



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Estudios Profesionales

Z A R A G O Z A

**“ DISEÑO E IMPORTANCIA DE LA
PROTESIS PROVISIONAL Y
TERAPEUTICA ”.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
ELVIA RODRIGUEZ HERNANDEZ

México, D. F.

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I D I C E

Introducción.

Protocolo. - - - - - 1

Capítulo I. Consideraciones Generales.

1. Conceptos. - - - - - 15
1.1. Prostodoncia. - - - - - 15
1.2. Prótesis dental. - - - - - 15
1.3. Prótesis temporal ó transitoria. - - - - - 15
1.4. Prótesis fija. - - - - - 15
1.5. Prótesis parcial removible. - - - - - 15
1.6. Prótesis terapéutica. - - - - - 16
1.7. Prótesis provisional. - - - - - 16
2. Indicaciones y Contraindicaciones de la prótesis parcial fija y de la prótesis parcial removible. - - - - - 16
3. Ventajas y Desventajas de la prótesis fija y de la prótesis parcial removible. - - - - - 20
4. Indicaciones y Contraindicaciones de la combinación de la prótesis parcial fija y removible (prótesis parcial fija-removible. - - - - - 22
5. Ventajas y Desventajas de la prótesis parcial fija-removible. - - - - - 26
6. Características de la prótesis terapéutica y de la prótesis provisional. - - - - - 27
7. Comentarios. - - - - - 31
8. Bibliografía. - - - - - 32

Capítulo II. Prótesis Terapéutica.

1. Definición. - - - - - 34
2. Características generales - - - - - 34
3. Cuadro sinóptico. - - - - - 39
3.1. Cuadro sinóptico de clasificación. - - - - - 40
4. Indicaciones. - - - - - 43

5. Contraindicaciones. - - - - -	43
6. Ventajas. - - - - -	44
7. Desventajas. - - - - -	44
8. Funciones. - - - - -	45
9. Conceptos generales de elaboración. - - - - -	45
10. Comentarios. - - - - -	53
11. Bibliografía. - - - - -	55

Capítulo III. Prótesis Provisional.

1. Características generales. - - - - -	-56
2. Indicaciones y Contraindicaciones. - - - - -	57
3. Elaboración de provisionales. - - - - -	57
3.1. Técnica indirecta. - - - - -	-59
3.2. Técnica directa. - - - - -	-66
4. Colocación de los provisionales. - - - - -	-69
5. Conservación de los provisionales. - - - - -	-70
6. Comentarios. - - - - -	-71
7. Bibliografía. - - - - -	72

Capítulo IV. Iatrogenias.

1. Definición. - - - - -	73
2. Iatrogenias en prótesis fija. - - - - -	74
3. Iatrogenias prótesis removible. - - - - -	76
4. Iatrogenias en prótesis terapéutica. - - - - -	-80
5. Iatrogenias en prótesis provisional. - - - - -	81
6. Comentarios. - - - - -	-82
7. Bibliografía. - - - - -	83

Resultados. - - - - -	85
Propuestas y/o Recomendaciones. - - - - -	-87
Bibliografía General. - - - - -	90

DEDICATORIA:

A MIS PADRES:

CARLOS Y ANA, POR DARME TODO SU APOYO Y COMPRENSIÓN
PARA PODER LOGRAR MI FORMACION PROFESIONAL.

A MI MADRE:

DOY LAS GRACIAS POR SU GRAN ESFUERZO Y VALOR POR
AYUDARME EN MI FORMACION.

A MI ESPOSO:

POR SU GRAN AMOR Y CARIÑO.

GRACIAS.

A MIS HERMANOS:

CAROLINA, VICTOR, LOURDES, PATRICIA, ISMAEL, MARICELA Y ENRIQUE:
POR SU APOYO Y COMPRENSION QUE SIEMPRE HAN TENIDO PARA CONMIGO.

A ISMAEL, MARICELA Y ENRIQUE:

LES INVITO QUE SIGAN ADELANTE, POR MUY DIFICIL QUE SEA EL CAMINO
SIEMPRE SERA RECOMPENSADO.

DOY LAS GRACIAS MUY ESPECIALMENTE AL C.D. MANUEL MUÑOZ VAZQUEZ,
POR SU GRAN COLABORACIÓN Y DEDICACION PARA LA REALIZACION DE
ESTE TRABAJO.

AL PROFESOR MOISES CISNEROS GARFIAS, CON CARINÑO Y RESPETO POR SU
GRAN AYUDA Y APOYO QUE LOGRARON QUE SALIERA ADELANTE.

A MIS AMIGOS:

CON LOS QUE COMPARTI MI FORMACION PROFESIONAL Y POR SU GRAN AYUDA
QUE ME OFRECIERON DURANTE ESTE LARGO CAMINO.

DOY LAS GRACIAS A MI CUÑADA, CARMELA POR LA COLABORACION QUE
REALIZO EN ESTE TABAJO; AL MECANOGRAFIAR EL MISMO.

FINALMENTE, DOY LAS GRACIAS A LA UNAM POR PERMITIR REALIZAR MIS
ESTUDIOS PROFESIONALES.

Y A LOS PROFESORES QUE CON SU EJEMPLO, ME MARCARON EL CAMINO.

INTRODUCCION

El presente trabajo pretende dar un panorama más amplio sobre las posibilidades de elección y elaboración de una prótesis bucal.

Se mencionan los conceptos de las diferentes prótesis para el mejor entendimiento del trabajo.

Se enfatiza en la prótesis terapéutica, para dar a conocer la importancia que tiene en el tratamiento protético y se explican los diferentes casos en los cuales se requiere de ella.

El enmarcar dichas prótesis tiene varios fines:

Primero. Pretende abrir el camino para conocer y manejar las diferentes alternativas de una prótesis bucal.

Segundo. Se pretende ampliar el criterio de selección y por ende la búsqueda de una mejor elección para la rehabilitación del paciente.

Tercero. Dar a conocer la información en cuanto avances en el campo de prótesis se refiere aunque sea de una manera somera para despertar en el odontólogo lector una inquietud para ampliar más sus conocimientos.

Respecto a las prótesis provisionales, hablamos de lo importante que son éstas, ya que muchas veces de ellas depende el resultado final.

Por último hablamos de las iatrogenias de éstas prótesis; Se enumeran los diferentes casos en los cuales se provocan éstas, tal es el caso en la elección de pilares como en la elaboración.

Se dan posibles soluciones para evitarlas, porque pueden poner en peligro la vida del paciente.

TITULO DEL PROYECTO

"DISEÑO E IMPORTANCIA DE LA PROTESIS PROVISIONAL Y TERAPEUTICA".

AREA ESPECIFICA DEL PROYECTO.

Prevención Secundaria.

PERSONAS QUE PARTICIPAN.

Nombre del Asesor: C.D. MANUEL MUÑOZ VAZQUEZ.

Nombre del Alumno: ELVIA RODRIGUEZ HERNANDEZ.

FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA.

El enfocar el tema como un problema bio-psico-social, enmarca una serie de problemas en el hombre: Primeramente, la falta de dientes o un tratamiento inadecuado puede causar problemas biológicos como: Maloclusiones, alteraciones de la ATM, deficiencia en la masticación, malestar general y problemas digestivos. La falta de dientes o la estética, son un problema psico-social, debido a que la sociedad indica un estándar de lo que corresponde a la belleza y el que está fuera de él es rechazado por ella. Lo cual puede provocar en el hombre complejos de timidez e inferioridad.

La base fundamental del tema es enfatizar la importancia que tiene la prótesis terapéutica y la prótesis provisional como elementos básicos para el tratamiento prótesisico.

La prótesis temporal puede ser clasificada en dos tipos principales;

Uno.- La prótesis provisional, impide la apariencia desagradable y restituye la función durante el período de elaboración y colocación de la prótesis definitiva.

La prótesis provisional puede usarse en una gran variedad de casos como:

1. En la cicatrización después de una extracción o de un daño traumático.
2. En el caso que se lleve un tratamiento prolongado (Por Ejemplo, terapéutica parodontal o endodóntica).
3. Cuando las cámaras pulpares son tan grandes y no ésta indicada una prótesis fija.
4. Cuando las coronas clínicas no han erupcionado completamente.+

Una buena restauración provisional debe satisfacer las siguientes condiciones:

1. Protección pulpar.
2. Estabilidad posicional.
3. Función oclusal.
4. Fácil limpieza.
5. Márgenes no lesivos.
6. Solidez y retención.
7. Estética.+

Dos.- La prótesis terapéutica se describe según la función que desempeña; Por Ejemplo, como mantenedor de espacio entre las arcadas, trata-

mientos de síntomas de ATM, mantenimiento de la dimensión vertical de oclusión, entre otras funciones.

La prótesis provisional debe ser reemplazada por un tipo de elaboración permanente. La prótesis terapéutica en algunos casos debe ser reemplazada por una permanente, una vez que han llevado a cabo su función.+

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿ En que medida influye la elección del profesional y la elaboración de una prótesis terapéutica y provisional en el paciente?

MARCO DE REFERENCIA.

Durante la preparación profesional del alumno, el objetivo principal es la salud bucal del paciente.

Pero en la práctica odontológica el paciente no es visto como un todo, sino como un objetivo de trabajo que cumplir y en el mayor de los casos la triada, estética, función y protección de los tejidos no se cumple al pie de la letra.

En el tiempo de preparación de un diente o dientes es necesario, que estén protegidos y que el paciente se encuentre cómodo, para conservar la salud bucal del paciente.

Manteniendo de ésta manera, con la prótesis terapéutica y provisional, la estética, función y la relación de los tejidos bucales.

Si se resuelve con éxito ésta fase del tratamiento, se ejercerá influencia favorable para el tratamiento final y también ganaremos la confianza total del paciente(paso importante para el tratamiento).++

Condiciones Elementales de la Prótesis Fija.

La prótesis parcial fija brinda protección contra la caries. La estética suele ser excelente y su fractura no es frecuente. Lo más importante es que las fuerzas masticatorias se dirigen principalmente através del eje longitudinal de los pilares, del pónico, conectores y retenedores.

La Prótesis Fija está Indicada:

1. Para reemplazar dientes perdidos en brechas cortas.
2. Como férulas.
3. En pacientes incapacitados.
4. En transtornos nerviosos.

Valoración de los Pilares.

Los tejidos de sósten que rodean al diente pilar deben estar sanos y exentos de inflamación.

Los pilares no deben mostrar movilidad.

Las raíces y las estructuras de soporte deben ser valorados teniendo en cuenta tres factores:

1. La proporción corona-raíz.
2. La configuración de la raíz.
3. El área de la superficie periodontal.++

Condiciones Elementales de la Prótesis Parcial Removible.

La prótesis parcial removible está indicada cuando no puede usarse la prótesis fija o cuando ofrece ventajas bajo determinadas circunstancias (menor número de citas, bajo costo y mejor higiene).

1. Como base de extensión distal.
2. En espacios largos o pilares deficientes.
3. En niños y adolescentes.
4. Enlace cruzado del arco.
5. Obturación de hendidura palatina.
6. Como prótesis provisional.
7. Transtornos de la dimensión vertical.
8. Pacientes diabéticos.+

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la importancia, la elección profesional y la elaboración de la prótesis terapéutica y provisional.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Dar a conocer la elección profesional y la importancia de la prótesis terapéutica y provisional.

Explicar la elaboración de la prótesis terapéutica y provisional.

Analizar las ventajas y desventajas de la elección profesional y la elaboración de la prótesis terapéutica y provisional.

HIPOTESIS.

La elección profesional y la elaboración correcta de la prótesis terapéutica y provisional son elementos básicos para su aplicación y el logro del trabajo prótesico.

MATERIAL Y METODO.

MATERIAL.

Recursos Humanos:

Asesoramiento de tesis por el C.D. Manuel Nuñez Vázquez al pasante de Odontología Elvia Rodríguez Hernández.

Recursos Materiales:

Investigación bibliográfica de libros y revistas actualizadas y obtención de fotografías, recopiladas en los centros de consulta; Bibliotecas y Asociación Dental Mexicana.

Recursos Financiero:

De acuerdo al costo de los artículos utilizados en la investigación.

Recursos de Tiempo:

El tiempo disponible para está investigación, es de cinco horas diarias.

METODO.

1. Una vez elegido el tema de investigación, se recopilará la mayor información posible, con ayuda de libros y revistas actualizadas. Seleccionando éstas revistas y libros de acuerdo al tema elegido.

2. Se realizarán las traducciones de las revistas extranjeras seleccionadas, analizando y sintetizando la información.

3. La información obtenida se organizará de la siguiente manera, para estructurar el trabajo de investigación.

1. Título
2. Agradecimientos
3. Indice
4. Prólogo
5. Introducción
6. Fundamentación de la elección del tema
7. Planteamiento del problema
8. Objetivos
9. Material y Método
10. Capítulo I . INTRODUCCION.

1. Conceptos.

1.1. Prótesis Fija.

- 1.2. Prótesis Removible.
- 1.3. Prótesis Terapéutica.
- 1.4. Prótesis Provisional.
2. Indicaciones y Contraindicaciones de la Prótesis Fija y Removible.
3. Características de la Prótesis Terapéutica y de la Prótesis Provisional.
4. Comentarios.
5. Bibliografía.

Capítulo II. PROTESIS TERAPEUTICA.

1. Definición.
2. Características Generales de la Prótesis Terapéutica.
3. Cuadro Sinóptico de la Prótesis Terapéutica.
4. Indicaciones.
5. Contraindicaciones.
6. Funciones.
7. Conceptos Generales de las Elaboración de la Prótesis Terapéutica.
8. Comentarios.
9. Bibliografía.

Capítulo III. PROTESIS PROVISIONAL.

1. Características Generales de la Prótesis Provisional.
2. Indicaciones y Contraindicaciones.
3. Elaboración de Provisionales.
 - 3.1. Técnica Directa.
 - 3.2. Técnica Indirecta.
4. Colocación de los Provisionales.
5. Conservación de los Provisionales.
6. Comentarios.
7. Bibliografía.

Capítulo IV. IATROGENIAS.

1. En Prótesis Fija.
2. En Prótesis Removible.
3. En Prótesis Terapéutica.
4. En Prótesis Provisional.
5. Comentarios.
6. Bibliografía.
11. Resultados.
12. Discusión.
13. Conclusiones.
14. Propuestas y/o Recomendaciones.
15. Anexos.
16. Bibliografía.

4. La información obtenida de libros y revistas sobre el tema se analizará, para estructurar el trabajo.

5. Cuando se haya concluido el trabajo de investigación, se formularán los resultados obtenidos y se evaluarán de acuerdo al planteamiento del problema y a la hipótesis propuesta. Para poder dar las conclusiones y recomendaciones del trabajo.

CRONOGRAMA

Tres Semanas: En la elaboración del protocolo y recopilación de información bibliográfica para el trabajo de investigación.

Dos Semanas: Para la traducción de artículos.

Cuatro Semanas: Para el desarrollo y macanografía de los capítulos.

Dos Semanas: Para la revisión de capítulos.

Una Semana: Redacción final y presentación de la investigación.

BIBLIOGRAFIA DE TESIS.

CAPITULO I. INTRODUCCION.

Libros:

1. MILLER L. ERNEST. "PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE". EDITORIAL. INTERAMERICANA. CUARTA EDICION 1980.
2. RIPOL G. CARLOS. "PROSTODONCIA". PROPIEDAD DE PROMOCION Y MERCADOTECNIA ODONTOLOGICA S.A. DE C.V. PRIMERA EDICION 1976.
3. SHILLINGBURG/HOBO/WHITSETT. "FUNDAMENTOS DE PROSTODONCIA FIJA". EDITORIAL QUINTESSENCE. EDICION ESPAÑOLA 1981.

Revistas:

1. MUENINGHOFF AND JHONSON. "FIXED/REMOVABLE PARTIAL DENTURE". THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY. NOVEMBER 1982. VOLUMEN 48. NUMERO 5.
2. "PREVENTION DE PROBLEMS WHIT REMOVABLE PARTIAL DENTURE". THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY. JUNE 1980. VOLUMEN 100.
3. RHOADS E. JHON. "THE FIXED/REMOVABLE PARTIAL DENTURE". THE JOUR/

NAL OF PROSTHETIC DENTISTRY. AUGUST 1982. VOLUMEN 48. NUMERO 2.

CAPITULO II PROTESIS TERAPEUTICA.

Libros:

1. MILLER L. ERNEST. "PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE". EDITORIAL INTERAMERICANA. CUARTA EDICION 1980.

Revistas:

1. CHANEY SHAUKAT. "DENTADURE STABILITY FOR PARTIAL MANDIBULAR RESECTION PATIENTS". THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY. JANUARY 1983. VOLUMEN 49. NUMERO 2.
2. FARMER B. JHON. "SURGICAL TEMPLATE FABRICATION IMMEDIATE DENTURE". THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY. APRIL 1983. VOLUMEN 49. NUMERO 4.
3. GRADY D. ROBERT "OBJETIVE CRITERIA FOR RELINING DISTAL EXTENSION REMOVABLE PARTIAL DENTURES: PRELIMINARY RESPOR". THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY. FEBRUARY 1983. VOLUMEN 49. NUMERO 2.
4. GLICKMAN N. GERALD. "AN IMMEDIATE ACID-ETCHED PROVISIOVAL FIXED PARTIAL DENTURE". THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY. JANUARY 1983. VOLUMEN 49. NUMERO 2.

5. KALDAHL/TIESSING/WETZ. "ACHIEVING AN ESTHETIC APPEARANCE WITH FIXED PROSTHETIS BY SUBMUCOSAL GRAFTS". THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY. VOLUMEN 104. APRIL 1982.
6. "LA OCLUSION Y EL IMPLANTE OSEO". ODONTOLOGO MODERNO. JUNIO-JULIO. 1981. VOLUMEN 1. NUMERO 1.
7. LANCIELLO/CASEY/DUAM. "FLEXIBLE TEMPORARY OBTURADOR FOR PATIENTS WITH SEVERELY LIMITED JAW OPENING". THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY. APRIL 1983. VOLUMEN 49. NUMERO 4.
8. MUENINGHOFF AND JHONSON. "FIXED REMOVABLE PARTIAL DENTURE". THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY. NOVEMBER 1982. VOLUMEN 48. NUMERO 5.
9. PABELLO DIAZ EDUARDO. "TECNICA PARA LA MANUFACTURA DE PROTESIS". ODONTOLOGO MODERNO. FEBRERO-MARZO 1980.
10. SHIFMAN AND JAMES. "PROSTHODONTIC MANAGEMENT OF POSTSURGICAL SOFTS TISSUE DEFORMITIES ASSOCIATED WITH MARGINAL MANDIBULECTOMY PART I: LOSS OF VESTIBULE". THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY. AUGUST 1982. VOLUMEN 1. NUMERO 1.

CAPITULO III. PROTESIS PROVISIONAL.

Libros:

1. RIPOL G. CARLOS. "PROSTODONCIA". PROPIEDAD DE PROMOCION Y MERCADOTECNIA ODONTOLOGICA S.A. DE C.V. PRIMERA EDICION 1976.
2. SHILLINGBURG/HOBO/WHITSETT."FUNDAMENTOS DE PROSTODONCIA FIJA". EDITORIAL QUINTESSENCE. EDICION ESPAÑOLA 1981.

Revistas:

1. LA BARRE B. EUGENE. "FABRICATION OF SEPARATE ADJACENT PROVISIONAL RESTORATION". THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY. MAY 1983. VOLUMEN 49. NUMERO 5.
2. TURREL FERNANDEZ JULIO."RESTAURACIONES PROVISIONALES, TECNICA DE CONFECCION". REVISTA ESPAÑOLA DE ESTOMATOLOGIA. TOMO XXVII, 1979. NUMERO 5.

CAPITULO IV. IATROGENIAS.

Revistas:

1. JACOBS."INGESTION OF PARTIAL DENTURE". THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY. NOVEMBER 1980. VOLUMEN 101.

CAPITULO I CONSIDERACIONES GENERALES.

1. Conceptos.

1.1. **Prostodoncia:** Es la rama de la odontología que se encarga principalmente de la restitución de los tejidos y partes dentarias perdidas.(2)

1.2. **Prótesis Dental:** Es la ciencia o arte de proporcionar sustitutos adecuados para uno o más dientes naturales ausentes o extraídos y sus tejidos relacionados, de modo de restaurar la función alterada, la apariencia, confort y la salud del paciente.(1)

1.3. **Prótesis Temporal o Transitoria:** Es la prótesis bucal que se utiliza durante un breve intervalo de tiempo por razones de estética, masticatoria, de soporte oclusal y conveniencia o para condicionar al paciente a la aceptación de un sustituto artificial de los dientes naturales perdidos, hasta que pueda efectuarse un tratamiento prótesisico definitivo.(1)

1.4. **Prótesis Fija:** Es el arte y la ciencia de restaurar con metal colado o porcelana los dientes dañados y de reemplazar los que faltan mediante un aparato dental fijo o cementado.(5)

1.5. **Prótesis Parcial Removible:** Es la prótesis que reemplaza a uno o más dientes y que puede ser insertada y retirada por el paciente según lo desee. Por lo general, se retiene con ganchos o con aditamentos de precisión.(2)

1.6. Prótesis Terapéutica: Es una prótesis bucal utilizada para realizar la rehabilitación oral de los tejidos tanto óseos como dentales y periodontales. Dependiendo del tratamiento elegido, la prótesis puede ser fija, removible, temporal, modificante y permanente; Siempre con la finalidad de devolver al paciente la función, estética y fonética perdidos.

1.7. Prótesis Provisional: Es una prótesis dental temporal, que puede reemplazar uno o más dientes anteriores perdidos como posteriores en un maxilar parcialmente desdentado.(1)

2. Indicaciones y Contraindicaciones de la Prótesis Parcial Fija y de la Prótesis Parcial Removible.

Prótesis Parcial Fija:

Indicaciones.

Los dientes perdidos deben reemplazarse. Esto es obvio cuando la zona edéntula está en el segmento anterior o posterior de la boca, ambos deben considerarse igual de importantes.

La función se restaura, los dientes adyacentes al espacio se mantienen en sus respectivas posiciones y se previene la supraerupción de los antagonistas.(5)

Las indicaciones de la prótesis parcial fija son las siguientes:(7)

1. Debe existir un buen estado periodontal de lo contrario causaría la pérdida de los dientes.
- + 2. El espacio debe ser recto.
3. Que exista un paralelismo adecuado de las coronas, siguiendo el eje longitudinal de los dientes.
4. Que exista un buen proceso óseo.
5. La relación corona-raíz de un diente que tenga que servir de pilar de puente es de 2:3 la óptima; Y una proporción de 1:1 es la mínima aceptable en medida lineal.
6. Que no exista movilidad dentaria.
7. Que trate de mejorar la estética.
8. Que exista buena higiene.
9. Que la presencia de caries sea casi nula.
10. Como férulas.
11. En pacientes incapacitados.
12. En trastornos nerviosos.

Contraindicaciones.

1. En espacios largos.
2. Cuando exista movilidad dentaria.
3. En trastornos parodontales y proceso óseo dudoso.
4. En pacientes adolescentes.
5. En dientes con raíces enanas.

6. En dientes con fractura de raíz.
7. Higiene bucal desfavorable.
8. En caries múltiple no controlable.
9. En pacientes de escasos recursos económicos.
10. En pacientes ancianos.
11. En oclusión anormal.

Prótesis Parcial Removible:

Indicaciones.

Es tendencia acertada preferir los dientes naturales como elementos para la recepción del soporte de las piezas prótesis.

Por ésta razón se prefiere el uso de la prótesis fija.

La prótesis removible, cualquiera que sea su vía de soporte toma contacto con la mucosa ya sea en forma activa(acción de carga) o pasiva(contacto simple).(3)

Las indicaciones de la prótesis parcial removible son las siguientes:(3)

1. En brechas muy largas.

- Otra de las indicaciones principales es en espacios cortos.

2. En brechas múltiples, con algunas largas afectando grupos mecánicos diferentes.
3. La falta de pilares posteriores.
4. Exigencias higiénicas.
5. En condición parodontal debilitada.
6. En grandes reabsorciones óseas, que exigen reconstrucción.
7. En niños y adolescentes.
8. Cuando hay migración de las piezas soporte y marcada falta de paralelismo.

Contraindicaciones:(6)

1. En brechas cortas, salvo que la solución se busque por medio de ataches de precisión.
2. En casos donde los puentes fijos pueden mejorar la condición parodontal como ferulizadores(reparación ósea).
3. Alteración mental.
4. En estados patológicos de los dientes soporte, hueso basal, partes blandas, hueso alveolar(caries, lesiones paradentarias, infecciones, tumores, etc.).
5. En casos de mucosas flojas sobre los procesos.
6. En dientes cónicos sin áreas retentivas.
7. Cuando los dientes soporte han sido recortados por llevar anteriormente una prótesis fija(a menos que estas piezas sean reestructuradas

mediante una prótesis individual, para después colocar una prótesis removible).

8. Cuando los dientes permanentes sean tan pocos que no podrían ser usados como soportes.

9. La persistencia de dientes temporales que no podrían ser usados como soportes.

10. Cuando se van a suplir dientes anteriores, especialmente si se trata de uno o dos dientes.

11. En personas con alto índice de caries.

12. En pacientes epilépticos.

3. Ventajas y Desventajas de la Prótesis Fija y de la Prótesis Parcial Removible.

Prótesis Fija.(7)

Ventajas:

1. Facilita la masticación y la fonación.

2. Mantiene en posición normal a los dientes antagonistas y el tono normal de las estructuras de soporte.

3. Mejora la estética.

4. Van firmemente unidos a los dientes naturales, no pueden desplazarse o estropearse y no existe el peligro de que el paciente la pueda perder.

5. Manifiesta seguridad para el paciente.

Desventajas:

1. Requiere de desgaste de tejido dentario.
2. Citas múltiples y propongadas.
3. El tratamiento es costoso y no siempre esta al alcance económico del paciente.

Prótesis Parcial removible.(6)

Ventajas:

1. Ser higiénicas.
2. La no mutilación ó casi no mutilación de los dientes ,soporte(preparación de descanso oclusal), (abarcando esmalte nunca llegará a dentina).
3. Ser estéticos.
4. Reparte las fuerzas masticatorias, tanto los dientes soporte como los procesos desdentados.
5. Estimulan la actividad de los tejidos blandos y del hueso, evitando la éxtasis sanguínea, atrofia alveolar y la reabsorción que se presenta en los puentes fijos por falta de éste estímulo.
6. Se puede restaurar un número mayor de piezas, aunque no exista anclaje posterior.
7. No presenta problema de paralelismo.
8. Fácil de reparar.

Desventajas:

1. La de producir caries. Esto es muy relativo pues en personas de buen aseo bucal, no tendrá porque suceder.
2. Pueden extraviarse.
3. Pueden ser movilizadores de las piezas soporte(cuando no son bien diseñados y compensados o recíprocadas las fuerzas que los ganchos ejercen).

Por ésta razón nos podemos dar cuenta que no es conveniente el uso de prótesis removibles unilaterales, porque no soportan el análisis ni mecánico, ni biológico y evidentemente no neutralizan las fuerzas transversales.

4. Indicaciones y Contraindicaciones de la Combinación de la Prótesis Parcial Fija y Removible, (Prótesis Parcial Fija-Removible).

Descripción:(9)

La prótesis fija-removible, consiste de una barra de subestructura que ésta rigidamente unida al empalme modelado(fig 1). La barra es específicamente designada y fabricada para el contorno del surco residual. UNA estructura que reemplaza a los dientes, uniendolos es fabricada y ajustada adecuadamente a la supraestructura(fig 2).



Fig.1. La barra de la subestructura esta fija al límite de los dientes para proporcionar soporte y estabilidad para la supraestructura.

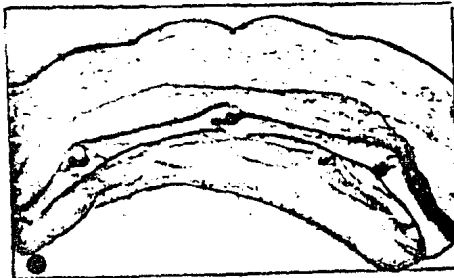


Fig.2. La parte inferior muestra lo amplio de las superficies de fricción y los pins retentivos, que penetran en los correspondientes contornos de la subestructura.

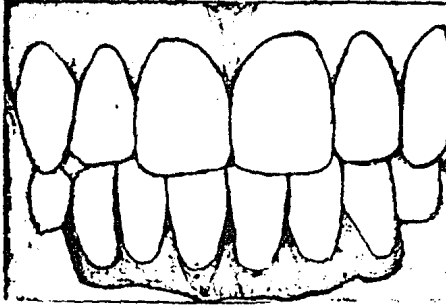


Fig.3. Los dientes reemplazados son colocados para lograr una función y estética óptimos y los contornos de tejido perdido son restaurados.

El arco irregularmente contorneado provee de retención excepcional y resistencia para la rotación de fuerzas para la supraestructura(fig 3).

Indicaciones:(8)

La dentadura parcial fija-removible, también conocida como el puente de Andrews, tiene un pónico ensamblado que es removido por el paciente para el mantenimiento preventivo.

Las indicaciones para ésta restauración son: Casos donde los empalmes son capaces de soportar una dentadura parcial fija pero el surco residual ha sido particularmente perdido debido a traumas en la dentición anterior, defectos congénitos u otros procesos patológicos así que una dentadura parcial fija no podría restaurarse adecuadamente a los dientes perdidos del paciente y soportar estructuras.

Contraindicaciones:

1. En pacientes con ocupaciones donde la prótesis pueda volverse disorde y floja que puede ser deglutida o aspirada por el paciente. Sin embargo con ajustes propios cada 2 o 3 años ésta posibilidad es remota.(8)

2. En pacientes con excedente longitud de espacio.

3. En limites inadecuados de soporte.(9)

5. Ventajas y Desventajas de la Prótesis Parcial Fija-Removible.

Ventajas:(9)

Las ventajas que tiene ésta prótesis ante una prótesis fija y removible son las siguientes:

1. Higiene Oral. La subestructura y la supraestructura permiten una higiene óptima del empalme de los dientes y del tejido adyacente.
2. La dentadura parcial fija-removible, es más estable porque está totalmente sostenida por los dientes y las fuerzas oclusales están más extendidas a lo largo de la extensión del empalme de los dientes.(8)
3. Alcance mínimo del tejido. Donde solo la perdida del contorno del surco residual ha ocurrido, el contacto del tejido y el alcance puede aproximarse a la dentadura parcial fija.
4. Durabilidad. La rotura y la reparación mayor han sido poco frecuentes.
5. Resultados estéticos. La amplia sección de dientes reemplazados y materiales restaurativos que pueden ser usados, permiten resultados de estética óptimos para ser obtenidos en pacientes en quienes existe deformidad considerable.
6. Facilidad de ajuste. La amplia fricción de áreas presentada por las superficies laterales de las partes semejantes permite una prótesis inherentemente estable para ser desarrollada.

Desventajas:(9)

1. Se podrían experimentar pequeñas dificultades en su fabricación.
2. La técnica de fabricación es realizada en mayor tiempo que la de ambas dentaduras parcial removible o dentaduras parcial fija convencional.

6. Características de la Prótesis Terapéutica y de la Prótesis Provisional.

Características de la Prótesis Terapéutica.

En éste trabajo trataremos a la prótesis terapéutica como toda aquella prótesis que de una terapéutica al paciente. Por lo tanto quedan incluidas en éste tipo; La prótesis fija, la prótesis removible, temporal, modificante y permanente.

La prótesis terapéutica es una prótesis bucal, diseñada y elaborada específicamente para llevar a cabo el plan de tratamiento.

Desempeña un papel tan importante no sólo en la prostodoncia, sino en cirugía y en parodoncia para la rehabilitación del paciente.

Entre sus características la prótesis terapéutica, no solo va a cumplir un objetivo inmediato sino a largo plazo, porque previene alteraciones o perturbaciones y rehabilita las funciones del aparato bucodental.

La prótesis terapéutica es usada en los siguientes motivos:(2)

1. Para establecer una nueva relación oclusal o dimensión vertical.

2. Para acondicionar los dientes y los tejidos del reborde para soportar mejor la prótesis que va a colocarse.
3. Tratamiento de síntomas de ATM.
4. Mantenedor de espacio entre las arcadas.
5. Mantenimiento de la dimensión vertical.
6. Obtención de espacio intermaxilar.
7. Como plantilla quirúrgica.
8. Como obturador temporal flexible.
9. Como férula periodontal.

Entre otras funciones.

Logrando ventajas como éstas al paciente:

1. Como protección en la zona tratada, para evitar infecciones y lograr una rápida cicatrización.
2. Proporciona un buen efecto estético.
3. Permite la restauración de las funciones orales tales como; La deglución, masticación y fonación.

Características de la Prótesis provisional.

"Las prótesis provisionales desempeñan un papel tan importante en la protodoncia que es difícil imaginar la especialidad sino se dispusiera de ellas"; Nos dice el Dr. Carlos Ripol(4) en su libro.

Es verdad son tan importantes al realizar una prótesis definitiva, ya que mientras se confecciona, las prótesis provisionales nos mantienen

protegidos a los dientes preparados y nos resuelve el problema de estética, fonética y de masticación, además el paciente se encuentra cómodo y se va acostumbrando al uso de la prótesis y cuando se coloque la definitiva, el paciente ya no tendrá problema para su uso.

Una buena restauración provisional debe satisfacer las siguientes características:(5)

1. Protección pulpar. Debe de estar fabricada con un material que evite la conducción de temperaturas extremas. Los márgenes deben de estar adaptados de modo que no haya filtraciones de saliva.
2. Estabilidad posicional. El diente ni debe de extruirse ni debe de emigrar en ninguna dirección. Cualquier movimiento requiere de ajustes o rectificaciones de la restauración final antes de su cementado.
3. Función oclusal. Haciendo que la restauración temporal tenga función oclusal, se beneficia el confort del paciente y se ayuda a prevenir migraciones.
4. Fácil limpieza. La restauración debe de estar hecha de un material y una forma que facilite la limpieza durante el tiempo en que va a ser llevada. Si los tejidos gingivales permanecen sanos el tiempo que el provisional es utilizado, probablemente no será éste un problema que surja después del cementado de la restauración final.
5. Márgenes no lesivos. Es de suma importancia que los bordes de las restauraciones provisionales no lesionen los tejidos gingivales. La inflamación resultante da lugar a hipertrófias, retracciones gingivales o por lo menos hemorragias, durante la cementación.

6. Solidez y retención. La restauración debe de resistir las fuerzas que actúan sobre ella sin romperse ni desprenderse. El tener que reemplazar un provisional consume tiempo y no mejora nuestras relaciones con el paciente. La restauración no debe de romperse al retirarla de modo que se vuelva a usar si fuera necesario.

7. Estética. La restauración provisional debe producir un buen efecto estético, especialmente en piezas anteriores y premolares superiores. Los provisionales pueden ser elaborados con técnica directa, indirecta o prefabricados.

Las prótesis provisionales tienen distintas características según el uso que se les dé en las arcadas.

Existen diversas formas de aplicación en conformidad con sus empleos. A continuación se enumeran las posibilidades de utilizar éstas prótesis en los arcos dentales.

1. En coronas individuales.
2. En coronas ferulizadas.
3. En puentes fijos reponiendo faltantes.
4. En soportes de ganchos de removibles.
5. En correcciones oclusales.

El uso que vaya a darse a las prótesis provisionales en las arcadas regirá la forma en que se elaboren en el laboratorio.

Los provisionales se elaboran con dos características en cuanto a las relaciones oclusales; A saber: Los que no modifican la oclusión y los que si la modifican (ésta información se dará con más detalle en el ca-

pítulo III).(4)

Las prótesis provisionales deben ser descartadas y reemplazadas por un tipo de elaboración permanente una vez que han llevado a cabo su función.

7. Comentarios.

Los conceptos mencionados deben ser tomados en cuenta como punto de partida para el mejor entendimiento de la prótesis y para el uso adecuado de cada una de ellas.

De la combinación de prótesis parcial fija y prótesis parcial removible.- Es importante mencionarla no sólo para su conocimiento y aplicación adecuada, sino para que se haga un análisis de sus características antes de ser elegida para el tratamiento.

La prótesis terapéutica, debe ser considerada importante para la elección del tratamiento y dependiendo de la necesidad y posibilidad del paciente; La prótesis terapéutica, puede ser fija, removible, temporal, modificante y permanente.

La prótesis provisional, también es importante en el tratamiento; Pero a diferencia de la prótesis terapéutica, la provisional al cumplir su función debe ser reemplazada por una definitiva.

8. Bibliografía.

Libros:

1. HENDERSON."PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE SEGUN Mc CRAKEN".
EDITORIAL MUNDI. CUARTA EDICION 1974.pps. 3,4,417-421.
2. MILLER L. ERNEST."PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE" EDITORIAL INTERA-
MERICANA. CUARTA EDICION 1980.pps. 283,288-290,337.
3. REBOSIO D. ADALBERTO."PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE". EDITORIAL
MUNDI. PRIMERA EDICION 1963.pps. 121,123,128,630-631.
4. RIPOL G. CARLOS."PROSTODONCIA". PROPIEDAD DE PROMOCION Y MER-
CADOTECNIA ODONTOLOGICA S.A. DE C.V. PRIMERA EDICION 1976. TOMO II.
pps. 2-4. TOMO III. pps. 2-4,93-96.
5. SHILLINGBURG/HOBO/WHITSETT."FUNDAMENTOS DE PROSTODONCIA FIJA".
EDITORIAL QUINTESENCE. EDICION ESPAÑOLA 1981. pps. 17,143,153,155,
161,163,656,657.

Tesis:

6. "PROTESIS FIJA Y REMOVIBLE EN REHABILITACION" UNAM 1979.
pps. 72-76.

7. "PROTESIS PARCIAL FIJA Y REMOVIBLE".UNAM 1981. pps. 6,7.

Revistas:

8. MUENINGHOFF/JHONSON. "FIXED/REMOVABLE PARTIAL DENTURE".
THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY. NOVEMBER 1982.VOLUMEN 48.
NUMERO 5 . pps. 547-549.

9. RHOADS. "THE FIXED/REMOVABLE PARTIAL DENTURE". THE JOURNAL OF
PROSTHETIC DENTISTRY. AUGUST 1982. VOLUMEN 48. NUMERO 2 .
pps. 112-129.

CAPITULO II PROTESIS TERAPEUTICA.

1. Definición.

La prótesis terapéutica, es una prótesis bucal utilizada para realizar la rehabilitación oral de los tejidos tanto óseos, como dentales y parodontales. Dependiendo del tratamiento elegido, la prótesis puede ser fija, removible, temporal, modificante y permanente; Siempre con la finalidad de devolver al paciente la función, estética y fonética perdidos.

2. Características Generales de la Prótesis Terapéutica.

Debido a la gran variedad de aparatos protésicos que existen; La elección de la prótesis puede ser un proceso muy complejo. Por ésto es indispensable un verdadero diagnóstico y pronóstico del caso; Logrando un conocimiento profundo del problema realizando un exámen clínico-radiográfico adecuado en función de lograr un aparato biológico y funcional y no un aparato puramente mecánico.

El uso de la prótesis terapéutica es indispensable en el tratamiento protésico donde se requiere. Y es necesario saber en que casos y sobre que condiciones debe utilizarse una prótesis de éste tipo, para lograr el éxito del tratamiento.

Hablaremos de los muchos casos en los que se elige una prótesis terapéutica por ejemplo:

1. En pacientes quienes sufrieron una resección mandibular.

2. En pacientes con límite severo de abertura mandibular.
3. En pacientes con paladar fisurado.
4. Como plantilla quirúrgica para dentaduras inmediatas.
5. En tratamiento de síntomas de ATM.

Entre otras funciones.

Las prótesis terapéuticas pueden ser utilizadas como férulas oclusales; En forma muy similar a las férulas oclusales colocadas o de resina empleadas sobre dientes naturales. Cuando el soporte dentario disponible es total, existe poca diferencia entre férulas oclusales fijas y removibles.

Las férulas fijas o removibles dentosoportadas tienen mucho en común.- Cualquiera de ellas puede ser eliminada seccionalmente, a medida que el tratamiento restaurador haya sido terminado.

Los pilares también se benefician por el uso de una prótesis terapéutica. Con frecuencia un diente que va a atomarse como pilar para una prótesis, a estado fuera de solución por algún tiempo, inmediatamente después de aplicar una carga oclusal, se producirá alguna intrusión del mismo: La relación oclusal de la prótesis como de los tejidos gingivales adyacentes será alterada. Cuando se usa una prótesis parcial terapéutica, esos pilares tendrán la oportunidad de estabilizarse bajo la carga de la restauración terapéutica y la intrusión se habrá producido antes de tomar la impresión para el modelo mayor. Los pilares y los tejidos de soporte son capaces de proporcionar un soporte continuo para la prótesis parcial definitiva, cuando han sido acondicionados previamente mediante el uso de una prótesis terapéutica.(1)

En el tratamiento de ATM: Cuando se sospecha que tiene su base etiológica relacionada con la disminución de la dimensión vertical, el nivel de oclusión puede ser modificado en forma experimental uniendo rodillos de oclusión y capas de resina acrílica al esqueleto metálico de la prótesis parcial

Como mantenedor de espacio entre las arcadas: Cuando se regulariza quirúrgicamente la tuberosidad con el fin de crear espacio para una prótesis removible, es necesario usar una prótesis parcial terapéutica para cubrir la zona intervenida.

Mantenimiento de la dimensión vertical de oclusión: Cuando se lleva a cabo un trabajo restaurativo extenso, la dimensión vertical de oclusión adecuada puede ser establecida con una prótesis temporal.

La obtención de espacio intermaxilar: En algunas ocsciones puede usarse la prótesis parcial terapéutica con plano de mordida con el fin de mover hacia adentro algunos dientes y al mismo tiempo permitir que otros emigren hacia adelante para recuperar el espacio necesario entre los procesos, así como mejorar la configuración del plano oclusal. Otro caso donde se usa la prótesis parcial terapéutica, es en la extrusión de los dientes superiores a punto de que hacen contacto con la zona desdentada del proceso inferior. En determinados casos, en pacientes jóvenes se usa la prótesis terapéutica y se obtiene el espacio necesario para permitir la colocación de la base de la prótesis en el proceso inferior.(2)

En el límite severo de abertura mandibular: Puede ser secuela de una cirugía y/o radiación de la cabeza y el cuello. En éste caso se usa el obturador temporal flexible, para restaurar las funciones orales; La de-

glución, masticación y fonación. Esta prótesis terapéutica es usada para obturar el defecto del paladar y consiste de una base de resina acrílica como acondicionador de tejidos.(13)

En paladar fisurado: Los pacientes con anomalías congénitas de paladar fisurado, son los que usan ésta prótesis que es un obturador horizontal que trata de cumplir la insuficiencia del velo del paladar funcionalmente cerrando el espacio que no pueden ocluir los tejidos móviles de la faringe, del paladar y de la base de la lengua.(14)

En deformaciones asociadas con mandibulectomía marginal y pérdida de vestíbulo: La necesidad de una prótesis terapéutica es indispensable ya que es notoria la desfiguración facial.

Dependiendo del sitio y de la extensión de la resección quirúrgica los defectos marginales de la mandíbula pueden incluir la porción anterior o posterior alcanzando el nivel del piso de la boca y con la obliteración del vestíbulo labial.

Los procedimientos correctivos intraorales secundarios son usualmente necesarios antes de que alguna prótesis pueda ser construída especialmente después del injerto óseo.(16)

En casos donde el surco anterior está colapsado o hay pérdida excesiva de tejido: Las causas pueden ser: Por extracciones que destruyan la zona labial del hueso, la enfermedad periodontal asociada con la pérdida severa del hueso. En estos casos se realiza una prótesis terapéutica fija o por injerto de submucosa.(12)

En casos donde el contorno ésta alterado significativamente, en la reducción de la prominencia ósea, torus o una tuberosidad. El uso de una

plantilla quirúrgica para la construcción de una dentadura parcial removible temporal, completa o inmediata es de considerable beneficio.(11)

En resecciones parciales o totales: El problema más común de éstos pacientes es la falta de estabilidad de la dentadura mandibular. Las resecciones interrumpen la continuidad mandibular y dan como resultado desviaciones y torsiones mandibulares que son evidentes tanto estética como oclusalmente. Por lo cual es necesario el uso de una prótesis terapéutica y una técnica adecuada de impresión y de oclusión balanceada y funcionalmente generada en posición céntrica y excéntrica que contribuye a la estabilidad de dentaduras.(10)

Debemos tener siempre en cuenta que la prótesis terapéutica debe estar diseñada y elaborada específicamente para ayudar a la realización del tratamiento.

1. Cuadro Sinóptico de la Prótesis Terapéutica.

En éste cuadro mencionaremos a la prótesis terapéutica, tanto ósea como dental y periodontal usadas en tratamientos bucales.

P. Terapéutica Osea	P. Terapéutica Dental	P. Terapéutica Periodontal
1. En paladar fisura surado.	1. En extracciones múltiples.	1. Acondicionador para soportar la prótesis que va a colocarse.
2. En torus palatino o lingual.	2. Mantenimiento de la dimensión vertical.	2. Férula periodontal.
3. En resecciones mandibulares parciales o totales.	3. Establecimiento de una nueva relación oclusal.	3. En surcos edéntulos colapsados.
4. En límite severo de abertura mandibular.	4. Tratamiento de síntomas de ATM por disminución de la dimensión vertical.	4. En pérdida de vestíbulo.
5. En deformaciones asociadas a mandibulectomía marginal.	5. En obtención de espacio intermaxilar.	5. En pérdida excesiva del surco residual.
6. En regularizaciones de procesos óseos.	6. Férula oclusal.	

3.1. Cuadro Sinóptico de la Prótesis Terapéutica, Clasificada en Prótesis Fija, Prótesis Removible, Temporal, Modificante y Permanente.

P.Terapéutica	P.T.Fija	P.T.Removible	P.T.Temporal	P.T.Modificante	P.T.Permanente
1.Paladar <u>fi</u> <u>surado.</u>		X	X		X
2.En torus <u>pa</u> <u>latino</u> ó - <u>lingual</u>		X	X		X
3.En reseccio <u>n</u> <u>es</u> <u>parcia</u> - <u>les</u> ó <u>tota</u> - <u>les</u>		X			X
4.En límite <u>se</u> <u>vero</u> de <u>aber</u> <u>tura</u> <u>mandibu</u> <u>lar.</u>		X	X		
5.En deformatio <u>n</u> <u>es</u> <u>asociadas</u> <u>con</u> <u>mandibu</u> - <u>lectomía</u> <u>mar</u> - <u>ginal.</u>		X			X
6.En regulariza <u>ci</u> <u>ón</u> de <u>proce</u> <u>sos.</u>		X			X
7.En <u>extraccio</u> - <u>nes</u> <u>múltiples</u>		X			X

P. Terapéutica	P, T. Fija	P, T. Remov.	P, T. Temp.	P, T. Mod.	P. T. per.
8. Manteni- miento de la dimen- sión ver- tical		X	X		
9. Estableci- miento de una nueva relación oclusal.		X	X	X	
10. Tratamien- to de sín- tomas de ATM.		X	X	X	
11. Obtención de espacio intermaxi- lar		X	X	X	
12. Férula oclusal	X	X	X	X	
13. Acondicio- nador para soportar - la prótesis que va a locarse		X	X		
14. Férula pe- ricentral.	X	X	X		

P.Terapéutica	P.T.Fija	P.T.Remov,	P.T.Temp,	P.T.Mod.	P.T.Per.
15.En surcos edéntulos colapsados	X				X
16.En pérdida de vestibulo.		X			X
17.En pérdida excesiva del surco resi - dual.	X	X			X

4. Indicaciones.

La prótesis terapéutica está indicada en los siguientes casos:

1. En pacientes con paladar fisurado.
2. En casos donde existe surco edéntulo colapsado.
3. En pacientes con resección mandibular parcial o total.
4. En pacientes con límite severo de abertura mandibular.
5. En pacientes con deformaciones asociadas con mandibulectomía marginal.
6. En pérdida de vestíbulo.
7. En extracciones múltiples.
8. En pacientes con torus palatino o lingual.
9. En regularización ósea.
10. En pérdida excesiva o daño al surco residual.
11. En tratamiento de síntomas de ATM relacionados con la disminución de la dimensión vertical.
12. Como plantilla quirúrgica para dentaduras inmediatas.
13. Como mantenedor de espacio entre las arcadas.
14. Como férula oclusal.
15. Como férula periodontal.
16. Como mantenedor de la dimensión vertical.
17. En obtención de espacio intermaxilar.

5. Contraindicaciones.

En la prótesis terapéutica encontramos las siguientes:

1. En pacientes que no estén capacitados para el uso de cualquier prótesis terapéutica.
2. En pacientes quienes han experimentado un trismus muy severo.
3. En pacientes en quienes sus ocupaciones pueden causar que la prótesis se vuelva disorde y floja.

• Este tipo de pacientes requieren de una prótesis de material flexible.

4. En casos en los que está indicada una prótesis fija o una removible convencional.

6. Ventajas de la Prótesis Terapéutica.

1. La limitación de la abertura mandibular puede ser reducida en poco tiempo.
2. Evita el hundimiento de la herida con la disminución resultante de la cantidad de espacio entre los procesos.
3. Da protección a la zona tratada para evitar infecciones e irritaciones y logra una rápida cicatrización.
4. Da mayor comodidad al paciente; Ya que disminuye la molestia y el dolor y da una apariencia agradable.
5. Devuelve la función, estética, fonética y deglución.
6. Beneficia a los dientes pilares.

7. Desventajas de la Prótesis Terapéutica.

1. En algunas ocasiones el paciente es incapaz de colocarse la prótesis terapéutica en la boca.
2. Causa angustia al paciente, porque limita el habla (en algunos casos) y afecta severamente los hábitos alimenticios.
3. El uso de la lengua para el control de la dentadura inferior es un problema serio.
4. El costo es elevado.
5. En algunos casos puede ser cambiada según el avance del tratamiento.
6. Su procedimiento de elaboración es más complejo que el de una prótesis convencional.
7. El número de citas es mayor.

8. Funciones de la Prótesis Terapéutica.

Las funciones orales como el habla, la masticación, la deglución y la estética. Vienen a devolver al paciente el valor psíquico-normal con la reposición inmediata de la prótesis.

Como sucede en las prótesis convencionales, también se rehabilitan las funciones. Pero en la prótesis terapéutica trataremos de interrelacionar la forma y función de las estructuras orofaciales.

9. Conceptos Generales de Elaboración de la Prótesis Terapéutica.

En éste punto hablaremos de una manera general de la elaboración de algunas de las prótesis terapéuticas mencionadas.

Ordenadas de acuerdo a la clasificación de prótesis terapéutica fija, removible, temporal, modificante y permanente.

1. Prótesis fija, removible y permanente.

Elaboración de una prótesis terapéutica, en casos de pérdida excesiva o daño en el surco residual.(8.9)

Como ya se mencionó en el capítulo anterior, la prótesis fija-removible, es la combinación de ambas prótesis. Consta de una barra de supraestructura y una barra de subestructura.

Elaboración de ambas barras.

a). Barra de la subestructura.

La barra de la subestructura es desarrollada en cera alrededor de la disposición de los pines de acero (fig.4). La barra es cortada a la dimensión adecuada para minimizar la pérdida de metal en el paso subsiguiente. Los bordes de la barra de cera de la subestructura pueden ser cortados paralelos a su eje con un mandril de corte conveniente sujetado al imprimador de

La espiga o modelando el brazo pulido del aparato.

La barra de cera es investida y fundida en aleación de oro de la dentadura parcial, los pins de acero inoxidable son mantenidos en el patrón de cera para ser removidos del modelo en un punto posterior en el procedimiento.

Después del vaciado la barra es reorientada dentro de una aleación con el sendero de inserción, uniendo al empalme y fundido por soldadura.

Los pins de acero inoxidable son removidos de la barra del modelo por golpecitos para aflojarlos y jalarlos hacia afuera con unas pinzas.

La subestructura ensamblada es regresada al modelo de trabajo y colocada sobre el aparato pulido y refinado de las superficies laterales (fig.5).

Estas superficies son pulidas paralelamente a cada uno con existencia provisional hecha para adecuar el grosor del metal en el área inmediata a los agujeros retentivos.

Las superficies paralelas pulidas son alisadas con polvo cilíndrico y las cubiertas finalizadas.

b). Barra de la supraestructura.

Los nuevos pins de acero inoxidable son insertados dentro de los agujeros retentivos en la barra de la subestructura (los pins pueden tener una luz friccional conveniente). El centro fijo para soportar los dientes reemplazados es depositado; Y un patrón de resina es aplicado en pequeños incrementos para la lubricación de la barra de la subestructura. Después de la capa inicial del patrón de resina que ha sido aplicado a la barra, los remanentes de la supraestructura son formados por el contorno designado con un patrón adicional de resina o cera incrustada (fig.6).

El patrón de la supraestructura es removido de la subestructura, es examinada por completo, es investida y vaciada en una aleación de oro apropiado.

Después de la fusión, los pins de acero inoxidable son removidos y el interior de la superficie de la fusión cuidadosamente finalizado con terminado cilíndrico cubierto para producir una fabricación exacta conveniente sobre la subestructura, los pins retentivos finales de material precioso son orientados y fundidos por soldadura.

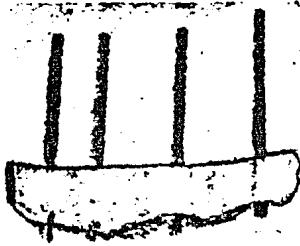


Fig.4. La barra es cortada a la dimensión aproximada. La barra de cera es investida y fundida en aleación de oro de la dentadura parcial, los pins de acero son mantenidos en el patrón de cera, estos son investidos y removidos del patrón después del procedimiento de fabricación.

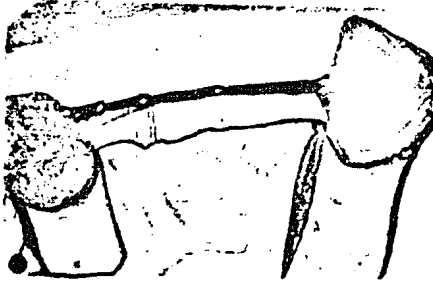


Fig. 5. La barra de subestructura ensamblada, es finalizada y altamente pulida para asegurar las uniones de las superficies lisas, para ser desarrollada la supraestructura.

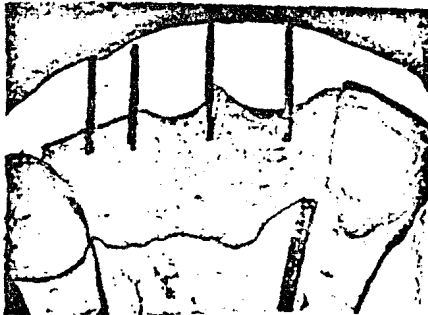


Fig. 6. La capa inicial del patrón de resina incrustada es aplicado para lubricar la subestructura. El resto de la supraestructura es construida para designar los contornos con un patrón adicional de resina ó cera.

Después del encerado final los dientes reemplazados son unidos a la supraestructura con una base de dentadura conveniente de resina acrílica para el contorno facial determinado(fig.7).

2. Prótesis removible temporal.

Elaboración de un obturador temporal flexible para pacientes con límite severo de abertura mandibular.(13)

Porque el paciente es incapaz de insertar el obturador quirúrgico, ésto es obvio que puede ser imposible para tomar una impresión en éste tiempo. Sin embargo el obturador quirúrgico, cuando el paciente no ésta capacitado para llevarlo más tiempo puede ser vaciado en piedra para hacer un modelo de trabajo.

El defecto sobre el modelo parcialmente obstruido con yeso parís, para de crecer la altura e incrementar la flexibilidad para el decrecimiento del grosor. El encerado consiste de dos placas base enceradas, con el contorno del lado quirúrgico simulando anatomía normal. El modelo es enfrascado y hervido fuera. Después el modelo es cubierto con separador y es rápidamente llenado con la resina acrílica. Luego de ser llevado y curado, el modelo es abierto y la prótesis es removida y arreglada con tijeras y con una piedra roja para resina acrílica(fig.8).

3. Prótesis removible temporal.

Elaboración de la plantilla quirúrgica para dentaduras inmediatas.(11)

Se realiza una impresión exacta de hidrocoloide, de los tejidos de la superficie de la dentadura; Para incluir la base completa, una cubeta con borde cerrado sirve como matriz del material de impresión. Se usa un vibrador mecánico y se vacía la resina acrílica clara dentro de la impresión de la dentadura y se coloca en baño de agua a presión durante 20 minutos. Se remueve la plantilla de curación de la impresión, se eliminan los excedentes de los bordes y se termina(fig.9).

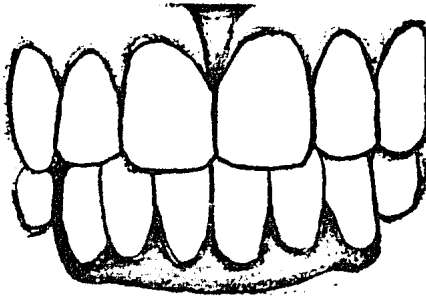


Fig.7. Los dientes reemplazados son sujetos a la supra_estructura para enmarcar con una dentadura de resi_ na acrílica adecuada.



Fig.8.A. Vista superior de la prótesis; B, Vista palatina de la prótesis.

4. Prótesis removible permanente.

Elaboración de una prótesis terapéutica para pacientes con resección mandibular parcial.(10)

En el paciente con resección mandibular, un material acondicionador de tejidos le permite al paciente funcionalmente moldear el borde de la dentadura y registrar los tejidos de soporte y circunvecinos simultáneamente. Los cortes muy bajos de la superficie del tejido de la dentadura son realizados de 1 a 2 mm de la base lingual a la cresta del reborde. El acondicionador de tejidos es aplicado consecutivamente en los bordes de la dentadura, a la superficie pulida en contacto con la dentadura. El paciente ocluye en relación céntrica y realiza movimientos funcionales de 5 a 10 minutos después de cada aplicación, al momento que la dentadura es retirada y el exceso de material eliminado para permitir la salida del excedente del material y adaptarse a la nueva prótesis, el paciente usa la dentadura durante 7 a 10 días antes del rebase.

Después del rebase son eliminadas con una piedra montada en forma de rueda las cúspides. La resina de acrílico autopolimerizable del color deseado es mezclada y colocada sobre las caras oclusales rebajadas. Los dientes antagonistas se lubrican y el paciente es guiado suavemente a la posición de relación céntrica a partir de la cual los movimientos excéntricos son hechos para crear una trayectoria funcionalmente generada, cuando la resina acrílica polimeriza, es moldeada al contorno del diente y la dentadura checada para que este libre de movimientos.

El paciente debe funcionar en posición céntrica y excéntrica sin interferencia(fig.10). Al paciente se le indica que no mastique por el lado afectado.

5. Prótesis removible permanente.

Elaboración de una prótesis terapéutica para pacientes con mandibulectomía marginal y pérdida de vestíbulo.(16)

Se toman unos modelos de estudio con hidrocoloide irreversible y se mon_

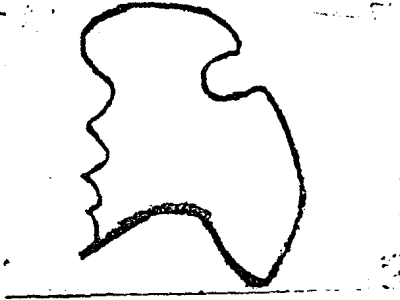


Fig.9. La plantilla quirúrgica clara requiere solamente de remover el exceso de resina acrílica y pulirla para terminarla.

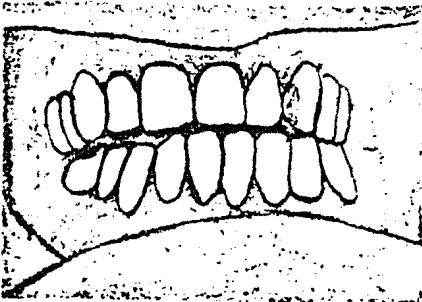


Fig.10. Oclusión balanceada.

tan en un articulador. Se realiza el diagnóstico de los modelos de evaluación, oclusión y estética, se verifica clínicamente. Se eligen unos dientes artificiales cortos y estrechos bucolingualmente. Se designa el armazón de la dentadura parcial removible, de acuerdo al modelo examinado y se designan los ganchos de "Adams" en los dientes remanentes y se hace la preparación de los descansos; Se designa el conector mayor del lado afectado, justo abajo de los dientes(fig.11).

Los dientes artificiales son entonces conectados con alguna sección de resina acrílica autopolimerizable; Alternativamente a los ganchos sobre el lado opuesto, para actuar como una base para una impresión de rebase. La prótesis es fácilmente adaptada en oclusión y una impresión funcional es realizada del lado afectado por la técnica de boca cerrada.

El músculo es arreglado con dos capas de modelina compuesta, teniendo cada una una diferente temperatura para derretirla. Después se completa con una impresión de cera. Algunas recomendaciones en la fase del tratamiento del músculo son también tratadas para los movimientos de apertura y cierre de la mandíbula. Por último el rebase de la prótesis es así curado y finalizado de una manera usual(fig.12).

10. Comentarios.

En éste capítulo se trató la definición, características, clasificación y elaboración de la prótesis terapéutica. Con la finalidad de que el odontólogo conozca o recuerde los conocimientos generales y los aplique en la elección de ésta prótesis, acorde con las necesidades del paciente.

Hay que recordar que la prótesis terapéutica es más compleja que una convencional, por lo cual su elaboración es difícil y delicada.

No olvidemos que algunas de las prótesis terapéuticas deben ser reemplazadas al cumplir su función.

El realizar un buen diagnóstico, pronóstico del caso y la aplicación correcta de los conocimientos, nos llevará al logro del éxito del tratamiento.

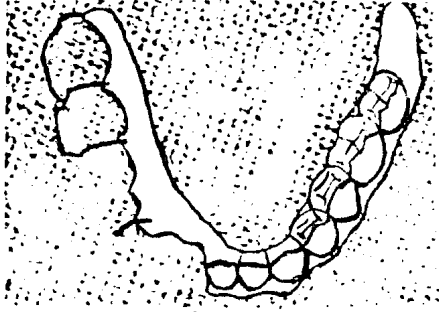


Fig.11. La prótesis es construída con dientes artificiales cortos y estrechos bucolingualmente, con ganchos de "Adams" y con resina acrílica autopolidizable.

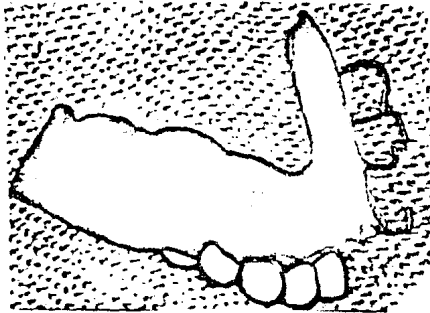


Fig.12. Se realiza el rebase de la prótesis y el músculo afectado es colocado en su posición normal.

11. Bibliografía.

Revistas:

10. CHANEY SHAUKAT. "DENTURE STABILITY FOR PARTIAL MANDIBULAR RESECTION PATIENTS". THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY. JANUARY 1983. VOLUMEN 49. pps. 77-79.
11. FARMER B. JHON. " SURGICAL TEMPLATE FABRICATION FOR IMMEDIATE DENTURES". THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY. APRIL 1983. VOLUMEN 49. NUMERO 4. pps. 579-580.
12. KALDAHL/TUSSING. "ACHIEVING AN ESTHETIC APPEARANCE WITH A FIXED PROSTHESIS BY SUBMUCOSAL GRAFTS". THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY. APRIL 1982. VOLUMEN 104. pps. 449-452.
13. LAUCIELLO/CASEY/DUANE. "FLEXIBLE TEMPORARY OBTURATORS FOR PATIENTS WITH SEVERELY LIMITED JAW OPENING". THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY. APRIL 1983. VOLUMEN 49. NUMERO 4. pps. 523-526.
14. MARTINEZ TOLEDO GERARDO Y TRIGOURA JORGE. "PROTESIS PARA PALADAR FISURADO: EL OBTURADOR DEL PALADAR DURO". REVISTA CUBANA DE ESTOMATOLOGIA. ENERO -ABRIL 1980. VOLUMEN 17. NUMERO 1. pps. 65-70.
15. PABELLO DIAZ EDUARDO. "TÉCNICA PARA MANUFACTURA DE PRÓTESIS". ODONTOLOGO MODERNO. FEBRERO-MARZO. pps. 9-18. 1980.
16. SHIFFMAN/LEPLEY. "PROSTHODONTIC MANAGEMENT OF POSTSURGICAL SOFT TISSUE DEFORMITIES ASSOCIATED WITH MARGINAL MANDIBULECTOMY. PART I LOSS OF THE VESTIBULE". THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY. AUGUST 1982. VOLUMEN 48. NUMERO 2. pps. 176-182.

CAPITULO III PROTESIS PROVISIONAL.

1. Características Generales de la Prótesis Provisional.

La prótesis provisional día con día aumenta su importancia en el tratamiento protésico. No porque su permanencia en la boca sea breve, hay que descuidar la correcta elaboración ya que - en algunos casos de éllas depende el resultado final.

Es importante mencionar lo que nos dice el Doctor Marxhors (19); En su artículo "Condicionamiento Psicológico a la Prótesis Dental". "La extracción de piezas dentales y la sustitución por - una prótesis bucal, puede provocar en algunos pacientes un estado de shock y descontento; Por lo cual el odontólogo tiene la - obligación de ayudar y confortar psicológicamente al paciente; en este sentido, la colocación de una prótesis provisional puede evitar éste período transitorio de permanecer desdentado, a la vez que ésto repercute favorablemente en el proceso de retracción del hueso alveolar".

Otro punto que hay que enmarcar es la sorpresa desagradable que es para el paciente el tallado de dientes pilares sobre todo si son sanos e íntegros.

Por otra parte las restauraciones provisionales deben cumplir - ciertos requisitos que son indispensables para el buen funcionamiento. (20)

1. Proteger a los tejidos tallados, aislandolos del medio bucal.
2. Proteger al muñon de posibles fracturas.
3. Proteger la pulpa: Para evitar la sensibilidad dolorosa ante los cambios térmicos.
4. Mantener las relaciones oclusales y las relaciones proximales, evitando el desplazamiento de los dientes tallados y de los vecinos antagonistas.
5. Conservar las relaciones gingivodentales evitando con ello inflamaciones e hipertrofias de la encia, retracciones gingivales y hemorragias.
6. Restablecer la función y la apariencia estética.
7. Eliminar cuanto antes prótesis desadaptadas ó mal diseñadas y por lo tanto lesivas.

8. Mantener el nivel logrado gingivectomía realizada para aumentar la corona clínica de un pilar.
9. Contribuir a estabilizar dientes con movilidad, permitiendo su mejor evaluación como futuros pilares.
10. Determinar mediante adiciones y desgastes la medida vertical oclusiva (mesial, vestibular y oclusal) tolerable y conveniente.
11. Facilitar la limpieza de la restauración.

Todo lo mencionado anteriormente, nos da un panorama general de la importancia que tiene una prótesis provisional en la boca del paciente tanto en el aspecto funcional como psicológico.

2. Indicaciones y Contraindicaciones de la Prótesis Provisional.

Indicaciones: (4)

1. En coronas individuales.
2. En coronas ferulizadas.
3. En puentes fijos reponiendo faltantes.
4. En soportes de ganchos removibles.
5. En prótesis fijas inmediatas.
6. En correcciones oclusales.

Contraindicaciones:

1. Cuando exista movilidad dentaria.
2. En trastornos parodontales.
3. En pérdida excesiva ó daño del surco residual.
4. En hipertrofias de la encía.

3. Elaboración de Provisionales.

La elaboración precisa y apropiada, los contornos correctos y la restauración provisional estéticamente aceptable son procedimientos importantes en la protodoncia fija. Estas restauraciones devuelven la función, estética y confort, mientras que la restauración final es fabricada ó la terapia adjunta es preformada.

Las prótesis provisionales tienen distintas características según el uso que se les da en las arcadas.

Existen diversas formas de aplicación en conformidad con su empleo. (20)

1. Coronas múltiples.
2. Coronas de puentes.
3. Coronas únicas.
4. Coronas de modificar la relación mesial, vestibular y oclusal.

Dependiendo del uso que se le vaya a dar a la prótesis provisional en las arcadas, regirá la forma en que se elaboren.

Los provisionales se elaboran de acuerdo a dos características en cuanto a las relaciones oclusales (4) a saber:

Las que no modifican la oclusión y las que sí la modifican.

A). Provisionales sin modificar la oclusión.

1. Coronas individuales, férulas, puentes que ocluyen con antagonistas. Cuando hay dientes naturales ó de prótesis, se articulan los modelos en oclusión dentaria, se montan en un articulador de bisagra y se preparan los provisionales haciendo oclusión contra las piezas antagonistas. Al intervenir en la arcada, rebajar cualquiera de las entidades y colocar el provisional, como éste tiene oclusión propia con piezas antagonistas, simplemente resta ajustarlo en la boca.
2. Cuando los provisionales ocupan ambos lados de las arcadas, superior e inferior. En éste caso será necesario tomar cuenta la programación de la intervención de la boca. Deberá saberse cuales dientes van a desgastarse inicialmente y se ordenará los provisionales de acuerdo con élllo. Si se rebaja primero el cuadrante inferior derecho y después el inferior izquierdo, deberán programarse inicialmente los provisionales inferiores en oposición a los antagonistas propios del paciente en oclusión dentaria.

B. Modificación de la oclusión céntrica.

1. Cuando se requiere modificar la oclusión dentaria, se tomará en cuenta, asimismo la elaboración de los provisionales según las intervenciones clínicas programadas. Si el operador lleva a cabo sus intervenciones por cuadrantes, deberá hacer un primer juego de provisionales, ordenados de la siguiente manera: Si se empieza el tratamiento en cuadrante específico, estos se realizarán contra los dientes propios antagonistas en oclusión dentaria de la misma forma que se ordenaron en el caso de provisionales sin modificar la oclusión.
2. Es preciso construir un segundo juego de provisionales, los cuales se harán en oclusión céntrica, simultáneamente, Una vez que en la arcada dentaria, en la que se está corrigiendo la oclusión, se hayan colocado los provisionales de acuerdo con las etapas que se realizaron las preparaciones, estos se reemplazan por el siguiente juego orientado en relación céntrica.

Las condiciones que debe reunir una corona provisional, quedan mejor cumplidas con una corona hecha a la medida. Por su facilidad, exactitud y protección pulgar, se prefiere la técnica indirecta a la directa. Pero en varios casos en el cual el paciente no dispone de mucho tiempo se elige la técnica directa.

Si se emplea ésta técnica, la restauración deber ser retirada del diente antes de la completa polimerización del acrílico ó bien, no podrá ser retirada de ninguna manera. Ya que el acrílico al polimerizar sufre una contracción del 7%. Y si el final de la polimerización se hace sin una forma que la soporte, habrá distorsiones y el ajuste estará lejos del ideal. (5)

3.1. Técnica Indirecta.

1. Elaboración de una restauración unitaria. (23)

Es el procedimiento de elección cuando existen apiñamientos u otras anomalías de posición o forma que se desean reproducir. Pueden presentarse dos variantes: Que la ó las piezas a tratar estén reproducidas con su anatomía completa ó que presente fracturas y cavidades cariosas, en cuyo caso será necesario reconstruirlas con cera ó cemento sobre el modelo antes

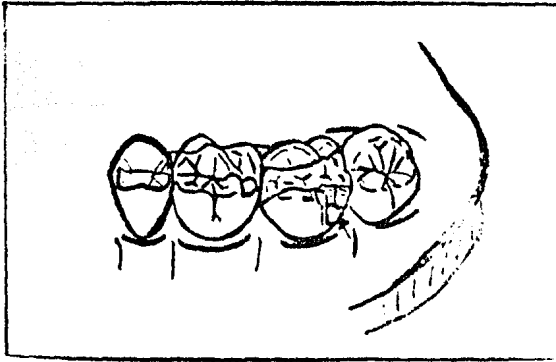


Fig. 13. Se reconstruye con cera ó cemento las piezas que presentan fracturas ó cavidades cariosas.

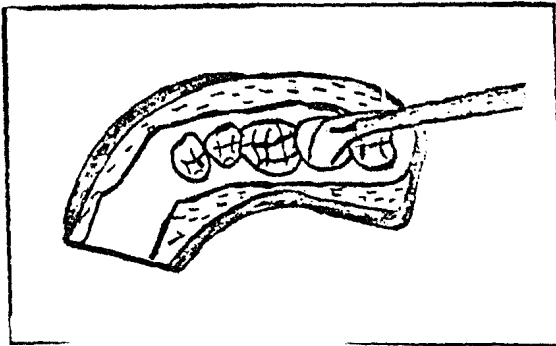


Fig. 14. La mezcla acrílica se coloca en el modelo.

de tomar la impresión del mismo (fig.13).

La toma de impresión se hace con alginato ó sílicona pesada, mojando el modelo previamente para que no se adhiera el material de impresión. Cualquiera de los dos materiales mencionados brindan la reproducción de detalles necesaria, pero es preferible la sílicona ya que no se fractura con tanta facilidad en los espacios interproximales y permite trabajar en forma interrumpida sin requerir cuidados especiales, dada su mayor estabilidad dimensional.

El tallado del modelo debe hacerse en forma discreta, que no supere nunca el tallado que se planea hacer posteriormente - en la boca, ya que de lo contrario al llevar luego el provisional a la preparación, no se podrá situar correctamente.

Una vez aislado el modelo, se coloca en la cavidad de la impresión que corresponde a la pieza a tratar, acrílico de color adecuado al tercio incisal u oclusal se lleva líquido y polvo alternadamente para evitar que queden atrapadas burbujas de aire; Luego se completa la cantidad necesaria con una masa de acrílico más espesa (fig.14).

Se coloca la impresión conteniendo el acrílico en esta de plástico en el modelo, verificando su correcta posición, retirándola y reinsertándola repetidamente durante la polimerización (fig.15).

Finalizada ésta, se retira el provisional de la impresión, se recorta y pule, quedando listo para su posterior rebasado en la boca (fig.16).

2. Elaboración de un puente provisional de acrílico.(5)

Quando hay que hacer un puente, se encera un diente en el espacio adéntulo (fig.17).

Para que no haya socavados al hacer la sobreimpresión, se llenan con cera todos los espacios interdentarios.

Con éste propósito se pueden usar dientes de resina prefabricados que se ajusten al espacio adéntulo del modelo de estudio. Todos los otros pasos son iguales a los que se siguen para elaborar una restauración provisional unitaria.

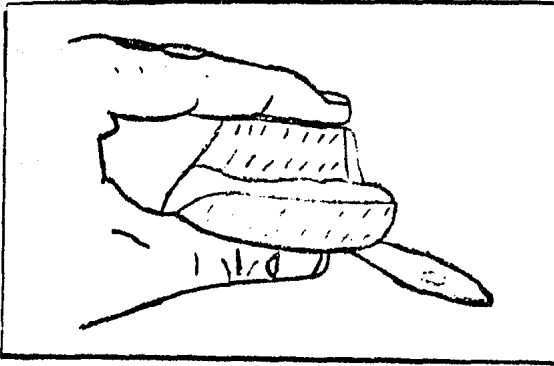


Fig. 15. Se coloca la impresión conteniendo el acrílico plástico en el modelo

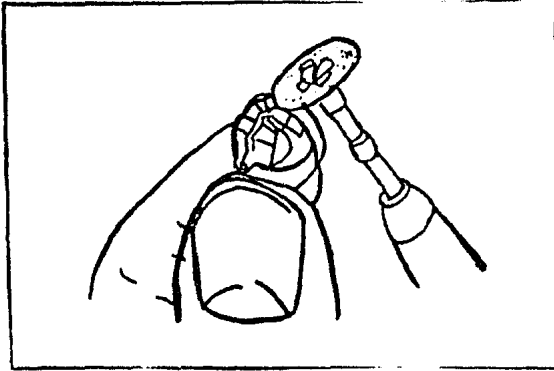


Fig. 16. Finalizada la polimerización se retira el provisional de la impresión, se recorta y se pule.

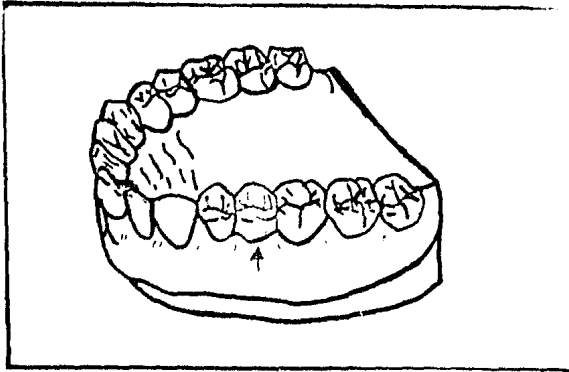


Fig. 17. Al realizar un puente de acrílico, se encera un diente en el espacio edéntulo.



Fig. 18. Durante el recortado se abren con un disco de carburo los espacios interdentarios del pónico.

Durante el recortado se abren, con disco de carburo los espacios interdentarios (fig.18), por mesial y distal del p \acute{o} ntico.

En éste momento tambi \acute{e} n se elimina la configuraci \acute{o} n en silla de montar que se le di \acute{o} al p \acute{o} ntico al prepararlo para la sobreimpresi \acute{o} n.

Lo m \acute{a} s adecuado en el sector anterior es disponer de coronas o puentes preparados previamente en el laboratorio. Adem \acute{a} s se usan las coronas prefabricadas.

Nos brindan resultados muy satisfactorios el precedimiento del - que hablaremos a continuaci \acute{o} n. (20)

Se selecciona un diente prefabricado de resina. Se prepara para transformarlo en una carilla, eliminando la proci \acute{o} n lingual ahuecandolo con un disco de carburo; Se adapta la carilla resultante al mu \acute{o} ñon dentario para que se ajuste. Se mezcla en un vasito el acrilico autopolimerizable (fig.19), colocando un par de gotas - en la zona lingual ahuecada de la carilla (previamente se deposita mon \acute{o} mero en ésta zona de la carilla, una sola gota, facilitar la uni \acute{o} n con el acrilico autopolimerizable). Con una esp \acute{a} tula se aplica la mezcla de acrilico sobre el mu \acute{o} ñon previamente lubricado (ver fig.14).

Se aplica y se adapta la carilla con el acrilico autopolimerizable, sobre el mu \acute{o} ñon, y con una esp \acute{a} tula curva se agrega y adapta acrilico por lingual. Se hace ocluir para conformar la parte de lingual de la corona, mientras polimeriza el acrilico, el conjunto se retira y se reinserta alternativamente del mu \acute{o} ñon (fig.20) para evitar los inconvenientes de la polimerizaci \acute{o} n (aumento de la temperatura y contracci \acute{o} n de la masa), finalmente se eliminan los excesos, se corrige la oclusi \acute{o} n y se pulen los bordes.

3. Corona met \acute{a} lica an \acute{a} t \acute{o} mica preformada (5).

Debe tenerse en cuenta la posibilidad que brindan los metales en la construcci \acute{o} n de restauraciones provisionales; Las ventajas de las restauraciones provisionales coladas radican en una mejor - adaptaci \acute{o} n gingival y en el modelado oclusal, creado para el caso individual.

Una de las mejores indicaciones de las coronas met \acute{a} licas preformadas es la emerg \acute{e} ncia que se presenta cuando se fractura una c $\acute{a$ spide.

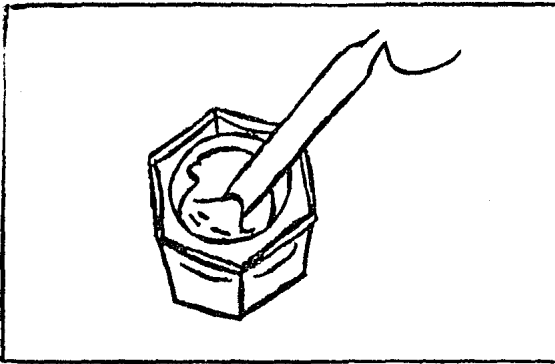


Fig. 19. Se mezcla el acrílico autopolimizable en un godete.

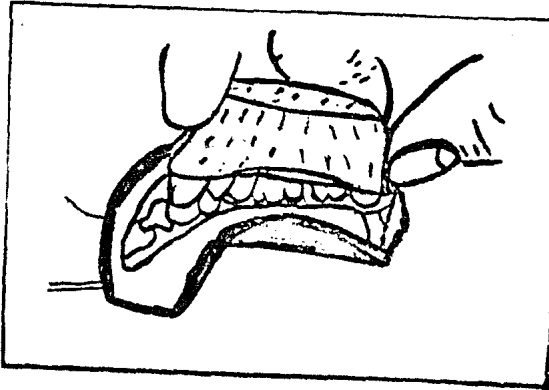


Fig. 20. Mientras polimeriza el acrílico el conjunto se retira y se reinserta alternativamente del muñon.

Con las coronas metálicas se puede proporcionar al paciente un recubrimiento provisional que le proteja el diente fracturado y que prevenga la irritación de la lengua y de las mucosas.

El procedimiento consiste en:

La preparación mínima del diente; El diente ha de ser tallado mínimamente, para hacer sitio para la corona. Se empieza por la reducción oclusal siguiendo los planos inclinados de la cara oclusal (fig.21). La profundidad será de 1.5. mm en los funcionales.

Para completar la reducción oclusal, se talla un bisel en la cúspide funcional (vertiente exterior a la cúspide lingual en un molar superior), de 1.5. mm de profundidad.

Se hace la suficiente reducción proximal para que pase la corona. Si hay amalgamas y zonas careadas se eliminan.

La corona se prueba en el molar, se realizan los ajustes necesarios y se evalúa su longitud oclusogingival. Y si es necesario se recorta el exceso estimado de margen gingival. Las rebabas y todas las irregularidades se alisan con un disco de papel de lija. Con unas alicatas de contornear se abomba un poco la corona algo por debajo del borde (fig.22).

Se comprueba la oclusión con un papel de articular (fig.23).

Se retira la corona y se bruñan todos los puntos que están en hiperoclusión. Ya que se han corregido todos los puntos altos y la corona ésta lista, se cementa (fig.24).

3.2. Técnica Directa. (23)

1. Técnica de la impresión previa al tallado.

El procedimiento a partir de una impresión de la pieza a restaurar previa al tallado, es el más utilizado cuando se trata de reconstrucciones múltiples y de férulas.

Las etapas de ésta técnica son las mismas que se describieron sobre el modelo, salvo cuando se trata de dientes depulpados, en los que se lleva el conducto preparado un perno metálico - revestido de acrílico en esta plástico inmediatamente antes de colocar en posición la impresión.

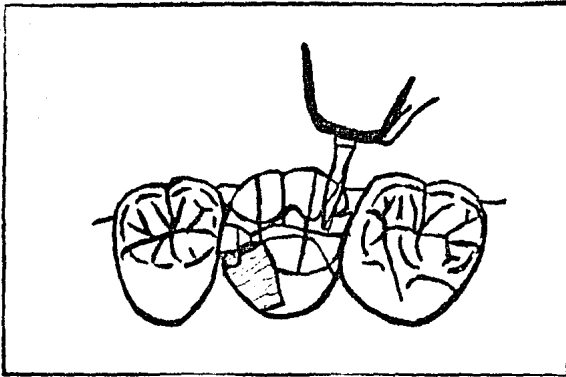


Fig. 21 El diente debe ser tallado mínimamente para hacer la corona.

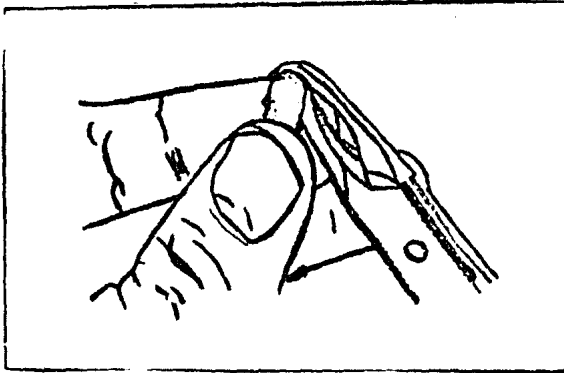


Fig. 22. Con unos alicates de contornear se abomba un poco la corona por debajo del borde.

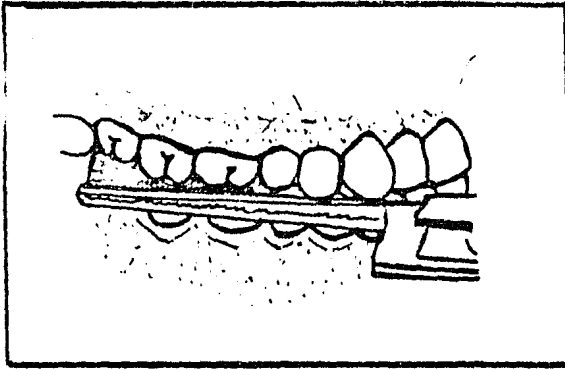


Fig. 23. Se comprueba la oclusión con un papel de articular.

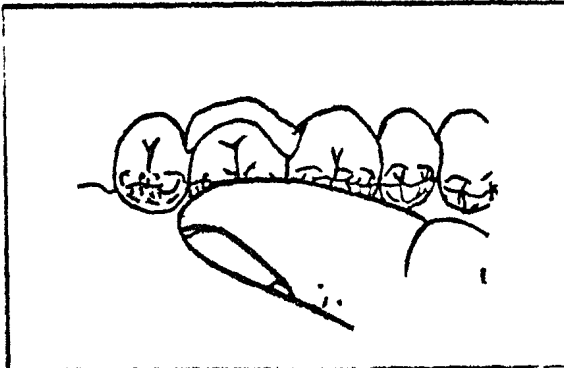


Fig. 24. La corona se cementa y se elimina el excedente.

2. Provisionales elaborados con dientes prefabricados.

En caso de utilizar el frente de un diente prefabricado, se recorta el mismo dejando irregularidades en la superficie interna para facilitar la retención del acrílico que se agrega posteriormente. Dicho agregado se hace desde palatino con un obturador de gutapercha, cuidando abarcar bien las zonas proximales, mientras con la mano libre se mantiene el frente en posición en la boca. Finalmente, se verifica el ajuste gingival y de la oclusión previo a su cementado.

3. Coronas anteriores de policarbonato.

Se selecciona la adecuada en forma, tamaño y luego de finalizada la preparación dentaria, se recorta convenientemente para lograr el ajuste gingival. Se aísla remamente dentario y se llena el interior de la corona con acrílico de color indicado, llevándolo en forma de líquido y polvo para evitar la formación de burbujas.

La polimerización final no debe ocurrir en boca, dado que la reacción exotérmica es molesta para el paciente y en el caso de que sea un diente vital se atentaría contra la salud pulpar; Por otra parte la contracción que sufre el acrílico al polimerizar puede dificultar el retiro de la restauración.

4. Colocación de los Provisionales. (20)

Depende de varios factores: Objetivos del provisional; Tiempo a permanecer en la boca; Oclusión del paciente.

En algunos casos, no los más frecuentes, no bastaran los cementos temporales y deberá emplearse cemento de fosfato de zinc, pero lo habitual es el uso de cementos que permitan reitar con facilidad la prótesis provisional. Durante años se ha usado el óxido de zinc y eugenol ó cemento quirúrgico, que unas propiedades adhesivas a la acción sedante del eugenol sobre la pulpa, tan oportuna en dientes sometidos a rápido e intenso tallado, Tiene sin embargo algunos inconvenientes:

- a). El eugenol ataca severamente al acrílico, alterando su coloración y la solidez de la corona. Este inconveniente puede ser atenuado pincelando el interior de la corona provisional con esmalte transparente para uñas antes de su fijación.
- b). Es tarea dificultosa limpiar el interior de la corona de la mezcla ya fraguada, para volver a cementar en la sesión siguiente. Debe hacerse con fresas, desvirtuando con ello la forma y adaptación de la corona, inconveniente que no puede corregirse con rebasados porque el acrílico no polimeriza en ella impregnada por el eugenol.
- c). La capa de zinc y eugenol es gruesa y resulta perjudicial para la encía, inflamandola notoriamente. Desventaja realmente seria es sí los provisionales permanecen mucho tiempo, porque pueden modificar de manera irreversible la relación de la encía con el muñón preparado.

Por los inconvenientes mencionados, se prefiere fijar la prótesis provisional con pasta zinquenólica, que no ataca tan seriamente al acrílico; Es más fácil de reitar del interior de la corona entre sesiones y finalmente, forma una capa delgada que no altera la encía que mantiene su estado de salud y sus normales relaciones con el muñón preparado.

5. Conservación de los Provisionales. (4)

Es aconsejable reitar los provisionales en un máximo de ocho días de su instalación y en caso de que se vuelvan a colocar para volverlos a cementar. La observación de los tejidos al quitar los permite comprobar la estabilidad de las relaciones. Los tejidos deben permanecer queratinizados y sin inflamación.

Cuando se ha realizado un raspado al preparar la línea de terminación, este lapso de tiempo favorece la reepitelización del surco gingival.

Sí el tejido parece estar inflamado, se necesita recontornear las prótesis provisionales hasta que el surco gingival y la encía recupera su normalidad.

Las prótesis provisionales correctas ayudan a la recuperación del tejido gingival cuando éste ha sido raspado ó lesionado al momento de realizar la preparación en la toma de impresión.

Asimismo mantienen estables los tejidos evitando que se proliferen ó se invaginen y consecuentemente, no permitan que éstos se pongan en contacto con la preparación.

Los provisionales rigen las condiciones favorables para el retorno de la salud, siempre que reúnan todas las características de terminación, pulido y contorno perfecto.

6. Comentarios.

En éste capítulo se hablo de la importancia que tienen las prótesis provisionales como parte del tratamiento protético. Ya que en algunos casos de ellas depende el resultado final.

Dichas prótesis tienen efectos psicológicos, que ayudan y confortan al paciente.

Las prótesis provisionales ayudan a mantener en esta saludable - la boca del paciente. Pero para lograr ésto es indispensable la elaboración, colocación y conservación adecuada de las mismas.

7. Bibliografía.

Revistas:

17. GLICKMAN GERALD. " AN IMMEDIATE ACID-ETCHED PROVISIONAL FIXED PARTIAL DENTURE".THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY, JANUARY 1983. VOLUMEN 49. NUMERO 2,pp.137.
18. LA BARRE E. EUGENE. "FABRICATION OF SEPARATE ADJACENT PROVI - SIONAL RESTORATIONS" THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY, MAY 1983. VOLUMEN 49. NUMERO 5.pps. 631-632.
19. MARXHORS A. "CONDICIONAMIENTO PSICOLOGICO A LA PROTESIS DEN - TAL ". REVISTA ESPAÑOLA DE ESTOMATOLOGIA. TOMO XXVII 1979, NUMERO 4. pp. 283.
20. NEGRO T. ALFREDO . "CORONAS Y PUENTES PROVISIONALES" .REVISTA ESPAÑOLA DE ESTOMATOLOGIA. TOMO XXIV 1976. NUMERO 3.pps,233-236
21. "PROVISIONAL BRIDGE MADE FROM POLYCARBONATE CROWNS". DENTAL ABSTRAC.MAY 1980. COLUMEN 25,NUMERO 5.pp. 248.
22. SHELL TECHNIQUE FOR PROVISIONAL CROWNS, FIXED PARTIAL DENTURES" DENTAL ABSTRAC. FEBRUARY 1982. VOLUMEN 27. NUMERO 2, pps,87-88
23. TURELL FERNANDEZ JULIO. "RESTAURACIONES PROVISIONALES, TECNI - CAS DE CONFECCION". REVISTA ESPAÑOLA DE ESTOMATOLOGIA, TOMO -- XXVII 1979. NUMERO 5.pps. 337-342.

CAPITULO IV IATROGENIAS.

1. Definición.

Iatrogenia: Es el estado anormal provocado por el doctor, ya sea por negligencia, tratamiento inapropiado ó como prueba diagnóstica ó terapéutica. (4)

El panorama de la prostodoncia se nos presenta cada vez más atractivo para la seguridad en la bondad de nuestros resultados. Continuamente presenciamos los fracasos de la improvisación y de actuar a la ligera. (34)

Es muy posible que, los trabajos que realizamos en la boca de los pacientes, los estemos convirtiendo de pequeños problemas que eran en un principio en situaciones complejas. O sea, en lugar de darles solución al padecimiento ligero, estamos provocando en la boca una situación de mayor gravedad. En ése momento, por no ajustarse en sentido estricto a la fisiología de la boca, se está creando una alteración que con el tiempo desembocará en la destrucción de la boca y órganos anexos. (32)

Las fallas que se obtienen como resultado de la elección de un diseño incorrecto, de una fabricación defectuosa ó una selección inadecuada de materiales en la construcción de una prótesis, son causas de los errores en el diagnóstico.

La solución para evitar las iatrogenias es primeramente, realizar un buen diagnóstico por medio de los elementos necesarios para lograrlo. Continuando con adquirir una disciplina de estudio, afición a la investigación, necesidad de entrenamiento y tener en cuenta la responsabilidad de ser odontólogo. Por otra parte comenzar a ver la boca no como un conjunto de dientes que nos van a producir cierta remuneración sino como a un sistema, que si se simplifica, se reduce a dientes, músculos, huesos, nervios y aparato de sostén.

Si seguimos estos puntos al pie de la letra, lograremos la disminución y porque no, la desaparición de las iatrogenias que perjudican al paciente.

2. Iatrogenias en Prótesis Fija.

Sin indispensables la elección de pilares, las preparaciones cavitarias, las relaciones oclusales, los contornos, los contactos interproximales y márgenes lisos apropiados. Hay que proteger toda la preparación para no dejar espacios expues - tos en el margen gingival, pues el tejido de granulación y - el exudado de la encia tiende a llenar tales espacios y -- crear problemas como son el de impedir la adaptación perfec - ta de la restauración definitiva.

- a). Restauraciones ó aparatos inadecuados. Las restauracio - nes inadecuadas cerca del borde cervical ó en el actuan como irritantes de los tejidos gingivales e induciendo - de ésta manera a la gigivitis. Los margenes desbordantes de restauraciones proximales, la falta de pulimiento y - tersura en sus superficies irritan directamente a la en - cia además de fomentar la acumulación de residuos alimen - tarios y microorganismos que añaden otra agresión a es - tos tejidos. También las restauraciones mal contorneadas producen irritación gingival al causar acunamiento de - alimentos y excursiones anormales de la comida contra la encia durante la masticación.
- b). Contronno de las superficies linguales y bucales. Un error cometido por el dentista al momento de construir las res - tauraciones y con frecuencia provoca problemas gingiva - les, es el exceso periferico de la mayoría de las restau - raciones de reconstrucción completa de las coronas denta - rias. En restauraciones, por ejemplo, de oro y porcelana fundida se debe quitar al menos 1.5 mm de tejido denta - rio de la cara vestibular para obtener el espacio adecua - do.

La restauración final no debe ser mayor que el diente - original.

Las superficies bucales y linguales creadas por las coronas han de tener contorno preciso para proteger al borde gingival y las papilas interdientarias. Porque si tienen un tamaño excesivo ó forma inadecuada pueden causar lesiones al paradonto.

- c). Anatomía coronaria inadecuada. Las restauraciones que invaden el espacio interdentario aprisionando la papila alternan su morfología y suelen provocar gingivitis y con frecuencia la encía se hipertrofia.

Las superficies interproximales de las coronas deben alejarse de la zona de contacto labial hacia vestibular, lingual y apical. Además las zonas de contacto proximal excesivamente anchas y el contorno inadecuado en la región cervical comprimen y en algunos casos desalojan las papilas interproximales en vez de protegerlas.

- d). Anatomía oclusal deficiente. El diseño incorrecto de la cara oclusal favorece la impactación de alimentos, especialmente si es inadecuado el contorno de las crestas marginales, cuya función consiste en dirigir el alimento esto es apartarlo del área interproximal y empujarlo hacia la superficie oclusal triturante para impedir la impactación interproximal de alimentos.

- e). Retención de cemento. El cemento dental retenido en el surco gingival, actúa simultáneamente como agente irritante mecánico y químico; Además su porosidad proporciona excelente refugio a los microorganismos.

- f). Material restaurador. Los materiales que se utilizan en las labores de reconstrucción deben poseer características específicas y cumplir con determinados aspectos a saber: Función, adaptación, conservación y protección. El paradonto siempre debe recibir los beneficios que ellos puedan darle, pero no así causarle alteración.

- g). Selección de pilares. La resistencia biológica de los pilares está dada en primer término por su propia resistencia y en segundo, por el apoyo óseo, la salud del paradonto y la densidad del terreno. Por consiguiente si -

se encuentra alterado alguno de éstos factores, será causa del fracaso de la prótesis.

- h). Preparaciones cavitarias. El tipo de preparación cavitaria a realizar en un pilar está supeditada en gran parte al grado de salud de la corona clínica del mismo. Si el pilar tiene pulpa sana, hay que tratar dentro de lo posible de conservarla en éste estado. Si durante la preparación, el tallado se hace muy profundo ó si mientras se construye el puente la preparación no se protege de manera adecuada, el resultado será una lesión pulpar permanente insuficiente para soportar la restauración. Otro tanto puede acontecer sino se eliminan cuidadosamente de existir, las zonas cariosas y no se protege la pieza dentaria de los cambios térmicos.

Si durante la preparación cavitaria se daña el surco gingival ó si la restauración se insinúa más allá de éste límite de manera permanente ó no se cuida de restaurar en ella los puntos ó zonas de contacto ni los bordes marginales ni las prominencias vestibular y lingual protectoras de los márgenes gingivales se producirían inflamaciones que pueden llegar a ser en los últimos casos,

3. Iatrogenias en Prótesis Removible.

Las prótesis removibles implican un profundo conocimiento del tejido vivo, tanto sano como enfermo. Con demasiada frecuencia, el odontólogo tiende a pensar solo en las funciones mecánicas en la construcción de la prótesis, más que en los aspectos biológicos de los tejidos que han de preservar y mantener en buen estado. (14).

Las prótesis removibles constituyen una de las causas más frecuentes de cuerpos extraños en el esófago. El accidente sobreviene generalmente en ancianos durante el sueño, pero también han sido observados en anestesia general, en comas y embriaguez.

Generalmente se observa un período inicial de permanencia de

la prótesis en el esófago, caracterizado por disfagia, regurgitaciones, tos y dolores (sin embargo, estos síntomas pueden faltar en caso de embriaguez); Síndrome infeccioso ó una hematemésis. Pero tales manifestaciones pueden ser descritas y prolongarse durante varios meses. Las complicaciones infecciosas consisten en absceso esofágico, perforación, con enfisema torácico. Son también posibles fistulas esofago-traqueales y perforaciones de grandes vasos.

Cuando el accidente tiene menos de 48 horas, la extracción de la prótesis por vía esofagoscópica es casi siempre posible, pero puede originarse desgarros. A partir del segundo día la prótesis se enclava progresivamente en las paredes esofágicas. En tal caso la extracción puede ser quirúrgica.

(30)

Diseño de la Protésis Removible.

Es menester conocer el valor periodontal y que no cause su propia destrucción.

1). Retenedores. Son los ganchos que deben diseñarse de modo que sean pasivos, que no ejerzan presión sobre los dientes pilares cuando la dentadura está en reposo.

La torsión y la tensión sobre los dientes pueden ser llevados a un mínimo si se usa alambre delgado por vestibular, si se aumenta la longitud de los brazos del retenedor y si se reduce su diámetro.

Si el gancho es demasiado rígido ó está distorsionado puede provocar dolor dental.

También es importante mencionar que no se deben colocar los ganchos en restauraciones defectuosas ó presenta pronóstico periodontal desfavorable.

2). Apoyos oclusales. Se deben diseñar de manera que orienten las fuerzas en el eje vertical del diente, sin penetrar a la dentina. Para ésto el apoyo se aloja en un nicho que se diseña en forma de cuchara en el diente pilar

su piso debe tener una inclinación tal que ese punto más profundo se dirija hacia el eje vertical del diente. Esto también se logrará si se extienden los apoyos oclusales más allá de la zona central de la cara oclusal en los premolares, ó cubriendo la superficie oclusal correspondiente a una de las raíces de los molares.

Los apoyos sobre las superficies linguales de dientes -- anteriores tienden a abrirse por acción de las fuerzas oclusales y se produce el hundimiento de la prótesis, a esto sigue la introducción de los ganchos vestibular y lingual del gancho en la encía y la profundización de la barra conectora en la mucosa lingual, aparición de bolsas y denudación de las raíces.

El dolor dental es otra de las molestias causadas por -- descansos oclusales que interfieren con el cierre normal en relación céntrica. La interferencia puede ser tan ligera que el paciente no se da cuenta pero el traumatismo repetido sobre el diente varias horas tiene el efecto -- acumulativo de hacer que el diente duela al morder.

Las prótesis que se encajan mal pueden ejercer un efecto excesivo de palanca y de rotación sobre los dientes soporte y por tanto sobre su aparato de fijación producen lesiones traumáticas.

Traumatismos Protéticos.

La mucosa bucal está sometida a una variedad de lesiones como resultado del uso de prótesis dentales. Se manifiestan específicamente como:

- 1). Ulcera traumática
- 2). Inflamación generalizada
- 3). Hiperplasia inflamatoria
- 4). Hiperplasia papilar del paladar
- 5). Palatitis protética
- 6). Síndrome inicial protético

- 1). **Úlcera traumática.** Existen dos tipos fundamentales de úlceras traumáticas producidas por el uso de la prótesis. Una de ellas es la laceración de la mucosa causada por presión de un borde de la prótesis: La segunda consiste en la abrasión del tejido causado por el ligero movimiento de fricción de la prótesis contra el tejido durante dicha fricción. Tratamiento: Consiste en la corrección de la causa subyacente; Desgaste de flancos, eliminación de pequeños secuestros ó alivio a zonas altas. Una vez hecho esto, la úlcera suele cicatrizar con rapidez.
- 2). **Inflamación generalizada.** Esta inflamación es provocada por la prótesis mal ajustada e inadecuada, que provocan irritación en la zona donde están colocadas y se producen inflamaciones que pueden llegar a ser crónicas. En algunos casos se originan infecciones por candida albicans, aunque no es común observar las típicas zonas blancas del muguet. La mucosa subyacente a la dentadura se torna muy roja, hinchada, lisa ó granular y dolorosa. Con frecuencia se observan focos múltiples de hiperemia por lo general en el maxilar. Tratamiento: Confección de nuevos aparatos ó rebasado con acondicionador de tejidos, junto con nistatina.
- 3). **Hiperplasia inflamatoria.** Una de las reacciones más comunes en las prótesis mal adaptadas es la hiperplasia del tejido que ésta en contacto con los bordes del aparato. Esta hiperplasia de mucosa bucal no se limita a ésta localización, sino se genera en muchas zonas donde hay algún tipo de irritación crónica, como en encía, mucosa vestibular y comisuras bucales. La hiperplasia fibrosa inflamatoria generada por traumatismo protético se caracteriza por formación de agrandamientos llamados de tejido en la zona del pliegue mucovestibular a los cuales se adapta el flanco de la prótesis.

Tratamiento: Es necesario eliminar por cirugía y confeccionar nuevas prótesis ó rebasar las viejas para dar buena retención.

- 4) . Hiperplasia papilar del paladar. Es una lesión rara que -- afecta la mucosa del paladar, coincide con prótesis mal -- adaptadas que permiten la irritación por fricción y con un mal estado de higiene bucal.

La lesión se compone de numerosas proyecciones papilares - rojas y edematosas, dispuestas muy cerca una de la otra, - que abarca casi la totalidad del paladar duro y le dan aspecto verrucoso.

Tratamiento: Excisión quirúrgica de la lesión antes de la confección de una nueva prótesis devolverá a la boca su - estado normal.

- 5). Palatitis protética. Se trata de la reacción de la mucosa del paladar a la instalación de la prótesis mucosoportada, sean parciales ó completas de acrílico ó metálicas y que - se manifiestan en toda la superficie de apoyo.

Comienza con una inflamación que se hace crónica. En una - primera etapa se observa un puntilleo rojo más intenso y - que no sangra generalmente.

Tratamiento: Consiste en modificar el estado general, es - decir hacer desaparecer las causas predisponentes además - del reemplazo ó rebasado de la prótesis.

- 6), Síndrome inicial protéctico. La causa más frecuente del do - lor es el traumatismo irritativo de las prótesis, hábitos higienicos deficientes, en los que además, puede desarro - llarse una moniliasis que origina dolor.

En ocasiones se registran modificaciones en la sensibili - dad, por lo común dolor, debido a las alteraciones circula - torias que provoca la compresión de la mucosa por acción - de llamado galvanismo (diferencia de potenciales eléctri - cos entre diferentes metales de una prótesis y/o obturacio - nes dentarias) y alergia al material con el que se confec - ciona la prótesis especialmente el acrílico.

4. Iatrogenias en Prótesis Terapéutica.

Las primeras causas de iatrogenias podrian ser la falta de conocimientos y la habilidad del odontólogo, para realizar este tipo de prótesis.

Las iatrogenias que se pueden mencionar son:

1. Falta de compatibilidad con el medio ambiente oral circundante.
2. La ineficiencia de la restauración para lograr la masticación eficiente dentro de los límites.
3. Desarmonía de las funciones de habla, respiración y deglución.
4. Estética desagradable.
5. La no preservación del remanente de tejido duro y suave de soporte.

Claro es que éstas iatrogenias son causa de elaboración incorrecta, falta de indicaciones postprotéticas, para el uso correcto de las prótesis terapéuticas y habilidad del paciente.

5. Iatrogenias en Prótesis Provisional.

Los efectos de la mala temporización suelen descubrirse -- cuando se retira la restauración provisional. Una encía -- retraída y una encía gingival sin punteado, no son sino -- dos de los resultados indeseables que pueden producirse. Las prótesis provisionales como las definitivas deben tener el contorno y forma adecuada para que protejan los tejidos gingivales y el tallado de los dientes debe realizarse de manera que no interfiera desfavorablemente en las -- habituales actividades del paciente.

Con cierta frecuencia observamos que por no realizar el tallado de los dientes pilares y la elaboración correcta de los provisionales. Cuando se coloca ésta prótesis resulta que no hace contacto con el borde cervical y para proteger ésta parte expuesta se coloca cemento, Causando incomodidades tanto estéticas como dolorosas al paciente; Al retirar la prótesis nos encontramos con hemorragias, inflamaciones de la encía que impide continuar con el tratamiento.

Estas lesiones pueden evitarse ó reducirse al mínimo, si le damos la importancia que les corresponde cumpliendo con sus requisitos de elaboración de la mejor manera posible.

6. Comentarios.

Se mencionaron las iatrogenias más frecuentes que se producen al realizar alguna de las prótesis enunciadas. Y se enfatizaron las causas de éstas como la falta de un buen diagnóstico, el diseño y elaboración inadecuados.

También se habló de la manera en que influyen estos errores en la salud del paciente y la manera de evitarlos para un mejor servicio odontológico.

7. Bibliografía,

Libros:

24. GRINSPAN DAVID. "ENFERMEDADES DE LA BOCA". EDITORIAL MUNDI PRIMERA EDICION 1973.TOMO II,pps, 803-812.
25. MORRIS L. ALVIN. "LAS ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS EN LA PRACTICA GENERAL" , EDITORIAL LABOR, TERCERA EDICION 1978 pp.617.
26. SHAFER G. WILLIAMS. "TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL", EDITORIAL INTERAMERICANA. PRIMERA EDICION 1977. pps. 503-509,719-720.
27. THOMA. "PATOLOGIA ORAL", EDITORIAL SALVAT,PRIMERA EDICION 1973. pp. 437.
28. TYLMAN/MALONR. "TEORIA Y PRACTICA DE LA PROSTODONCIA FIJA", EDITORIAL INTER-MEDICA. SEPTIMA EDICION 1981,pps.701-702.
29. WINKLER SHELDON. "COMPLETE DENTURE PROSTHODONTICS", EDITORIAL W.B. SAUNDERS COMPANY 1979,pp.520.

Revistas:

30. GIGNOUX/TESTART."PROTESIS DENTALES ENCLAVADAS EN EL ESOFAGO-TORACICO". REVISTA ESPAÑOLA DE ESTOMATOLOGIA. TOMO XXVII 1979 Número 4,pp.284.
31. JACOBS L. "INGESTION OF PARTIAL DENTURE", THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY, NOVEMBER 1980. VOLUMEN 1.01 .pp.801.

32. PINTO E. FERNANDO, "FRACASOS EN LA SELECCION INDEBIDA DE PI
LARES Y EN LAS PPREPARACIONES CAVITARIAS CON FINALIDAD PRO-
TETICA", REVISTA ESPAÑOLA DE ESTOMATOLOGIA, SEPTIEMBRE-OCTUU
BRE 1964. TOMO XII, NUMERO 5. pps. 425-430.
33. "PREVENTION OF PROBLEMS WITH REMOVABLE PARTIAL DENTURES",
THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY, JUNE 1980, VOLUMEN 100
pps. 919-921.
34. "PROSTODONCIA PARCIAL REMOVIBLE", ACADEMIA NACIONAL DE ESTO
MATOLOGIA, JUNIO 1964, VOLUMEN 2, NUMERO 1. pps. 23-24.
35. SCHWARTZ/WHITSETT, "ANALISIS DE LOS FRACASOS EN PROTESIS FIJA",
pps. 442-443.
36. TRATSCHINSKI ANTONIO, "LA ODONTOLOGIA ES CRIMINAL", ODONTOLO
GO MODERNO, OCTUBRE 1977. pps. 8-15.

RESULTADOS

Duante la realización de éste trabajo se observó:

1. Que la prótesis terapéutica como la provisional juegan un papel importante para mantener la salud del paciente; Siempre y cuando la elección y elaboración sea la correcta.
2. Los conceptos y características de cada una de las prótesis son punto de partida para lograr un conocimiento más profundo de ellas y la aplicación de éste conocimiento en el paciente para la realización de un exámen clínico-radiográfico, para lograr un aparato biológico, funcional y no un aparato puramente mecánico.
3. La prótesis terapéutica no trata de ver al paciente como un conjunto de "dientes", sino como un sistema que incluye hueso, dientes, tejidos de sòsten y nervios. Por ésta razón se ha dividido en prótesis terapéutica ósea, dental y periodontal.
4. El objeto de clasificar la prótesis terapéutica en: Prótesis fija,removible,temporal,modificante y permanente, es para saber que de acuerdo al caso que presente el paciente y el tratamiento elegido se podrá determinar que tipo de prótesis se usará. Por ejemplo en el caso de un paciente con paladar fisurado, el tipo de prótesis será: Una prótesis terapéutica removible permanente.
5. La prótesis terapéutica es más compleja que una convencional, por lo cual su elaboración es difícil y delicada.
6. La prótesis provisional debe ser adecuada en contorno, forma y tamaño. para que proteja los tejidos gingivales y el talado debe realizarse de manera que no se traumatizen los tejidos y que no cause molestias al paciente.

7. El cementado de una prótesis provisional debe lograrse con un cemento que no ataque al acrílico, en éste caso se recomienda la pasta zinquenónica para lograrlo. Ya que no ataca tan seriamente al acrílico a diferencia del eugenol, ya que altera su coloración y la sólidez de la corona entre otros inconvenientes.
8. Los errores en el diagnóstico, se enfatizan en el diseño y elaboración incorrecta, además de una fabricación defectuosa y una selección inadecuada de materiales en la construcción de una prótesis.
9. Las prótesis removibles constituyen una de las causas más frecuentes de cuerpos extraños en el esófago. Estos accidentes se presentan más comunmente en ancianos durante el sueño, en anestesia general y embriaguez.
10. El uso de una prótesis parcial removible inadecuada o mal conformada son causas de traumatismos como; Ulcera traumática, inflamación generalizada, hiperplasia inflamatoria, etc.
11. La falta de conocimientos y una mala elaboración pueden causar alteraciones bucales que el paciente no presentaba, o sea en lugar de darle solución al padecimiento ligero, estamos provocando en la boca una situación de mayor gravedad, que con el tiempo desembocará en la destrucción de la boca y órganos anexos.
12. Así mismo la actualización de técnicas y materiales adecuados para la elaboración de prótesis, deben de ser constantes en el odontólogo, para adquirir una disciplina de estudio e investigación y necesidad de entrenamiento, aunado a ésto las necesidades del paciente, y el análisis de las técnicas de elección y elaboración adecuadas a los conocimientos y la realización de un buen diagnóstico. Seguro es llegar al logro del tratamiento.

CONCLUSIONES

1. La elección y elaboración correcta de la prótesis terapéutica y provisional, son elementos indispensables para el logro del tratamiento protésico.
2. Para la elección correcta de una prótesis tanto fija, removible, terapéutica y provisional, es necesario conocer sus indicaciones, contraindicaciones, ventajas y desventajas para realizar el análisis que de acuerdo a sus características cumplan con las necesidades del paciente.
3. Los odontólogos deben conocer lo que es una prótesis terapéutica, su elaboración y los casos en los cuales el paciente necesite de ellas. Se puede lograr que ésta prótesis sea utilizada de una manera más usual y correcta en el tratamiento protético.
4. La prótesis terapéutica puede ser fija, removible, temporal, modificante y permanente, de acuerdo con el caso y el tratamiento a realizar en el paciente.
5. Las prótesis provisionales tienen importancia en el éxito del tratamiento final.
6. Las prótesis provisionales deben ser agradables y cómodas para el paciente, ya que tienen efectos psicológicos que lo ayudan y lo confortan.
7. Las prótesis provisionales ayudan a mantener en estado saludable la boca del paciente. Pero para lograrlo es necesario la elaboración, colocación y conservación adecuada de los mismos.
8. Las iatrogenias son causa de un mal diseño, elaboración incorrecta y falta de conocimientos.

9. Las iatrogenias causan molestias, incomodidad e influyen de una manera general en la salud del paciente, ya que se pueden provocar problemas que el paciente no presentaba a su llegada.

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

Que éste trabajo de tesis no quede sólo como un material de apoyo, sino que sea un punto de partida para investigaciones subsecuentes de prótesis terapéutica.

Que se profundize más sobre el tema de prótesis terapéutica en el nivel de enseñanza superior.

Aunado a esto, que se tome en consideración como tratamiento en las clínicas correspondientes y a un costo menor.

Que los odontólogos tomen cuenta lo importante que es ser "profesionalista", y que traten de lograr que los trabajos que realicen estén basados en un buen diagnóstico y conocimiento del caso, para reducir ó porque no desaparecer las iatrogenias de la práctica diaria.

BIBLIOGRAFIA

1. HENDERSON. "PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE SEGUN Mc CRAKEN". EDITORIAL MUNDI. CUARTA EDICION 1974. pps.3,4,417-421.
2. MILLER L. ERNEST. "PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE". EDITORIAL INTERAMERICANA. CUARTA EDICION 1980. pps. 283,288,289,290, 337.
3. REBOSIO D. ADALBERTO. "PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE". EDITORIAL MUNDI. PRIMERA EDICION 1963. pps. 121,123,128,630-631.
4. RIPOL G. CARLOS. "PROSTODONCIA". PROPIEDAD DE PROMOCION Y MERCADOTECNIA ODONTOLOGICA S.A. DE A.V. PRIMERA EDICION 1976. TOMO III. pps. 2-4. TOMO II. pps. 2-4,93-96.
5. SHILLINGBURG/HOBO/WHITSETT. "FUNDAMENTOS DE PROSTODONCIA FIJA". EDITORIAL QUINTESSENCE. EDICION ESPAÑOLA 1981. pps. 17, 143,153,155,161,163,656,657.
6. TESIS. "PROTESIS FIJA Y REMOVIBLE EN REHABILITACION". UNAM 1979. pps. 72-76.
7. TESIS. "PROTESIS PARCIAL FIJA Y REMOVIBLE". UNAM 1981. pps.5,7.
8. MUENINGHOFF/JOHSON. "FIXED-REMOVABLE PARTIAL DENTURE". THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY. NOVEMBER 1982. VOLUMEN 48. NUMERO 5. pps. 547-549.
9. RHOADS. "THE FIXED-REMOVABLE PARTIAL DENTURE". THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY. AUGUST 1982. VOLUMEN 48. NUMERO 2. pps. 112-119.
10. CHANEY SHAWKAT. "DENTURE STABILITY FOR PARTIAL MANDIBULAR RESECTED PATIENTS". THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY. JANUARY 1983. VOLUMEN 49. NUMERO 1. pps. 77-79.

11. FARMER B. JHON. "SURGICAL TEMPLATE FABRICATION FOR IMMEDIATE DENTURES". THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY. APRIL 1983. VOLUMEN 49. NUMERO 4. pps. 579-580.
12. KALDAHL/TUSSING. "ACHIEVING AN ESTHETIC APPEARANCE WITH A FIXED PROSTHESIS BY SUBMUCOSAL GRAFTS". THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY. APRIL 1982. VOLUMEN 104. pps. 449-452.
13. LAUCIELLO/CASEY/DUANE. "FLEXIBLE TEMPORARY OBTURATORS FOR PATIENTS WITH SEVERELY LIMITED JAW OPENING". THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY. APRIL 1983. VOLUMEN 49. NUMERO 4. pps. 525-526.
14. MARTINEZ TOLEDO GERARDO Y TRIGOURA JORGE. "PROTESIS PARA PALADAR FISURADO: EL OBTURADOR DEL PALADAR DURO". REVISTA CUBANA DE ESTOMATOLOGIA. ENERO-ABRIL 1980. VOLUMEN 17. NUMERO 1. pps. 65-70.
15. PABELLO DIAZ EDUARDO. "TECNICA PARA MANUFACTURAS DE PROTESIS". ODONTOLOGO MODERNO. FEBRERO-MARZO 1980. pps. 9-18.
16. SHIFFMAN-LEPLEY. "PROSTHODONTIC MANAGEMENT OF POSTSURGICAL SOFTS TISSUE DEFORMITIES ASSOCIATED WITH MARGINAL MANDIBULAR LECTOMY. PART I: LOSS OF THE VESTIBULE". THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY. AUNSET 1982. VOLUMEN 48. NUMERO 2. pps. 178-182.
17. GLICKMAN GERALD. "AN IMMEDIATE ACID-ETCHED PROVISIONAL FIXED PARTIAL DENTURE". THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY. JANUARY 1983. VOLUMEN 49. NUMERO 1. pp. 137.
18. LA BARRA E. EUGENE. "FABRICATION OF SEPARATE ADJACENT PROVISIONAL RESTORATIONS". THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY. MAY 1981. VOLUMEN 49. NUMERO 5. pps. 631-632.

19. MARXHORS A. "CONDICIONAMIENTO PSICOLOGICO A LA PROTESIS DENTAL".
REVISTA ESPAÑOLA DE ESTOMATOLOGIA. TOMO XXVII 1979. NUMERO 4.
pps. 283.
20. NEGRO T. ALFREDO. "CORONAS Y PUENTES PROVISIONALES". REVISTA
ESPAÑOLA DE ESTOMATOLOGIA. TOMO XXIV 1976. NUMERO 3. pps. 233-236.
21. "PROVISIONAL BRIDGE MADE FROM POLYCARBONATE CROWNS". DENTAL
ABSTRAC. MAY 1980. VOLUMEN 25. NUMERO 5. pp. 248.
22. "SHELL TECHNIQUE FOR PROVISIONAL CROWNS, FIXED PARTIAL DENTURES".
DENTAL ABSTRAC. FEBRUARY 1982. VOLUMEN 27. NUMERO 2. pps. 87-88.
23. TURELL FERNANDEZ JULIO. "RESTAURACIONES PROVISIONALES. TECNICAS
DE CONFECCION". REVISTA ESPAÑOLA DE ESTOMATOLOGIA. TOMO XXVII
1979. NUMERO 5. pps. 337-342.
24. GRINSPAN DAVID. "ENFERMEDADES DE LA BOCA". EDITORIAL MUNDI.
PRIMERA EDICION 1973. TOMO II. pps. 803-812.
25. MORRIS L. ALVIN. "LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA PRAC_
TICA GENERAL". EDITORIAL LABOR. TERCERA EDICION 1978. pps 617.
26. SHAFER G. WILLIAMS. "TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL". EDITORIAL
INTERAMERICANA. PRIMERA EDICION 1977. pps. 503-509, 719-720.
27. THOMA "PATOLOGIA ORAL". EDITORIAL SALVAT. PRIMERA EDICION 1973.
pp. 437.
28. TYLMAN/MALONE. "TEORIA Y PRACTICA DE LA PROSTODONCIA FIJA".
EDITORIAL INTER-MEDICA. SEPTIMA EDICION 1981. pps. 701-702.
19. WINKLER SHELDON. "COMPLETE DENTURE PROSTHODONTICS". EDITORIAL
W.B.SAUNDERS COMPANY 1979. pp. 500.

30. GIGNOUX/TESTART. "PROTESIS DENTALES ENCLAVADAS EN EL ESOFAGO TORACICO". REVISTA ESPAÑOLA DE ESTOMATOLOGIA. TOMO XXVII 1979. NUMERO 4. pp.284.
31. JACOBS L. "INGESTION OF PARTIAL DENTURE". THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY. NOVEMBER 1980. VOLUMEN 101. pp. 801.
32. PINTO E. FERNANDO. "FRACASOS EN LA SELECCIÓN INDEBIDA DE PILARES Y EN LAS PREPARACIONES CAVITARIAS CON FINALIDAD PROTETICA". REVISTA ESPAÑOLA DE ESTOMATOLOGIA. SEPTIEMBRE-OCTUBRE 1964. TOMO XII. NUMERO 5. pps. 425-430.
33. "PREVENTION OF PROBLEMS WITH REMOVABLE PARTIAL DENTURES". THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY. JUNE 1980. VOLUMEN 100. pps. 919-921.
34. "PROSTODONCIA PARACIAL REMOVIBLE". ACADEMIA NACIONAL DE ESTOMATOLOGIA. JUNIO 1964. VOLUMEN 2. NUMERO 1. pps. 23-24.
35. SCHWATZ/WHITSETT. "ANALISIS DE LOS FRACASOS EN PROTESIS FIJA". REVISTA ESPAÑOLA DE ESTOMATOLOGIA. TOMO XXII 1979. NUMERO 6. pps. 442-443.
36. TRATSCHINSKI ANTONIO. "LA ODONTOLOGIA ES CRIMINAL". ODONTOLOGO MODERNO. OCTUBRE 1977. pps. 8-15.