

CARACTERIZACIÓN DE ENCÍA Y ACRILIZADO EN VETAS

GUM CHARACTERIZATION AND ACRYLICI IN VEINS

Cuadros Rodríguez Cristhian Paúl¹

¹Egresado de la Facultad de Odontología

Universidad Autónoma Juan Misael Saracho

Correo Electrónico: paulcuadrosrodriguez@gmail.com

Dirección de Correspondencia: Barrio San Pedro, Calle Carandaiti # 2416ncoma calle 4A-1#45

RESUMEN

Las prótesis totales removibles, las prótesis parciales removibles y las prótesis de cromo-cobalto, son tratamientos estudiados, planificados, confeccionados e instalados en la cavidad bucal teniendo como finalidad restaurar la funcionalidad, la fonética y la estética en el paciente que haya perdido piezas dentarias por diferentes factores.

Este artículo tiene como fin la aplicación de una técnica alternativa "CARACTERIZACION DE ENCIA Y ACRILIZADO EN VETAS". Dicha técnica va a mejorar la estética en un paciente edentado total que utilice Prótesis parcial removible (P.P.R.) o Prótesis total removible (P.T.P.), devolviendo las características anatómicas de la encía: Forma, volumen y anatomía, como así también la posición y oclusión de las piezas dentarias perdidas. Realizando como protocolo: Impresión de estudio, Impresión definitiva, Placas de registro intermaxilar, Montaje en articulador, Enfilado y Articulado dental fisiológico del paciente, Caracterización de encía, Prueba de la prótesis preliminar en boca, Enmuflado y Acrilizado en vetas, Eliminación de Excesos y Pulido, Instalación y Control de la prótesis en el paciente.

PALABRAS CLAVE

Caracterizado de encía, acrilizado en vetas, caracterización, prótesis total removible.

ABSTRACT

A total removable prosthesis, the partial prosthesis removable and the cobalt chromium prostheses, are studied treatments, planned, ready-made, and installed in the oral cavity, with the purpose of restoring functionality, phonetics and aesthetics in the patient who has lost teeth by different factors.

This article aims to apply and alternative technique "CHARACTERIZATION OF GUM AND ACRYLICI IN VEINS". This technique will improve aesthetics in a total edentate patient, who uses a removable partial prosthesis

(P.P.R.) or total removable prosthesis (P.T.P.) returning the anatomical characteristics of the gum: Shape, Volume and anatomy, as well as the position and occlusion of the losing teeth. Performing as protocol: Study impression, final impression, intermaxillary registration plates, articulator assembly, alignment and physiological dental articulation of the patient, Characterization of gum, proof of the preliminary prosthesis in the mouth, Enmuflado and acrilated in vetas, elimination of excesses and polishing, installation and control of the prosthesis in the patient.

Key words: Gum Characterized, Vetas Acrilated, Characterization, Total removable prosthesis

INTRODUCCIÓN

A pesar de la difusión de la implantología en la rehabilitación de pacientes desdentados totales o parciales, un número significativo de ellos no tiene acceso a las ventajas ofrecidas por los implantes osteointegrados; sea por causa económica, anatómica, psicológica, o por problemas de salud en general. De esta manera, las prótesis totales (PTs) y las prótesis parciales removibles (PPRs) son opciones de tratamiento muy utilizadas hoy en día. Se debe perseguir la obtención de prótesis naturales y personalizadas, a fin de satisfacer las exigencias estéticas que la población va adquiriendo con el desarrollo cultural y el nivel social y psicológico; además de proporcionar confort y función adecuados.^{1,2}

En vistas de que la sonrisa puede ser determinante en la vida personal y profesional del individuo, es sumamente importante que haya armonía estética, sin descuidar los aspectos funcionales.³

El paciente edentado parcial o total va a sentir la necesidad de restituir las piezas perdidas con un aparato protésico, donde el mismo no solo va a requerir esa necesidad, sino también la de devolver su funcionalidad (Masticación y Fonética) y de obtener una mayor estética que permita persuadir ante la vista humana, la utilización de un aparato protésico, ya que por los medios sociales en la actualidad, estas personas se sienten intuidas e inseguras, generando la búsqueda

de una mayor estética que permita brindarles seguridad y confianza de sí mismas. Para eso, la rehabilitación de un paciente edentado parcial o total, va a estar ligada con los diferentes criterios en el diagnóstico, tratamiento, técnica, tipo de prótesis e incluso los requerimiento y posibilidades del paciente.

Por ese motivo, el presente trabajo tuvo como objetivo la aplicación de una técnica alternativa: “Caracterización de Encía y Acrilizado en Vetas” que va a mejorar la estética de la prótesis, como también va a satisfacer sus necesidades del paciente, sin alterar la funcionalidad y mejorando la calidad de la prótesis, como también la seguridad y confianza del paciente que utilice una prótesis removible.

CONCEPTO DE PRÓTESIS

Una prótesis es el reemplazo de algún órgano perdido por un aparato artificial, aplicando correctamente en odontología el vocablo de prostodoncia, todo aparato que reemplaza un órgano dental perdido o tejidos subyacentes causados por diferentes factores: bacterianos, biológicos, físicos y ambientales. La ausencia de las piezas dentarias dará como resultado la pérdida de la dimensión vertical, la función y por ende la estética. Por esta razón surgen para el paciente necesidades fisiológicas, anatómicas, sociales, estéticas y fonéticas por la ausencia de piezas dentarias. Entre los objetivos de una prótesis dental total se encuentra el devolver la funcionalidad y estética al paciente y así insertarlo nuevamente en su rol en la sociedad.⁴

CONCEPTO DE PROTESIS CARACTERIZADA

La caracterización de encía, es el procedimiento de laboratorio, que se realiza con cera o materiales plásticos, sobre la placa base con su enfilado, que tiene como objeto imitar los tejidos duros y blandos perdidos a causa de las extracciones, a consecuencia de la destrucción de parte del esqueleto facial, debido a la resorción del tejido y la prótesis tenga un aspecto natural.⁵

La caracterización de encía, es el procedimiento que consiste en dar forma, volumen y caracterizaciones a la encía protética y a las futuras bases de las dentadas, mediante el agregado y/o eliminación de cera base rosada. De esta manera permite que la lengua, labios y carrillos se adapten a las superficies vestibulares y palatina o lingual correctamente contorneadas, mejorando la estabilidad y retención de la prótesis.⁶

CONCEPTO DE ACRILIZADO

Es la preparación del acrílico en proporción requerida para su posterior empaquetado y prensado hasta obtener el volumen final requerido de la prótesis.⁴

El acrilizado es un procedimiento que permite la manipulación de la resina acrílica en sus distintas fases para el procedimiento del empaquetado y elaborado de una prótesis.¹⁻³

CARACTERÍSTICA DE LA RESINA ACRÍLICA

Las dificultades estéticas encontradas con la base de las prótesis, son su coloración rosa y el festoneado gingival.⁷

La caracterización de las bases de las prótesis totales y parciales removibles con resinas acrílicas de tonalidades más semejantes a aquellas observadas en el tejido gingival del paciente hace posible mejor resultado estético, y consecuentemente favorece la aceptación de estas prótesis por los pacientes.⁸

En 1998, *Reis y otros*⁸ estudiaron la viabilidad de la utilización de materiales de bajo costo y de uso frecuente en los laboratorios, tales como pigmentos para simular la coloración gingival en las bases; observaron que los materiales probados posibilitaron la obtención de 64 tonalidades de colores para su caracterización.

*Gomes*⁹ desarrollaron una técnica de caracterización que permite reproducir la apariencia natural de la encía alveolar, tanto en cera, para la prueba funcional y estética, como en acrílico, a través de la combinación de colores superpuestos en capas sucesivas; lo que da a la prótesis mayor profundidad. Citan también la caracterización, inclusive, de los dientes artificiales, para dejar a las prótesis lo más naturales posible.

*Silva y otros*¹⁰ investigaron el efecto de la pigmentación intrínseca en la resistencia a la flexión de una resina acrílica, polimerizada por microondas y observaron que la adición de pigmentos y fibras acrílicas a la resina polimerizada por microondas no afectó su resistencia a la flexión y que ambos métodos de pigmentación intrínseca mostraron ser estética y mecánicamente aceptables para uso clínico.

CONCEPTO DE ACRILIZADO EN VETAS

El acrilizado en vetas es una técnica de laboratorio que permite el acrilizado de doble acrílico o de dos tiempos como también la aplicación de vetas de acrílico durante el empaquetado, simulando los pigmentos de la encía adherida y la encía marginal, como también la apariencia de las venas en la prótesis.

CARACTERÍSTICAS DE LA CARACTERIZACIÓN DE ENCÍA Y ACRILIZADO EN VETAS

- **Color:** Debe de imitar el color e pigmentos del biotipo de encía que presente el paciente, por lo cual se debe de utilizar varios tipos de acrílicos para imitar lo más posible el color de encía del paciente.

- **Punteado:** Este se ha de realizar dependiendo del paciente ya que aproximadamente el 40% de los individuos presentan punteado o apariencia de Piel de Naranja, especialmente en personas robustas.
- **Forma:** Va a ir de manera gradual descendiendo el grosor gingival desde el festoneado, hasta la superficie más superior de la prótesis.
- **Anatomía:** El margen gingival y la cresta alveolar siguen el contorno festoneado de la unión cemento-esmalte. En la región anterior la encía se sitúa en las zonas interproximales, y estará más marcado en dientes anteriores y más aplanado en molares. El festoneado debe ser una superficie lisa, sin zonas retentivas
- **Biotipo facial:** Durante el festoneado se puede conformar el festón dependiendo del tipo de facies del paciente: Ovalado, Triangular o Rectangular, generando la mayor naturalidad en la prótesis.
- **El grosor:** debe de ser uniforme en palatino y en vestibular debe de ser ligeramente uniforme.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 36 años, femenino, presenta ausencia total de piezas dentarias del maxilar superior y clase III de Kennedy en la mandíbula. Presenta una restauración con amalgama en la pieza 46, diastemas debido a pérdida de piezas dentarias, gingivitis crónica margino papilar en el sector V por presencia de placa bacteriana y calculo dental.

El paciente ha sido rehabilitado con una prótesis removible mal confeccionada, con pérdida en la dimensión vertical, carencia de estética tanto en la oclusión, alineamiento de las piezas dentarias, desgaste oclusal de las piezas del aparato protésico, como también con la elaboración de la encía artificial, generando aspecto de una encía inflamada,

Se estudia y planifica su caso de la paciente y se la propone como solución, tratamiento de destartaje, limpieza dental y la confección de una nueva prótesis total removible superior, con encía caracterizada y acrilizado en vetas para generar una mayor naturalidad en el aparato protésico.



Imagen 1: Prótesis del paciente vista de frente



Imagen 2: Prótesis del paciente, vista lado derecho-izquierdo



Imagen 3: Prótesis del paciente en boca.

PROTOCOLO PARA LA CONFECCION DE UNA PROTESIS REMOVIBLE

Examen extraoral



Imagen 4: Paciente visto de frente y lateral

Examen Intraoral



Imagen 5: Vista oclusal superior e inferior

Impresión primaria de estudio o anatómica

Se realizó la toma de impresión con alginato, con el fin de obtener en negativo de las estructuras anatómicas de la cavidad bucal que permitirá el estudio, planificación y elaboración de una cubeta individual de acuerdo al tamaño de la cavidad bucal del paciente para la obtención de una copia fiel de las estructuras y tejidos anatómicos de la cavidad bucal.



Imagen 6: Impresión primaria o anatómica



Imagen 7: Modelos de estudio

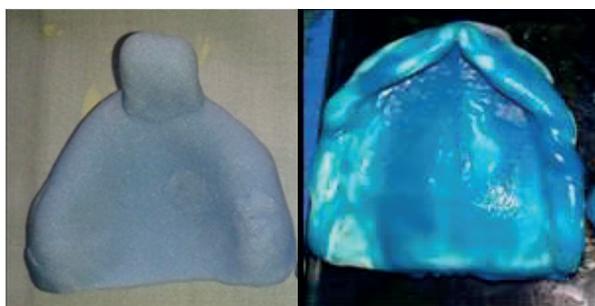


Imagen 8: Cubeta individual e impresión definitiva

Placas de registro intermaxilar, Montaje en articulador

Placa base y rodetes de oclusión juegan un papel muy importante durante la confección de una prótesis, el cuál representará la extensión y grosor de la futura prótesis total, que deberá ser elaborada de la manera más prolija, limpia y presentable posible ya que debe probarse en boca del paciente para realizar los ajustes necesarios.

Una vez confeccionada la placa base y el rodete, se realizara la prueba en la cavidad bucal con el fin de determinar el soporte funcional, el nivel de plano oclusal del paciente, la forma del arco dentario, la relación labio alveolar en su estado de reposo y en sonrisa con respecto a la posición de las piezas artificiales, la línea media y línea canina con respecto a la línea media sagital como también al ancho de las piezas dentarias y la dimensión vertical por lo que cada rodete debe presentar una altura, espesor e inclinación vestibular cumpliendo con las siguientes medidas: en antero superior 22 mm, postero-superior 17mm, antero inferior

18mm, postero-inferior 15 mm. Respecto al espesor: en la zona anterior es de 5 mm, en zona premolar es de 7 mm y la zona molar es de 10 mm en ambos arcos, ofreciendo un mejor soporte durante la toma de mordida.

Una vez registrado la relación intermaxilar se realizará el fijado del registro intermaxilar con un hilo de caña encerado, para luego ser llevado al articulador, Todos estos pasos son realizados para un correcto enfilado de los dientes artificiales en cuanto a tamaño, posición y disposición.

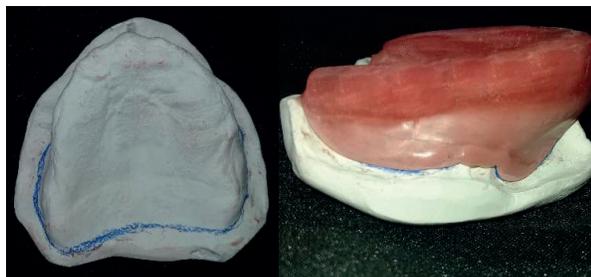


Imagen 9: Modelo definitivo – Placa base y rodete



Imagen 10: Determinación del plano de orientación



Imagen 11: Registro de altura



Imagen 12: Relación labio-alveolar en reposo y en sonrisa



Imagen 13: Trazado de línea central y canina

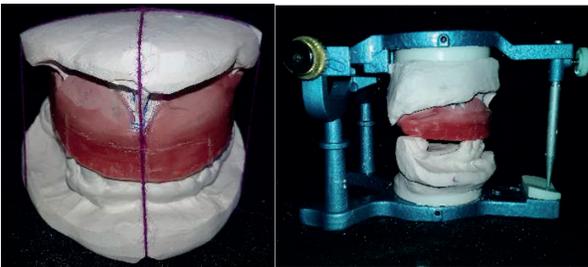


Imagen 14: Montado en el articulador

Enfilado y articulado dental

Este enfilado se caracteriza por colocar y alinear dientes artificiales uno por uno en el rodete de articular superior, articulando a la vez con las piezas antagonistas de la arcada inferior de manera que haya el contacto interoclusal.

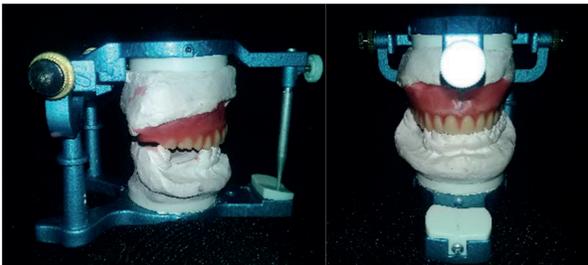


Imagen 15: Enfilado y Articulado

Caracterizado de encía

1. Selle la base protésica en el modelo con cera derretida para generar que este se adhiera al modelo.
2. Encerar (aproximadamente 2mm de espesor) alrededor de los dientes enfilados, los flancos vestibulares y palatinos o linguales, para así realizar un tallado que simule los tejidos que van a ser reemplazados; No agregue cera muy caliente porque podría alterar el enfilado.
3. Con la espátula lecrón, libere los márgenes gingivales de las piezas dentarias artificiales, redondee con la espátula de lecrón los márgenes gingivales y contornee las

papilas interdentes haciendo que las superficies sean convexas, dándole rasgos naturales a la encía marginal y papilar.

4. Con la espátula lecrón, realice el festoneado dependiendo de la forma facial del paciente sobre las piezas dentarias artificiales vestibulares teniendo de 1,5 a 2 milímetros de ancho.
5. Utilice una espátula lecrón para elaborar un frenillo central-vestibular y los frenillos laterales, encontrándose de 5 a 7 milímetros por encima de la unión de los incisivos centrales.
6. Utilice la espátula lecrón para realizar un ribete de 1,5 a 2 milímetros de ancho y 2 milímetros de grosor y altura, dicho ribete se encontrará en la parte más superior de todo el aparato protésico; Dicho ribete servirá para delimitar la altura de la prótesis después de ser acrilizado, evitar la pérdida de dimensión vertical durante el enmuflado y evita los bordes incómodos y filosos en prótesis.
7. Con la ayuda del lecrón elabore el tatuado, que consta en tallar surcos con el filo orientado hacia incisal de manera que las zonas converjan ligeramente a apical simulando las prominencias radiculares de las piezas dentarias, tomando en cuenta una ligera profundidad en el lado distal del canino que simule la eminencia canina, realizando en toda la superficie vestibular de las piezas dentarias comenzando del lado derecho y continuando con el lado izquierdo hasta terminar de elaborar el tatuado.
8. Desgaste de manera gradual el grosor de la cera de las superficies vestibulares enceradas con la cola del lecrón, yendo desde cervical con mayor grosor, hasta los ribetes de la placa reduciendo el grosor, hasta que este denote una ligera transparencia de la placa base.
9. Desgaste la cera por palatino o lingual hasta exponer el contorno anatómico marginal de los dientes enfilados.
10. Elabore las rugosidades palatinas, que estas no se extiendan a más de los primeros premolares.
11. Elimine todos los excesos de cera de las superficies de los dientes, de las placas bases, de los modelos y pula suavemente toda la superficie con la ayuda de una tela de nylon.
12. Pase con una mota de algodón empapada con alcohol por todas las superficies de la placa con cera, para luego flamear sobre las superficies enceradas con el fin de generar superficies redondeadas y lisas, no exceda el flameado.

13. Utilice un cepillo y coloque las cerdas del cepillo de manera perpendicular a la placa base y ligera presión para realizar la superficie puntillada o efecto piel de naranja sobre la encía adherida, no sobrepase sobre la encía libre y espacios interdentarios.
14. Verifique al final del encerado que:
- Los contornos oclusales del enfilado se mantengan.
 - Los contornos marginales deben de ser lisos y redondeados.
 - Las papilas interdenciales y las encías marginales sean convexas.
 - Todas las superficies sean lisas, regulares y no presenten zonas retentivas.
 - La cera no interfiera con el asentamiento de las placas bases en los modelos.
 - Exista un grosor uniforme a nivel palatino.
 - No alterar el articulado y enfilado.



Imagen 16: Embadurnado con cera



Imagen 17: Liberación de los márgenes gingivales



Imagen 18: Festoneado

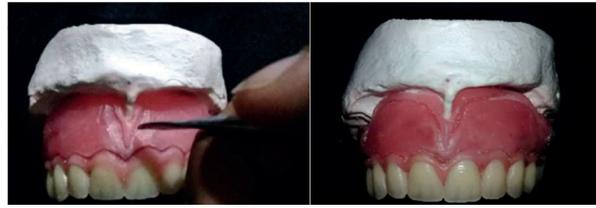


Imagen 19: Elaboración del frenillo central



Imagen 20: Elaboración del ribete



Imagen 21: Elaboración del tatuado



Imagen 22: Tatuado finalizado



Imagen 23: Eliminación de grosor de manera gradual



Imagen 24: Flameado y cepillado



Imagen 24: Caracterizado finalizado



Imagen 25: Caracterizado finalizado sobre el articulador

Prueba en boca de la prótesis preliminar

Tiene como finalidad observar, modificar, arreglar y verificar en boca, la prótesis pre fabricada, con el fin de satisfacer al paciente y sobre su futura prótesis confeccionada.



Imagen 26: Prueba en boca de la prótesis preliminar



Imagen 27: Vista frontal y lateral de la prótesis preliminar

Enmuflado

El enmuflado es un procedimiento que, con la prótesis preliminar obtenida, se confecciona dentro de una cámara mediante el vaciado de yeso, permitiendo el reemplazo de la placa base y encerado por un material plástico que es el acrílico termo-curable al cual se le da un acabado estético y resistente por ser un material duro y fácil de pulir. Se modificará la técnica convencional donde se cubrirá con Silicona de laboratorio sobre las superficies gingivales

enceradas con el fin de evitar los remanentes yeso y evitar el contacto del acrílico con el yeso durante el empaquetado para evitar la pérdida de brillo y lustre del acrílico de termocurado.



Imagen 28: Enmuflado en la base de la mufla



Imagen 29: Preparación de la silicona

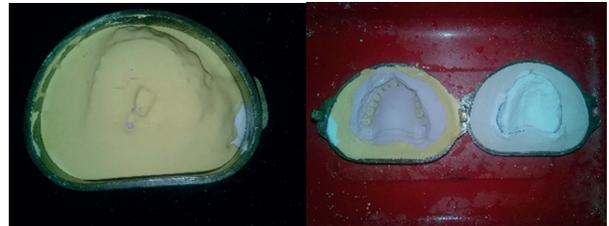


Imagen 30: Vaciado de la contra mufla y eliminado de cera



Imagen 31: Elaboración de retenciones mecánicas y cámara de succión

Acrilizado en Vetas

El acrilizado en Vetas es un procedimiento que permite la colocación de vetas que van a simular las venas y pigmentos en el aparato protésico, como también la combinación de acrílicos, generando mayor estética cuando ya se elabore la prótesis definitiva.

Primero se va a colocar las vetas en la superficie interna de la mufla, ayudado con un pincel y agua destilada o vaselina, colocando las vetas moradas en la superficie más próxima a los ribetes, mientras que las vetas más claras van a ir posicionadas sobre la encía adherida y de menor proporción sobre la encía libre.

Luego se preparará en vasos depens los acrílicos, variando el tiempo entre ellos, permitiendo que no se endurezca rápidamente entre ellos, dando tiempo para su manipulación, colocando primero el que se utilizara como encía libre, se eliminara excesos, luego se colocara el siguiente acrílico en porciones que brindara la encía adherida, se colocara en pequeñas porciones evitando la distorsión de las vetas. Luego se colocará en una prensa y se eliminará excesos, para después colocar a hervir durante 40 minutos, una vez polimerizado se removerá con mucho cuidado, evitando la ruptura de la prótesis.

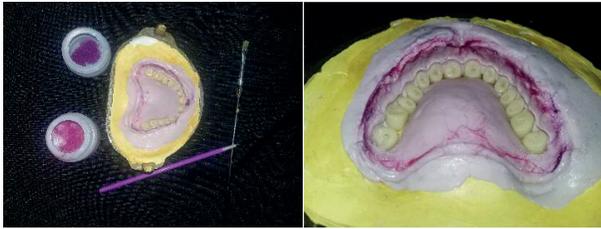


Imagen 32: Colocación de vetas

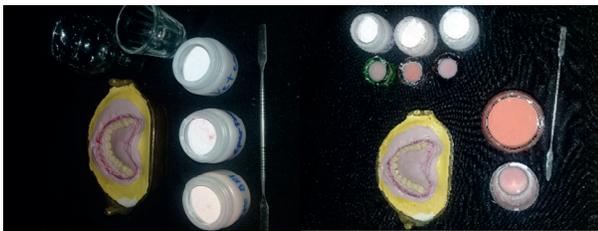


Imagen 33: Preparación de los acrílicos

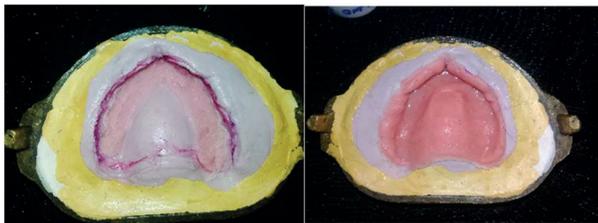


Imagen 34: Acrilizado en dos tiempos



Imagen 35: Prensado y Desenmuflado

Eliminación de excesos y pulido

Se eliminará los excesos de acrílico, probándolo en el articulador, para luego alisar y pulir toda la superficie de la prótesis con el fin de darle un acabado estético, asegurar la perfecta adaptación, eliminar remanentes de acrílico y asperezas, eliminar ángulos filosos, generar superficies lisas que evitara el adosamiento de placa bacteriana y restos de comida, como también facilitara la higiene del aparato protésico. Culminado este procedimiento se logrará devolver satisfactoriamente la funcionalidad al paciente



Imagen 36: Prótesis finalizada y pulida



Imagen 37: Prótesis en boca, vista de frente de la encía caracterizada



Imagen 38: Prótesis en boca, vista de frente



Imagen 39: Prótesis en boca, vista lateral derecha



Imagen 40: Prótesis en boca, vista lateral izquierda



Imagen 41: Prótesis instalada, foto de frente y lateral

DISCUSIÓN

El paciente que va a utilizar una prótesis por primera vez, siente inseguridad y baja autoestima debido al: ¿Cómo me quedara?, ¿Me quedara bien? ¿Se notará que uso una prótesis? ¿Qué dirán de mí al saber que utilizo una prótesis? Entre estas y otras preguntas que tendrán los pacientes, provocando que este opte por no realizarse una prótesis o sino de alejarse de la sociedad para no ser criticado. Por eso el paciente al asistir a un consultorio siente la necesidad que el Odontólogo no solo solucione su necesidad funcional, masticatoria y fonética, sino también su estética.

Por ese motivo la caracterización de encía y el acrilizado en vetas, son procedimientos alternativos a realizarse durante el proceso de laboratorio, siendo así una técnica que requiere una mayor atención, exactitud y tiempo de trabajo, viendo esa necesidad de satisfacer al paciente, ya que, al visualizar la prótesis preliminar en boca, el paciente propondrá las modificaciones deseadas y requeridas previo al procesado de la prótesis. Hoy en día existen pigmentos, composites y resinas modificadas que permiten imitar los colores de la encía, una vez acrilizada la prótesis, pero estos tienden a tener un alto costo, como también requieren de aparatos especiales que permitirán su utilización, ocasionando que se eleve el costo de la prótesis; Por eso estas técnicas, son una alternativa, sencilla, económica y no limitada, que nos facilita y mejora la estética al confeccionar una prótesis removible,

Por eso considero que:

La caracterización de encía, es una técnica de laboratorio que consiste en dar forma, volumen y característica anatómica de encía al agregado de cera durante la confección de la prótesis preliminar, permitiendo que la lengua, los labios y carrillos se adapten en las superficies vestibulares, palatinas y linguales de manera natural y correcta, como también va a mejorar la apariencia estética de la prótesis definitiva.

El acrilizado en vetas, en una técnica de laboratorio que permite el acrilizado de doble acrílico o de dos tiempos como también la aplicación de vetas de acrílico durante el empaquetado, simulando los pigmentos de la encía adherida y la encía marginal, como también la apariencia de las venas en la prótesis.

RECOMENDACIONES

- El éxito de un caracterizado de encía es adaptar de manera correcta y precisa la placa base, ya que este será el soporte de nuestra cera caracterizada.
- Durante el caracterizado de encía mantén el grosor de 1 a 2 milímetros del festoneado.
- No flamees de manera excesiva ya que deformará el caracterizado que realizaste, como también disminuirá la consistencia de la cera, para eso se recomienda pasar con un algodón empapado con alcohol sobre la superficie a flamear.
- El caracterizado de encía respetara la zona de frenillos con el mayor cubrimiento posible en el sector de la papila retro molar.
- El caracterizado de encía debe de ser ligeramente transparente, ya que este sino brindara grosor y peso en la prótesis.
- Al momento de empaquetar la silicona, se recomienda liberar las piezas dentarias para que este pueda adherirse en una superficie rígida (yeso piedra) que evitara el movimiento durante el empaquetado de los dientes artificiales.
- Al acrílico que vayas a utilizar para encía se recomienda realizar tu propio colorímetro, ya que las diferentes marcas y presentaciones vienen alteradas.
- Deberás de realizar la toma de color de la encía con tu colorímetro fabricado y a luz natural para imitar de mejor manera el caracterizado.
- Durante el acrilizado se recomienda no manipular el acrílico con las manos, ya que este acelera el proceso de endurecimiento, para eso es mejor manipular el acrílico con agua y con una bolsa de plástico para así evitar estos problemas.

- Al momento de remover el acrílico del vaso dapen se recomienda no raspar el restante de acrílico que se encuentre en la parte superior del vaso dapen ya que este tiende a polimerizar más rápido y al empaquetarlo va a producir manchas blancas en la prótesis finalizada.
- Durante el empaquetado con varios acrílicos, deberá darte un tiempo de 5 minutos por preparación, ya que sino el acrílico tiende a endurecerse dificultando su manipulación.
- El acrilizado en vetas debe de ser empaquetado y prensado una sola vez, evitando colocar excesos de acrílico ya que este corroe las vetas durante el prensado, por lo cual se recomienda proporcionar el acrílico para recién empaquetarlo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Donovan TE, Derbabian K, Kaneko L, Wight L. Esthetic considerations removable prosthodontics. *J Esthet Restor Dent.* 2001;13:241-53. [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1708-8240.2001.tb00270.x]
2. Zlaticar DK, Celebic A. Factors related to patients' general satisfaction with removable partial dentures: a stepwise multiple regression analysis. *Int J Prosthodont.* 2008;21:86-8. [http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol_47_02_10/est11210.htm]
3. Nogueira Junior L, Teixeira SC, Rocha DM, Pavanelli CA, Silva JMF. Twin-Flex, uma opção estética para a reabilitação de pacientes portadores de próteses parciais removíveis. *PCL.* 2004;6:102-8. [https://www.researchgate.net/publication/281761335_The_aesthetics_in_removable_prostheses]
4. Mc. Cracker. Prótesis parcial removible. 10a ed. Buenos Aires, Bogotá, Caracas, Madrid, México, Sao Paulo: Panamericana; 2004; 1-3, 268-270. [https://www.academia.edu/16150948/McCracken_protosis_parcial_removible]
5. Carl O Bouche, Prostodoncia total; et al México: Nuevo editorial Interamericana: McGraw-Hill, © 1994. [https://www.worldcat.org/title/prostodoncia-total-de-boucher/oclc/36743558]
6. Salazar Gonzales Tomas, Prótesis Caracterizada, Estudiante en Fundación Universitaria Autónoma de las Américas [https://es.slideshare.net/tomassalazargonzalez/protosis-caracterizada]
7. Esposito SJ. Esthetics for denture patients. *J Prosthet Dent.* 1980; 44:608-15 [https://www.thejpd.org/article/0022-3913(80)90456-4/fulltext]
8. Reis SMAS, Gomes VL, Gonçalves LC, Santos KL, Prado CJ. Caracterização das bases das próteses removíveis totais e parciais-parte II. *Robrac.* 1998;7:37-43. [http://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/19]
9. Gomes T, Mori M, Corrêa GA. Atlas de caracterização em prótese total e prótese parcial removível. São Paulo: Santos Editora; 1998:67. [https://gustavocosenza.files.wordpress.com/2010/11/cussioli-bruna-letc3adcia-caracterizac3a7c3a3o-de-dentes-em-prc3b3tese-total.pdf]
10. Silva FAP, Silva TBP, Rached RN, Del Bel Cury AA. Effect of intrinsic pigmentation on the flexural strength of a microwave-cured acrylic resin. *Braz Dent J.* 2002;13:205-7. [http://www.forp.usp.br/bdj/bdj13(3)/pdf/v13n3a13.pdf]
11. Mantilla Montero O. Prostodoncia y prótesis. La Paz – Bolivia. Editor s.n. 2004;121-132.
12. Armisen J. Programa de estudios de técnica de prótesis total; 2012 Fecha de acceso: 31 de julio de 2012. Disponible en: http://www.mecanicadental.ecaths.com/
13. Zahnfabrika H. Rauter. Guía para prótesis completa. Germany; Fecha de acceso: 31 de julio de 2012. Disponible en: http://www.vitazahnfabrik.com/resources/vita/shop/es/es_3056279.pdf: 149.
14. Gunther Seubert. ABC de la prótesis dental. Editor Suckert R. Barcelona: Arkab Grafiques. 1999; 10-17.
15. Bonfante G. Prótesis total diagnóstica: evaluación de la dimensión vertical de oclusión. Brasil. 1998; Fecha de acceso: 31 de julio de 2012. Disponible en: http://www.bvs.org.do/revistas/rod/1999/05/01/ROD-1999-05-01-017021.pdf.
16. Técnica de prótesis totales; URL disponible en http://tecnicasdentales.com.ar/?p=37 4. Fecha de acceso 31 de Julio de 2012.
17. Vito Milano, Desiate A. Prótesis total aspectos gnatológicos conceptos y procedimientos. 1ª ed. Venezuela: Amolca; 2011; 1-8, 63-67.
18. Selección y montaje de dientes en prótesis completas una aproximación estética. Barcelona, España: P.D. Fonollosa J.; 2004. URL disponible en: http://tecnicadental.brinkster.net/articulos/protosis_completas.asp. Fecha de acceso 31 de Julio de 2012
19. B. Koeck. Prótesis completas. 4a ed. Barcelona, España: Elsevier Masson; 2007; 2-12, 154-177, 211, 340.
20. Káiser F. Técnicas de confección de prótesis dentales flexibles; URL Disponible en: http://tecnicasdentales.com.ar/?p=4. Fecha de acceso 31 de julio de 2012.17.