío, puesto que con este instrumento conseguimos un corte tan efectivo como con el bisturí y, además, evitamos la posibilidad de hemorragia, que siempre acompaña a este tipo de intervenciones. Solo existe una zona en que la eliminación se ha de realizar preferentemente con bisturí y es en las hipertrofias que aparecen a lo largo de la cresta ósea, particularmente en la región superior anterior.

En aquellos casos en que haya una dentadura completa superior que ocluye contra los dientes anteriores inferiores, bien exista prótesis parcial o no, se produce una resorción de reborde alveolar anterior superior, a no ser que exista una oclusión muy bien



equilibrada. Como resultado de todo ello se produce una tira de tejido carnoso y flojo a lo largo de la cresta del borde anterior del maxilar. En este caso, la intervención de elección es la eliminación de una zona alargada elíptica de tejido seguida de sutura. Es importante tener en cuenta que una cresta alta con borde carnoso y blando es mucho menos recomendable que un borde superficial pero más estable.

Antes de la escisión del tejido hipertrófico es recomendable retocar y aliviar la dentadura del paciente. Se rellenará con un acondicionador que se mantendrá en boca durante una o dos semanas. De esta forma muchas veces podremos observar que una gran parte del tejido enfermo se ha reabsorbido por sí solo y en estas circunstancias la intervención quirúrgica se podrá realizar con la máxima efectividad. En todas las intervenciones en que se deba eliminar tejido excedente, la dentadura que lleva el enfermo se empleará después como apósito compresivo postoperatorio. Se rebasará con compuesto de modelar, pastas parodontales, acondicionadores o resinas autopol de forma que puedan actuar como cura compresiva. Debe permanecer en boca por un espacio de 5 ó 6 días sin sacarla hasta que el paciente sea visitado por primera vez después de la intervención. De esta forma se evita la contracción de los tejidos, se reduce el edema y se incrementa la comodidad de su empleo.

Si se ha empleado un material de rebasado duro se cambiará al cabo de 7 a 10 días por un acondicionador. Es importante también ir añadiendo acondicionador a la dentadura antigua que actúa como férula a medida que se va produciendo la contracción del tejido, hasta que la nueva prótesis esté construida.

### EL TORUS

Son varios los impedimentos que se presentan en la construcción de las dentaduras que requieren correcciones quirúrgicas. El torus palatino y los torus mandibulares, aunque menos frecuentes, son exostosis, que aparecen en un 5 a 10% de la población y que precisan su escisión. Nunca se eliminará un torus que no comprometa el funcionalismo de una prótesis. La intervención no es

difícil, pero requiere un especial cuidado en la región palatina para no crear una perforación nasal.

### TECNICA DE LA ESCISION DEL TORUS PALATINO

Se practica una incisión en forma de Y y a lo largo de la mucosa que recubre el paladar. Se separan los colgajos mucosos y se mantienen mediante suturas a los bordes laterales. Los colgajos hay que tratarlos con mucho cuidado, pues la mucosa que recubre este tipo de protuberancias acostumbra a ser muy fina. Inspeccionando cuidadosamente la masa ósea, se puede apreciar que tiene un pedículo sobre el cual descansa el torus. Esta es precisamente la línea de separación que ha de emplearse para separar el torus del maxilar. Se utilizará un cincel ancho y curvo. Con el borde cortante del cincel situado contra la línea de separación se dará un golpe seco que separará el torus de su base. Si el torus es bifido, podrá ser separado en dos secciones mediante el mismo método. Si no se puede visualizar el punto de separación, se deberá crear mediante fresas de tamaño apropiado a los cinceles o al martillo quirúrgico. Una vez eliminado el torus, se practicará una buena limpieza de esquirlas residuales y alisamiento de la superficie con limas o fresas. Actualmente muchos cirujanos con el advenimiento de las fresas quirúrgicas de alta velocidad, hacen la escisión del torus por este procedimiento. Los colgajos mucosos se vuelven a la posición primitiva. Como quiera que casi invariablemente se produce un exceso de tejido, para conseguir que los bordes coaptan adecuadamente se deberán recortar de forma que puedan aproximarse sin ninguna tensión. Puede colocarse una férula en el lugar de la intervención aunque no es necesario; no obstante en caso de hacerlo, se habrá de procurar que esté perfectamente alisada con objeto de que no produzca compresión sobre el tejido, pues podría ser causa de una necrosis de la mucosa.

### TECNICA PARA LA ESCISION DEL TORUS LINGUAL

El torus lingual se elimina de una forma similar que el palatino. La diferencia estriba en que en el torus lingual no suele haber pedículo. La eliminación se efectúa creando una línea de despegamiento, o bien por desgaste sucesivo mediante limas, cinceles o



fresas. La incisión se practica en la cresta alveolar. El colgajo se refleja lingualmente y como quiera que acostumbra a quedar expuesta una zona considerable del suelo de la boca, habrá que prevenir la presentación de un edema bastante acentuado. Por otra parte, dado que esta región es propensa a las infecciones y éstas son de bastante gravedad, se tendrá que actuar en consecuencia administrando antibióticos durante 5 ó 6 días.

### **TUBEROSIDADES.**

Otro obstáculo frecuente en la construcción de las dentaduras es la presentación de tuberósidades prominentes y profundas. Una tuberósidad unilateral puede servir para ayudar a la retención de una dentadura pero si son bilaterales causan una verdadera complicación, pues impiden que se pueda insertar la prótesis. En estos casos al menos una debe ser eliminada.

### **TECNICA OPERATORIA PARA REDUCIR TUBEROSIDADES**

Se practica una incisión elíptica a lo largo de la cresta alveolar llevándola hacia adelante de forma que el colgajo se pueda separar sin lesionarlo. Las incisiones horizontales son más fáciles de aproximar y no se ven influenciadas por la extensión de la herida. Se refleja en colgajo y se elimina la protuberancia mediante fresas, cinceles o limas hay que procurar que no queden repliegues. Se aproximan ahora los bordes del tejido mucoso, se recorta el sobrante y se cierra con suturas. Las molestias postoperatorias acostumbra a ser mínimas y la curación muy rápida.

## BORDES ESCASOS

Ninguno de los problemas hasta ahora discutidos tiene una envergadura y unas dimensiones tan grandes como el que representa la escasez de bordes óseos, que constituye el obstáculo más serio para construcción de las prótesis dentarias. A pesar de todos los avances conseguidos tanto por el tipo de intervenciones como en el de materiales de construcción de dentaduras, unos bordes anatómicamente inadecuados constituyen un serio desafío tanto al cirujano como al protodoncista.

Se ha ideado un número considerable de intervenciones para solucionar estos inconvenientes. Uno de los primeros fue el de Kazanjian que consistía en la profundización de los surcos labiales y bucales. Trauner y otros han descrito más recientemente procedimientos similares con la creación de una profundidad mayor en la zona lingual de la cresta. También se realizan intervenciones sobre tejidos blandos en las que se amplía el vestíbulo mediante plásticas e injertos de piel o de mucosa.

Todas estas operaciones, sin dejar de considerar la ayuda que pueden prestar al protodoncista, tienen una limitación que viene marcada por la altura de la mandíbula. En efecto, mediante las intervenciones citadas, podemos conformar un nuevo vestíbulo, pero éste nunca podrá estar situado debajo del borde inferior de la mandíbula. Es evidente, pues, que las mandíbulas atroficas proporcionan áreas pequeñas para que se puedan ampliar las zonas de soporte. Así lo han reconocido Boyne y Cooksey al expresarlo de esta forma: Todos los procedimientos que ayudan a aumentar la extensión de los bordes no sirven para restaurar el hueso alveolar perdido, sino que solamente realizan una mera función compensadora.



## INJERTOS OSEOS.

En contraste con las intervenciones que intentan aumentar los bordes óseos mediante manipulaciones en los tejidos blandos, se encuentran otras en las que se persigue un incremento óseo mediante injertos. Han sido varios los autores que han aportado sus experiencias tanto clínicas como experimentales. No obstante, la dificultad de obtener un banco efectivo de hueso y los resultados poco numerosos de las experiencias realizadas hasta la fecha, hacen que estos procedimientos debamos considerarlos puramente en un plano experimental aunque parece ser que podemos esperar un próximo futuro halagueño.

## IMPLANTES.

Un tercer intento para solucionar el problema de los bordes óseos escasos sería el de los implantes dentarios y magnéticos y otros ingenios mecánicos que sirvan para aumentar la retención. El implante dentario ofrece una solución para el paciente que no tolera las prótesis por falta de zona retentiva. Esencialmente, el implante dentario consiste en una infraestructura metálica subperióstica con cuatro pernos que se proyectan a través de la mucosa. Estos actúan como anclajes sobre los cuales ajustan unos manguitos que están colocados en la prótesis. De esta forma la dentadura se transforma. De ser una completa ha pasado a ser una prótesis parcial cuya estabilidad dependerá sobre todo de su fijación mecánica más que de su contacto mucoso. La técnica operatoria que se requiere no es difícil, aunque la intervención se ha de realizar en dos fases, la primera para tomar la impresión de los bordes óseos y la segunda para la colocación de la infraestructura.

También se ha venido experimentando más o menos durante el mismo tiempo la colocación de implantes magnéticos. Se emplean para ello dos pequeños magnetos de larga duración y de

gran potencia y se sitúan bilateralmente en la región de los molares inferiores. Se hace una pequeña incisión y se talla un ran en el hueso con fresa de fisura, colocándose el magneto en este surco. En la dentadura se colocarán los magnetos de distinta polaridad de forma que coincidan exactamente sobre los implantados. La retención se efectúa por atracción magnética. El juicio crítico de estos procedimientos es semejante al anteriormente descrito. No obstante el hecho de que la intervención en este caso sea mínima, es un apoyo para considerar esta técnica de una forma esperanzadora.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.



## CONCLUSIONES.—

La preparación de la cavidad bucal antes de la colocación de una prótesis completa, se hace con el fin de dicha prótesis al colocarla en la boca de un paciente, no cause molestias tales como irritaciones por traumatismos, que puede ser causado por la irregularidad del reborde alveolar y ciertas mal formaciones que se presentan en el reborde alveolar, causando retenciones exageradas e irritaciones que pueden causar al paciente trastornos bucales.

La preparación de la cavidad bucal se debe de efectuar antes de la colocación de una prótesis completa porque debe de devolver al paciente bienestar general, devolviéndole su anatomía fisiológica y biomecánica de la boca (y tres factores esenciales de importancia: masticación, fonación o vucalización y estética).

Llenando estos requisitos el paciente se sentirá con más confianza y seguridad, y continuar sus actividades cotidianas en el mundo social y de los negocios. Sin preocupaciones de presentación ante este inconveniente.

Se ve claramente que las dentaduras completas requieren una combinación de destreza, conocimiento de las ciencias básicas y capacidad que debe poner en juego todo lo mejor que hay en cada individuo. Se ha dicho: "Si usted no encuentra la felicidad en su trabajo, no podrá encontrarla en la vida". Yo creo que la existencia de la mayor parte de los dentistas sería más alegre con un conocimiento mejor del problema de las dentaduras. Como regla general, nos desagrada aquello que ignoramos o que no hemos aprendido a desempeñar. La construcción correcta de dentaduras completas necesita mucho estudio y amplia experiencia, y la recompensa está en proporción con la cantidad de esfuerzo que se ha puesto para lograrlo.

La aceptación de cierta combinación de métodos y materiales con el nombre de técnica no es necesariamente la solución a un problema. Para lograr el éxito se requieren conocimientos y experiencia en la aplicación de los materiales y métodos que se han escogido. Son muchos los que pretenden que la simple aceptación de una técnica les asegure resultados inmediatos.

La combinación de ideas es presentada como la versión del autor de métodos y materiales aceptables. Multitud de individuos han puesto su grano de arena aquí y allá, de suerte que lo estrictamente original casi no existe.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.



## BIBLIOGRAFIA

- 1.—TECNICA PARA APLICAR Y ELABORAR UNA PROTESIS TOTAL: Dr. Rafael Merril.
- 2.—DENTADURAS COMPLETAS: Merril G. Swenson.
- 3.—APUNTES SACADOS DE LA CATEDRA DE PROSTODONCIA:  
Dr. Adrián Rodríguez Rico.
- 4.—TRATADO DE CIRUGIA BUCAL: Walter C. Guralnick.