

13
29j



Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela Nacional de Estudios Profesionales
"ZARAGOZA"

CARRERA DE: CIRUJANO DENTISTA

Analisis Crítico de Protesis Simplificada
en la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza

T E S I S

Que para Obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

Presentan

FRANCISCO BARONA VELAZQUEZ

SILVIA TOLEDO HERNANDEZ

Asesor: Dr. Germán Vallin Lugo



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 N D I C E

ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
E.N.E.P. ZARAGOZA

	Pag.
PROCOLO	
FUNDAMENTACION DEL TEMA.....	I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	II
HIPOTESIS DEL TRABAJO.....	II
OBJETIVOS.....	II
MATERIAL Y METODO.....	III
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	VI
BIBLIOGRAFIA PRELIMINAR.....	VII

A) ANTECEDENTES.....	1-7
----------------------	-----

CAPITULO I

DIAGNOSTICO

1.1- HISTORIA CLINICA.....	8-13
1.2- RADIOGRAFIAS.....	14-15
1.3- MODELOS DE ESTUDIO.....	16-17
1.4- OCLUSION.....	18-19
1.5- PARODONTO.....	20-22
1.6- ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.....	23-27

CAPITULO II

GENERALIDADES.....	28-46
11.1- INDICACIONES.....	47
11.2- CONTRAINDICACIONES.....	48
11.3- VENTAJAS.....	49
11.4- DESVENTAJAS.....	50
11.5- ESTETICA.....	51-52

CAPITULO III

TECNICA CLINICA

111.1- INSTRUMENTAL Y MATERIAL CLINICOS.....	53
111.2- DIENTES PILARES.....	54

	Pag.
111.3- PRINCIPIOS DE TALLADO.....	55-62
111.4- PREPARACION DE DIENTES EN PROTESIS SIMPLIFICADA.....	63-64
111.4.1- TERMINACION CERVICAL DE LA PREPARACION.....	64-67
111.4.2- PREPARACION EN DIENTES ANTERIORES.....	67-74
111.4.3- PREPARACION EN DIENTES POSTERIORES.....	74-79
111.5- RETRACCION GINGIVAL.....	80-82
111.6- TOMA DE IMPRESION.....	83-85
111.7- PROVISIONALES.....	86-96

CAPITULO IV

TECNICA DE LABORATORIO

IV.1- INSTRUMENTAL Y MATERIAL DE LABORATORIO.....	97-100
IV.2- ARTICULACION DE MODELOS.....	101-102
IV.3- TECNICA DE ELABORACION DE LA PROTESIS SIMPLIFICADA.....	103-115
IV.4- RECORTE Y PULIDO DE LA PROTESIS SIMPLIFICADA.....	116-118

CAPITULO V

COLOCACION DE LA PROTESIS SIMPLIFICADA

V.1- PRUEBA DE LA PROTESIS.....	119-121
V.2- REBASE DE LA PROTESIS.....	122
V.3- CEMENTACION.....	123-124

**B) INVESTIGACION DIAGNOSTICA SOBRE PROTESIS FIJA CONVENCIONAL Y
PROTESIS SIMPLIFICADA.**

	Pág
B-1 METODOLOGIA.....	125-127
B-2 PRESENTACION DE RESULTADOS.....	128-145
B-3 DISCUSION DE RESULTADOS.....	146-147
B-4 CONCLUSIONES.....	148-151
B-5 PROPUESTAS Y/O ALTERNATIVAS.....	152
 BIBLIOGRAFIA GENERAL.....	 153-157

PHOTOCOIL

AREA ESPECIFICA DEL PROYECTO: PROSTODONCIA FIJA
CLINICA INTEGRAL

FUNDAMENTACION DEL TEMA:

El interés en desarrollar éste tema, ha sido la inquietud personal que en el transcurso de nuestros estudios profesionales ha despertado la prótesis fija, dentro de ésta la Prótesis Simplificada, la cual siendo un tratamiento innovador acorde con el pensamiento del sistema modular que se lleva en la E.N. E.P. Zaragoza no se le da la debida importancia ya que carece de bases científicas (Investigación) para que sea tomada en cuenta.

Con lo antes dicho sólo nos cuestionamos una pregunta de índole profesional, ¿ Si la Prótesis Simplificada no tiene fundamentos científicos como es - que está implantada en los planes de estudio de la carrera de Odontología ?

Otro aspecto por el que también se trata éste tema, es la motivación hacia la investigación de nuevas formas de solventar necesidades en beneficio - de la población a la que se le brinda un servicio; un servicio con el cual se pueda disminuir la gran problemática en lo que se refiere a la rehabilitación protésica dental, pues, muchos son los espacios edéntulos que presentan los - pacientes , los cuales necesitan una restauración protésica que les ayude a - evitar alteraciones dentales mayores, y, a recuperar la fisiología normal de su aparato estomatognático.

Al plantearles ésta necesidad a los pacientes, se pudo investigar que pocos son los que pueden costear éste tipo de tratamiento. Estos refieren limitaciones que les hace imposible conseguir el tratamiento por situaciones que les afectan en su vida diaria, como son: Situaciones económicas, Problemas - sociales, laborales, etc.

Por ésta razón es lógico pensar metas ó soluciones propias a la situación existente, las cuales logren conseguir la atención restauradora del paciente en un mínimo de costo y con una buena calidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿ La prótesis Simplificada es un tratamiento válido para la problemática actual, con lo que respecta a las necesidades del paciente que asiste a la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza, y si ésta posee variantes de simplificación en cuanto a la preparación, elaboración, recursos necesarios y colocación en el paciente ?

HIPOTESIS:

La prótesis Simplificada, posee variantes de simplificación, y, es una alternativa de solución para las necesidades actuales del paciente.

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la utilización de la prótesis Simplificada en los tratamientos Odontológicos de la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Comparar y diferenciar la metodología de elaboración entre prótesis fija Definitiva y la prótesis Simplificada.
- Proporcionar la metodología y técnica adecuadas para la colocación de la prótesis Simplificada.
- " Ampliar " la información de prótesis Simplificada en los planes de estudio de Odontología de la E.N.E.P. Zaragoza.

MATERIAL

Recursos Humanos;

- 1.- Odontólogos
- 2.- Asistentes
- 3.- Tecnicos de Laboratorio
- 4.- Personas que requieran el servicio

EQUIPO:

- 1.- Equipos dentales
- 2.- Motor de baja velocidad, motor para pulido, estufa y mallas

MATERIALES:

- 1.- Dientes de acrílico prefabricados
- 2.- Acrílicos de autocurado y termocurado en toda la gama de colores
- 3.- Cementos elásticos
- 4.- Hidróxido de calcio
- 5.- Alginatos, Hules y Silicones
- 6.- Yesos, Ceras
- 7.- Separadores de acrílico

INSTRUMENTOS:

- 1.- Paquete básico
- 2.- Jeringa
- 3.- Fresas
- 4.- Portaimpresiones
- 5.- Espátula de Leocrón
- 6.- Espátula para cemento
- 7.- Fresones
- 8.- Piedras montadas
- 9.- Godetes de vidrio

M E T O D O

1) Criterios de Selección: Bibliográfico

Revisión de libros de 10 años a la fecha, Revistas Científicas (Inglés-Español). Historias Clínicas e información aportados por la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza.

Fuentes de Información: A.D.M., U.A.H., C.I.C.H., C.I.E.R.O., Archivo Clínica M. Zaragoza.

2) Criterios de Organización:

Los datos obtenidos serán recabados y organizados en una libreta y fichas de trabajo.

La investigación se realizará en base a encuestas de tipo Socio-Económico y de conocimiento, a pacientes y alumnos de la Clínica M. Zaragoza para conocer el grado de utilidad de la prótesis Simplificada.

Se revisará el archivo de la Clínica Zaragoza para saber cuantos alumnos colocaron prótesis Simplificada de la generación 81-84.

Proseguiremos la investigación tomando 50 casos clínicos diferentes, de pacientes que asistan a la Clínica Zaragoza con necesidades protésicas con ciertas características para que reciban una prótesis Definitiva ó una prótesis fija Simplificada; éstos pacientes pueden ser de edades que oscilen entre 15 y 40 años, además de ambos sexos.

A 30 de éstos pacientes, se les realizará la colocación de prótesis Simplificada con la metodología y técnica existentes las cuales también se podrán actualizar y realizar con información contemporánea de libros con ediciones recientes que ayuden a la complementación del tema.

A los otros 20 casos, se les colocará prótesis fija Definitiva (metal acrílico) ó metal porcelana. Siguiendo también la metodología y técnica existentes para su elaboración y colocación.

Por último, se realizará el análisis entre la metodología y técnicas de la prótesis Simplificada y la prótesis fija Definitiva.

Para realizar éste análisis en ambas prótesis nos basaremos en lo siguiente:

te:

PROTESIS Fija DEFINITIVA	PROTESIS Fija SIMPLIFICADA
-----------------------------	-------------------------------

- 1.- Características que deben presentar los pacientes para la colocación de una prótesis Fija
- 2.- Tipo de preparación (módulo)
- 3.- Forma de elaboración de la prótesis
- 4.- Tipo de material utilizado para su elaboración
- 5.- Tiempo utilizado y costo de fabricación
- 6.- Ajuste ó grado de adaptación
- 7.- Estética y Color
- 8.- Tejidos gingivales
- 9.- Oclusión
- 10.- Terminado

Los criterios que utilizaremos para lograr obtener los resultados serán:

- a) B - Bueno
- b) A - Aceptable
- c) M - Malo

Dándoles una calificación a la vez en el mismo orden de; 10, 8, 6.

Estos resultados serán transferidos a gráficas para llegar a una evaluación final de nuestra investigación, y así, emitir las conclusiones.

La revisión de las prótesis colocadas (Simplificadas y Definitivas) se llevará a cabo cada mes, durante tres meses. Esta se efectuará por si alguna prótesis se desajusta, si cambia de color, si no es funcional, etc.

O por el contrario, si cumple adecuadamente con todas sus funciones.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

SEMANA	ACTIVIDAD
1a.	Revisión Bibliográfica
2a.	Revisión Bibliográfica
3a.	Revisión Bibliográfica
4a.	Revisión Bibliográfica
5a.	Encuestas a Pacientes y Alumnos
6a.	Encuestas a Pacientes y Alumnos
7a.	Revisión de H.C. (Clínica Zarag.)
8a.	Revisión de H.C. (Clínica Zarag.)
9a.	Colocación de Prótesis Simplif. en la C.M.Z.
10a.	Colocación de Prótesis Simplif. en la C.M.Z.
11a.	Colocación de Prótesis Simplif. en la C.M.Z.
12a.	Colocación de Prótesis Simplif, en la C.M.Z.
13a.	Colocación de Prótesis Fija Def. en la C.M.Z.
14a.	Colocación de Prótesis Fija Def. en la C.M.Z.
15a.	Análisis y Conclusión
16a.	Análisis y Conclusión
17a.	Redacción de Tesis
18a.	Redacción de tesis
19a.	Redacción de tesis
20a.	Redacción de Tesis

BIBLIOGRAFIA PRELIMINAR

MYERS E. GEORGE., " Prótesis de Coronas y Puentes ", Ed. Labor, 5a. Edición 1979.

FARDINAS FELIPE., " Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales ", Ed. Siglo 21, 18a. Edición, 1978.

RIFOL G. CARLOS., " Prostodoncia Conceptos Generales ", Ed. Mercadotecnia Odontológica, 1a. Edición, 1976, Tomo I.

ROJAS S. RAUL ., " Guía para la realización de Investigaciones Sociales ", Ed. Textos Universitarios U.N.A.M., 6a. Edición 1981.

SHILLINGBURG, HCEO, FISHER., " Preparations for cast gold restorations ", - Chicago 1974.

SHILLINGBURG, HCEO, WHITSETT., " Fundamentos de Prostodoncia Fija ", Chicago, Ed. Quintessence Books, 1981.

A) ANTECEDENTES

ANÁLISIS CRÍTICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA
EN LA ERSP ZARAGOZA

A) ANTECEDENTES

La clara conciencia de que la Odontología se ha elitizado, y con ello marginado a la población de la posibilidad de beneficiarse de lo que actualmente puede ofrecerle; constituye una de las motivaciones concretas para buscar nuevas alternativas fundamentadas en el análisis crítico de la Odontología Contemporánea.

Dentro de éste proceso, el conocimiento científico y experiencias adquiridas al analizar la realidad social donde se inscribe la Odontología, se puede pensar, que sólo estudiándolas e interpretándolas satisfactoriamente, era posible crear y proponer nuevas y buenas soluciones para contribuir a mejorar las condiciones de salud bucal de la población y por ende su salud general.

La Simplificación en Odontología se torna a un fin que permite adentrarse en la sociedad, conocer y analizar alguno de sus complejos aspectos socio-Odontológicos y a través de su aporte, reformular la teoría y prácticas Odontológicas, con toda su necesaria y apropiada tecnología, para que la mayoría de la sociedad tenga la oportunidad real y verdadera de alcanzar mejores niveles de salud bucal dentro de la concepción de salud integral.

Este aporte Teórico-Práctico, importante por su calidad y cantidad, ha sido el producto del esfuerzo de un grupo de personas interesadas dedicadas, críticas y creativas e inscritas dentro de una relación orgánica a los grandes sectores de población de América Latina. De ésta manera, mucho del producto del proceso de Simplificación, inicialmente creado y dirigido a retribuir a la sociedad salidas útiles a sus problemas, ha sido sutilmente aprovechada para explotar aún más la mano de obra profesional cada vez más desocupada, cómo también la de otros recursos humanos en Odontología, y, consecuentemente para fortalecer las barreras que limitan a la población el alcanzar los beneficios que ésta área del saber está obligada a proporcionarle. (1)

La Simplificación, constituye una buena aproximación Científica, no sólo al conocimiento sino, también para proporcionar respuestas más congruentes con las necesidades de la población, constituye medios ó instrumentos para acercarse al conocimiento y solución verdadera de los problemas sociales de la estomatología. (2) También implica la actuación crítica y creativa sobre los ambientes de trabajo Odontológicos, los instrumentos, los materiales y drogas, las técnicas y sistemas de atención, y, consecuentemente sobre los recursos humanos Odontológicos, para producir y aceptar solamente aquello que tenga valor colectivo.

La Simplificación también es la búsqueda de la eliminación de lo innecesario, de todo lo que puede obstaculizar al trabajo y encarecerlo, buscando si simultáneamente mayor cobertura y mejor calidad en la atención para la salud bucal, realizando una función con alta eficacia y eficiencia, en otras palabras hace simple lo que sofisticadamente es altamente complejo.(3)

Aunado a la Simplificación se encuentra la desmonopolización del conocimiento y la transferencia del mismo. Fenómenos, que tratan de lograr que otro tipo de recursos humanos adquieran, comprendan y dominen los conocimientos y - la tecnología estomatológica, consistente inicialmente en acciones que no requieran de extensos estudios formales para ser efectuados satisfactoriamente - tratando de liberar al Estomatólogo de un quehacer rutinario y repetitivo, que le permite dedicar mayor y mejor atención a una área no cubierta adecuadamente.

La desmonopolización en Estomatología, consiste en un proceso mediante - el cual el conocimiento y tecnología Odontológicos socialmente acumulados y apropiados por determinados grupos sociales, son tomados comprendidos, criticados y llevados a la práctica concreta por grupos de personas orgánicas a la - mayoría de la población, que adquieren éstos conocimientos y desarrollan la ca pacidad pertinente sin impertar su formación escolarizada, beneficiando con su trabajo a numerosos segmentos de la sociedad con servicios de impacto positivo.

Transferencia en Estomatología, consiste en un trabajo que incluye acci ones manuales e intelectuales , que implementan la desmonopolización facilitada por la Simplificación, mediante el cual el llamado discurso Estomatológico - "Científico" compuesto por conocimientos y técnicas, es recuperado y adquirido por grupos de la población, que luego de comprenderlo y contrastarlo con su - propio discurso estomatológico, produce mediante un proceso de recreación - que tiene como propósito esencial servir a toda la población. (4) (6)

La Simplificación es, hasta el momento, motivo de controversia fundamentalmente de parte del clínico y de los profesores de clínica, quienes en un - análisis ligero y con juicio equivocado, el concepto lo han homologado a una - atención odontológica de baja calidad.

Es precisamente el análisis de la palabra Simplificación el que permite orientarse mejor a éste respecto, cuando se simplifica algo se dice que ese al go está constituido por buenos elementos. Así cuando se habla de una técnica simplificada, se hace referencia a aquella que tiene menos pasos que desarrollar ó bien, a aquella que habiendo sido diseñada compleja, se le han eliminado los pasos que se pudieran considerar innecesarios. Siendo el concepto fundamental la disminución de elementos, y, de pasos, es indudable que otro concep te, el de Calidad está íntimamente relacionado con el anterior. Los concep

tos que pueden derivarse sobre Simplificación son:

- A) Disminución de pasos
- B) Conservar e incrementar la calidad
- C) Eficiencia através de la eficacia
- D) Estandarización
- E) Desarrollo tecnológico.

A) DISMINUCION DE PASOS:

Posee enfoque preventivo en la práctica y utiliza aquellas medidas que requieran el menor número de pasos.

B) CONSERVA E INCREMENTA LA CALIDAD:

Este concepto va dirigido a disminuir el número de pasos, pero sin que resulte afectada la calidad.

C) EFICACIA ATRAVES DE LA EFICIENCIA:

La eficiencia es un concepto que se puede aplicar en forma relativa, con el ejercicio profesional actual de la Odontología como eficaz desde el punto de vista colectivo, y es indudable, en este segundo aspecto, donde la eficiencia entra a jugar su papel fundamental, al entender dicho concepto, como la manera del mejor aprovechamiento de los recursos, en un mínimo de tiempo y, por lo - tanto al más bajo costo posible.

D) DESARROLLO TECNOLÓGICO:

El componente tecnológico está íntimamente relacionado a los aspectos de desarrollo de la ciencia moderna, en donde se intenta dar funcionalidad a los diferentes objetos utilizados y procesos para realizar ciertas actividades que satisfacen necesidades. En el caso presente, necesidades de salud de la colec- tividad, es decir, el uso de la tecnología al servicio del hombre. Cuando se habla de Simplificación de la tecnología, de hecho responde a ese desarrollo - de conocimiento científico de la historia del hombre. Igual cuando se mencio- na la Simplificación de la práctica estomatológica se considera area en el desarrollo científico y tecnológico íntimamente relacionado con la historia de la humanidad, que es la historia de los diferentes modos ó formas de producir.

Para transformarse las condiciones que pueden llevar a una adecuada sa- lud bucal de la población debe romperse ésta dependencia tecnológica, para e- llo se requiere que los recursos humanos que están formados en el área de Estó- matología sean fundamentalmente creadores, que manejen la metodología Científi- ca y, la apliquen através de una práctica que realmente beneficie a la mayoría de la población.

E) ESTANDARIZACION:

En todos los campos una de las maneras de disminuir costos sin bajar la calidad, ha sido la estandarización. Muchas de las actividades que hoy se realizan tienen que ser sujetas a la estandarización, con lo cual se elimina - costo y tiempo en la práctica. Este concepto se considera como uno de los más relevantes:

RECURSOS HUMANOS:

Como se ha expresado anteriormente, el ejercicio de la práctica estomatológica actual es lento, costoso y malo.

Lento; En la medida en que el Odontólogo realiza una serie de funciones ó actividades de varios niveles y de gran complejidad, sin el apoyo de otros recursos humanos.

Costoso; Por el hecho de la misma complejidad expresada anteriormente, realiza da por un solo recurso humano cuya preparación es superior a la gran mayoría - de las actividades que realiza.

Malo; Desde dos puntos de vista; el primero, al individuo que recibe la atención, la cual, por exceso de demanda se limita fundamentalmente a actividades simples, más de tipo técnico que científico, más a tareas repetitivas y curativas que preventivas; y, el segundo desde el punto de vista colectivo al no poder llegar a las mayorías.

Así en los recursos humanos, el concepto de trabajo en equipo es básico y fundamental. Aparentemente esto estaría en contradicción con el concepto de simplificación, al ocupar más de un recurso humano, sin embargo no es así, - puesto que el concepto está dado por el de ocupar la menor cantidad de recursos posibles pero a un máximo de eficiencia.

LOS EQUIPOS:

Cuando se aplica la simplificación en el equipo de igual manera se eliminan aquellos constituyentes superfluos, pero aplicando siempre el concepto de lograr alta calidad. Los conceptos aplicables de Simplificación del equipo -- Odontológico son:

- a) Eliminación del mayor número de elementos superfluos
- b) Diseño y números de elementos necesarios para realizar un trabajo de alta - calidad.
- c) Tamaño adecuado.

SIMPLIFICACION DE LOS SISTEMAS O MODOS DE PRACTICA ESTOMATOLOGICA:

La simplificación de sistemas viene a acompletar la simplificación del - equipo, genera nuevos conceptos como trabajo por cuadrantes y la técnica de - cuatro manos. Con lo cual se está reforzando el concepto en relación al tra-

bajo en equipo y trabajo en grupo.

En el trabajo por cuadrantes, se da un avance enorme en relación a la disminución de los tiempos de trabajo, costo y una atención cualitativa superior para el paciente que se ve expuesto a menor número de citas comparado con la forma tradicional de atención.

SIMPLIFICACION DE INSTRUMENTAL:

Podemos verlo en relación a dos aspectos, el primero corresponde a la disminución de pasos, en la simplificación de técnicas en que obviamente el instrumental que se utiliza en determinado paso, se hace innecesario y, en segundo, en relación a la tendencia natural del operador que conciente e inconcientemente se adapta a cierto tipo de instrumental que es el que más se utiliza en determinado paso ó acción. Por otro lado, el trabajo por sistema cuatro manos, puede llegar a definirse como un instrumental mínimo necesario que permita realizar las acciones con alta calidad.

SIMPLIFICACION EN LOS MATERIALES Y DROGAS:

Aquí debe expresarse que si se quiere ser congruente, con la afirmación de que la salud es derecho de todos, es indudable que no se puede seguir pensando en materiales que sin entrar a analizar su calidad, podrían servir para tratar adecuadamente a unos pocos, pero que através del manejo de ellos sería imposible atender positivamente a los pacientes.

SIMPLIFICACION DE TECNICAS:

Constituye uno de los principales desafíos ya que no solo se requiere el mayor esfuerzo crítico y creativo, así como recursos humanos que manejen el método científico sino que también es probablemente el que afecta los mayores intereses. No cabe duda que se requiere mayor trabajo intelectual para transformar una técnica compleja en una más simple.

La técnica Simplificada debe ser aquella que sea capaz de manejarse por todos los estudiantes, profesionales, recursos humanos estomatológicos y hasta donde sea posible la propia colectividad. La decisión importante en la simplificación de las técnicas, va a estar dada por aquellos pasos que se puedan eliminar sin disminuir la calidad y lograr un costo menor.

ESPACIOS FISICOS:

El espacio mínimo adecuado para el funcionamiento, su recuperación total ó casi total al ser trasladados; posibilidad de ser autosuficiente, con respecto a energía eléctrica, agua, alojamiento para personal, etc. Y por supuesto - en un costo aceptable. (5) (7) (8) (9).

Entre otros aspectos más específicos en la Simplificación y Desmonopolización del conocimiento y que son propósitos esenciales de la misma son:

- 1.- Aumentar la cobertura
- 2.- Interferir los fenómenos de salud bucal en la etapa más temprana que sea - posible (promoción de la salud).
- 3.- Incrementar la calidad de los servicios Odontológicos
- 4.- Incorporar a la población al quehacer Odontológico sujeto al objeto del mismo. (Desmonopolización).
- 5.- Hacer todo al costo más bajo posible.
6. Eliminar las diferencias de clase social en la atención Odontológica. (6)

Ahora bien, ¿ Que relación guarda toda ésta ideología con la prótesis Simplificada y qué importancia y repercusiones tiene sobre la misma dentro de la E.N.E.P. Zaragoza ?

A nuestra forma de pensar, guarda esencial importancia, ya que en ésta ideología se encuentran las bases Científicas de la prótesis Simplificada.

Entre los antecedentes de la prótesis Simplificada podemos decir que - no existe ninguno, ya que realmente nunca se le ha puesto el debido interés y en práctica. Se intentó sólo una vez llevar a cabo, éste tratamiento por el - Dr. Héctor Silva Olivares⁺, pero no se concluyó por falta de tiempo; de éste - pequeño intento de investigación, solo se tienen dos videocasset en la biblioteca de la E.N.E.P. Zaragoza, faltando el principal, un tercero que nunca fué - filmado. En colaboración con el Dr Silva estuvo el Dr. Mata⁺⁺, el cual explico que el tercer videocasset no se filmó y que correspondía a la colocación de la prótesis Simplificada en la boca del paciente, relatándonos también otros problemas de tipo técnico por lo que no se pudieron colocar las prótesis.

Podríamos decir, que el iniciador de la Prótesis Simplificada en la E. N.E.P. Zaragoza, fué el Dr. Silva Olivares, ya que el posee el pensamiento de Simplificación y ha sido uno de los que más ha cooperado y colaborado con la - introducción de éste pensamiento en la Estomatología; él mismo ha escrito varios artículos de Simplificación y desmonopolización del conocimiento, y, ha - dado cursos sobre el tema, uno de esos cursos lo presentó a profesores de la - E.N.E.P. Zaragoza en 1979, siendo éste teórico práctico.

En dicho curso tampoco se le dió el debido interés y atención a ésta - innovación, por lo cual se olvido y se sigue pensando que no tiene la menor importancia éste tipo de prótesis, sin pensar siquiera que ésta posee una trascendente de gran magnitud tanto de tipo Social y Tecnológico y de prestigio para la E.N.E.P. Zaragoza.

+ Asesor del Inatit. de la Comunicación Educativa (ILCE); Asesor de S.S.A. México, Asesor de Rectoría Universidad Tecnológ. de México, Consultor Temporal de OPS/OMS.

++ Profesor y Consejero Universitario de la E.N.E.P. Zaragoza

La prótesis Simplificada ¿ Qué relación guarda con la Simplificación y Desmonopolización del conocimiento en Odontología ?

Como ya se dijo, la Prótesis Simplificada nace de la ideología misma de la Simplificación en Odontología, ya que posee los mismos elementos y postulados tales como:

1. Intenta abaratar costos
2. Conservar la calidad
3. Disminuye los pasos innecesarios
4. Brinda mayor beneficio colectivo
5. Elimina la desigualdad de clase
6. Aumenta la creatividad del Odontólogo y sus fuentes de trabajo
7. Aumenta la cobertura de salud
8. Aumenta el desarrollo tecnológico
9. Promueve la estandarización, etc.

Son estos conceptos de Prótesis Simplificada, los que nos hacen pensar que contiene un gran valor científico, ya que se encuentra avalada por un gran marco teórico que no ha sido el estudio de unos días ó meses, sino de años, que se desaprovecharían si no se intenta poner en práctica.

Un último dato que podría tomarse como antecedente de la prótesis Simplificada en la E.N.E.P. Zaragoza es un material de apoyo, que entra en los planes de estudio de 5^o y 6^o semestre de la carrera de Cirujano Dentista. (10)

Este se encuentra escrito de una forma somera y sin gran contenido que respalde ó apoye a la Prótesis Simplificada, ya que sólo aporta un enfoque puramente teórico y técnico más no social.

Con todo lo antes descrito, podríamos definir a la Prótesis Simplificada como: El tratamiento innovador que trata de dar alternativas de solución en forma colectiva y no individual, proporcionando sustitutos adecuados para la porción coronaria de los dientes, ó para uno ó más dientes naturales ausentes, devolviendo la función fisiológica del aparato Estomatognático.

BIBLIOGRAFIA

REFERENCIAS

1. SILVA O. HECTOR, YEPEZ PATRICIO., " Simplificación y Desmonopolización en Odontología ", Colección Sepas, República Dominicana, 1a. Edición, Julio 1962.
2. SILVA O. HECTOR., " Tecnología apropiada en Odontología, Análisis Crítico con relación a América Latina ".
3. GARRAFA VOLNEI., " Simplificación y Desmonopolización en Odontología, Simposium sobre política Nacional en Salud en Brasil ", Brasilia, - Octubre 1979.
4. MENENDEZ R. OTTO., " Simplificación y Desmonopolización en Estomatología, Aspectos Históricos y Conceptualización ".
5. SILVA O. HECTOR, CORDON A. JORGE., " Simplificación y Desmonopolización en Estomatología ", Tomado de Gómez H. Benjamin, CERON n.1, No. 1981.
6. MENENDEZ R. OTTO., " Simplificación y Desmonopolización en Odontología Social " , Tomado de la Revista CERON 4:9 Agosto 1979.
7. VILACA MENDEZ EMERENCIO., " La Producción de Conocimientos para la Práctica Odontológica en América Latina ", Ponencia presentada en la 1a. - Conferencia UDOL, Sto. Domingo, Octubre 1980.
8. SILVA O. HECTOR., " El cambio de la Producción de Servicios Odontológicos en América Latina ", Ponencia presentada en la 1a. Conferencia anual de Facultades, escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina, Sto. Domingo, R.D. Octubre 1980. Tomado de la Revista CERON 6:17, 21 - de Abril 1981.
9. SILVA O. HECTOR, CORDON JORGE., " Notas sobre Simplificación y Desmonopolización en Estomatología ", Material de Apoyo de Seminarios de Integración 7o. Semestre, E.N.E.P. Zaragoza.
10. ROSAS MORENO JOSE, ROSAS V. ROSAURA., " Prótesis Simplificada ", 5o. y 6o. Semestre, Material de Apoyo, E.N.E.P. Zaragoza.

CAPITULO PRIMERO

DIAGNOSTICO.

CAPITULO I

DIAGNOSTICO

1.1 - HISTORIA CLINICA

Diagnóstico: Es el conocimiento de las alteraciones anatómicas y fisiológicas que el agente morboso ha producido en el organismo; se basa en los síntomas funcionales y signos físicos.

Síntomas: Fenómeno que revela un trastorno funcional. (lo reporta el paciente ó un pariente del mismo).

Signo: Son las características propias de un trastorno físico que sirven por si solas para establecer el Diagnóstico. (Se observa en el paciente).(11)

El concepto general de la práctica de la salud consiste en identificar primero la enfermedad y después eliminarla. A la investigación de las enfermedades se denomina Diagnóstico. La precisión de éste depende en gran parte de los conocimientos que se tengan sobre anatomía y fisiología, lo mismo que la comprensión de las enfermedades de cierta parte del cuerpo. Identificar lo que es estado normal de un sujeto, es la base para establecer comparaciones con objeto de definir cualquier anomalía.

Es necesario, que el Odontólogo haga un Diagnóstico a cada paciente que se presente, decida sobre el plan de tratamiento y que le entregue toda esta información al paciente antes de comenzar tratarlo.

La importancia de la precisión de la información que se obtenga, no puede ser corregida ya que es como si se tratara de un documento legal. Toda esta información se anotará en una Historia Clínica. (8)

La Historia Clínica es una forma donde registramos los datos que vamos obteniendo; así como la principal molestia o necesidad del paciente. Incluye a conocer los antecedentes familiares y la historia personal del paciente.

Al realizar la Historia Clínica, se debe aprender a escuchar al paciente, dejarlo en libertad de hablar, de usar sus propios términos como base de nuevas

preguntas y aceptar ó rechazar lo que contribuye o no al Diagnóstico de la situación clínica. El propósito de la Historia Clínica es: "Tener una fuente - más fidedigna y permanente de información que la memoria humana y, a la cual - pueden tener acceso diversas personas en el transcurso del tiempo. (4)

Características que debe tener una forma de registro:

1. Debe incluir todos los datos importantes
2. Que la información se pueda localizar con facilidad
3. Que pueda ser utilizada por un gran número de personas
4. Que sea clara y precisa. (11)

La aportación de una Historia Clínica cuidadosamente elaborada al examen es sumamente valiosa. Por ejemplo: Es importante descubrir las causas por virtud de las cuales el paciente casi no posee dientes. Si la causa fué una enfermedad paradental, el pronóstico de dientes remanentes y hueso no puede ser más favorable, como, si la pérdida se produjo por caries dental, éste último dato se puede aplicar tanto para la selección del tipo de prótesis más adecuado, para formular el plan de tratamiento. (3)

Obtener más información de la que en realidad se necesita no es malo, al contrario, la información inadecuada ó incompleta puede dar origen a Diagnósticos innecesarios o problemas terapéuticos y, perderíamos la oportunidad de conocer con exactitud lo que el paciente espera del tratamiento que solicita.

El beneficio que cabe obtener de un buen examen depende de la manera de realizarlo y de la capacidad del Odontólogo para interpretar lo que observa. (4)

Un examen completo comprende lo siguiente: **MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO**

- a) Interrogatorio
- b) Inspección visual
- c) Palpación
- d) Sondeo mimucioso
- e) Percusión

AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

f) Exámenes de Laboratorio

g) Rayos X

h) Modelos de Estudio

a) Interrogatorio: Es una serie ordenada de preguntas que nos sirve para orientarnos sobre la localización, principio y evolución; estado actual y terreno en que se desarrolla el proceso patológico.

Los datos principales que se obtienen son:

- Padecimiento Actual
- Aparatos y sistemas
- Síntomas Generales
- Antecedentes personales patológicos y no patológicos
- Antecedentes heredofamiliares. (11)

b) Inspección visual: Es el método de exploración clínica que nos suministra datos por medio de la vista. La vista se utiliza en todos los exámenes independientemente de lo que se haga. (4)

Técnica de inspección visual:

No tiene importancia el orden en que se efectúe la observación de las diversas zonas, lo importante es que ésta sea completa y sistemática que no se pase por alto ninguna zona de los tejidos pariorales y orales.

Se comienza observando el estado físico del paciente, se observa la piel - del cuello, cara, si presentan ulceraciones, tumefacciones ó, manchas. Observar si el paciente presenta alguna asimetría facial, pues estas suelen indicar una anomalía de la A.T.M., aloclusión o la presencia de masas adyacentes a la man díbula que afecten su movimiento.

Exámen Oral:

Deben examinarse; labios, carrillos, piso de boca, enca masticatoria y pala

dar. Cualquier inflamación, infección o tumefacción debe ser diagnosticada y tratada a tiempo antes de comenzar cualquier tratamiento protético. Se debe apreciar el color de los tejidos y observar cualquier alteración de los límites normales.

Otras estructuras que hay que tomar en cuenta son los frenillos labial y lingual, deben examinarse cuidadosamente ya que su posición en relación con el proceso alveolar puede afectar en forma directa en la elaboración ó colocación de una prótesis. Estas estructuras (frenillos) pueden modificarse mediante cirugía. La lengua debe observarse en sus dimensiones, así como la amplitud del movimiento aún cuando la lengua pocas veces constituye un obstáculo para la colocación adecuada de una prótesis. La importancia que esto tiene es que cuando se ha perdido un diente ó dientes, la lengua se extiende ligeramente, en poco tiempo se habitúa a ocupar el espacio desdentado. Cuando se ocupa ese espacio con una prótesis la lengua siente impedido repentinamente el acceso y, el paciente puede encontrar la nueva situación un tanto molesta, pero, pasajera. Dicha interferencia es más problemática cuando los dientes se han perdido mucho tiempo atrás y el hábito se ha establecido.

Saliva: Debemos valorar tanto la cantidad como la viscosidad de la saliva. Pues la secreción excesiva (Sialolitiasis) puede dificultar notablemente la toma de impresiones, y disminuye a veces la retención de una prótesis.

De igual manera la carencia de saliva (Xerostomía) o aptialismo puede constituir síntoma de algún trastorno sistémico.

Algunas lesiones cariosas pueden detectarse simplemente por inspección visual, es necesario identificar cualquier diente en el que existen cambios de color, cambios degenerativos, malformaciones que comprometan de ésta forma la duración de la prótesis. La posibilidad de que al colocar el retenedor de la prótesis al diente pilar con la pulpa en condiciones inciertas puede activar una infección latente. Es conveniente comprobar la vitalidad de los dientes que han cambiado de color con antecedentes de traumatismo o que presenten síntomas anor

males.

El tipo de oclusión que presenta el paciente, relación de dientes anteriores y posteriores. (4) (1)

o) Palpación: Es el método que nos proporciona datos por medio del tacto.

Se debe tomar en cuenta la consistencia, sensibilidad y temperatura de la zona que se está revisando. (11)

Por medio de la palpación detectamos el grado de movilidad que presente algún diente; pues, un diente con movilidad excesiva es un problema bastante grave para el paciente que va a usar prótesis, es éste caso fija. Es necesario dar una buena decisión entre eliminar ó conservar un diente. (4)

d) Sondeo minucioso: Se emplea con frecuencia para detectar lesiones cariosas, clasificar la calidad y condiciones de las restauraciones existentes, -bolsas parodontales, para demostrar trayectos fistulosos en el hueso y tejidos blandos. (11)

e) Percusión: Es el procedimiento exploratorio que consiste en golpear rítmicamente la región explorada, con objeto de producir fenómenos acústicos, localizar puntos dolorosos. (11)

Por lo general se utiliza el mango del espejo dental, golpeando el diente afectado, el diente con Diagnóstico dudoso, el diente que vamos a utilizar como pilar de una prótesis fija, dientes restaurados con alguna sintomatología. La percusión será horizontal (por vestibular ó palatino) y vertical (en el borde incisal o cara oclusal). (4)

AUXILIARES DE DIAGNOSTICO:

Son los medios de los cuales nos valemos para recaudar una información más amplia acerca del estado de salud del individuo. Dichos métodos nos facilitan el Diagnóstico. (11)

f) Exámenes de laboratorio: No se les exigirán a todos los pacientes sólo cuando sea necesario. Se utiliza la Biometría Hemática, Glucosa, etc. Nos determinan las cantidades alteradas dentro de los niveles establecidos como pará-

metros normales. (11)

g) Rayos X: Nos muestran alteraciones en forma, tamaño y volumen de los órganos en estudio. Ejemplo: tamaño de las raíces, parodonto, alteraciones pulpares, dientes retenidos, situación de dientes pilares, etc. (3)

h) Modelos de estudio: Nos ayudan a detectar malposiciones, simetría, - No. de dientes presentes, dientes ausentes, etc. (11)

1.2- RADIOGRAFIAS

Las radiografías son auxiliares para dar un buen diagnóstico.

No puede considerarse que un diagnóstico dental sea completo sin tomar radiografías adecuadas pues los datos que pueden obtenerse por medio de éstas son los elementos más importantes de éste examen. Podemos detectar caries incipiente, recidiva de la misma en los márgenes de las obturaciones, obturaciones de canales radiculares incorrectas. En procesos desdentados revelan la presencia de restos radiculares retenidos, dientes impactados o no erupcionados, quistes y cuerpos extraños, así como diversos procesos patológicos y anomalías. (4)

La radiografía proporciona valiosos datos en relación con las características y posible resistencia del proceso destinado a soportar una prótesis. Esta información no puede obtenerse por otros medios. Puede observarse cualquier radiopacidad o radiolucencia que no pueda identificarse dentro de límites normales y no puede iniciarse la elaboración de la prótesis hasta que se determine de lo que se trata. Las radiografías nos brindarán datos útiles para establecer el valor potencial de un posible diente pilar tales como: (3) (10)

- Morfología de la raíz: Es un dato importante para predecir la posible solidez y durabilidad de un diente pilar. El pronóstico puede ser favorable o desfavorable, según la longitud de la raíz. (mientras más larga más fuerte será), el número de raíces, forma de la raíz o raíces en dientes multirradiculares, si están fusionadas o divergentes. (3) (2)

- Altura del Hueso: Debe tenerse en cuenta la cantidad de raíz que está rodeada de hueso, lo que suele denominarse proporción corona raíz. La altura del hueso puede determinarse en forma exacta por medio de radiografías en las que se controla correctamente la técnica de exposición, mantenerse constante la angulación y que toda variación con respecto a la placa, al diente y al rayo central puede crear una imagen falsa de la altura lo que originaría una comparación equivocada. (3)

quivocada.

- Calidad del hueso: El hueso formado por trabéculas pequeñas (denso) y estrechamente agrupadas con intertrabeculares mínimos se considera bien mineralizado, fuerte y sano. Radiográficamente es opaco, es normal y puede existir alguna variación en el tamaño de las trabéculas en casos que el hueso se observe denso puede considerarse como manifestación excelente del éxito de una prótesis. (3) (2)

En caso contrario (hueso esponjoso), el hueso se hace más delgado y los espacios intertrabeculares se agrandan. La radiografía revela éste tipo de hueso con relativa radiolucencia y no se considera muy adecuado para soportar la carga adicional de una prótesis.

A veces también resulta útil una radiografía panorámica ya que en forma general suministra una vista en conjunto de los tejidos calcificados y de los senos y elimina pruebas de diagnóstico superfluas. (3)

1.3 - MODELOS DE ESTUDIO

Los modelos de Diagnóstico ó estudio, proporcionan datos que no pueden obtenerse por otros medios y, son de valor inestimable en la formulación de juicios importantes en la prescripción de la prótesis y en la elaboración del plan de tratamiento.

Las finalidades de los modelos de estudio son:

- 1) Auxiliares en el diseño y elaboración de la prótesis, para valorar con exactitud el contorno de diversas estructuras, así como la relación que guardan entre sí.
- 2) Para distinguir las superficies bucales que exigen modificación para mejorar el diseño.
- 3) Para ilustrar las instrucciones que se den al técnico del laboratorio y sea más objetivo. El modelo de estudio, constituye un registro del diseño prescrito que puede substituir la falta de comunicación directa entre el técnico y el Odontólogo, el técnico debe seguir con exactitud y previsión las instrucciones para la elaboración de la prótesis. (3) (9)

Otros usos:

- Con la ayuda de los modelos de estudio podemos mostrar al paciente el tratamiento planeado.
- Dar educación al paciente; Enseñar técnica de cepillado
- Para construir un portaimpresiones individual en caso de que se dificulte la toma de impresión acostumbrada
- Para reconocer y representar la necesidad y los resultados de los procedimientos planeados. (9)

ANÁLISIS DE MODELOS ARTICULADOS: El estudio de los modelos en el articulador, revela la relación entre dientes y procesos desdentados opuestos lo cual no puede observarse en otra forma.

Debemos tomar en cuenta los siguientes puntos:

OCLUSION: Podemos observar de cerca, la relación de los dientes de una arcada con los de la otra; la presencia de dientes inclinados, girovertidos, extruídos así como determinar los problemas que éstos originan en el diseño de la prótesis.

PLANO OCLUSAL: Es importante para valorar el pronóstico y poder ejercer una influencia en el tipo de prótesis, que debe prescribirse. Un plano irregular de bid adientes inclinados ó extruídos, dificulta gravemente la formación de una oclusión correcta, dado que una oclusión correcta es determinante en el éxito de una prótesis, el plano oclusal que se aparta en forma notable de lo normal merece un análisis profundo.

ESPACIO ENTRE PROCESOS: La cantidad de espacio entre los procesos desdentados de maxilares y mandíbula debe ser valorado cuidadosamente. Debe presentarse y más atención a la región de la tuberosidad donde debido a hipertrofia ósea y fibrosa suele existir contacto entre el proceso residual y los dientes inferiores ó bien entre los procesos desdentados. El espacio entre procesos en la región de los incisivos, puede haberse perdido a consecuencia de la extrusión de los dientes inferiores hasta hacer contacto con la mucosa palatina cuando los dientes están en oclusión.

DISTRIBUCION DE LOS DIENTES: El número de dientes y su colocación relativa tienen suma importancia, ya que el diseño de la prótesis debe estar forzosamente relacionado con el sitio de dichos pilares, lo ideal es contar con dientes sanos y raíces fuertes en cada cuadrante de la arcada.

PROBLEMAS DE ESTETICA Y LUGAR: Son originados por migración de los dientes anteriores, deben ser establecidas y planear las soluciones adecuadas. Puede seleccionarse en forma previa el tipo de dientes más adecuados desde el punto de vista estético. (3)(9)(10)

1.4 - OCLUSION

La oclusión de los dientes es la clave de la función oral.

Desafortunadamente con frecuencia la oclusión es pasada por alto debido a que los síntomas de las enfermedades o alteraciones oclusales son habitualmente tan poco marcados por el Odontólogo, y no se les reconoce por lo cual no se sabe apreciar su importancia.

Lo menos que puede pedirse de un Odontólogo competente es que pueda diagnosticar y tratar las disarmonías oclusales simples, y también se tiene que evitar que las restauraciones que se coloquen creen enfermedades oclusales Yatrógenas. (3)

EXAMEN DE LA OCLUSION: Un examen bucal no puede ser completo sin una minuciosa observación de los dientes anteriores y posteriores en su relación intercuspídea habitual. Un estudio cuidadoso de las dos arcadas en oclusión revela las relaciones de los dientes entre sí y los procesos desdentados. (5)

Debe pedírsele al paciente que muerda con los dientes posteriores de manera que lleve la mandíbula a la posición de mayor contacto intercuspídeo llamada "Oclusión Céntrica". Debe observarse la relación entre dientes opuestos de ambos lados de la cavidad, así como también los dientes anteriores. Con el fin de comparar la relación céntrica con la oclusión centrada, debe llevarse la mandíbula hacia atrás hasta su posición terminal superior y media del cóndilo. Esta posición puede no coincidir en forma exacta con la oclusión céntrica, si éstas no coinciden debe valorarse su variación. (10)

Antes de comenzar cualquier tratamiento es indispensable decidir si puede pasarse por alto la discrepancia, o si es necesario hacerlas coincidir con procedimientos de equilibrio (ajuste oclusal). (3)

En algunos casos suele ser necesario montar los modelos en un articulador semiajustable en relación céntrica. Cuando el proceso de equilibrio forma parte del tratamiento este debe llevarse a cabo antes de realizar algún trabajo res--

-taurativo. Al examinar las relaciones oclusales debe observarse la trayectoria de la mandíbula desde su posición de descanso, hasta ocluir (en oclusión céntrica), para estudiar cualquier desviación hacia uno u otro lado. Todo sistema perceptible de desviación, suele originarse debido a una cúspide que hace contacto con un antagonista inclinado a lo largo del cual se desliza hasta encontrar una fosa o vertiente.

Las cúspides en contacto con planos inclinados impulsan a los músculos elevadores que ejercen presiones en dirección horizontal sobre los dientes dañando el parodonto. Los contactos oclusales ideales entre los dientes en oclusión céntrica deben ser uniformes y simultáneos; una prueba para verificar la oclusión es hacer que el paciente choque ligeramente los dientes uno con otro en forma rápida.

La relación intercuspídea en los movimientos excéntricos de la mandíbula debe ser de tal forma que las cúspides y planos inclinados se deslicen unos sobre otros suavemente sin obstáculos e interferencias.(10)

1.5 - PARODONTO

El parodonto es el encargado de la fijación de los dientes en el alveolo. (6)

Los tejidos de soporte del diente conocidos colectivamente como periodonto (del griego peri, que significa alrededor y odontos, diente), están compuestos por encía, ligamento parodontal, cemento y hueso alveolar.

Estos tejidos se encuentran organizados en forma única para realizar las siguientes funciones:

- 1.- Inserción del diente a su alvéolo óseo.
- 2.- Resistir y resolver las fuerzas generadas por la masticación, habla y deglución.
- 3.- Mantener la integridad de la superficie corporal separando los medios ambientes externo e interno.
- 4.- Compensar por los cambios estructurales relacionados con el desgaste y envejecimiento a través de la remodelación continua, y regeneración.
- 5.- Defensa contra las influencias nocivas del ambiente externo que se presentan en la cavidad bucal. (7)

El parodonto es una unidad funcional en la cual todos los elementos componentes son afectados y estimulados simultáneamente por los requerimientos masticatorios. El parodonto no es estático ya que posee una gran capacidad de adaptación a los estímulos masticatorios, al trauma oclusal y la anoclusión. (6)

Para analizar dónde y cómo el parodonto puede experimentar modificaciones mencionaremos en forma breve sus diferentes tejidos desde el punto de vista — histológico, funcional.

ENCIA: La encía normal, es de color rosa salmón; posee un puntilleo el que puede ser escaso o abundante. No exhibe ni exudado ni acumulación de placa.

La encía suele terminar en sentido coronario a manera de filo de cuobille con respecto a la superficie del diente. **HISTOLOGICAMENTE;** el epitelio y los tejidos conectivos suelen estar libres de leucocitos migratorios, aunque en la mayor parte de casos se observarán algunos granuloocitos neutrofilicos dentro —

del epitelio muy próximo a la superficie del diente. El tejido conectivo subyacente está formado principalmente por densos haces de fibras colágenas que se extienden hasta la membrana basal con la cual se unen.

La encía posee tres partes:

- Encía marginal libre; Se extiende desde el margen más coronario de los tejidos blandos hasta la hendidura gingival.
- Encía Interdentaria; Llena el espacio interproximal, desde la cresta alveolar hasta el área de contacto entre los dientes.
- Encía Insertada; Se extiende desde el surco gingival hasta la línea mucogingival del fondo de saco vestibular y piso de la boca. (7)

CEMENTO; El cemento es el tejido que rodea a la raíz del diente, y es más delgado en el tercio coronal que en los tercios medio y apical, el cemento tiene como función primordial formar cementoide (cemento no calcificado) para atrapar y fijar las fibras que, provienen del ligamento parodontal, por lo tanto tiene la función mecánica de fijar al diente en su alvéolo en los casos en que el diente está sujeto a estímulos enérgicos, oclusión traumática, movimientos ortodóncicos excesivos o a infecciones pulpares; ésta capacidad de formar cementoide puede tornarse exuberante y originar hipercementosis radicular.

Otra función de la cementogénesis es formar capas sucesivas por aposición durante la vida del diente para compensar el desgaste coronario que sufre éste por la masticación, de ahí que los tercios medio y apical del cemento sean más gruesos que el tercio coronario.

LIGAMENTO PARODONTAL; Es el tejido con más capacidad de adaptación del parodonto, es el encargado de amortiguar los estímulos fisiológicos o excesivos que experimentan los dientes durante la masticación. Sus principales funciones son; fijar al diente en su alvéolo, insertando fibras colágenas por un lado en el cemento dentario; y por el otro, en el hueso alveolar.

Proporciona nutrición a los elementos semicalcificados con los cuales esta

en relación, (cemento, hueso). Si durante la masticación uno o varios dientes sufren estímulos excesivos, el ligamento forma mayor cantidad de fibras y elementos histológicos que son capaces de estimular la producción de cemento y hueso alveolar (fibroblastos).

HUESO ALVEOLAR: Es el tejido óseo que vive a expensas del ligamento parodontal. Probablemente sea el tejido que por su constitución histológica tenga mayor capacidad de cambio pues, posee células que pueden fagocitar el hueso -- (osteoclastos), cuya función primordial es hacer que las raíces dentarias puedan trasladarse en los diferentes movimientos a que se pueden ver sujetos los dientes. Otros elementos celulares que actúan son los osteoblastos, células con alto poder para formar hueso que llena los espacios cuando los dientes se movilizan; éstas aposiciones sucesivas de tejido óseo sirven también para compensar los desgastes oclusales de los dientes durante toda su vida activa. (6)

1.6 - ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

La Sindesmología o artrología es parte de la anatomía sistemática cuyo objeto comprende el estudio de las articulaciones.

ARTICULACION: Son los elementos duros y blandos por medio de los cuales se unen dos ó más huesos.

Desde el punto de vista anatómico y fisiológico las articulaciones se clasifican en tres grupos:

- Articulaciones Inmóviles - (Sinartrosis)
- Articulaciones Semimóviles - (Anfiartrosis)
- Articulaciones Móviles - (Diartrosis)

La articulación Temporomandibular es una articulación móvil (diartrosis).

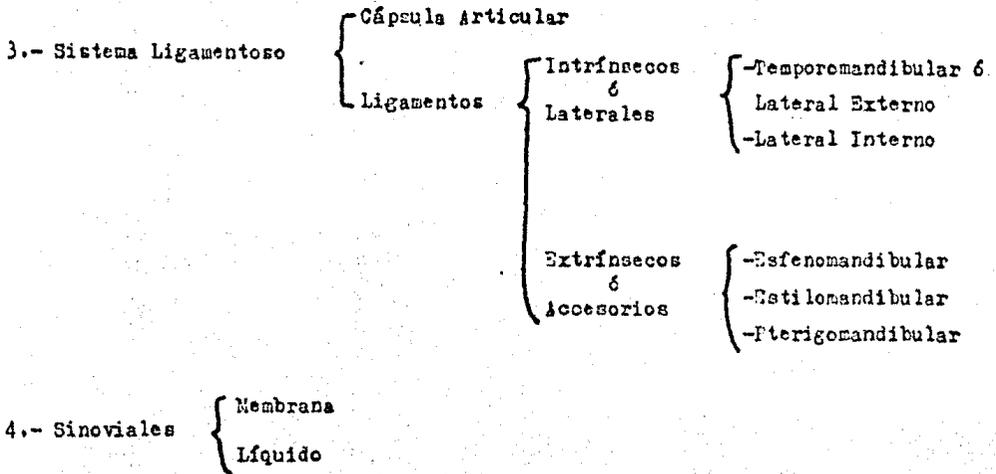
La A.T.M. es bicondílea gínglimo artroidal porque realiza movimientos de rotación gínglimo (ocurre entre el cóndilo mandibular y en su disco articular) y de translación o artroidal (ocurre entre el disco y la eminencia articular).

La Articulación Temporomandibular es una estructura del aparato estomatognático, demuestra la correlación de estructura y función de una manera que no puede ser superada por ninguna otra articulación del organismo. Este par de articulaciones permite una notable libertad de movimientos de la mandíbula y aún así, sirve para guiar y en algunas posiciones para limitar su movimiento.

COMPONENTES DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR:

- 1.- Superficies Articulares
- | | |
|---|---|
| { | Cóndilo Mandibular |
| { | Cavidad Glenoidea y Eminencia Articular |

- 2.- Menisco o disco articular



CARACTERÍSTICAS:

CÓNDILO: Se localiza en la parte superior de la rama ascendente, es una estructura en forma ovoidea; sus dimensiones son longitudinalmente de 15 a 22mm. y de ancho 8mm. En su parte inferior se observa una zona estrecha lo que se llama cuello del cóndilo, en su parte anterointerna tiene una depresión donde se va a insertar el músculo pterigoideo externo, el cóndilo va a estar recubierto por fibrocartilago.

CAVIDAD GLENOIDEA Y EMINENCIA ARTICULAR: Ambas forman parte del hueso temporal. Una porción posterior llamada cavidad glenoidea ó fosa articular, y una porción anterior convexa llamada eminencia articular ó cóndilo del temporal. Esta superficie está recubierta por fibrocartilago.

MENISCO O DISCO ARTICULAR: Es una estructura fibrocartilaginosa, avascular y sin inervación que se localiza entre las superficies articulares. Ocupa el espacio que se produce en los movimientos mandibulares. Es el único menisco que no está formado por cartilago hialino, se inserta en el cuello del cóndilo y en la cápsula articular por lo que va a estar acompañando al cóndilo en todos sus movimientos.

CAPSULA ARTICULAR: Estructura que se encuentra rodeando a toda la A.T.M., está recubierta en su parte interna por la membrana sinovial la cual está vascularizada e inervada por lo cual va a tener sensibilidad la A.T.M. Esta cápsula está insertada al cuello del cóndilo, a la cavidad glenoidea y a la base de la espina del esfenoides. Mantiene la articulación en posición para lo cual va a ser ayudada por los ligamentos.

LIGAMENTOS: Su característica principal es la de limitar los movimientos mandibulares. El nombre de cada uno es de acuerdo a las estructuras anatómicas a las que están insertados o en comunicación.

SINOVIALES: La membrana Sinovial recubre la cápsula articular, es transparente y va a producir un líquido Sinovial cuya función es lubricar, facilitar el deslizamiento de las superficies articulares y cubrir la A.T.M. Es un líquido incoloro filamentosos y de consistencia viscosa.

El tejido sinovial, cumple también una misión fagocítica, despliega una respuesta inflamatoria a la irritación química y física, y absorbe cualquier resto o fragmento de cartilago que penetre en la cavidad de la articulación.

Muchos músculos de la cabeza y el cuello influyen en el movimiento y la posición de la mandíbula. Los músculos considerados de la masticación son: el músculo masetero, temporal, pterigoideo interno y externo. El músculo masetero, temporal y pterigoideo interno sirven para elevar el maxilar inferior cuando se acortan, el pterigoideo externo junto con otros músculos al contraerse permiten bajar, protruir o desplazar lateralmente la mandíbula.

El porcentaje de pacientes que sufren alguna disfunción (alteración) de la A.T.M. de la cabeza y cuello es pequeño comparado a otro tipo de enfermedad estomatognática (enfermedad parodontal, caries, etc.). Sin embargo todos los pacientes deben ser examinados minuciosamente. Debe el Odontólogo orientar sus conocimientos para detectar y diagnosticar alguna disfunción de la A. T.M. y disfunción neuromuscular. Antes de comenzar cualquier tratamiento odontológico

se debe elaborar una imagen total del paciente, incluyendo todos los signos y - síntomas de patología.

Cómo guía para obtener ésto, existen varias preguntas pertinentes que hacer en cuanto a síntomas en la cabeza y el cuello preguntar al paciente si expe rimenta; a) dolores de cabeza, b) dolor y rigidez del cuello, c) dolor en la par te posterior del cuello y el occipucio, d) dolor en cualquier punto de la cabeza incluyendo el tope o la parte posterior de la misma, e) Dolor en la región tem poral o frontal, f) dolor irradiado hacia los hombros, brazos, y hacia las regio nes del pecho y la espalda, g) dolor ó sensación de ardor en los ojos o alrede dor de ellos, ó en la región del arco cigomático, h) dolor en los oídos ó alre dedor de ellos.

Ctra forma de la cual nos podemos auxiliar es por medio de la palpación - mencionada ya anteriormente. En éste caso se realizará la palpación en la A.T.M. de la siguiente manera:

Se colocarán las manos planas sobre la cara y, con los dedos índices apo yados sobre la A.T.M. mientras tanto el paciente debe hacer movimientos de ape ru tura y cierre, se detecta si durante los movimientos existe algún chasquido ó - crepitación, si existe un desplazamiento mandibular hacia la derecha ó izquier da, si el paciente reporta dolor durante la acción.

Se palpan en forma minuciosa los músculos del área frontal, temporal, occi pital, los músculos de la masticación y cuello. De la misma forma reportando el paciente un caso de dolor en determinada zona.

Para completar el diagnóstico preciso es necesario preguntarle al paciente, si padece espasmos musculares en cualquier otra parte del cuerpo, si sufre fre cuentes calambres ó pellizcos en los músculos o si tiene dolores en la parte in ferior de la espalda. Esto indica si es positivo que la resistencia de todo el sistema muscular estriado del paciente puede estar disminuida.

Es necesario que todo paciente con diagnóstico de disfunción de la A.T.M. ó problema neuromuscular, sea tratado en forma previa al tratamiento protésico.

u otro tipo de tratamiento Odontológico, con el fin de devolver al paciente -
una rehabilitación integral y también para el pronóstico favorable de dicho -
tratamiento. (5)

BIBLIOGRAFIA

1. CHASTEEN E. JOSEPH., " Principios de Clínica Odontológica ", Ed. El Manual Moderno, México 1981. pág. 50.
2. GRIEBER CINOTTI., " Prótesis Periodontal ", Ed. Mundi, Argentina 1973, Vol.I pp. 290-292.
3. MILLER L. ERNEST., " Prótesis Parcial Removible ", Ed. Interamericana, - México 1975. pp. 4-22.
4. MORRIS R. ALVIN, BOHANNAN K. HARRY., " Las especialidades Odontológicas en la Práctica General ", Ed. Labor. pp. 123-146.
5. CZAWA DEGUCHI JOSE Y., " Prótesis Total ", Universidad Nacional Autónoma de México, México 1981. pp. 72-79.
6. RIPOL G. CARIOS., " Prótesis ", Ed. Mercadotecnia Odontológica, México 1976, Tomo I, 1a. Edición.
7. SCHLUGER SAUL, YODILIS A. RALFE., " Enfermedad Periodontal ", Ed. Continental, México. pp. 21-25.
8. SPATLER PETERSON., " El Odontólogo y su Asistente ", Ed. Mundi, Buenos Aires; Junio 1977. pp. 79, 299.
9. SHILLINGBURG T. HERBERT, SUMIYA NOBU., " Fundamentos de Prótesis Fija ", Ed. Quintaesencia, 1978. pág. 47.
10. TYLMAN MALONE., " Teoría y Práctica de la Prótesis Fija ", Ed. Intermedica, Buenos Aires Argentina. pp. 2,3.
11. ROSAS MORENO JOSE., " Estudio Clínico e Historia Clínica ", Módulo Estudio - Clínico y Radiográfico, Material de apoyo de la E.N.E.P. Zaragoza.

CAPITULO SEGUNDO

GENERALIDADES

CAPITULO II

GENERALIDADES

Varias son las causas por la que los pacientes presentan ausencia de órganos dentarios, entre las más importantes tenemos: Caries dental, enfermedad paradental, lesiones traumáticas, Yatrogénicas, e ignorancia del paciente para lograr la salud de sus dientes. Fig 1

Los dientes perdidos deben substituirse tan pronto como sea posible, si se desea mantener la salud bucal, ya que, la falta de sustitución se traduce a una serie de fenómenos, que a lo largo de los años, puede conducir a la posible pérdida de los dientes restantes y de la función armónica y fisiológica de todos éstos.

Los dientes perdidos deben reemplazarse, ésto es obvio, cuando la zona edéntula está en el segmento anterior de la boca, pero igual de importante, - cuando está en la región posterior.

Cuando la función se restaura, los dientes adyacentes al espacio edéntulo, se mantienen en su respectiva posición y se previene la supraerupción de los dientes antagonistas, las mesializaciones y distalizaciones, así como las giroversiones de los dientes proximales. Fig. 2a (1)(2)

Para reemplazar dientes perdidos, un puente fijo en circunstancias apropiadas es superior a una prótesis parcial removible, y en general, es preferido por la mayoría de los pacientes.

El puente fijo es una restauración que se usa para restituir piezas faltantes. El término fijo, significa que la restauración se cementa en su sitio, y por lo tanto, ya no se la puede quitar al paciente. El término "Puente" se ha adoptado para designar a ésta restauración por su similitud de diseño al de un puente que cruza un río. Los sitios que están en los extremos del puente - se denominan soportes, como lo son en las piezas dentarias que soportan el puente fijo en cada extremo. En cuanto el puente pluvial pasa sobre el río, el puente dental fijo pasa sobre el espacio edéntulo que fué ocupado alguna vez - por un órgano dentario. Fig. 3 (1)

Las partes básicas del puente fijo, son los Retenedores y el Póntico, los Soportes ó pilares son las piezas dentarias que sostienen el puente. Los retenedores son las restauraciones que ensamblan el puente con las piezas de soporte. El Póntico es la pieza artificial que sustituye a la pieza natural que falta. Cada retenedor ó el póntico individuales se conocen de manera común como unidad del puente. Los retenedores del puente no sólo insertan ésto en las

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 1 .



TITULO: CAUSAS MAS FRECUENTES DE PERDIDA DENTARIA

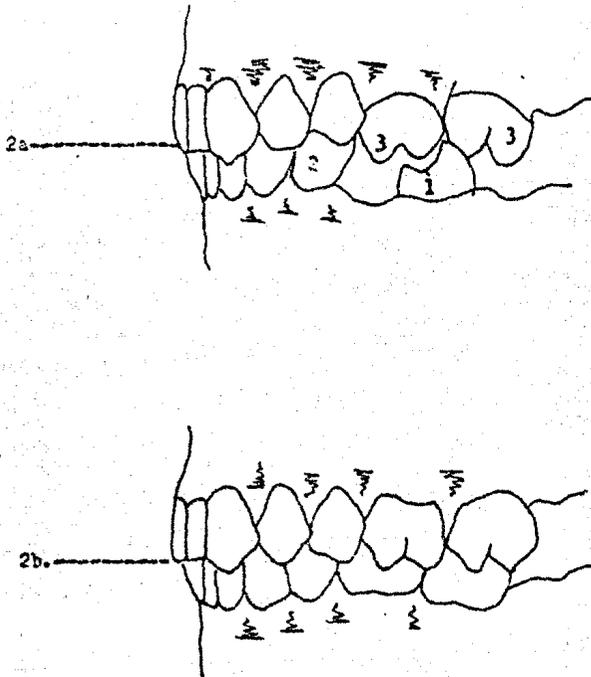
- | | | |
|------------------|--------------------------|---------|
| A) TRAUMATISMOS | C) YATROGENIAS | E) ETC. |
| B) CARIES DENTAL | D) ENFERMEDAD PARODONTAL | |

FUENTE: CHASTEN E. JOSEPH., " Principios de Clínica Odontológica " Ed. El Manual Moderno, México 1982. pp. 316.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES "ZARAGOZA"

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 2



TITULO: 2a. EFECTOS DE LA PERDIDA DENTARIA: 1) MESIALIZACION, 2) DESPLAZACION, 3) SUPRAERUPCION.

2b. CORRECCION DE LA PERDIDA DENTARIA.

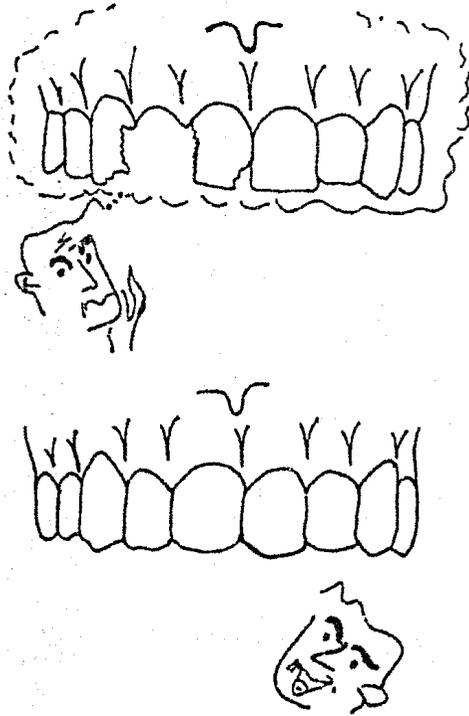
FUENTE: CHASTEN E. JOSEPH., "Principios de Clinica Odontológica"

Ed. El Manual Moderno, México 1982. pp. 293.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 3



TITULO: PUENTE FIJO: ES UNA RESTAURACION QUE SE USA PARA SUSTITUIR
LOS DIENTES FALTANTES O LA PORCION CORONARIA DE LOS MISMOS.

FUENTE: CHASTEN E. JOSEPH., " Principios de Clínica Odontológica " .
Ed. El Manual Moderno, México 1982. pág. 282.

piezas de soporte ó pilares sino que puede servir para restaurar la corona de una pieza de soporte al mismo tiempo. No es raro encontrar un paciente que requiera restauración amplia de sus piezas dentarias de soporte, lo mismo que un puente para sustituir una pieza faltante entre ellas, así los retenedores sirven para dos funciones al mismo tiempo.

Otra parte importante del puente fijo es el conector, cuya función es la de unir todo el puente fijo en las superficies proximales de los retenedores y pónicos. FIG. 4 (1)(4)(7)

Como ya se dijo, el puente fijo suele ser la prótesis más favorable para restituir las piezas faltantes en caso de que éstas sean pocas, si los dientes pilares cumplen con las características pertinentes. La prótesis fija es también mucho más cómoda y estética que la dentadura parcial removible que puede ser usada con el mismo objetivo. Además de la estética, la necesidad del puente se basa en el hecho de que la mayoría de las piezas dentarias dependen de la existencia de dientes adyacentes y antagonistas para conservar su posición adecuada en la boca. Cuando se pierde una pieza dentaria, los dientes circundantes pueden salir de su posición, y las que se oponen al espacio vacío pueden erupcionar (extruirse) demasiado hacia dicho espacio. El resultado de este fenómeno consiste en que las piezas dentarias se desacomodan, con los efectos indeseables siguientes: (1)(2)

1.- El paciente no sólo pierde la función de la masticación de las piezas faltantes, sino también de las piezas antagonistas.

2.- Cambia la relación de mordida de las piezas dentarias creando patrones anormales de masticación, lo que da por resultado una lesión de la articulación Temporomandibular.

3.- Las piezas dentarias mal alineadas, pueden dar como resultado hábitos de rechinar y desgaste dental (Bruzismo). Estos hábitos pueden lesionar la A.T.M. y producir espasmos de los músculos de la masticación.

4.- Las piezas dentarias que han perdido su posición normal, no pueden resistir del mismo modo las fuerzas a que se someten que, cuando estaban en posición correcta. Las fuerzas de la masticación de las piezas dentarias inclinadas suelen hacer que éstas se inclinen más.

5.- La fuerza anormal aplicada a las piezas dentarias inclinadas producen a menudo pérdida del soporte óseo de la pieza, lo que da por resultado la pérdida final de la misma.

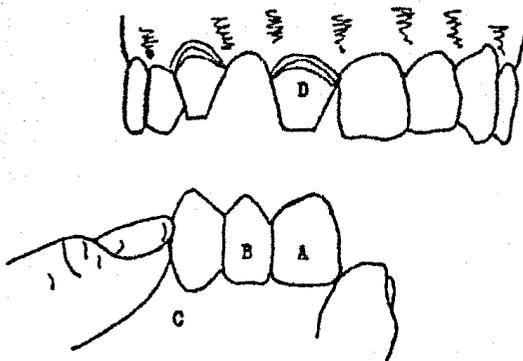
6.- La supraerupción de las piezas dentaria antagonistas hacia los espacios edéntulos pueden crear interferencias en el patrón normal de la mordida que daría como resultado una lesión en la A.T.M.

7.- Los cambios de posición y la inclinación de las piezas dentarias ha-

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 4



TITULO: COMPONENTES DEL PUENTE FIJO. A) RETENEDOR, B) PONTICO, C) CONECTOR,
D) PILAR.

FUENTE: MYERS E. GEORGE.; " Prótesis de Coronas y Puentes " , Ed.Labor,
5a. Edición,1979. pp. 4.

cen que los contactos entre las piezas dentarias se abran, lo que permite que se quede comida entre ellas. Esta impactación de alimentos es lesivo para la -
encia.

A pesar de los efectos negativos de la pérdida dentaria, no todos los pa-
cientes son candidatos al tratamiento de puente fijo, algunos se tratarán mejor
con una prótesis parcial removible, otros más quedarán mejor sin tratamiento-
en ciertas circunstancias. (1)

El mejor momento para elaborar un puente en un paciente, es tan pronto -
como la cicatrización es completa después que ha ocurrido la extracción y an-
tes que se presenten las alteraciones de la posición dentaria. Fig. 2b

Según la demanda estética, y, la situación económica del paciente, el pu-
ente fijo debe ser confeccionado con diferentes materiales, entre los más usa-
dos en la Odontología están: Metal porcelana, Metal Acrílico y la realizada pu-
ramente de acrílico.

De éstos tres tipos de materiales protésicos, el menos usado en prótesis
fija es el Acrílico. El defecto mayor que algunos Odontólogos encuentran al u-
sar puramente acrílico en prótesis fija, es el de no ser un tratamiento muy du-
rable en cuanto al tiempo que debe permanecer en boca como lo sería una próte-
sis metal acrílico ó metal porcelana.

SIMPLIFICACION Y ACRILICO

No obstante lo antes dicho, el acrílico a últimas fechas ha recibido un -
gran impulso como material protésico, ésto es debido a que posee característi-
cas propias que lo están haciendo compatible con los otros materiales protési-
cos. Aunado a esto, el estar siendo apoyado por una ideología Socio-Odontoló-
gica nueva que está tomando gran perspectiva en la actualidad del qué hacer -
Odontológico en Latino-América.

Esta ideología pensada y razonada es la Simplificación y desmonopoliza-
ción del conocimiento, la cual pretende dar mayor servicio y salud a la comu-
nidad. Haremos de decir por lo tanto, que el puente fijo de acrílico al ser
apoyado por ésta ideología cambia de nombre y en nuestro tiempo es conocido -
como " PRCTESIS SIMPLIFICADA ".

La Simplificación y desmonopolización del conocimiento defienden varios
postulados y elementos que su ideología posee, de los cuales, el acrílico den-
tro de sus características es paralelo a ellos entre éstos están:

SIMPLIFICACION:

- a) Intenta abaratar costos
- b) Conservar la calidad
- c) Disminuye los pasos innecesarios
- d) Brinda mayor beneficio colectivo

- e) Elimina la desigualdad de clase
- f) promueve la estandarización
- g) Aumenta el desarrollo tecnológico y la desmonopolización del conocimiento
- b) Aumenta la cobertura de salud.

ACRILICO:

- a) El acrílico es de bajo costo alcanzable a cualquier presupuesto.
- b) El acrílico posee buena calidad si se le sabe trabajar.
- c) Nos permite la eliminación de pasos con respecto a la colocación de los otros tipos de prótesis.
- d) El acrílico al ser de bajo costo está al alcance de todas las gentes, - aumentando por lo tanto la cobertura.
- e) El acrílico nos da la posibilidad de estandarizar la prótesis al realizarla.
- f) La técnica de elaboración y realización de la prótesis es de fácil aprendizaje.

Por estas características del acrílico que son compatibles con la simplificación es por lo que se opto el nombre de Prótesis Simplificada.

ACRILICO:

La preferencia del acrílico para la prótesis simplificada merece determinado estudio de investigación ya que la gran mayoría al no conocer las propiedades del material no estan a favor de ella y no la toman como un tratamiento para el paciente.

Este estudio de investigación es el que se pretende dar, al realizar este trabajo de tesis, y al final en las conclusiones y resultados determinar si se puede instaurar como Tratamiento, desecharlo o por lo menos dar una alternativa de solución.

El uso de los acrílicos en odontología no es nuevo, pero su aplicación en la confección de coronas y puentes es comparativamente reciente. Una revisión de la literatura odontológica revela empero, que ya en 1936 un artículo de Selbach describía la realización de coronas de resina acrílica sintética.

Los primeros usos de las resinas acrílicas sintéticas para la confección de puentes aparece ya en la literatura en 1931 los realizo Geizer en Europa en esa época. Como las resinas no estaban tan desarrolladas como hoy ni disponible en todos los tonos decedados, el uso de los puentes de resina acrílica sintética no progreso mucho hasta la aparición de un acrílico más adecuado. El desarrollo del puente de acrílico y su uso incrementado es paralelo al de las coronas con frente de acrílico. (9)

Como las primeras resinas acrílicas utilizadas con éste propósito no eran las adecuadas ni destinadas, sino específicamente para pequeñas restauraciones dentarias por lo que los resultados no fueron tan satisfactorios. Así mismo - muchos casos fueron atribuibles a que las partículas del polímero usado para coronas y dentaduras parciales fijas eran demasiado grandes, con lo que resultaba un producto tosco y de aspecto granular. Durante los años posteriores los fabricantes crearon acrílicos especiales, con partículas muy finas, y tonos que permitieran al Odontólogo lograr el color de los dientes naturales con el mismo grado de exactitud posible que con las restauraciones de porcelana cocida.

Podemos decir que los acrílicos no son una panacea, tienen sus limitaciones y sus ventajas. La corona de acrílico no se destina a suplantarse la corona estética de porcelana glaseada, pero debe usarse donde está indicada y no a la inversa. (9)

ACRÍLICOS PARA PROTESIS:

Las resinas acrílicas son materiales plásticos cuyas cualidades físicas y químicas han ido mejorando constantemente, para poder utilizarlas tienen que ser forzosamente sólidas, y así cumplir en el medio bucal una función terapéutica y mecánica.

Dos son los tipos de resina acrílica que utilizamos en el proceso de prótesis Simplificada:

- 1.- Resinas acrílicas de termocurado
- 2.- Resinas acrílicas de autocurado.

Esencialmente el acrílico que utilizamos para la confección de prótesis Simplificada es el acrílico de termocurado, dejando el acrílico de autocurado únicamente para la confección de los provisionales. (6)

Ahora bien los acrílicos generalmente están compuestos por metacrilato de metilo con una unión de acrílico de doble ligadura. La mayoría de los polímeros para prótesis se comercializan en forma de polvo y líquido. Para su empleo se mezclan el polvo y el líquido en proporciones adecuadas ó aproximadas de 3-1 en volumen ó de 65 a 35 partes en peso, polímero-monómero; cuando ésta mezcla se deja estar en un frasco, toma gradualmente consistencia de masilla.

El cambio ó proceso por el que el líquido monómero se convierte en el polímero sólido se conoce como Polimerización, la que se acelera por la aplicación del calor, luz ultravioleta ó, agentes oxidantes. Los Odontólogos suelen utilizar el método que emplea calor, para el procesamiento ó polimerización del acrílico. En una mezcla de monómero y polímero es importante no emplear demasiado líquido, sino sólo el suficiente para mejorar las partículas de polímero. Cuanto más monómero se emplee mayor será la contracción total del objeto moldeado;

de hecho, si se usará monómero solo, la contracción volumétrica de un objeto sería casi de un 21%. Más aún, como el monómero es un líquido claro, polimeriza en un sólido claro y transparente; de aquí que el uso excesivo de monómero puede modificar el color del acrílico procesado.

POLIMERIZACION: Es una serie de reacciones químicas que a partir de una molécula simple llamada monómero, se forma una molécula que se denomina polímero. La fisonomía más significativa de los polímeros es que están constituidos por moléculas muy grandes en las que el peso molecular es capaz de adquirir configuraciones prácticamente ilimitadas. (3)(5)(6)(8)

La polimerización se divide en tres estados:

Iniciación - Propagación - Terminación

Iniciación: Al mezclar el líquido y el polvo, parte del catalizador (peróxido de benzoilo) se disuelve en el monómero donde puede iniciar la polimerización.

El calentamiento ó la activación química divide el peróxido de benzoilo en dos radicales. Estos reaccionan con la molécula de monómero (metacrilato de metilo) para crear radicales acrílico.

Propagación: Un radical acrílico puede reaccionar con otra unidad de monómero - produciendo una cadena radical de dos unidades.

La propagación es el crecimiento de éstas cadenas por adiciones sucesivas de unidades de monómero al extremo radical de la cadena, éstos procesos pueden producirse 500 veces ó más dando como resultado moléculas de alto peso molecular.

Terminación: El crecimiento final se detiene por una de las varias reacciones que transforman el radical en un grupo estable. (3)(5)(6)

Composición de los acrílicos:

Polvo	Líquido
1- Perlas de acrílico de polímero ó de Copolímero.	Monómero
2- Catalizador	Inhibidor
3- Pigmentos	Acelerador
4- Rellenos	Plastificador
5- Opacificadores	Agente de Cadenas cruzadas
6- Plastificantes	
7- Fibras sintéticas de relleno. (6)	

ACRÍLICOS DE TERMOCURADO:

Son aquellas resinas que pueden pasar del estado de monómero al de polímero y ser moldeables en función de presión y calor, a éstas se les denomina termo plásticas, ya que no se produce en la polimerización ningún cambio químico.

El líquido es esencialmente metacrilato de metilo, incoloro, volátil, con característico olor fuertemente picante, su densidad es ligeramente inferior a

la del agua (0.945 gr/cm^3 a 20°C), hierve a 100°C . Al cual se le denomina Monómero. Contiene además un inhibidor de la polimerización, que es generalmente - un fenol polihídrico (Hidroquinona), y un agente de cadenas cruzadas (Dimetacrilato de etil glicol).

El polvo es también metacrilato de metilo. Se presenta en forma de pequeñas esferas ó granulos y recibe el nombre de polimetacrilato de metilo ó polímero, contiene además un agente químico capaz de promover los radicales libres - que iniciarán la polimerización (peróxido benzoico apróx. 1%), un plastificante (Ftalato de Etilo) y un pigmento adecuado (Oxido de Titanio, Rojo Cadmio). (6)

La composición del líquido y el polvo del acrílico termopolimerizable es - la siguiente:

Metacrilato de Metilo
Monómero: Inhibidor (Hidroquinona)

Polímero de metilo
Peróxido Benzoico
Polímero: Colorantes
Agentes Plastificantes (8)

Procesamiento del acrílico termocurado: Formación de la masa; para su uso se mezclan en proporciones óptimas, generalmente una parte de monómero por tres de polímero en volumen, ó 1 a dos en peso. Al mezclarlos se produce un ataque de los gránulos del polímero por parte del monómero. Si los gránulos de polímero son grandes, la reacción será lenta; si los gránulos son pequeños, al presentar el polímero mayor superficie de ataque, la reacción se acelera.

Esta masa pasa por una serie de períodos que se denominan respectivamente:

- 1.- Período Arenoso ó Granular: El monómero moja el exterior de las perlas del polímero y presenta un aspecto arenoso.
- 2.- Período Filamentoso: El monómero inicia su ataque a los granos de polímero. Si en éste momento, se intenta retirar un poco de material del recipiente, éste se adhiere a las paredes por medio de una serie de filamentos. El aspecto pegajoso y filamentoso justifica el nombre de éste período.
- 3.- Período Plástico: La masa pierde sus filamentos y no se adhiere ya a las paredes del recipiente. Las perlas se unen por propagación de cadenas de polímeros, el acrílico pregelificado ya está en período plástico.
- 4.- Período Elástico ó Gomoso: El monómero ha penetrado hasta el centro de las perlas. El gel tiene memoria elástica por la eficiente unión entre las perlas.
- 5.- Período Rígido: Es el que presenta la resina una vez polimerizada. (5)(6)(8)

ACRILICOS DE AUTOCURADO:

En lugar del calor para provocar la descomposición del peróxido benzoico, puede recurrirse a un agente químico capaz de provocar la misma descomposición a temperatura ambiente.

Estos agentes se denominan " Activadores " entre ellos tenemos a ciertas aminas terciarias aromáticas ó alifáticas (Dimetil p-Toluidina). Estas resinas así activadas, como polimerizan a temperatura ambiente, se denominan indistintamente " Autocurables ", " Autopolimerizables ", de " Curado en Frío ", etc.

Igual que en las de termocurado, la reacción es exotérmica dependiendo de la masa la cantidad de calor liberado.

Las resinas acrílicas autocurables, tienen su campo de aplicación en las reparaciones de prótesis parciales ó totales, en el rebase directo e indirecto de las mismas, en la construcción de bases de relación, portaimpresiones individuales y en la reposición de carillas rotas.

Procesamiento del acrílico Autocurado: Existen varias técnicas de aplicación para ésta resina acrílica en éstas tenemos:

- a) Espolvoreo y goteo
- b) La de masilla (en un godete)
- c) La técnica de pincel.

La polimerización de ésta resina acrílica es inducida por un iniciador del tipo del peróxido de Benzilo ó del ácido sulfúrico paratolueno. (3)(6)(9)

PROPIEDADES FISICAS DE LOS ACRILICOS AUTOCURABLES Y TERMOCURABLES

A- FORMA Y TAMAÑO DE LA PARTICULA: Según Castagnola, debemos distinguir tres tipos de polímeros:

- a) Polímeros cuyas partículas tienen forma de esferas
- b) Polímeros cuyas partículas tienen forma de esquirias
- c) Polímeros combinados o sea, polvo que está mezclado con partículas en forma de perlas y esquirias.

Esta comprobado que, cuando es menor el tamaño de la partícula y más irregular su forma, el líquido satura mejor y más rápido, obteniéndose una homogenea polimerización como consecuencia de llegar al monómero a tener contacto directo con una mayor superficie de polvo. Así mismo cada partícula necesitará menor cantidad de líquido para su saturación, en la misma medida que sea menor su tamaño y por lo tanto, la contracción de polimerización disminuirá proporcionalmente. Skinner opina, que cuanto más pequeña es la partícula de polímero, se obtiene más homogeneidad en el color, mayor estabilidad y transparencia. (3)(6)

B) CALOR: En las resinas acrílicas termocurables, el calor no representa ningún

problema, siendo que las bases de las dentaduras completas al emitir el calor - de los tejidos de la mucosa, presenta una estabilidad satisfactoria y los probables cambios de calor, generalmente imperceptibles no atentan contra la estética. (6)(8)

Con respecto a las resinas acrílicas autocurables, sobre todo las destinadas a obturaciones se obtienen magníficos resultados.

En los acrílicos a base de aminas, el peróxido actúa sobre la hidroquinona oxidándola y produciendo dos fenómenos:

- La reacción puede producir un cambio de color
- Las quinonas producto final de la reacción, pueden actuar como inhibidor del peróxido.

En el ácido-Toluol-Sulfúrico no oxida a la hidroquinona, y en consecuencia no causa decoloración ni da productos finales que inhiban el proceso de polimerización. (3)(5)

C) ESTABILIDAD DIMENSIONAL: Las resinas acrílicas mientras polimerizan y durante su permanencia en la cavidad oral experimentan cambios dimensionales que obedecen a distintas causas:

- a) Contracción del material, que se produce durante el proceso de polimerización.
- b) Cambios volumétricos por efectos térmicos.
- c) Cambios volumétricos por absorción acuosa.

a) Contracción en polimerización: Uno de los mayores inconvenientes de estos materiales es que mientras que polimerizan, experimentan una marcada contracción la que, con una correcta técnica extremada en todos sus detalles puede reducirse a un mínimo y hasta casi compensarse.

En valores, la contracción de polimerización es aproximadamente de un 7% - en volumen. Este efecto, si dejamos polimerizar el metacrilato de metilo (líquido) experimenta una contracción de 2% en volumen.

Ahora bien, como al preparar la mezcla empleamos generalmente una parte de líquido por dos de polvo en peso, 1-3 en volumen, y como éste último no se contrae pues ya está polimerizado debemos de calcular la contracción en tercio de volumen total, es decir, en un 7% y no en un 2% como sucedería si solo fuese monómero.

El proceso de contracción dura de 10 a 30 minutos, si bien algunos investigadores opinan que después de éste lapso sigue el proceso por días y aún semanas, pero en proporciones mínimas.

Por último aclararemos que al decir perfecta técnica, nos estamos refiriendo a la necesidad de saturar el polímero con exactitud, ya que si se preparan -

mezclas demasiado fluidas, aumentará la capacidad de contracción, y si son demasiado espesas, indican que no se ha llegado al grado de saturación conveniente como para evitar la existencia de partículas a las que no llegó el monómero y - en consecuencia, se ha obtenido un material poroso y semipolimerizado. (3)(6)(8)

b) Cambios volumétricos por efectos térmicos; Estos cambios no sólo se observan sobre los materiales de obturación, sino, sobre el diente en sí y los tejidos que lo constituyen, cumpliéndose el principio físico de que casi todos - los cuerpos se contraen con el frío y se dilatan con el calor. Lo que varía y en éste caso, nos interesa es que el índice que acusa cada uno de los cuerpos - en su expansión. Así tenemos que el diente humano tiene un índice de expansión de 8 millonésimas por cada grado centígrado, proporción semejante a la de la - porcelana sintética, que ésta es de 7 ó 6 en la misma escala, mientras que la - de la amalgama es casi tres veces superior a la del diente y muy superior en - los acrílicos que llega alrededor de 80 puntos, vale decir, casi diez veces de la del diente. (3)(8)

Como podemos apreciar por los valores presentes, si sometemos por ejemplo, un diente con una obturación acrílica a la acción del frío ó del calor, la variación dimensional de ocho en el diente y de ochenta en el acrílico, producirá un defectible trastorno en la yuxtaposición con las consecuencias fácilmente previsible, como las de desadaptación en los márgenes de la preparación y - el acrílico; formación de brechas hipersensibles al frío y al calor; penetración de líquidos bucales, dentritus, bacterias, residivas de caries, etc.

c) Cambios volumétricos por absorción acuosa: Es un hecho comprobado que las - resinas acrílicas, una vez polimerizadas y en medio húmedo, absorbe agua en proporción directa a la buena ó mala polimerización sufrida, lo que equivale a decir que cuanto mejor es la polimerización, menor es la absorción acuosa que - experimenta (Peyton da como normal desde un 0.9 al 1.5%). Así como absorbe - agua, también la pierde en medio seco, algunos autores sostienen que la absorción se produce en el espacio de dos ó tres semanas, lo que también se deduce es que el metil-metacrilato de metilo, se expande al absorber agua y en dicha - absorción no trae consecuencias cuando su porcentaje es normal.

Debemos tomar la precaución de utilizar una buena técnica y el uso de mezclas bien proporcionadas, para disminuir las desagradables consecuencias que nos traería la utilización de un material semipolimerizado, pues ello daría lugar a una absorción acuosa mayor que la considerada normal. (3)(8)

DUREZA-RESISTENCIA AL DESGASTE:

Dureza es la resistencia mecánica que presenta un material al ser penetrado, Si bien industrialmente, existen varios métodos para determinar (Brinell, Vicher, Rockwel etc.), para los materiales dentales se ha adoptado el sistema -

Knoop, que consiste esencialmente en valorar la huella que sobre un material de terminado deja un prisma de diamante que actúa sobre él, con una fuerza estática determinada. (3)(6)(8)

Esta probado que la dureza es muy baja en las resinas acrílicas; por ello, no están completamente indicadas para relizar restauraciones que deban resistir la masticación ó en pacientes que sufran un proceso de oclusión desfavorable.

En efecto, su dureza según el método de Knoop gira alrededor de 20 para los termocurables y de 15 a 18 para los autopolimerizables, mientras que en la misma escala para la porcelana sintética es de 70 y de 90 la amalgama.

Para una mejor comprensión del tema, damos a continuación la escala de valores de dureza de los principales materiales de uso.

En la escala de Knoop (valores medios)	# de durez Knoop.
ACRILICOS AUTOPOLIMERIZABLES.....	16 a 18
ACRILICOS TERMOPOLIMERIZABLES.....	18 a 20
Cemento de Fosfato de zinc.....	36
Cemento de Silicato.....	70
Dentina.....	65
Oro de 22 Kms colado.....	75
Amalgama.....	90
Esmalte.....	267
Porcelana fundida.....	415

Obsérvese que la resina acrílica, que es indudablemente un material muy estético, tiene valores de dureza muy bajos. Esta circunstancia indica la conveniencia de circunscribir su uso casi exclusivamente a reconstrucciones en dientes anteriores, no así en caras oclusales y proximo-occlusales en las que al cabo de algunos años de ser restauradas por éste material se observaría un evidente desgaste, el que siempre guarda relación con la articulación y otros factores individuales. (3)(8)

Claro está que existen casos favorables de restauraciones oclusales con varios años de uso y que han dado buen resultado. En éstos últimos años, y para ser utilizadas en dientes posteriores han aparecido resinas a las que a su fórmula común, se les ha incorporado materiales inertes (Silice- óxido de Aluminio- Carbonato de Zinc., etc.) destinadas a dar mayor dureza. (3)

MONÓMERO RESIDUAL:

Una vez endurecida la resina y aparentemente polimerizada pues pueden quedar restos de monómeros incluidos en la masa plástica, los que en cualquier momento pueden ser eliminados al exterior, total ó parcialmente, y a ésto se llama monómero residual.

Según Castagnola: El monómero libre es aquella parte de monómero que, no habiéndose englobado en el curso de la polimerización, permanece dentro de la masa polimerizada y que puede ser eliminada al exterior.

Según Skinner, la polimerización de las resinas autocurables, nunca es tan completa como las de curado con calor.

En los acrílicos de autocurado, siempre queda alrededor del 3 al 5% de monómero residual, mientras que en los termocurados ésta proporción se reduce a 0.01%. Se discute si éste monómero residual puede ser nocivo para la integridad pulpar, teniendo presente que en todo el volumen de la restauración, sólo una pequeña parte estará en contacto con la pared pulpar y apreciando el gran desgaste realizado en el diente, la edad del diente, etc. para evitar esto es conveniente cementar la restauración con un cemento de fosfato de zinc, (3)(5)(8)

POROSIDAD:

Las resinas acrílicas pueden presentar porosidad que, obedeciendo en realidad a distintas causas, en la mayoría de los casos se vinculan con una deficiente polimerización del material. Entre las conocidas pueden citarse:

- a) Exceso de monómero residual
- b) Exceso de líquido al preparar las mezclas
- c) Exceso de polvo al preparar la mezcla
- d) Exceso de catalizador en el polvo
- e) Exceso de plastificante en el material
- f) Exceso de espátulado
- g) Aire aprisionado en la cavidad en el momento de efectuar la mezcla
- h) Polimerización en medio húmedo
- i) Falta de homogeneidad. (3)(8)

SOLUBILIDAD:

Las resinas acrílicas son prácticamente insolubles en el medio bucal. El coeficiente permitido por la A.D.M. es el de 0.04 mg por C/cm^2 de superficie - después de una inmersión en agua a $37^{\circ}C$ centrifugados durante 24 hrs.

La solubilidad de las resinas de autocurado es ligeramente superior a las de curado al calor, pero en un índice que no tiene insignificancia en el aspecto práctico. (3)(8)

VARIACION DEL Ph:

Las mediciones efectuadas a varios polvos (metil-metacrilato polimerizado) demuestran que el ph de los mismos giran entre 6.5 y los 7.3 no teniendo mayor influencia para grandes efectos, en los colorantes ó plastificantes agregados a dichos polímeros. Concluyendo de que una vez completa la polimerización, su

ph se estabiliza, causando una ligera acidez. (3)(8)

ADHESIVIDAD A LOS TEJIDOS DENTARIOS:

Desde el punto de vista físico, el fenómeno de adhesión, en la aceptación correcta de la palabra, no existe en ningún material de obturación ó restauración incluso considerando los cementos.

Cuando usamos comunmente el término adhesión, queremos significar la traba mecánica que se produce entre el material usado y la superficie del diente. Ahora bien, en los acrílicos modernos incorporan un líquido denominado "compuesto adhesivo" por separado o adicionado al monómero, con el que se pretende y se consigue dirigir la contracción de polimerización "más que pegar" la resina - acrílica. (3)(8)

RESISTENCIA MECANICA:

La resistencia del acrílico debe medirse en función de cargas transversales; para ello se preparán probetas de 2.5mm de espesor, 10mm de ancho y 65mm - de largo y se someten a una carga transversal. Las cargas además de producir una deformación en la probeta, inducen en ella tensiones. Esta deformación junto a la tensión inducida se denomina Deflexión; dicha deflexión para cargas que varían entre 1500 y 3500gr. No debe ser mayor de 2.5mm.

Cuando la carga va desde 1500 a 5000gr. la deflexión debe variar entre un mínimo de 3mm. a un máximos de 6.5mm. Estos valores corresponden aproximadamente a un módulo de elasticidad de 24000 kilos por cm^2 , un límite proporcional de 275 kilos por cm^2 y a una resistencia traccional de 525 kilos por cm^2 . (3)(8)

COLOR:

Los cambios de color experimentados por los acrílicos en forma general, son atribuibles a la composición química en si, es decir a cambios de naturaleza endógena, sin excluir tampoco el método técnico que realiza el operador o dentista.

Se puede observar que el color varía al cabo de varios meses, ésta pequeña decoloración puede ser debida a la presencia de Hidroquinona (0.006%) en el líquido, pero debido a la escasa cantidad de la misma, la modificación es muy ligera.

No sólo existen factores endógenos para el cambio de coloración en los acrílicos, sino también factores exógenos capaces de alterar el color, el problema de los factores exógenos se sitúa en las modificaciones provocadas en el medio bucal, ya que dentro de éste los efectos de los colorantes que habitualmente ingerimos (café, tabaco, mate , rouge, pigmentos de sustancias medicamentosas ingeridas o eliminadas por vía bucal tales como el Yodo, Bismuto, Arsénio, etc. tendremos una idea que nos permite aclarar el problema de las decoloraciones exógenas, vale decir, el de las motivadas por causas ajenas al material en si - c a la técnica empleada. (3)(5)(6)(8)(10)

En los sujetos comprendidos dentro de estas características será siempre - muy difícil obtener resultados satisfactorios en lo referido al mantenimiento - del color, en medida que todos los profesionales esperamos.

Estas aseveraciones toman firmeza y valor de exactitud en todos aquellos - pacientes que después de mantener durante un largo tiempo sus restauraciones de acrílico en perfecta armonía de color, pierden esa estabilidad de tono, a raíz de un tratamiento medicamentoso determinado.

De aquí que debemos estar bien informados en cuanto al vivir diario del pa-
ciente, ya que sabiendo ésto podremos dar una explicación de lo que parece un -
un fracaso, aunque desde luego, debemos aceptar que el acrílico no es un mate-
rial ideal de restauración para todas las bocas en tratamiento. (3) (5) (6) (8) (10)

EFECTOS BIOLÓGICOS DE LOS ACRÍLICOS:

Los polímeros totalmente polimerizados tienden a ser inertes, pero la mayo-
ría de los monómeros, activadores e iniciadores del acrílico pueden ser irritan-
tes.

Los problemas que surgen cuando los tejidos se ponen en contacto con los -
polímeros incompletamente curados (son restauraciones o aparatos) son los si-
guientes:

- Los materiales que producen radicales libres pueden unirse en forma cruzada -
con las proteínas, provocando irritación tisular.
- Los monómeros sin reaccionar, los iniciadores o los activadores pueden ser en-
papados del polímero proviendo una fuente prolongada de irritación.
- Debido a la estabilidad dimensional algunos materiales poliméricos utilizados
en la Odontología restauradora pueden provocar microfiltraciones en torno a las
restauraciones lo que trae como resultado una irritación de la pulpa debido al
intercambio de líquidos.
- La naturaleza inerte de los polímeros para base de prótesis debe proveer un re-
fugio para los microorganismos del tipo de candida albicans, lo que a su vez -
irritan los tejidos mucosos.
- Los polímeros, los monómeros, los iniciadores y los activadores pueden provo-
car reacciones alérgicas. (3) (5) (6) (8)

REACCIONES ALÉRGICAS PROVOCADAS POR LOS ACRÍLICOS:

Se han documentado casos, por suerte no muy frecuentes de reacciones alérgi-
cas provocadas por los acrílicos. Las reacciones de mayor sensibilidad e into-
lerancia, que presentan los tejidos de ciertos pacientes al contacto con deter-
minados materiales, pueden producir manifestaciones alérgicas de diversas orde-
nes; gingivitis, estomatitis y dermatitis.

Generalmente se debe al exceso de monómero residual, que por defecto de téc-
nica al preparar la mezola, exceso de plastificadores, fórmulas no bien equili-

bradas ó mala calidad del material, remanencia del acrílico una vez polimerizado. Según Skinner, en todas las resinas siempre quedará una pequeña parte de monómero residual. En las termocurables bien polimerizadas, la misma es insignificante y desde ningún punto de vista tiene importancia pues se la considera normal.

En las autopolimerizables, la polimerización nunca es tan completa y siempre queda un mayor porcentaje de monómero residual (de 3 a un 5%).

Si a esto le agregamos que por falta de técnica en la preparación de las mezclas, malos materiales, etc. éste porcentaje aumenta, es ahí donde ese exceso de monómero que siempre es irritante, puede provocarnos los trastornos mencionados. En los acrílicos de autocurado, el calor de la polimerización es provocado por reacciones químicas. Cuando los componentes se utilizan en proporciones exactas y se siguen los pasos de una correcta técnica obtendremos una polimerización con un mínimo por ciento de monómero residual. Ahora bien, si en una mezcla existe menor cantidad de activador, la elevación de la temperatura de polimerización disminuye, mientras aumenta el monómero residual lo que trae como consecuencia una deficiente polimerización y como lógica, la alteración de las propiedades físicas de la resina acrílica.

Además del fenómeno irritante del material debido a su composición química (monómero residual), pueden aparecer ciertas manifestaciones que responden a fenómenos de intolerancia personal del paciente hacia el material bien curado. (3)(5)(6)(8)

II.1 - INDICACIONES PARA PRÓTESIS SIMPLIFICADA

- En espacios cortos; en espacios unilaterales donde faltan uno ó más dientes. Se debe tomar en cuenta la Ley de ANTS para determinar la longitud del espacio que debe restaurarse con una prótesis fija Simplificada.

- Restitución de dientes anteriores, únicamente por cuestiones de estética, sin embargo es discutible el criterio clínico de desgastar dientes anteriores intactos sólo para restituir un diente perdido en lugar de colocar una prótesis removible. Se podrán colocar prótesis Simplificadas posteriores únicamente en pacientes con una higiene oral minuciosa, parodonto normal y sin alteraciones sistémicas.

- En pacientes incapacitados, por ejemplo en pacientes que han perdido un brazo, cumplirán en mejor forma sus necesidades con una prótesis fija que no requiere manipulación para ser introducida ó retirada de la boca.

- En pacientes con trastornos nerviosos tales como epilepsia, para evitar si tiene prótesis removible que se la trague.

- En pacientes con rigurosa higiene bucal con el fin de un pronóstico favorable para el tratamiento.

- Puede existir movilidad hasta de segundo grado.

- Las raíces de los dientes pilares pueden ser cortas.

(2) (4) (7)

II.2 - CONTRAINDICACIONES PARA PROTESIS SIMPLIFICADA

- En pacientes de edad avanzada, que presentan disminuída su salud parodontal.
- En maloclusión, ya que se pueden producir fuerzas biológicamente adversas a los tejidos de soporte.
- En espacios largos debido a la sobrecarga que van a sufrir los dientes pilares, pueden comprometer la salud de éstos.
- En pacientes diabéticos. Sus mucosas y estructuras óseas bucales son susceptibles a alteraciones. Una prótesis fija puede acelerar éstos problemas debido a una sobrecarga en dientes y enclas, además de que su proceso alveolar está sujeto a cambios constantes (periodontitis).
- En pacientes con higiene oral deficiente.
- En pacientes con bruxismo y trauma de la oclusión por mayor desgaste entre el esmalte y el acrílico.
- En pacientes con musculatura peribucal muy fuerte.
- Cuando existen necesidades ortodóncicas.

(2) (4) (7)

II.3 - VENTAJAS PARA PROTESIS SIMPLIFICADA

- Permite una estética más aceptable, armoniza y se parece mucho a los dientes naturales.

- La prótesis va unida firmemente a los dientes y no se puede desplazar ó estropear y no existe el problema ó peligro de que el paciente la pueda tragar ó perder.

- No tiene anclajes que se muevan sobre las superficies del diente durante los movimientos funcionales evitándose el consiguiente desgaste de los dientes contiguos.

- Tiene una acción de férula sobre los dientes en que van retenidos protegiéndolos de las fuerzas perjudiciales.

- Transmiten a los dientes las fuerzas funcionales de manera que estimulen favorablemente a los tejidos de soporte.

- Es más cómoda para el paciente.

- Se adapta más fácilmente el paciente a ella.

- Altera en menor proporción la fonación.

- Es de bajo costo. Puede ser utilizada por pacientes de pocos recursos económicos.

- Su elaboración es más sencilla por la misma reducción de pasos.

- El tiempo que se requiere para su colocación es menor.

- En cuanto a los ajustes para su colocación, es más sencillo ya que el acrílico se puede rebajar ó desgastar más fácil que en una de metal.

(2) (4) (7)

II.4 - DESVENTAJAS PARA PROTESIS SIMPLIFICADA

- Requiere el desgaste de otras piezas dentales para su colocación.
- Debe ser revisada periódicamente por el dentista utilizando si es posible radiografías.
- Se debe cambiar la prótesis de acuerdo a las necesidades propias del paciente.
- En algunos pacientes las fuerzas masticatorias pueden ser mayores y, por lo tanto fracturar la prótesis.
- Sufre mayor desgaste por ser de acrílico por lo que su duración en boca no es definitiva.
- El acrílico se puede hacer poroso si no se manipula y procesa con corrección.
- La prótesis puede cambiar de color si el paciente no le da los cuidados necesarios (Buena higiene oral).

(2) (4) (7)

II.7 - ESTETICA

Psicológicamente, el factor estético es a menudo la fuerza que motiva al paciente para buscar tratamiento dental. La Estética se define como una rama de la filosofía que trata con la naturaleza de lo bonito y con juicios relacionados con la belleza. La Odontología además de la corrección de los defectos dentales presentes en su rama protésica puede crear la personalidad de la boca.

La prótesis Simplificada es uno de los avances en el campo de la Odontología restaurativa que se relaciona con procedimientos de diagnóstico y operativos.

La adecuada selección de color en la prótesis es una de las facetas más importantes de la estética en la Odontología, aún cuando hay otros factores importantes como; tamaño, contorno y textura. En cuanto al color lo mejor que podemos lograr es una semejanza aparente entre la prótesis y los dientes naturales del paciente.

Como sabemos los dientes tienen un matiz definido y que puede ser, amarillo grisáceo, amarillo rosáceo, y amarillo azulado. El objetivo de la toma de color es determinar el matiz del diente por restaurar e igualar. En un diente, el área cervical es de un valor más bajo (oscuro), y con una cromacidad más intensa que el resto del diente. Para la selección del color se usan gafas ó colorímetros dentales fabricados. La toma de color debe realizarse en un ambiente bien iluminado, para que podamos identificar el color, y con un medio ambiente de colores neutros (azul ó gris) y poco contrastantes. La mejor fuente de iluminación es la luz del día; en otro caso luz artificial aunque esta última puede modificar el color. Al paciente se le debe ver de frente o al mismo nivel, y luego de lado para ver sombras y ver la incidencia de la luz en diferentes ángulos, el color se tomará dos veces con un lapso de dos ó tres minutos pues, el ojo se adapta a un color rápido.

Los dientes tendrán que estar bien secos, basándose en el matiz del terció

medio se seleccionará el color indicado para la prótesis. En caso pertinente - tener una segunda opinión de otra persona, además de consultar al paciente.

Los dientes varían de color entre sí, generalmente los incisivos y premolares superiores son iguales, mientras que los caninos son más oscuros y los superiores más claros que los inferiores.

Una vez escogido el color es de gran importancia transmitirlo adecuadamente al laboratorio dental, ó en otro caso elegir bien las carillas.

El tamaño y contorno de la prótesis simplificada serán dados en proporción de los dientes naturales. La textura es totalmente de acrílico y varía de acuerdo a las preparaciones de los dientes pilares. (10)

BIBLIOGRAFIA

1. CHASTERN E. JOSEPH., " Principios de Clínica Odontológica ", Ed. El Manual - Moderno, México 1982. pp 270-288.
2. MILLER L. ERNEST., " Prótesis Parcial Removible ", Ed. Interamericana, México 1985, pp. 27,28.
3. MOREIRA BERNAN, MAXIMO F. LEDESMA., " Acrílicos Autopolimerizables Endobucuales " Ed. Mundi, pp. 9-46.
4. MYERS S. GEORGE., " Prótesis de Coronas y Puentes ", Ed. Labor, 5a. Edición, 1979 pp. 3,4,10.
5. O'BRIEN RIGG., " Materiales Dentales y su Selección ", E. Médica Panamericana, 1980.pp. 65-80.
6. OZAMA DEBOUCHI JOSE Y., " Prosthodontia Total ", Ed. Textos Universitarios,4a. Edición 1981. pp. 232-243.
7. SHILLINGBURG T. HERBERT., " Fundamentos de Prosthodontia Fija ", Ed. Quintessenz, 1978. pág. 17.
8. SKINNER W. EUGEN., " La Ciencia de los Materiales Dentales ", Ed. Mundi, 6a. - Edición, 1970. pp. 160-178, 179-194, 195-212, 214-234.
9. TYLMAN STANLEY D., " Teoría y Práctica de la Prosthodontia Fija ", Ed. Intermédica, 7a. Edición 1981. pp. 135-169.
10. KOOAN FRENK ENRIQUE., " Color en la Odontología ", Rev. A.D.M., Vol. XXXIX/4, Julio-Agosto 1982 pp. 145-147.

CAPITULO TERCERO

TECNICA CLINICA

CAPITULO III
TECNICA CLINICA

La técnica clínica de la prótesis Simplificada se basa principalmente en el tallado ó desgaste de los dientes pilares, la toma de impresión, y la colocación de provisionales para la protección de éstos mismos.

III.1 - INSTRUMENTAL Y MATERIAL CLINICOS

INSTRUMENTAL:

Paquete básico (espejo, pinzas de curación, explorador y excavador)
Jeringa Carpule
Fresas protésicas de diamante: cónica, punta de lápiz y rueda de carro.
Juego de cucharillas portaimpresiones
Espátula para cemento
Loseta.

MATERIAL:

Anestésico
Aguja
Algodón
Hilo retractor
Alginato
Silicon pesado y ligero
Barniz de Copalite
Hidróxido de Calcio
Acrílico autocurable (polvo y líquido)
Yeso piedra
Yeso velmix
Cera rosa
Cemento de Oxifosfato (2)(13)

111.2 - DIENTES PILARES

Toda restauración ha de ser capaz de resistir las constantes fuerzas oclusales a que está sometida. Esto es muy importante en un puente fijo, en que las fuerzas que normalmente absorbía el diente ausente, van a transmitirse a los dientes pilares a través del pónico, conectores y retenedores.

Los pilares están obligados a soportar las fuerzas normalmente dirigidas al diente faltante y además, las que se dirigen a ellos mismos.

En la selección de los dientes pilares se deben considerar los factores siguientes:

- Posición del diente en la boca
- Forma anatómica de los dientes
- Extensión del soporte periodontal
- Relación Corona Raíz
- La naturaleza de Oclusión
- Integridad del diente..
- El grado de movilidad. (5)(7)

Además de éstas características, el diente pilar al ser preparado clínicamente por el Odontólogo debe reunir las siguientes cualidades:

1. El pilar preparado debe ser capaz de soportar las fuerzas adicionales a las que será sometido.
2. Posea características retentivas congruentes con el tramo de la prótesis.
3. Mantenga y salvaguarde la normalidad de la pulpa.
4. Proveer de integridad continua a la estructura dentaria contra las fracturas y caries. (9)

111.3 - PRINCIPIOS DE TALLADO

El tallado de las piezas dentarias, es el primer paso en la realización del tratamiento. Sin embargo no basta haber determinado la forma de la prótesis, y la técnica de la preparación; si no, debemos realizar esa preparación con toda meticulosidad y atención de detalle. El diseño de la preparación y restauración debe basarse en las necesidades del paciente y no en la conveniencia del dentista.

Cuatro principios determinan el diseño y ejecución de los tallados para la prótesis.

1) Ser conservador con la estructura dentaria:

Esta es la idea básica en el diseño de todas las preparaciones y no requiere mayor justificación. Si hay superficies dentarias intactas que puedan conservarse sin detrimento de la solidez de la restauración no debe necesariamente sacrificarse con la fresa. Hay muchas situaciones que exigen una corona completa, pero sólo se deben emplear éstas después de haber considerado cuidadosamente el caso y haber llegado a la conclusión de que otro tipo de restauración no tendría suficiente solidez y retención. (7)(8)

2) Retención y Estabilidad:

La retención se define como la resistencia a la dislocación, provocada por fuerzas paralelas al eje de inserción.

La estabilidad evita la dislocación por fuerzas que actúan en cualquier otra dirección. Fig 5A y B

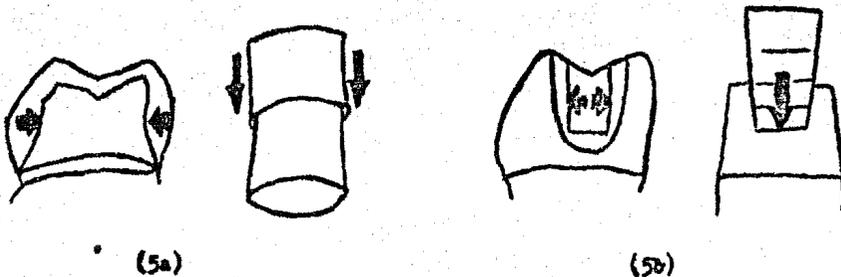
Las restauraciones dependen por lo tanto, de la retención que proporcionan unas paredes largas casi paralelas, o de una forma geométrica que ayuden a resistir los desplazamientos laterales. La retención y estabilidad se obtienen mediante superficies en correspondencia, puede tratarse de las paredes opuestas de una corona completa, o de las paredes linguales y vestibulares de una caja proximal.

En clínica es difícil tallar paredes paralelas sin producir socavados y,

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 5



TITULO: 5a. RETENCION POR MEDIO DE SUPERFICIES OPUESTAS EN UNA RESTAURACION EXTRACORONAL.

5b. RETENCION POR MEDIO DE SUPERFICIES OPUESTAS INTERNAS EN UNA RESTAURACION INTRACORONAL.

FUENTE: SHILLINGBURG T. HERBERT., " Fundamentos de Protesis Fija ", Ed. Quintaesencia ,1981. pp.68.

en muñones de paredes paralelas largas las coronas entrarían y se cementarían - con mucha dificultad, una divergencia de 6° en ésta inclinación de paredes se - considera óptima en caso de que se trate de una corona individual, pero es im- posible si con varias coronas fertilizadas por lo que serían demasiado retenti- vas y la restauración no lograría entrar ó llegar a su lugar; por lo que, Koren feld recomienda que puede tener hasta 12° ó 15° dependiendo del número y largo de las preparaciones. Fig. 6a (7)(8)

Entre los factores que intervienen en la retención, también está en la ex tención de la superficie. Por lo cual una preparación de superficie larga será más retentiva. También la preparación de mayor perímetro será más retentiva que una de perímetro escaso. Si un muñon presenta una superficie realmente pequeña, es preciso buscar retención por otros medios, tallando cajas ó surcos. Fig. 6b

Cuanto menor sea la libertad de movimiento, ó dicho de otro modo, cuando se hagan menos movimientos para retirar una corona de su muñon, tanto mejor será la retención, Cuanto menor sean las posibilidades de movimiento o posibilidades de dirección de entrada y salida mejor será la retención. La altura del muñon - es un importante factor de resistencia a fuerzas de palanca, la altura de las pa redes axiales tienen que ser suficientemente grandes para impedir la rotación de la corona. Fig. 7 (7)(8)

3) Eje de inserción y solidez de la prótesis:

El eje de inserción debe coincidir con el eje longitudinal del muñon, la - prótesis debe salir en dirección de ese eje. Si dos muñones han de servir, de pilares de un puente fijo, sus ejes de inserción también deben ser paralelos.

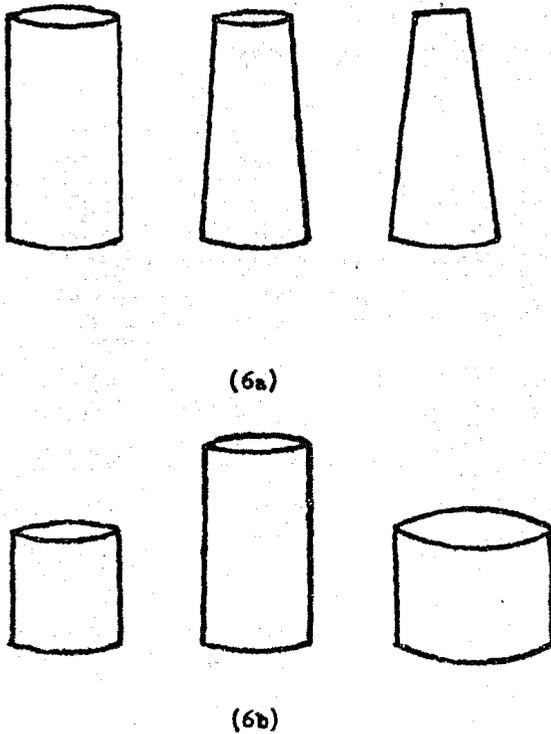
El eje de inserción debe ser considerado en dos planos, en el vestibulo- lingual y en el mesio-distal, debe ser paralelo a las áreas de contacto de los dientes adyacentes. Fig. 8

Solidez de la prótesis: Debe procurarse que la prótesis tenga una larga - vida, y que no sufra deformaciones. Un espacio interoclusal suficiente es uno de los más importantes requisitos para que la prótesis resulte sólida. Fig.9 (7)(8)

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 6



TITULO: 6a. EL GRADO DE DIVERGENCIA DEPENDE DEL NO. Y LARGO DE LAS PREPARACIONES.

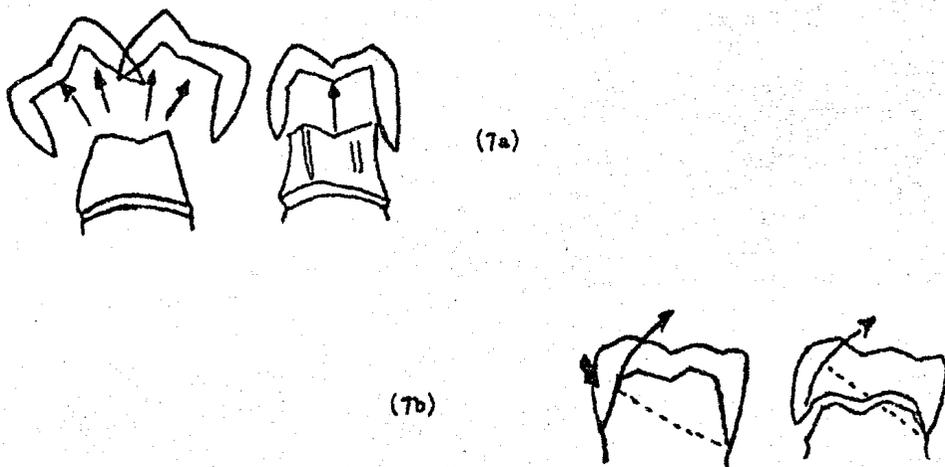
6b. LA PREPARACION DE SUPERFICIS LARGA Y DE MAYOR PERIMETRO ES MAS RETENTIVA.

FUENTE: SHILLINGBURG T. HERBERT., " FUNDAMENTOS DE PROSTODONCIA FIJA ", ED. QUINTAESENCIA 1991.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 7



TITULO: 7a. A MENOR LIBERTAD DE MOVIMIENTO Y DIRECCION DE ENTRADA Y SALIDA DE LA CORONA, MEJOR SERA LA RETENCION.

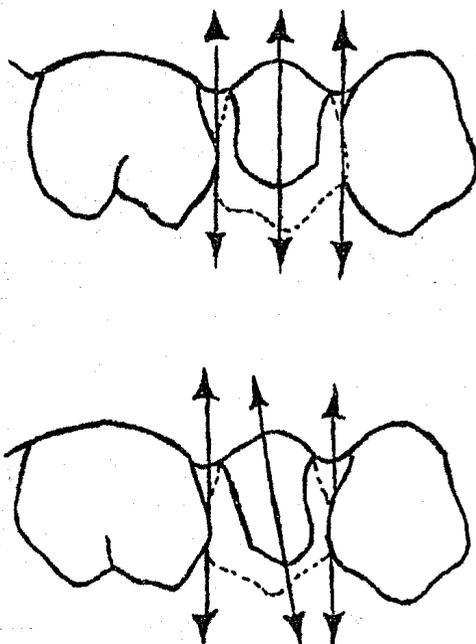
7b. LA ALTURA DE LAS PAREDES AXIALES DEBEN SER SUFICIENTEMENTE GRANDES PARA RESISTIR LAS FUERZAS DE PALANCA E IMPEDIR LA ROTACION DE LA CORONA.

FUENTE: SHILLINGBURG T. HERBERT., " FUNDAMENTOS DE PROSTODONCIA FIJA ", ED. QUINTAESENCIA, 1981.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA.No. 8



TITULO: EL EJE DE INSERCIÓN DEBE COINCIDIR CON EL EJE LONGITUDINAL DEL MUJÓN,
CONSIDERÁNDOSE EL EJE DE INSERCIÓN EN DOS PLANOS: VESTIBULO-LINGUAL Y
MESIO-DISTAL.

FUENTE: SHILLINGBURG T. HERBERT., " ATLAS DE TALLADOS PARA CORONAS ", Ed. -
QUINTAESSENCIA, 1976.

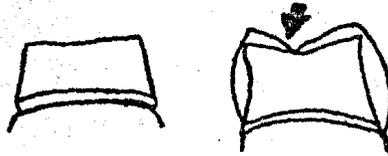
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 9



CORRECTO



INCORRECTO

TITULO: UN ESPACIO INTER/OCLUSAL SUFICIENTE NOS AYUDA A QUE LA PROTESIS
RESULTE SOLIDA.

FUENTE: SHILLINGBURG T. HERBERT., " FUNDAMENTOS DE PROSTODONCIA FIJA ", ED.
QUINTAESENCIA 1981.

4) Extensión de los tallados y bordes de la corona:

La principal idea de éste principio es:

- 1) Los límites del tallado tienen que llegar a zonas en las que sea fácil - tomar una buena impresión sin distorsiones.
- 2) El margen de la corona debe poderse afianzar y ajustar bien al diente una - vez colocada y debe ser accesible a una buena limpieza por parte del paciente.
- 3) Siempre que sea posible, el margen próximo a la encía, debe quedar situado - en esmalte, además de situarlo subgingivalmente para asegurar una altura del - muñón correcta. (7)(8)

111.4 - PREPARACION DE DIENTES EN PROTESIS SIMPLIFICADA

En prótesis Simplificada la preparación que realizaremos es la de unión, para recibir una corona completa de acrílico. Esta preparación consiste esencialmente en la eliminación de una capa delgada de tejido, de todas las superficies de la corona clínica del diente. (5)(14)

Esta preparación tiene los siguientes objetivos:

a) Obtener espacio para permitir:

-La colocación del material restaurador (Acrílico)

-Un espesor adecuado, para contrarrestar las fuerzas funcionales en la restauración final y permita la reproducción de todas las características anatómicas del diente, sin sobrepasar sus contornos originales.

-Desgastar la misma cantidad de tejido dentario en todas las caras del diente, para asegurar una capa uniforme de material restaurador.

-Ofrecer a la restauración un eje de inserción compatible con los demás anclajes del puente.

-Lograr una máxima retención compatible con un eje de inserción convincente. (5)

111.4.1 - TERMINACION CERVICAL DE LA PREPARACION;

Antes de pasar a explicar la técnica y tipo de preparación para la prótesis Simplificada, es menester nuestro explicar los tipos de terminación cervical que existen, ya que hay gran controversia hacia sus indicaciones y uso en éste tipo de prótesis.

En el material de apoyo de la E.N.E.P. Zaragoza que existe de P. Simplificada, se nos comenta que la terminación cervical, debe ser en chaflán debido a las siguientes razones;

- 1) Porque sólo necesitamos que la terminación se marque
- 2) Que la preparación sea expansiva
- 3) Porque el material a utilizar es el acrílico. (14)

Ahora bien, en el libro escrito por el Dr. Enrique Flores, titulado -- " Algo sobre Prótesis Simplificada "; nos explica que la preparación debe ser Corona Jacket con terminación cervical en hombro. (2)

Nosotros nos preguntamos: ¿que tipo de terminación cervical debemos utilizar en la prótesis Simplificada?

- Cuatro son los tipos de diseño marginal; a. Hombro
b. Hombro Biselado
c. Chafián
d. File de Cuchillo (9)

La Odontología estipula cuatro criterios básicos para un diseño marginal exitoso; éstos son;

- 1) Adaptación Marginal aceptable
- 2) Superficies razonablemente toleradas por los tejidos
- 3) Forma adecuada para dar soporte a los tejidos
- 4) Resistencia suficiente para evitar la deformación durante la función. (9)

CARACTERISTICAS DE LAS TERMINACIONES CERVICALES

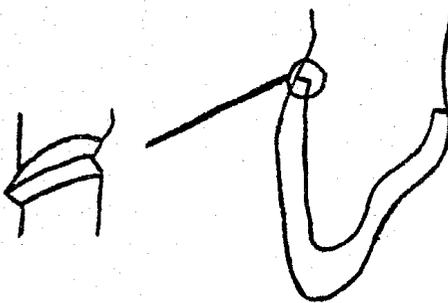
TERMINACION EN HOMBRO:

- Es uno de los más arduos de preparar, difícil para el calce exacto entre el - retenedor y el pilar, ya que posee la gran desventaja de formar una junta tope.
- Es el menos conservador, aunque el exceso de tejido que se elimina es más teórico que real.
- También es improbable en cuanto se pueda preparar en forma rutinaria un hombro con ancho parejo en toda la circunferencia del diente.
- El hombro tiene la ventaja de ser una línea de terminación bien definida.
- El hombro debe emplearse en las coronas en que por tratarse de un material -- frágil, se precisa un cierto grueso, justo en el borde.
- La preparación de hombros en los dientes posteriores son muy difíciles.
- La terminación en hombro se torna más importante cuando hay cargas concentradas en un punto; por ejemplo: en los puentes de tramo largo y en general en - los casos de maloclusión. Fig. 10 (7)(8)(9)(16)(17)

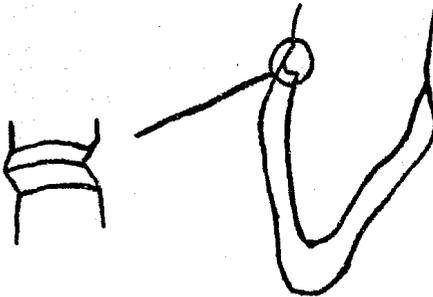
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 10



(10a)



(10b)

TITULO: a.TERMINACION CERVICAL EN HOMBRO. PREPARACION EN UN DIENTE ANTERIOR SUPERIOR.

b.TERMINACION CERVICAL EN HOMBRO BISELADO. PREPARACION EN UN DIENTE ANTERIOR SUPERIOR.

FUENTE: SHILLINGBURG T. HERBERT., " ATLAS DE TALLADOS PARA CORONAS ", ED. / QUINTA ESENCIA, 1976.

TERMINACION EN HOMBRO BISELADO:

- El hombro con bisel es una línea de terminación muy empleada, especialmente en los casos en que la caries, erosiones ó algunas restauraciones ya han producido un hombro.
- Un hombro redondeado aporta el volumen interno de metal para resistir la distorsión funcional, y el bisel suministra una adaptación marginal mejorada.
- El ángulo de éste bisel se aproxima a la vía de inserción de la restauración.
- El hombro con bisel es la línea de terminación para las coronas en metal porcelana, para el borde gingival de las cajas proximales y, para los márgenes situados cerca de cúspides de trabajo. Fig 10 (8)(9)(10)(17)

TERMINACION EN CHAPLAN:

- Terminación cervical en ángulo obtuso. El chaflán es una línea de terminación marginal definida cóncava, con una angulación mayor que la de filo de cuchillo, pero un ancho menor que un hombro.
- Es ideal pero se considera difícil la calibración exacta de un ancho igual - predeterminado en torno de la circunferencia íntegra del diente.
- El chaflán permite que haya una junta deslizante y, al mismo tiempo un grueso de metal suficiente para una buena estabilidad.
- Los márgenes en chaflán brindan un área marginal con distribución óptima de los esfuerzos y un sellado conveniente. Sólo requiere una reducción dentaria uniforme mínima. Fig.11 (8)(9)(16)(17)

TERMINACION EN FILO DE CUCHILLO:

- Es el más fácil de preparar, pero el más difícil de fabricar.
- En el caso extremo de junta deslizante pero lleva consigo varias desventajas.
- Si el tallado no ha sido muy cuidadoso no se podrá observar el terminado cervical.
- El borde resulta delgado, largo, poco rígido y mal soportado.
- Es difícil de encerar, colar y fácilmente se puede distorsionar al probarlo en boca.
- Existen situaciones en que los bordes de filo de cuchillo son una ventaja, - -

como en los pacientes más jóvenes y en las zonas apenas accesibles de la cavidad bucal. Fig. 11b (8)(9)(16)(17)

Así mismo existen factores que influyen en la elección de terminación cervical que se utilizará. Estos son: La anatomía radicular del diente por preparar, la línea de terminación esta influenciada por el largo de la corona clínica, cuando son varias preparaciones y éstas deben ser paralelas, el tipo de material que se vaya a usar en la restauración por ejemplo: oro, porcelana, metal, metal acrílico ó acrílico solamente.

Por último diremos que las situaciones de casos clínicos son infinitas y variables, y la experiencia e ingenio del Odontólogo decidirán las soluciones a seguir. Todas pueden ser igualmente satisfactorias siempre y cuando se cumplan los criterios de diseño marginal antes mencionados.

Cada línea de terminación cervical tiene sus pro y sus contra, pero todas son buenas si se saben aplicar; además una misma preparación puede y debe llevar más de una sola línea de terminación, es decir: por ejemplo, por bucal hombro - biselado y por lingual terminación en filo de cuchillo, etc.

111.4.2 - PREPARACION EN DIENTES ANTERIORES (8)(14)

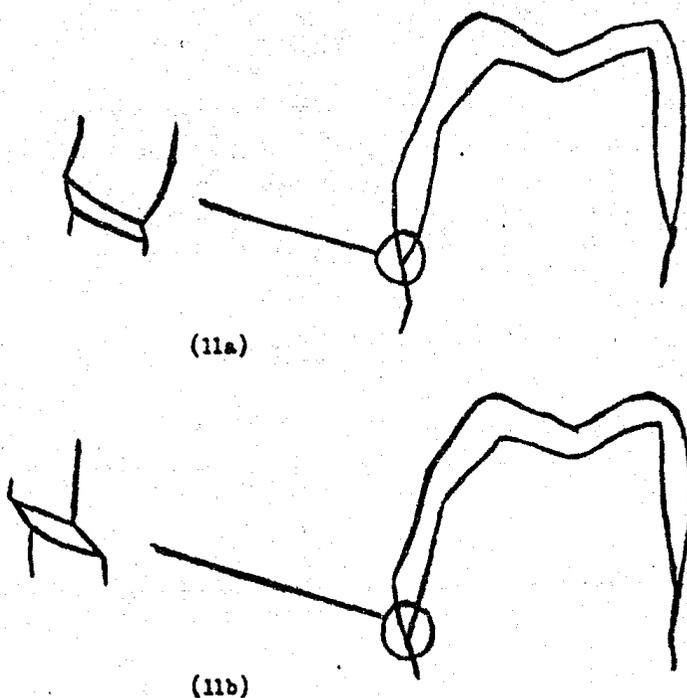
En dientes anteriores utilizaremos la preparación de Muñón Corona Jacket Acrílico. Se prefiere éste tipo porque es muy estética, y está indicada en aquellos casos en que siendo las fuerzas oclusales mínimas, los requerimientos estéticos son máximos. A causa de las limitaciones del material (acrílico) solamente se debe emplear en dientes anteriores, sin dejar a un lado la posibilidad de ser ejecutadas en dientes posteriores.

En la preparación de Corona Jacket Acrílico el conocimiento de las propiedades del material restaurador son esenciales para comprender mejor los desgastes de tallado en el diente. Esto es, el acrílico es muy débil cuando se le aplican fuerzas tensionales y de compresión mayores de lo normal, por lo cual - una terminación gingival óptima y adecuada y un meticuloso cuidado en los deta-

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 11



TITULO: 11a. TERMINACION CERVICAL EN CHAFLAN. PREPARACION EN UN DIENTE POSTERIOR.

11b. TERMINACION CERVICAL EN BISEL. PREPARACION EN UN DIENTE - POSTERIOR.

FUENTE: SHILLINGBURG T. HERBERT., " ATLAS DE TALLADOS PARA CORONAS ", ED. QUINTAESENCIA, 1976.

lles de la preparación nos dará un buen resultado y el peligro de fracaso será mínimo.

Hay dos detalles a tener en cuenta durante el tallado de la preparación - Muñón Corona Jacket Acrílico para prótesis Simplificada. Uno es la elaboración de la terminación cervical en hombro, el cual debe ser plano y bien marcado; además perpendicular al eje de inserción. Se debe asegurar un espesor uniforme del material, éste se consigue dando una anchura al hombro de por lo menos - 0.8mm. a 1.00mm. Se ha preferido la terminación en hombro porque está indicada cuando el material es frágil y se precisa un cierto grueso en el borde para lograr una buena retención y resistencia del material hacia las fuerzas masticatorias y de oclusión, logrando también con estos una buena estabilidad contra las fuerzas que actúan en cualquier dirección. (7)

Es verdad que con la terminación en hombro no se logra a veces un buen ajuste entre el material y el diente tallado, por lo que podemos recomendar la elaboración de éste mismo hombro pero biselado, logrando con el bisel el ajuste necesario de la restauración con el diente. (9)

Algunas veces puede variar el tipo de preparación y terminación cervical del diente ya que éstos tallados están supeditados a la integridad de tejido dentario con que se cuenta.

El segundo detalle a considerar es el borde incisal de la preparación, esta zona es de importancia para la adecuada resistencia de la corona, debe ser plano y perpendicular a la dirección en que va a recibir el impacto masticatorio, si éste impacto lo recibe la cara palatina, el borde incisal del muñón se talla formando ángulo respecto al eje mayor del diente. Fig.12 (7)

TECNICA DE PREPARACION: (7)

Una vez que la anestesia se ha infiltrado localmente al paciente y logrado insensibilizar el diente que se va a preparar se procede a realizar los cortes para formar el muñón, para lo cual utilizaremos únicamente tres fresas protésicas de diamante; a) una fresa de figura cónica, b) Una fresa de punta de -

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 12



TITULO: DETALLES PRINCIPALES PARA LA BUENA PREPARACION MUÑO-CORONA-JACKET.

- 1) TERMINACION CERVICAL EN HOMBRO BISELADO.
- 2) BORDE INCISAL PLANO Y PERPENDICULAR EJE DE INSERCIÓN.

FUENTE: SHILLINGBURG T. HERBERT., " ATLAS DE TALLADOS PARA CORONAS ", ED. -
QUINTAESSENCIA 1976.

lápiz, c) una fresa de rueda de carro. (2)(8)

Comenzaremos los tallados llevando la secuencia ordenada, para no aumentar los continuos fresados al tejido dentario y, con ésto prevenir daños pulpares; (2)(7)

A) El desgaste lo empezaremos en la cara labial donde tallaremos profundos surcos de orientación mediante una fresa de fisura cónica de punta plana. Estos surcos facilitan notablemente una adecuada reducción de espesor uniforme sin dañar la pulpa. (2)(7)(8)

B) En el plano más próximo a gingival se hacen tres surcos, deben tener una profundidad aproximadamente de 1mm. La fresa se alinea con el plano de la cara vestibular más próximo a incisal. Fig. 13 (2)(7)(8)

C) Se tallan profundos surcos de orientación en la mitad incisal de la cara vestibular. Fig. 13 (7)(8)

D) Para asegurar una reducción incisal sin sobrepasar lo conveniente, se tallan unos surcos de orientación de 1.5mm. de profundidad en el borde incisal. Fig. 13

E) Se empieza con la reducción incisal para que el muñón quede lo suficientemente corto para alcanzar cómodamente con la fresa todas las caras axiales.

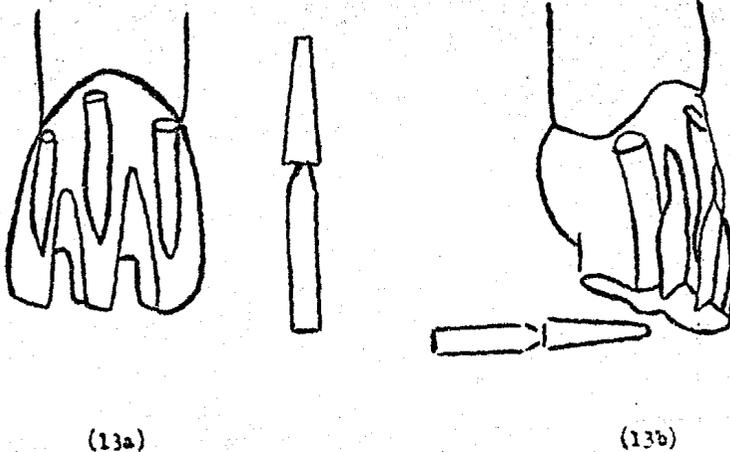
F) La reducción incisal se hace con la fresa de fisura cónica punta plana, produciendo una superficie plana orientada de un modo perpendicular a la dirección de las fuerzas que van a gravitar sobre la corona. Fig. 13 (7)(8)

G) Se comienza la reducción de la mitad incisal de la superficie vestibular, como siguiente paso, se talla la mitad gingival de la cara vestibular. Esto se hace en dos planos, para proteger la pulpa, y al mismo tiempo quitar suficiente estructura dentaria y lograr que la corona resulte lo más estética y resistente posible. Al mismo tiempo que la fresa corta la cara vestibular de la mitad gingival, se va formando el hombro de la preparación. Fig. 14 (7)(8)

H) Se continúa con la reducción vestibular y se lleva la fresa a los espacios interdentarios, continuando hasta rodear toda la periferia del diente. La punta de la fresa de fisura punta plana se usa para ir formando el hombro. Fig. 14 (7)(8)

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "
TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 13



TITULO: 13a. ELABORACION DE SURCOS DE ORIENTACION PARA UNA REDUCCION UNIFORME DEL TEJIDO DENTARIO.

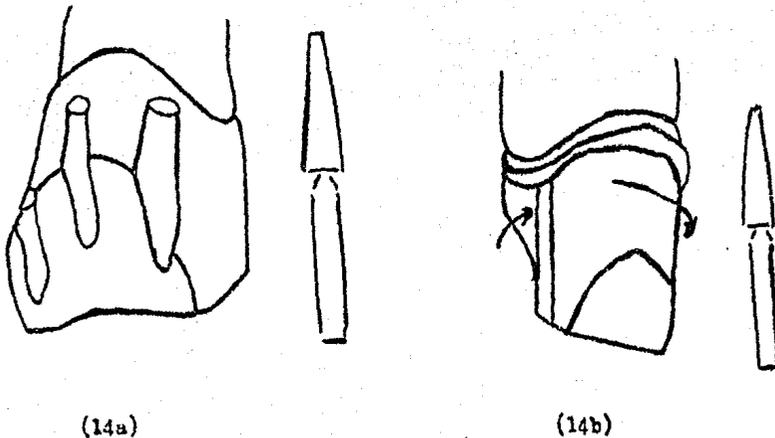
13b. REDUCCION INCISAL

FUENTE: SHILLINGBURG T. HERBERT., " ATLAS DE TALLADOS PARA CORONAS ", ED. -
QUINTAESGENCIA, 1976.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 14



TITULO: 14a. REDUCCION DE LA MITAD INCISAL DE LA SUPERFICIE VESTIBULAR.

14b. REDUCCION VESTIBULO-GINGIVAL, LLEVANDO LA PRESA A LOS ESPACIOS
INTERDENTARIOS Y RODEANDO TODA LA PERIFERIA DEL DIENTE.

FUENTE: SHILLINGBURG T. HERBERT., " ATLAS DE TALLADOS PARA CORONAS ", ED.
QUINTAESENCIA, 1976.

I) Esta reducción axial que se continúa por toda la superficie palatina, es paralela a las superficies proximales y ayuda a que el hombro resulte uniforme y a evitar que la pared palatina quede demasiado corta. (7)(8)

J) La fresa rueda de carro, se usa para hacer la reducción palatina a nivel del cingulo. Hay que tener cuidado de no tallar demasiado en la unión del cingulo - con la pared axial palatina. Fig. 15 (7)(8)

K) La preparación se termina haciendo un bisel gingival en el hombro, ésto se logra con la fresa de diamante punta de lápiz realizándolo en toda la periferia del diente. Fig. 15 (7)(8)

III.4.3 - PREPARACION EN DIENTES POSTERIORES

El tipo de preparación que utilizaremos en dientes posteriores es el de Muñón Corona Completa. En la que se tendrá muy en cuenta lo antes dicho en la preparación de dientes anteriores.

A) El primer paso en éste tipo de preparación es el tallado de la superficie oclusal. Tiene que hacerse así para delimitar la altura del muñón. Si hay caries ó restauraciones antiguas se eliminan en éste momento. Se utilizarán las fresas de rueda de carro y la de fisura punta redonda. Para asegurar un espacio suficiente se tallan unos surcos de orientación profundos, tanto en las crestas como en los surcos anatómicos de la superficie oclusal. Estos cortes llevan una profundidad de 1mm. en las cúspides no funcionales y de 1.5mm. en las funcionales. Fig. 16a (7)

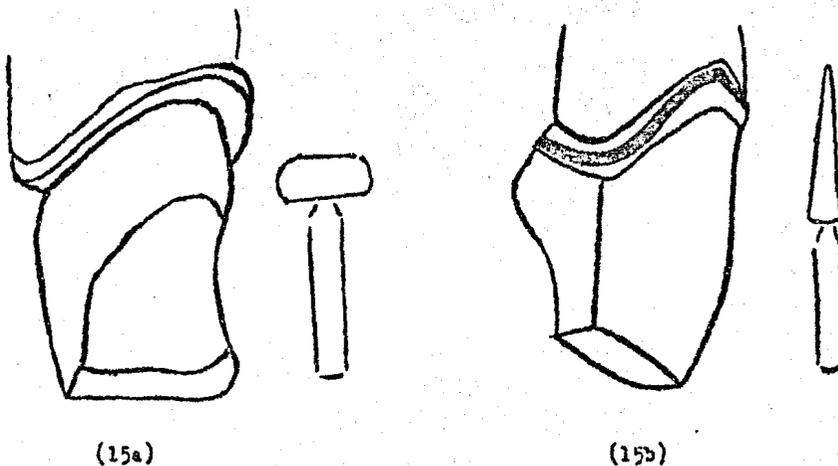
B) Se tallan profundos surcos de orientación en las vertientes externas de las cúspides vestibulares, formando ésto parte de la reducción oclusal. Fig. 16b (7)

C) La estructura dentaria que queda entre los surcos tallados anteriormente, se eliminan con la fresa de diamante cónica, al ir desgastando se debe tratar de imitar la anatomía funcional oclusal con un mínimo de estructura dentaria. Este paso también se repite en las vertientes externas donde también se tallaron - surcos de orientación. Fig 17 (7)

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 15



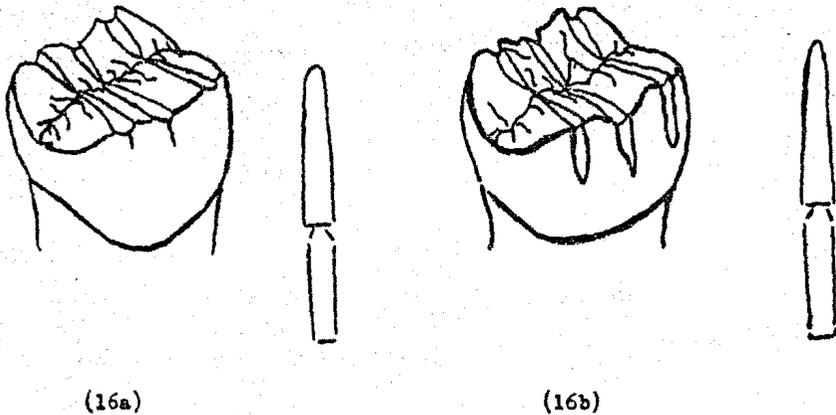
TITULO: 15a. REMUCCION PALATINA A NIVEL DEL CINGULO CON LA FRESA RUEDA DE CARRO
15b. TERMINO DE LA PREPARACION CON UN BISEL CINGIVAL EN EL HOMBERG.

FUENTE: SHILLINGBURG T. HERBERT., " ATLAS DE TALLADOS PARA CORONAS ", ED. -
QUINTAESENCIA, 1976.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 16



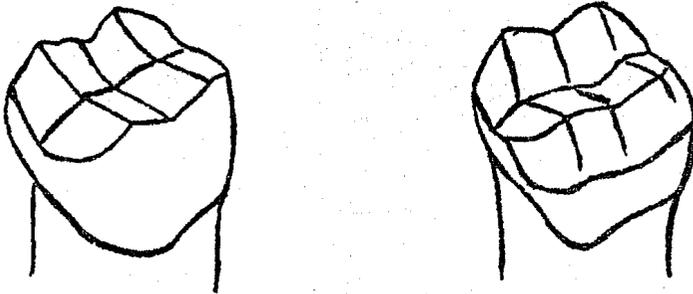
TITULO: 16a. ELABORACION DE SURCOS DE ORIENTACION EN LA SUPERFICIE OCLUSAL.
16b. ELABORACION DE SURCOS DE ORIENTACION EN LAS VERTIENTES EXTERNAS
DE LAS CUSPIDES VESTIBULARES.

FUENTE: SHILLINGBURG T. HERBERT., " ATLAS DE TALLADOS PARA CORONAS ", ED. -
QUINTAESENCIA, 1976.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 17



TITULO: REDUCCION DE LA ESTRUCTURA DENTARIA OCLUSAL Y DE LAS VERTIENTES
EXTERNAS DONDE SE PROCURA IMITAR LA ANATOMIA FUNCIONAL.

FUENTE: SHILLINGBURG T. HERBERT., " ATLAS DE TALLADOS PARA CORONAS ", ED. -
QUINTAESSENCIA, 1976.

D) La reducción axial de las caras vestibulares, linguales ó palatinas se hace fundamentalmente con el diamantado cónico de fisura, se usa de modo que vaya formando un chafalán si la punta es redonda ó un hombro si la punta de la fresa es plana. Fig. 18 (7)

Nosotros hemos optado por la terminación cervical en chafalán, porque el realizar un hombro en dientes posteriores y aún más biselarlo es muy complicado y se lo dejamos sólo a aquél que por su larga experiencia en preparaciones pueda realizarlo. (9)(16)(17)

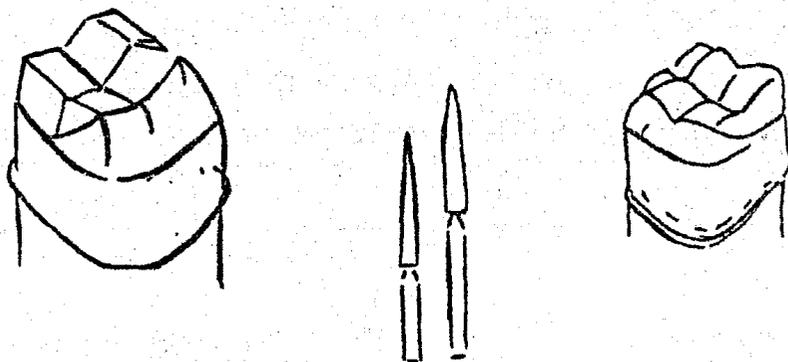
El diamantado cónico se usa también para la reducción de la cara axial, - ya sea de lingual ó palatino, llevando ésta reducción hacia las caras proximales y se detiene antes de llegar al punto de contacto.

E) La separación de éste punto de contacto se empieza con una fresa punta de lápiz de diamante, en una posición paralela a las caras interproximales. El instrumento se va guiando hacia arriba y hacia abajo en movimientos de sierra, de lingual hacia vestibular hasta romper el punto de contacto. Este proceso se repite en la otra cara proximal. La fresa punta de lápiz se debe deslizar de un lado a otro de la cara proximal, hasta obtener una línea de terminación suave y continua. Antes de dar por terminada la preparación, se revisa la oclusión asegurándose que haya suficiente espacio para nuestro material restaurador, además que nuestras preparaciones tengan un paralelismo adecuado. Fig. 18 (7)

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 18



TITULO: REDUCCION AXIAL DE LAS CARAS VESTIBULARES, LINGUALES O PALATINAS FORMANDO UNA TERMINACION CERVICAL EN CHAPLAN CON PRESA DE FIGURA CONICA.

FUENTE: SHILLINGBURG T. HERBERT., "ATLAS DE TALLADOS PARA CORONAS", Ed. - QUINTA ESENCIA, 1976.

III.5 - RETRACCION GINGIVAL (20)

La tarea del dentista antes de tomar la impresión, ó quizá para algunos otros, antes de empezar la preparación retraer los tejidos gingivales.

El propósito de ésta acción es:

- No dañar los tejidos gingivales durante la preparación y conservarlos sanos.
- que los tejidos gingivales no entorpezcan al momento de la toma de impresión y para poder definir perfectamente la línea de terminación cervical en la preparación.

Desarrollaremos brevemente las formas de retracción gingival y sus características. Dejando al clínico la opción de realizar la que más le acomode.

RETRACCION GINGIVAL ANTERIOR A LA PREPARACION DEL MUECO: (20)

En ésta técnica, primero colocaremos el hilo retractor antes de hacer los desgastes dentarios, si se posee habilidad no existirá hemorragia por parte de los tejidos blandos, en ésto nos ayudará un poco el anestésico infiltrado. Al colocar el hilo retractor, el tejido gingival se encontrará ligeramente separado y retraído del diente, lo que nos permitirá una amplia visualización de los límites de nuestra preparación. El daño a los tejidos será mínimo ó inexistente y no habrá hemorragia facilitándonos el tallado, el tiempo requerido en la preparación será mínimo. Una vez terminada la preparación sólo nos resta quitar el hilo retractor y tomar la impresión inmediatamente. Este tipo de retracción gingival a nuestro juicio es posiblemente el más adecuado para la técnica de Prótesis Simplificada. Fig. 19a

PREPARACION DEL MUECO SEGUIDA DE LA RETRACCION GINGIVAL: (20)

Esta es la técnica más utilizada dentro de la Odontología restauradora, y para algunos clínicos la un poco complicada, debido a que, durante la preparación se hacen aparentes las lesiones a los tejidos blandos, por lo que se observarán signos de hemorragia. Esta hemorragia al terminar la preparación, puede ser: escasa, moderada ó incesante, por lo que tendremos que controlarla por medio de presión, lo que nos restará tiempo en el trabajo. Al controlar la hemorragia y tratar de colocar el hilo retractor, el problema nuevamente se hará

evidente (por la lesión causada a los tejidos), impidiendo la hemorragia la colocación de este material para la toma de una buena impresión.

Al retirar el hilo del surco gingival puede ó no presentarse nuevamente la hemorragia distorciéndonos la impresión. Fig. 19b

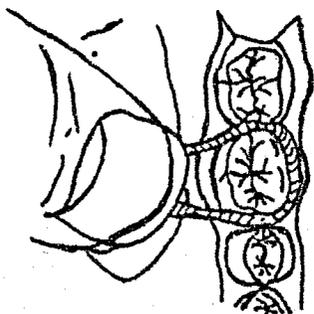
PREPARACION Y TOMA DE IMPRESION SIN RETRACCION GINGIVAL (20)

El no llevar a cabo la retracción gingival, se hace aparente el estado de irritación gingival durante toda la fase operatoria, impidiendo maniobrar adecuadamente en los degates dentarios y en la toma de impresión; produciéndonos errores, pérdida de tiempo, de material y, fallas durante todo el procedimiento. Además que no va a existir un adecuado ajuste con la restauración ya que no se determinará el acabado gingival ó cervical.

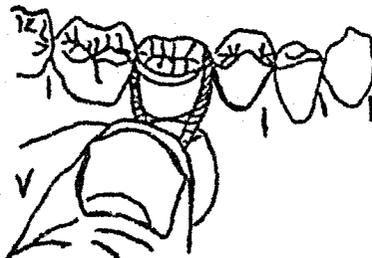
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 19



(19a)



(19b)

TITULO: 19a. RETRACCION GINGIVAL ANTERIOR A LA PREPARACION DEL MUJON

19b. PREPARACION DEL MUJON SEGUIDA DE LA RETRACCION GINGIVAL

FUENTE: WAERHAU G. JENS., " PERIODONCIA Y ODONTOLOGIA RESTAURADORA "., REV. -
INTERNACIONAL, VOL. I NO. 1, 1981.

111.6 - TOMA DE IMPRESION (10)(15)(16)

Una vez realizadas las labores clínicas de desgaste de la corona dentaria, se procede a la toma de impresión de la preparación ó preparaciones, para obtener un modelo positivo.

La toma de impresión varía de acuerdo al material que se utilice; éstos pueden ser: Alginato, Silicón, Modelina, Compuestos de Caucho etc.

El material que utilizaremos para la impresión de nuestra prótesis será - Alginato ó Silicón.

ALGINATO: Utilizaremos el alginato porque;

- Requiere un mínimo de equipo
- Su costo es bajo
- Fácil de manipular
- Gelifica en poco tiempo
- Es relativamente limpio y bien aceptado por el paciente

La técnica de impresión con alginato es la más sencilla de todas, lo único que se requiera es; Portaimpresiones, tasa de hule, espátula para yeso, alginato y agua en sus respectivas medidas.

Manipulación: Colocamos el alginato en la tasa de hule, posteriormente el agua, se mezclan espatulando hasta obtener una pasta uniforme. Se carga el portaimpresiones con la mezcla y se lleva a la zona por impresionar donde se sostiene durante 5 minutos. Se retira el portaimpresiones de un sólo movimiento - dirección paralela a los ejes mayores de la preparación, evitando la inducción de tensiones produciendo distorsión alguna de la impresión.

Para obtener resultados más exactos con el alginato se debe vaciar en yeso la impresión inmediatamente después de retirar la impresión de la boca.

Este tipo de impresión con alginato se usa muy poco debido a que se considera de baja calidad para la toma de impresión definitiva debido a que se puede formar alginato insoluble, y no determinar bien los márgenes de la preparaci

ón

Cabe mencionar que si este material se manipula correctamente en sus proporciones adecuadas tendrá aceptación y darán buenos resultados.

SILICON: Utilizamos este material, ya que es el más empleado dentro de la Odontología restauradora por sus características y propiedades de reproducir con detalle y precisión las preparaciones.

Manipulación: Tomamos nuestro material de impresión; silicón pesado, el cual tiene forma de masilla y se mide por medio de la cucharilla que proporciona el fabricante y dependiendo de la cantidad del material necesario, agregamos la cantidad del catalizador indicada, amasamos con energía durante 30 segundos, colocamos el material en el portaimpresiones y lo llevamos a la boca del paciente, esperamos a que endurezca lo cual sucede aproximadamente en 5 minutos y lo retiramos de la boca.

Posterior a esto preparamos el silicón de baja densidad, en un papel especial ó loseta de vidrio. Se colocan en la loseta el silicón fluido y paralelo a éste el activador ó acelerador los cuales se mezclan durante 30 segundos.

Se retira el hilo retractor y se secan perfectamente las preparaciones.

El material lo colocamos en la impresión primaria tomada con el silicón pesado llevamos la impresión a la boca y esperamos que endurezca sin ejercer presión. Retiramos la impresión de un sólo movimiento, se enjuaga la impresión para eliminar la saliva ó sangre y se seca con un chorro de aire, vaciandola rápidamente en yeso. La toma de impresión de la arcada antagonista se realiza con alginato.

Por último se toma la relación de mordida en cera con la que se podrán colocar los modelos en oclusión.

Condiciones que debe reunir una buena impresión;

1) Debe ser un duplicado exacto del diente preparado, incluir toda la preparación y suficiente superficie del adyacente no tallado para permitir al dentista y al técnico la relación con los demás dientes y la configuración de la línea de terminación.

- 2) Los dientes y tejidos contiguos al diente preparado deben quedar exactamente reproducidos para permitir una precisa articulación del modelo.
- 3) La impresión de la preparación debe estar libre de burbujas especialmente en el área de la línea de terminación. (10)(15)(16)

111.7 - PROVISIONALES

Es evidente la necesidad de proteger una pieza tallada, mientras se const-
truye la corona ó puente protésico que se halla planeado.

En prótesis Simplificada los provisionales son el trabajo más importante
a realizar, ya que nos sirve de diseño para la colocación de nuestra prótesis -
definitiva. Podemos decir que los provisionales son la muestra de como va a que-
dar el trabajo y nos va a dar la pauta de los ajustes necesarios, también si a-
certamos al color ó habrá que tomarlo de nuevo, para la fabricación de la próte-
sis Simplificada.

Requisitos que deben poseer los provisionales:

- a) Tienen que ser fácilmente limpiables, para comodidad del paciente.
- b) Debe proteger a la pulpa de todo irritante. El provisional debe impedir la -
conducción del frío y calor y debe estar suficientemente adaptado al muñon -
para que la saliva no entre en contacto con la dentina tallada.
- c) Debe ser sólido para que resista las fuerzas oclusales.
- d) Debe mantener la posición de los dientes evitando cualquier extrusión ó mi-
gración.
- e) Debe cumplir una función estética aceptable.
- f) Debe tener capacidad de fabricación fácil.
- g) Debe ser fácilmente corregible
- h) Tener la capacidad de ser removido y reinsertable.
- i) Ser retentivo y económico.
- j) No debe ser soluble a los tejidos bucales y fluidos salivales.
- k) De ser posible el provisional debe ser fabricado previo a la cita. (11)

Las ventajas de la colocación del provisional son:

- Mejora y corrige temporalmente las anomalías estéticas que presentan los -
dientes.
- Mantiene estables los tejidos blandos facilitando la colocación de la prótesis
definitiva, disminuye la irritación de los tejidos gingivales permitiéndolos -
volver a su tonalidad
- Mejoran la masticación y la fonética.
- Permiten visualizar el trabajo final y sus posibilidades.
- Permite comprobar el paralelismo de los dientes.
- Mantiene el confort del paciente

- Protege del shock térmico.
- Permite sedar la pulpa por medio del cemento durante el tiempo que dure el tratamiento.
- Proveer de funcionalidad al Aparato Estomatognático.
- Mantiene y facilita, cuando es necesaria la modificación ó restauración de una nueva dimensión vertical.
- Permite al paciente tener noción de su estado y los métodos terapéuticos necesarios. (12)(13)

La técnica para la fabricación de provisionales que utilizaremos es un procedimiento indirecto, donde ocuparemos carillas de dientes prefabricados y acrílico autopolimerizable.

METODOLOGIA: En un supuesto caso clínico; en la primera visita del paciente, se toman impresiones de las que se obtienen dos modelos positivos de ambas maxilares ó arcadas, un juego se guardará como referencia en el archivo y el segundo juego será el de trabajo.

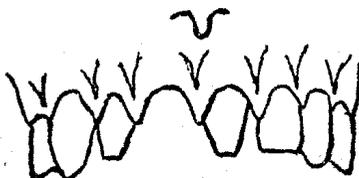
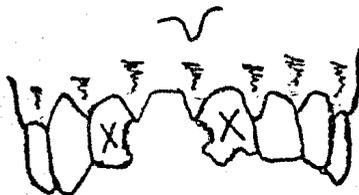
El modelo de trabajo se lleva al articulador dónde debe lograrse la oclusión luego se marcarán los dientes que se utilizarán como soporte de la prótesis. Enseguida, se preparan las piezas de soporte, para ello se pueden emplear fresas, discos ó una navaja delgada y afilada; ésto es sumamente fácil cuando se ha logrado cierto adiestramiento. Al realizarse la preparación, no debe desgastarse de masiado diente, se dejará algo mayor de como se ha planeado en el paciente, esto tiene el objeto de dejar un espacio que ulteriormente se rellenará de acrílico autocurable para lograr ajustarlo y evitar pérdidas de tiempo rebajando el provisional en caso de que no entrará en la preparación. Fig. 20

Posteriormente, elegimos los dientes prefabricados, los cuales deberán poseer los requisitos de estética, color y tamaño adecuado al paciente. Una vez elegidos empezamos a recortar el diente prefabricado en su parte palatina ó lingual, sin tocar en ningún momento las partes vestibulares e incisales de las carillas, ésto lo realizamos con fresas ó piedras montadas de laboratorio. Se cortan presionando fuertemente para lograr un desgaste rápido el cual se termina

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 20



TITULO: SE MARCAN Y PREPARAN LOS DIENTES QUE SERVIRAN DE SOPORTE PARA
LA PROTESIS.

FUENTE: DIRECTA.

en forma de caja, conservando todo el largo del diente. Se prueban en el modelo de trabajo las carillas, se revisa el largo cervico-incisal el cual debe estar en relación con los dientes adyacentes. Se debe observar que el contorno cervical sea adecuado a los tejidos blandos evitando dañarlos, se determinarán las zonas de contacto interproximal. Fig. 21 y 22 (14)

En caso de que existiera alguna pieza faltante dentro del puente a realizar el pñtico se tratará de adaptar a la zona edéntula dejándole una terminación de pico de flauta en palatino con el fin de lograr una buena autolimpieza, por último daremos retención a las carillas por medio de socavados que se realizarán en la cara palatina. Fig. 23 (2)

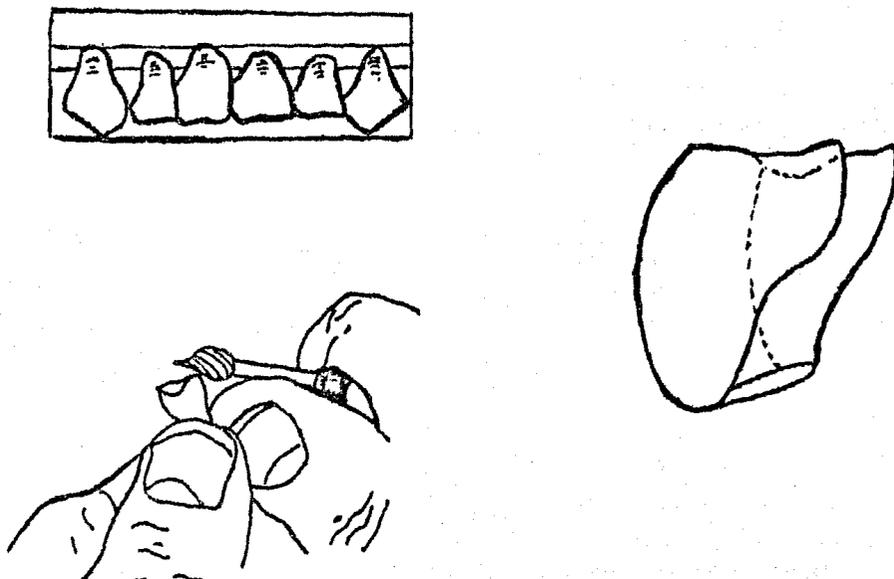
Continuamos adheriendo nuestras carillas a las preparaciones y el pñtico a la zona edéntula, con cera pegajosa ó con cera rosa ó blanca, una vez modelado se construye una guía con yeso piedra que cubra las caras vestibulares de las carillas abarcando ligeramente el borde incisal ó cara colusal, ya fraguado el yeso se retira la guía se verifica que las carillas queden en ésta, se elimina la cera (toda de interproximal y palatino), en caso de que las carillas se desprendan de la guía las colocaremos nuevamente en la guía en su respectivo lugar. Al modelo de trabajo se le coloca separador yeso acrílico únicamente en las preparaciones, zona edéntula y dientes adyacentes. Volvemos a colocar la guía sobre el modelo de trabajo, la guía conteniendo las carillas; empezamos a empaçar el acrílico por palatino ó lingual preparado previamente en un godete de vidrio, en forma de masilla hasta lograr que penetre perfectamente el acrílico y saturar completamente la guía, logrando la unión química del acrílico autocurado con las carillas prefabricadas, se deja polimerizar y al finalizar éste proceso se retira la guía de yeso conteniendo la formación anatómica de nuestros provisionales. Fig. 24 y 25 (6)(8)

Es muy común que en la parte palatina se contenga un exceso de acrílico, el mismo que se tendrá que rebajar dejando la anatomía apropiada a la cara pa-

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 21



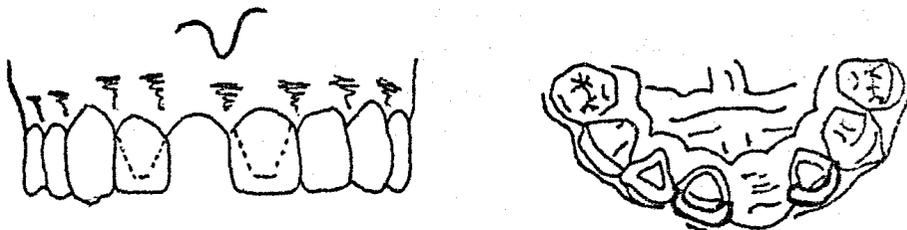
TITULO: ELECCION Y RECORTE DE LAS CARILLAS PREFABRICADAS POR SU CARA PALATINA LOGRANDO UN TERMINADO EN FORMA DE CAJA.

FUENTE: ROSAS M. JOSE, ROSAS V. ROSSAURA., " PROTESIS SIMPLIFICADA ", MATERIAL DE APOYO, 5o. y 6o. SEMESTRE, E.N.E.P. ZARAGOZA.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 22



TITULO: PRUEBA DE LAS CARILLAS PREFABRICADAS EN LOS MUÑONES DEL MODELO DE
TRABAJO, DEBEN AJUSTARSE ADECUADAMENTE ESTABLECIENDO LAS DIMENSIONES
CONVENIENTES EN RELACION A LOS DIENTES ADYACENTES.

FUENTE: DIRECTA.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 23



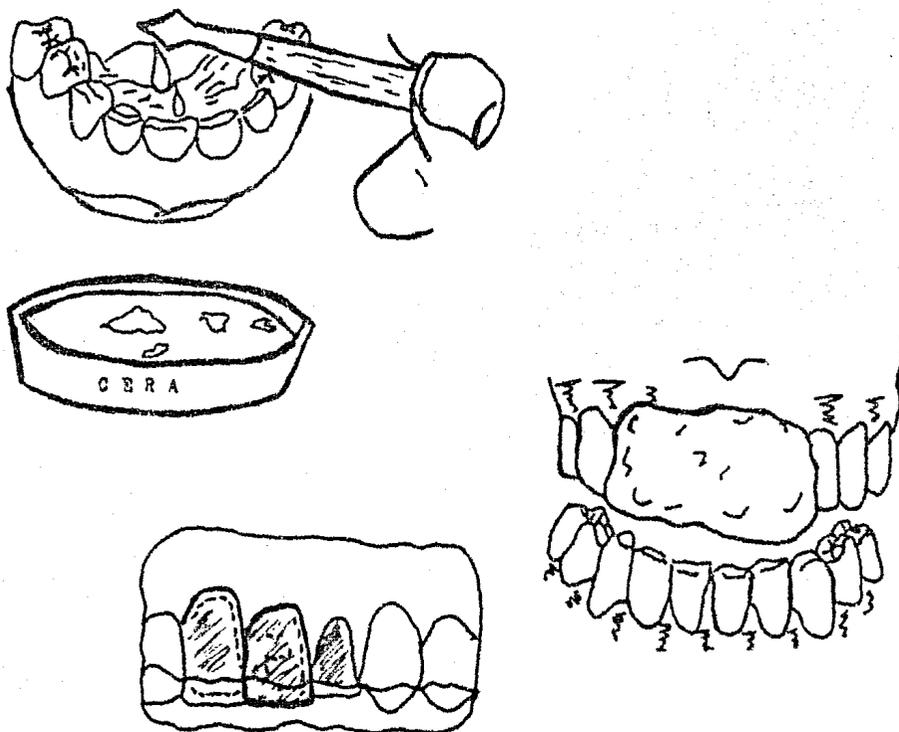
TITULO: ADAPTACION DEL PONTICO A LA ZONA EDENTULA, CON UNA TERMINACION -
CERVICAL EN PICO DE PLANTA POR PALATINO.

FUENTE: DIRECTA.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 24



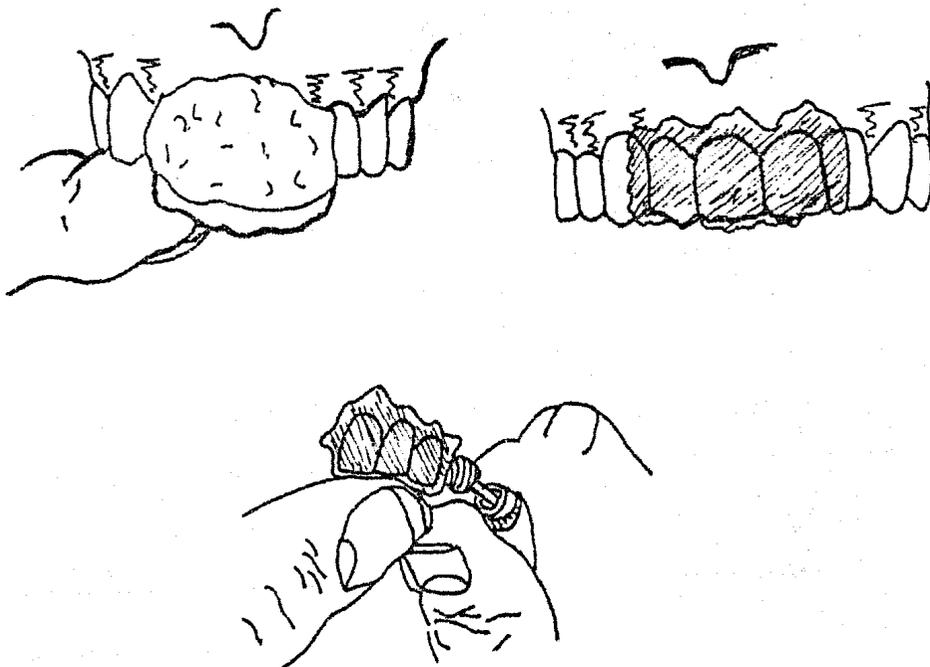
TITULO: MODELADO EN CERA DE LA PARTE PALATINA DE LA CARILLA Y EN LAS PARTES
DONDE SE REQUIERA, ELABORACION DE LA GUIA DE YESO.

FUENTE: DIRECTA.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 25



TITULO: EMPACADO DEL ACRILICO POR PALATINO, RETIRAMOS LA GUIA DE YESO Y -
NUESTRO PROVISIONAL ESTA FORMADO. LOS EXCEDENTES DE ACRILICO LOS
RECORTAMOS CON FRESONES Y PIEDRAS MONTADAS.

FUENTE: DIRECTA.

latina del diente. El acabado de los márgenes los realizaremos con piedras montadas, y, el espacio de las troneras para las papilas con discos de carburo. Es importante que el puente provisional no cause irritación e inflamación a los tejidos gingivales. Por último se recortarán los excedentes de acrílico en los lugares que el dentista considere necesario. Puliremos nuestro puente con cepillos de rueda para pulir, tierra pómas, tripoli y Bianco de España. Fig. 26

Podremos comprobar la oclusión en los modelos articulados para luego pasar a colocarlos en el paciente y comprobar que ésta oclusión sea óptima, si no lo es, se revisará en boca del paciente.

111.7.1 - AJUSTE DE PROVISIONALES

Notaremos que al llevar el provisional a la boca del paciente no logra un ajuste adecuado, debido a que las preparaciones son más pequeñas que en el modelo de trabajo por lo que tendremos que realizar un reajuste del provisional por medio de acrílico autocurable.

Este reajuste se le conoce como rebase de los provisionales, que consiste en colocar el acrílico en la superficie interna del provisional en forma de masilla, enseguida llevaremos los provisionales a la boca del paciente retirándolos frecuentemente para no dañar la pulpa de los dientes pilares hasta que polimerize. Los exesos de acrílico que quedan en las zonas cervicales se recortan y se vuelve a pulir el aparato, se realiza un reajuste a la oclusión.

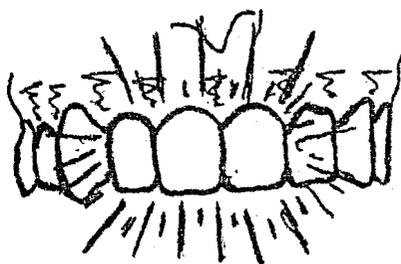
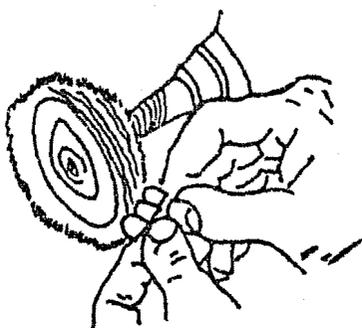
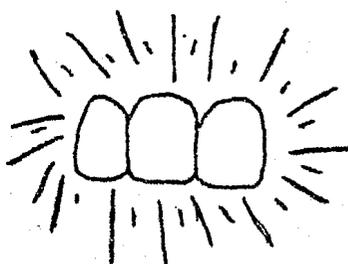
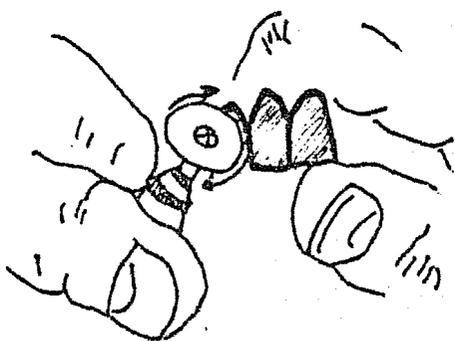
111.7.2 - CEMENTADO DEL PROVISIONAL

Se sacará perfectamente la zona donde va a ir el puente. La cementación del provisional se llevará a cabo con Hidróxido de Calcio, que nos ayudara a regenerar el tejido adamantino y a eliminar la sensibilidad dental de los tejidos tallados, evitando molestias a nuestros pacientes, (2)(5)(8)

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 26



TITULO: FORMACION DE TROMERAS CON DISCOS DE CARBURO Y PULIDO DEL APARATO
PROTESICO.

FUENTE: SHILLINGBURG T. HERBERT., " FUNDAMENTOS DE PROSTODONCIA FIJA ", ED.
QUINTAESENCIA, 1981.

BIBLIOGRAFIA

1. BREKER CHARLES., " Crowns Preparation of the Teeth and Constructon of the -
varius typos of foll Coverage Restaurations " Philadelphia, Ed. W.B. Saun-
ders Company.
2. FLORES M. ENRIQUE., " Algo sobre prótesis Simplificada ", Ed. Ciencia y Cul-
tura de México, la. Edición 1984.
3. KOREENNDAU ABJEAN., " Oclusión Aspectos Clínicos/ Indicaciones Terapéuticas ",
Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana, 1980.
4. MILLER JAY CHARLES., " Inlay Crowns and Brigues ", Philadelphia, Ed. Saun-
ders Company.
5. MYERS E. GEORGE., " Prótesis de Coronas y Fuentes ", Ed. Labor, 5a. Edición
1979.
6. RIFCL G. CARLOS., " Prótesis Métodos Clínicos ", Ed. Mercadotecnia Cden-
tológica, la. Edición, 1976 Tomo II.
7. SHILLINGBURG T. HERBERT., " Atlas de tallado para Coronas ", Ed. Quintaesen-
cia, 1976.
8. SHILLINGBURG T. HERBERT., " Fundamentos de Prótesis Fija ", Ed. Quinta-
esencia 1981.
9. TYLMAN STANLEY D. ., " Teoría y Práctica de la Prótesis Fija ", Ed. In-
termédica, 7a. Edición 1981.
10. VILLEGAS MALGA ROBERTO., " Materiales de Impresión " Ed. Diogenes, la. Edi-
ción 1976.

TESIS

11. GATICA SUAREZ MARIO., " Importancia y uso de las Restauraciones Temporales
de Acrílico en Puente Fijo ", U.N.A.M. 1971.
- 122 MCNTÁNEZ CONTRERAS ALICIA., " Importancia Técnica de Elección de provisiona-
les en Prótesis fija y Removible ", U.N.A.M. 1983.

13. RODRIGUEZ HERNANDEZ ELVIA., " Diseño e importancia de la Prótesis Provisional y Terapéutica ", U.N.A.M. 1984.

MATERIALES DE APOYO

14. ROSAS M. JOSE, ROSAS V. ROSSAURA., " Prótesis Simplificada ", 5o. y 6o. Semestre, E.N.E.P. Zaragoza.

REVISTAS

15. EGUIA GUILLERMO A., " Materiales dentales Termoplásticos para Impresión ", Rev. Odontólogo Moderno, Junio 1975, 2a. parte. pp. 35-44.
16. EGUIA GUILLERMO A., " Materiales dentales para Impresión ", Rev. Odontólogo Moderno, Agosto 1975, 3a. parte. 34-44.
17. FRANKLIN ABRAHAM., " Mito y realidades de la Preparación de Corona Completa", Rev. A.D.M. Vol. XXXIX/2, 1a. parte, Marzo-Abril 1982. pp. 105-108.
18. FRANKLIN ABRAHAM., " Mito y Realidades de la Preparación de Corona Completa", Rev. A.D.M., Vol. XXXIX/3, 2a. parte, Mayo-Junio 1982. pp. 65-67.
19. MOLOF RONALD. } " Elaboración de Restauraciones Provisionales para Prótesis Fija ", Rev. Quintaesencia, Ed. Española Chicago, Noviembre 1980, Vol. 22 No. 11.
20. WAERHAUG JENS., " Periodencia y Odontología Restauradora ", Rev. Internacional. Vol. I, No. 1. 1981.
21. SCHNEIDER M. DAVID., " Coronas Totales Provisionales I ", Rev. Quintaesencia, Ed. Española Chicago, Noviembre 1980, Vol. 2 No. 11.
22. SCHNEIDER M. DAVID., " Coronas Totales provisionales II ", Rev. Quintaesencia, Ed. Española Chicago, Noviembre, 1980, Vol. 2 No. 12.
23. SCHNEIDER M. DAVID., " Coronas Totales Provisionales III ", Rev. Quintaesencia, Ed. Español Chicago, Enero 1981, Vol.3 No.1.

CAPITULO CUARTO

TECNICA DE LABORATORIO

CAPITULO IV
TECNICA DE LABORATORIO

Una vez tomadas las impresiones para nuestra prótesis definitiva, procedemos a correr los modelos y realizar las labores propias de laboratorio.

Correremos por lo menos dos juegos de modelos: Fig. 27 (2)

El 1° nos servirá como modelo maestro, además de ser éste el que vamos a articular para obtener la relación oclusal óptima del paciente.

El 2° modelo nos servirá para realizar dados de trabajo, y poder trabajar individualmente las preparaciones, logrando un ajuste adecuado en la terminación cervical de las preparaciones con respecto a las carillas prefabricadas y el encerado. Fig. 28 (2)

IV.1 - INSTRUMENTAL:

- 1.- Fresones de Carburo de baja velocidad
- 2.- Juego de piedras montadas
- 3.- Espátula de lecrón
- 4.- Espátula para cera #7
- 5.- Espátula de yeso

MATERIAL:

- a) Yeso piedra
- b) Yeso vélmix
- c) Yeso blanca nieve
- d) Cera blanca ó rosa para modelar
- e) Cera pegajosa
- f) Separador yeso acrílico ó vaselina
- g) Papel celofán
- h) Carillas de dientes prefabricados
- i) Acrílico termocurable. Polvo y líquido
- j) Blanco de españa
- k) Cinta para articular (papel copia)

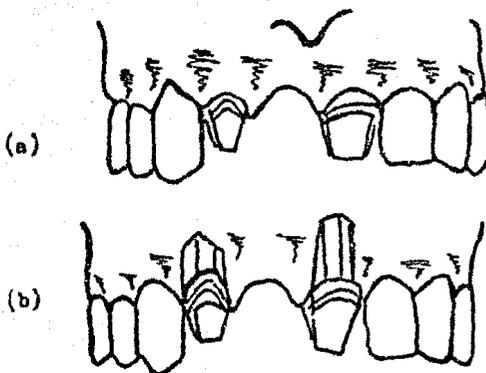
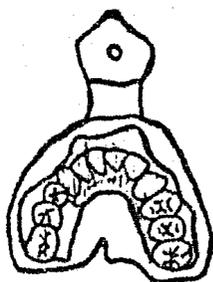
QUIPC:

- A- Mufla caja de muerto
- B- Olla de presión
- C- Prensa
- D- Motor de baja velocidad
- E- Mantas de rueda para pulir
- F- Cepillo de rueda para pulir
- G- Coladera
- H- Cucharón
- I- Arco y Segueta
- J- Bechero ó Lámpara de alcohol
- K- Tasa de mulo
- L- Discos de fieltro
- M- Articulador de visagra. (2)(5)

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 27



TITULO: OBTENCION DE DOS JUEGOS DE MODELOS DE NUESTRA IMPRESION:

a) MODELO MAESTRO.

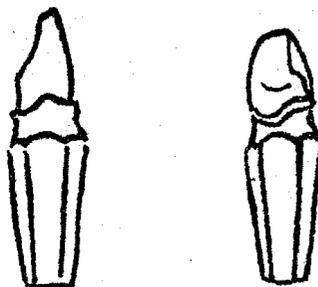
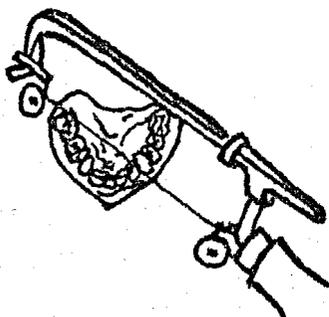
b) MODELO DE TRABAJO

FUENTE: DIRECTA.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 28



TITULO: MODELO DE TRABAJO DEL CUAL SE OBTENDRAN DATOS DE TRABAJO. Y ASI
TRABAJAR INDIVIDUALMENTE LAS PREPARACIONES.

FUENTE: DIRECTA.

IV.2 - ARTICULACION DE MODELOS

Para evaluar adecuadamente la oclusión del paciente, es obligatorio que los modelos estén montados en un articulador. El articulador que utilizaremos para la construcción de nuestra prótesis es el de bisagra simple. Fig. 29

Los articuladores de bisagra simple, permiten hacer movimientos laterales, protrusivos, de apertura y de cierre. Estos movimientos son aproximados, puesto que la relación de modelos en éste tipo de articulador no reproducen claramente las condiciones en la boca, y, la angulación de los trayectos en el de bisagra son fijos y no pueden ser ajustados a cada paciente. Sin embargo utilizamos éste articulador por la simplicidad de su manejo, lo poco sofisticado, es más económico, se ahorra tiempo y material requeridos que con algún otro. (3)

Para lograr la relación de nuestros modelos en el articulador sólo necesitamos la mordida en cera del paciente.

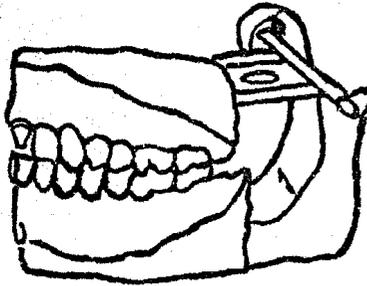
Cuando se construyen las prótesis en éste tipo de articulador hay que comprobar cuidadosamente la oclusión, y posteriormente revisar en la boca del paciente. (3)

Se obtienen mejores resultados cuando se articulan modelos superiores e inferiores completos y no parciales.

Ahora bien, se utilizarán articuladores más complejos y sofisticados sólo cuando el caso clínico lo amerite.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "
TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 29



TITULO: MODELO MAESTRO ARTICULADO EN EL ARTICULADOR DE BISAJRA

FUENTE: DIRECTA.

IV.3 - TECNICA DE ELABORACION DE LA PROTESIS SIMPLIFICADA

Existen dos técnicas de elaboración de la Prótesis Simplificada en el Laboratorio:

La primera se realiza por medio de carillas de dientes prefabricados de acrílico, las cuales estarán unidas a acrílico termocurado.

La segunda, se realizará únicamente con acrílico termocurado enfriado.

Si bien, la metodología de elaboración no varía mucho en las dos técnicas, preferimos explicarlas por separado con el fin de que el clínico utilice la que más le satisfaga.

1a.- Prótesis Simplificada con carillas de dientes prefabricados:

a- Elección de los dientes prefabricados; no nos causará demasiado problema si se han realizado unos buenos provisionales, ya que al hacerlo tuvimos que haber elegido los dientes prefabricados más adecuados al paciente, en todo caso si las carillas prefabricadas no fueron las convenientes al elaborar los provisionales y no cumplen los requisitos estipulados de estética color y tamaño es aquí el momento para elegir las carillas tomando las dimensiones pertinentes y, lograr los bordes anatómicos correctos. (5)

Tomaremos el color de dientes que posee el paciente por medio de un colorímetro y buena iluminación. Preferible es, que el color del diente se tome en el medio día con luz natural, permitiéndonos ésto ver la translucidez y el color con mayor exactitud.

b- Preparación de las carillas de los dientes prefabricados; Ya obtenidos los dientes prefabricados, empezaremos a ajustarlos en nuestros dados de trabajo del segundo modelo. Esta adaptación se realiza abuscando las caras palatinas de los dientes prefabricados por medio de fresones y piedras montadas de baja velocidad. Al igual que en los provisionales, se debe cuidar el no tocar la cara vestibular e incisal u oclusal de la carilla. Se presiona fuertemente para re-

bajar con rapidez la carilla prefabricada, obteniendo la carilla en forma de-
caja y conservando el largo del diente. Fig. 30 (2)(5)

En caso de que a nuestro paciente le faltase algún diente, el p^ontico a re-
bajar se ajustará a la zona edéntula dándole una terminación de pico de flauta,
pues ésta terminación evita la retención de restos de alimento y facilita una -
buena limpieza. Esta terminación se realiza en la parte palatina, mientras que
en vestibular el p^ontico debe ajustarse de modo que nos forme un contorno cervi-
cal óptimo. Al llevar las carillas a los dados de trabajo deben ajustar los lí-
mites de la preparación en su terminación cervical lo cual en dientes anteriores
es en hombro con bisel y, en posterior en chaflán. Fig. 31a

El problema del ajuste en la terminación de escalón biselado es la formación
de un espacio entre la preparación, el hombro y, la carilla el cual se puede co-
rregir y rellenar cuando se coloca la cera para modelar. La cera debe estar lo
suficiente caliente para que penetre hasta éste espacio, dando la forma del esca-
lón y formando una junta tope con un sellado periférico en el bisel. Fig. 31b

Una vez ajustadas las carillas a los dados de trabajo, y adaptado el p^onti-
tico a la zona edéntula, procedemos a darles retención a las carillas para lograr:

- a) Un contrabisel que servirá como retención mecánica para hacer una edentación
- b) Por la acción química entre el acrílico termocurado y la carilla prefabricada.

Al p^ontico le daremos retención por medio de: (2)

- 1) Perforaciones que realizaremos por la cara palatina con un fresón de bola
- 2) Por la acción química entre el acrílico y la carilla. Fig. 32a (2)

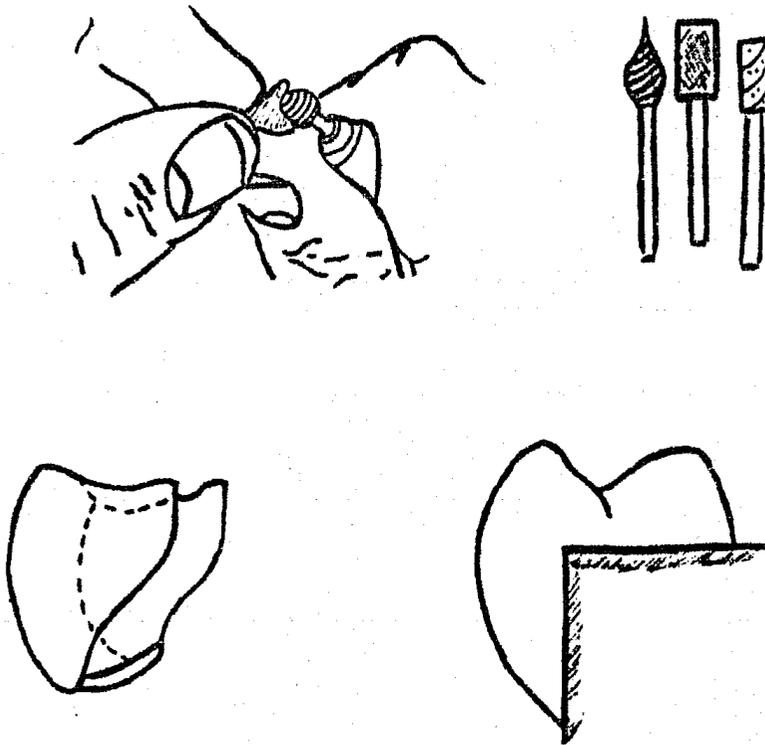
Efectuado lo antes mencionado, llevamos las carillas y p^ontico al modelo -
maestro para determinar: Fig. 32b

- Las zonas de contacto interproximal
- Las troneras, que sirven para la buena autolimpieza de nuestra prótesis
- Los puntos de contacto, no deben quedar separados ni muy unidos
- El diámetro mediodistal que sea el adecuado en cuanto a la anatomía del
diente.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

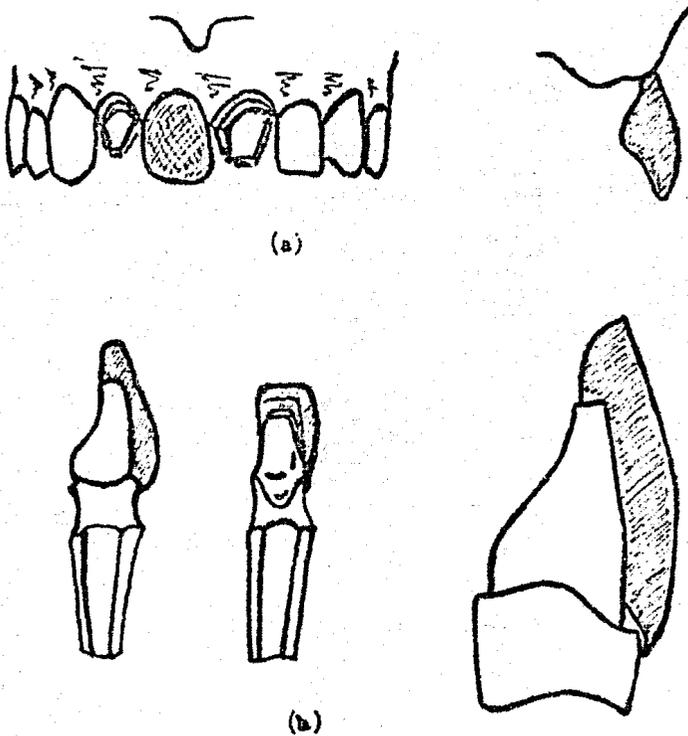
FIGURA No. 30



TITULO: PREPARACION DE LAS CARILLAS PREFABRICADAS EN FORMA DE CAJA POR
MEDIO DE FRESONES Y PIEDRAS MONTADAS.

FUENTE: ROSAS M. JOSE, ROSAS V. ROSSAURA., " PROTESIS SIMPLIFICADA ", MATE-
RIAL DE APOYO, 5o. y 6o. SEMESTRE, E.N.E.P. ZARAGOZA.

FIGURA No. 31

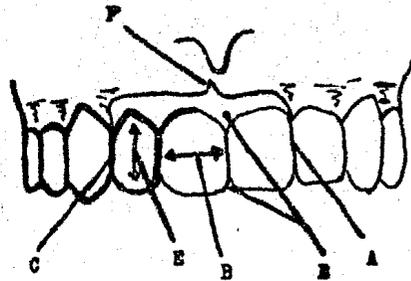
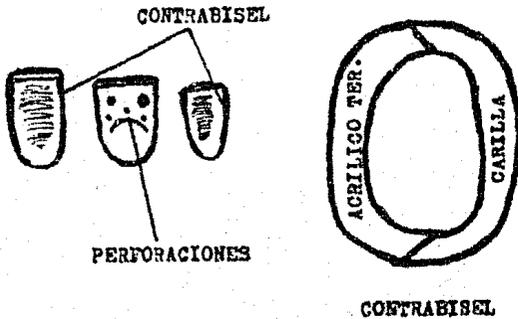


TITULO: a) AJUSTE DEL PONTICO EN LA ZONA EDENTULA SU TERMINACION DEBE SER EN PICO DE FLAUTA PARA LOGRAR UNA BUENA AUTOLIMPIEZA.

b) AJUSTE DE LAS CARILLAS EN LOS DADOS DE TRABAJO. NOTESE EL ESPACIO QUE SE FORMA ENTRE LA CARILLA, LA PREPARACION Y EL ESCALON.

FUENTE: DIRECTA.

FIGURA No. 32



TITULO: 32a. RETENCION DE LA CARILLA Y PONTICO POR MEDIO DE UN CONTRABISEL Y PERFORACIONES.

32b. DETERMINACION DE LAS DIFERENTES ZONAS: A)CONTACTO INTERPROXIMAL, B)TRONERAS, C)PUNTOS DE CONTACTO,D)DIAMETRO M.D.,E)LONGITUD CERVICO-INCISAL, F)CONTORNO CERVICAL, ZONA GINGIVAL.

FUENTE: FLORES M. ENRIQUE., " ALGO SOBRE PROTESIS SIMPLIFICADA ", ED. CIENCIA Y CULTURA DE MEXICO, 1a. EDICION, 1984.

- El tamaño ó longitud cervico-incisal, debe poseer una buena relación con los dientes adyacentes.
- El contorno cervical de la carilla con relación a los tejidos blandos y a la zona edéntula, no debe lesionar.
- La estética.

Si las carillas cumplen ya con éstos requisitos, colocamos separador yeso acrílico ó vaselina líquida a las preparaciones y dientes adyacentes. Procedemos al encerado de las caras palatinas en el modelo maestro, éste encerado lo realizamos con la espátula para cera # 7 y con cera blanca ó rosa.

Llevamos la cera caliente a las preparaciones y empezamos a modelar la cara palatina logrando la unión de la cera con las carillas. Los excesos de cera y el terminado de la anatomía lo realizaremos con la espátula de lecrón. Fig.33

Los detalles que debemos tomar muy en cuenta son: a) Que la cera llegue a todas las superficies de la preparación, principalmente en la línea de terminación cervical, para que ésta terminación se reproduzca en cera y se logre el ajuste suficiente en el diente preparado. b) Cuidaremos la oclusión y la comprobaremos. Esto es sencillo ya que el modelo maestro se encuentra articulado.

Colocaremos en oclusión los modelos, si la oclusión está aumentada ó existen puntos prematuros de contacto será el momento apropiado para eliminarlos. Fig. 33

c- Enmiflado: Una vez terminado el paso anterior procedemos a enmiflar nuestra prótesis encerada. Esta labor la realizaremos en la mufia caja de muerto, la cual es pequeña y de fácil manejo. Fig. 34 (2)(5)

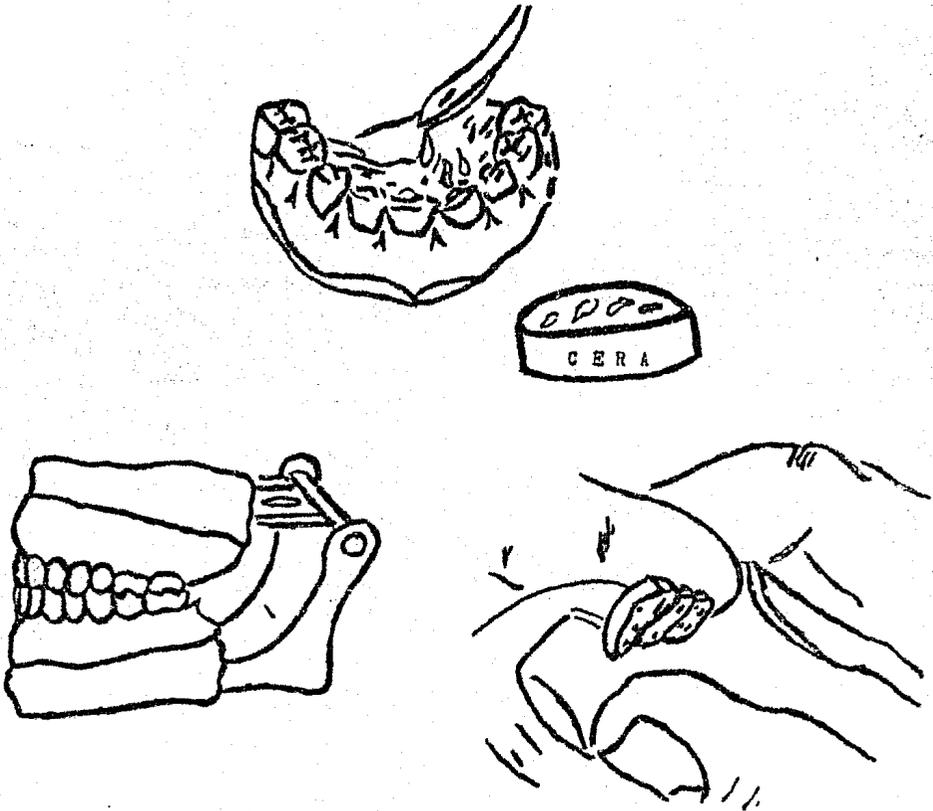
Si acaso la Prótesis Simplificada a realizar fuere demasiado larga y no cupiese en ésta mufia, se podrán utilizar las mufias convencionales de prótesis total.

Empezamos nuestro enmiflado, engrasando con vaselina la parte inferior e interna de la mufia, se prepara la mezcla de yeso blanca nieves y se vacía en la parte inferior de la mufia, se sumerge la prótesis encerada en ésta mezcla - anteriormente vibrada para eliminar las burbujas de aire y evitar distorsiones,

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 33



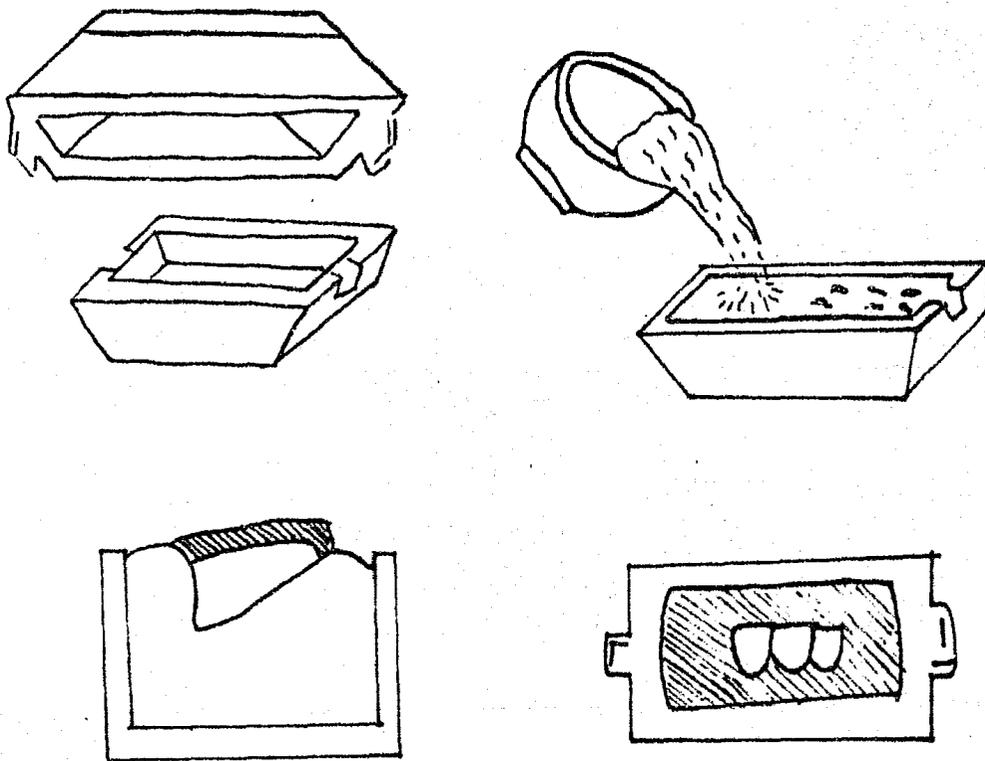
TITULO: ENCERADO DE LAS CARAS PALATINAS EN EL MODELO MAESTRO EL CUAL SE ENCUENTRA ARTICULADO Y NOS MUESTRA LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO LOS CUALES ELIMINAREMOS CON LA ESPATULA DE LEGRON.

FUENTE: DIRECTA.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 34



TITULO: ENMUFLADO DE LA PROTESIS, LO REALIZAMOS EN LA MUFLA CAJA DE MUERTO
EN DONDE PONDREMOS YESO FLUIDO Y POSTERIORMENTE COLOCAREMOS LA PRO
TESIS CON DETERMINADA INCLINACION.

FUENTE: DIRECTA.

dándole una inclinación al puente para que las carillas queden en la contramufla, antes de que frague completamente el yeso se alisa y se recortan los excedentes de tal manera que se pueda cerrar bien la mufla y lograr una fácil separación de la contramufla. Una vez fraguado el yeso se aplica separador yeso -acrílico ó vaselina sólida en todo el yeso únicamente. Enseguida se coloca la contramufla y se vacía yeso blanca nieves fluido, se debe vibrar fuertemente -paraeliminar burbujas de aire, se coloca la tapa de la mufla, se prensa esperando el fraguado del yeso. Fig. 34 y 35 (2)(5)(6)

d- Desencerado de la prótesis; Ya fraguado por completo el yeso de la mufla se lleva a agua en ebullición durante 10 a 15 minutos. (con todo y prensa).

Retiramos la mufla del agua, separamos la contramufla lentamente evitando la fractura de los moldes, se lavan los moldes virtiendo agua hervida y tratando que los residuos de cera se eliminen. Se dejan enfriar los moldes a temperatura ambiente y se les coloca a los dos moldes de yeso separador ó vaselina evitando llenar las carillas. Fig. 36 (2)(5)(6)

e- Espacado y prensado del acrílico termocurado; Medimos la cantidad de -acrílico polvo y líquido en un recipiente de vidrio, tapamos nuestro recipiente y lo dejamos reposar, nos humedecemos los dedos de agua y en cuanto el acrílico esté en forma de masilla y no se nos pegue en los dedos lo podemos manipular. Lo hacemos en forma de rollo sobre un papel celofán húmedo con agua. Fig. 37

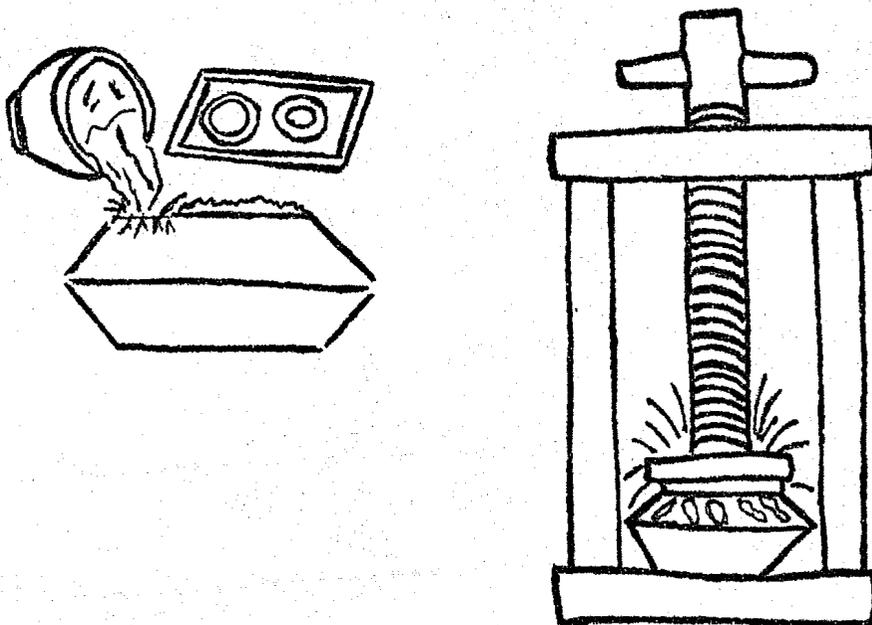
Tomamos una porción del acrílico y lo aplicamos en la mufla sobre las carillas, de tal manera que permita una buena condensación sin gran cantidad de -excedentes, quedando encima el papel celofán, sobre de esto colocamos la contramufla y se prensa hasta que quede un milímetro de separación entre las dos mitadas de la mufla. Si se observa un escurrimiento del material en todo su contorno, significa que el molde ha quedado lleno, posteriormente abrimos la mufla, se retira el papel celofán y recortamos los excedentes. Fig. 37 (2)(5)(6)

Colocamos nuevamente en los moldes separador, cerramos la mufla, la colo---

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 35



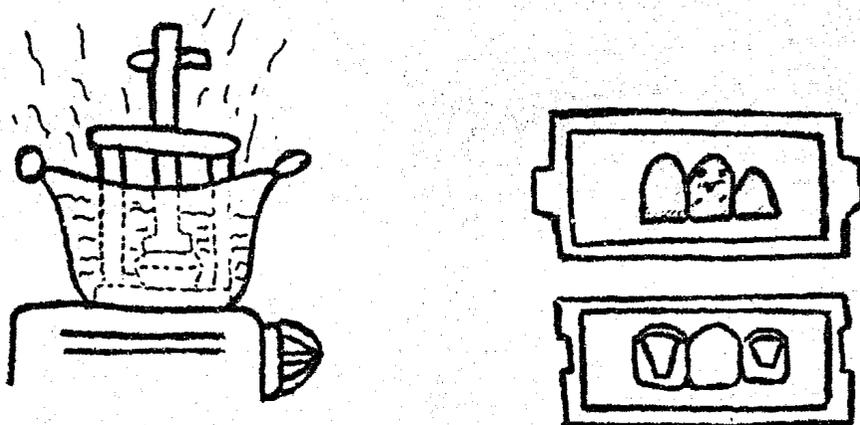
TITULO: COLOCACION DE LA CONTRANUFLA Y VACIAMOS TAMBIEN YESO BLANCA NIEVES
FLUIDO SIN EJERCER MUCHA PRESION, DEJANDO ASI PRACTAR EL YESO.

FUENTES: DIRECTA.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 36



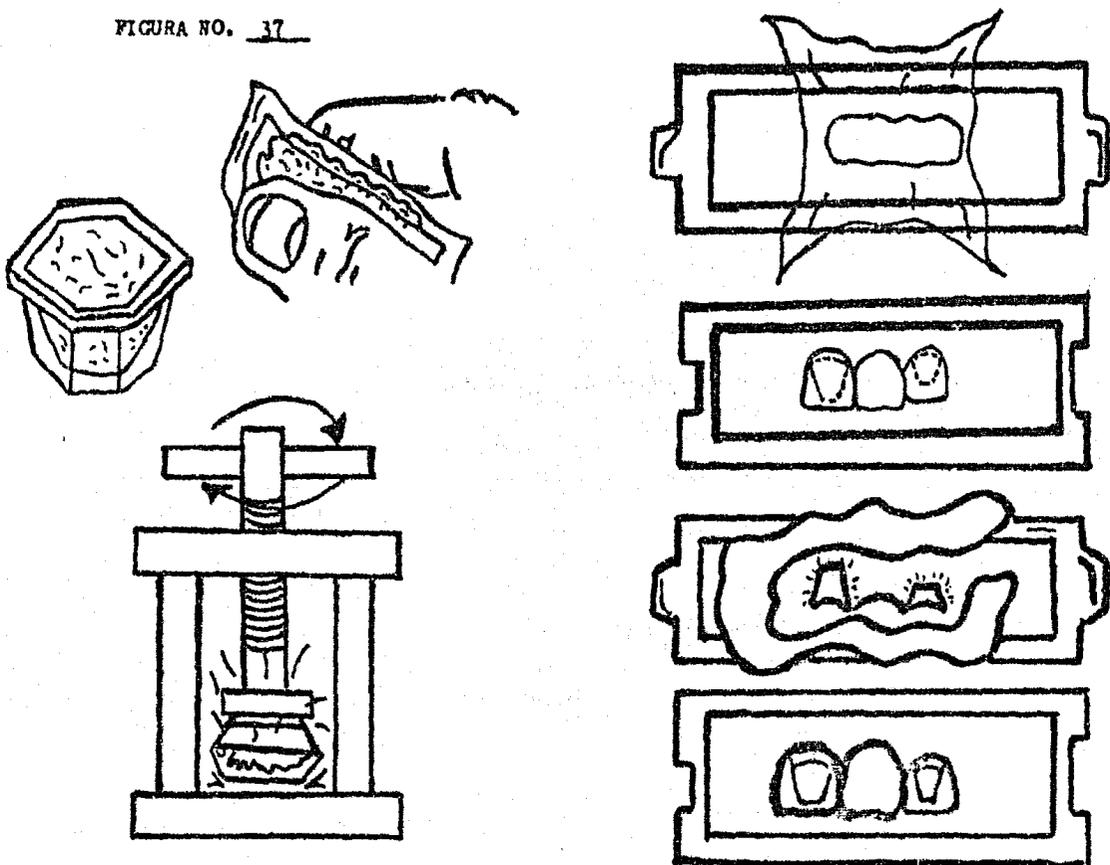
TITULO: DESENGERADO DE LA PROTESIS EN DONDE COLOCAMOS LA PRENSA CON LA MUFLA
EN AGUA EN EBULLICION DURANTE 10 A 15 MINUTOS. POSTERIORMENTE SEPARA
MOS LA CONTRAMUFLA SIN FRACTURAR LOS MOLDES.

FUENTE: DIRECTA.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES "ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA NO. 37



TITULO: EMPACADO DEL ACRILICO EN FORMA DE MASILLA EN LOS MOLDES, PRENSAMOS, SEPARAMOS NUEVAMENTE LOS MOLDES Y RETIRAMOS LOS EXCEDENTES DE ACRILICO.

FUENTE: DIRECTA.

camos en la prensa, la etapa que sigue es hervir para que polimerice completamente el acrílico y se deja por espacio de una hora. Pasado este tiempo retiramos la mufa del agua y retiramos cuidadosamente la prótesis de la mufa. Fig. 38

La SEGUNDA técnica de elaboración de prótesis Simplificada se lleva a cabo sin carillas únicamente realizamos la prótesis con el acrílico termocurado enfriado.

En la realización de esta técnica se requerirá gran práctica en el encerado y modelado de las preparaciones en caso de que se carezca de ésta es preferible que utilice la técnica anterior.

Enceramos las preparaciones en los dados de trabajo, hasta lograr la anatomía adecuada de los dientes. Por esta técnica se obtiene mejor adaptación en cuanto a la terminación cervical puesto que la cera caliente se pone en contacto directo con la preparación y terminación cervical en hombro evitando espacios en esta área. Los espacios en los dientes faltantes también se modelan en cera hasta lograr la anatomía adecuada y el ajuste a la zona edéntula.

Llevado a cabo lo anterior, se llevará el puente modelado en cera al modelo maestro, dónde observaremos que se cumplan los requisitos de:

- Oclusión adecuada.
- - Troneras que sirvan para la buena autolimpieza de nuestra prótesis
- Contorno cervical del encerado adecuado para no dañar los tejidos blandos.
- Que el encerado cumpla con las dimensiones adecuadas a la anatomía de los dientes faltantes.
- El tamaño de los dientes encerados posean buena relación con respecto a los dientes adyacentes y proveer una estética adecuada.

Una vez controlados estos requisitos, procedemos a la técnica de enruflado desencerado y empacado del acrílico termocurado. Procedimientos que serán idénticos a la técnica de carillas prefabricadas.

IV.4 - RECORTE Y PULIDO DE LA PROTESIS SIMPLIFICADA

Al retirar el puente de acrílico de la mufa se debe limpiar de excedentes de yeso y acrílico, éste último lo retiraremos con freones, piedras montadas y discos de carburo. Fig. 38 (2)(5)(6)

Primero eliminaremos el excedente de acrílico que quede a nivel cervical, con un disco de carburo eliminaremos el excedente que exista en los espacios interproximales que evita la buena formación de troneras. La superficie interna de nuestra prótesis que entra en contacto con las preparaciones son limpiados y eliminados sus excedentes con absoluto cuidado, de otra manera se perdería el ajuste y retención adecuados de nuestra prótesis. Fig. 39

Por último rebajaremos los excedentes de acrílico que puedan interferir en la oclusión formando puntos prematuros de contacto. (2)(5)(6)

Con éstas técnicas de elaboración de prótesis Simplificada son pocos los toques de terminado que se tendrán que emplear ya que la mayoría de los cuidados se lograron al ajustar el puente en el modelé maestro.

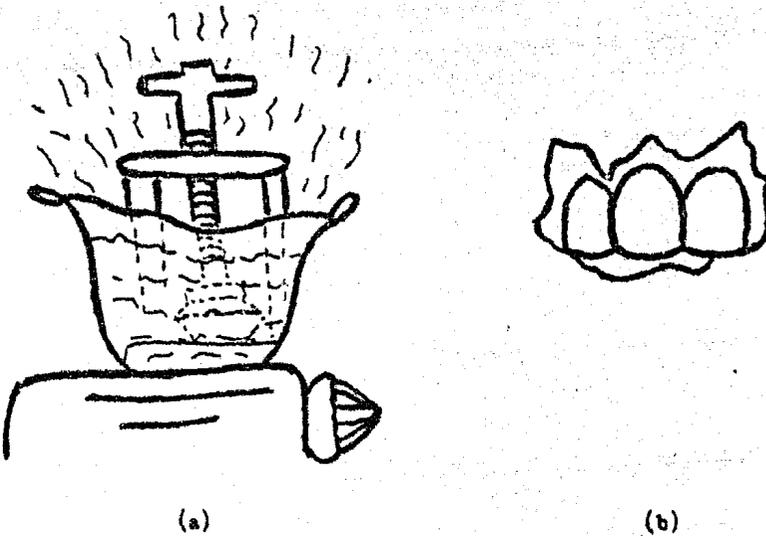
PULIDO: Para el pulido utilizaremos motor de baja velocidad y discos de fieltro a los que se les coloca tierra pómez húmeda, tripoli y blanco de España para eliminar asperezas y dar brillo a la prótesis. En caso que el Odontólogo cuente con un motor especial para pulir y mantas se seguirá el mismo procedimiento. (2)(5)(6)

Seguido a ésto se enjuaga el aparato. Fig 39

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 38



TITULO: 38a. COCIDO DEL ACRILICO PARA LOGRAR SU POLIMERIZACION

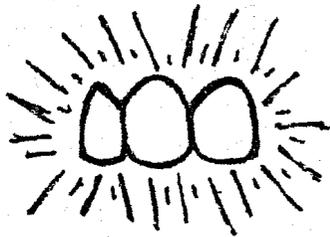
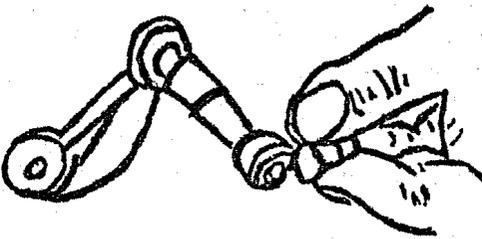
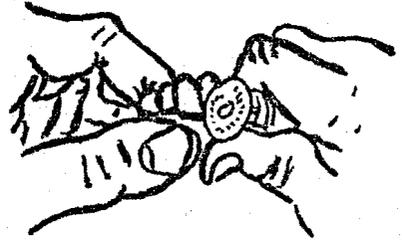
39b. YA POLIMERIZADO, RETIRAMOS NUESTRO PUENTE DE LA MUFLA Y ELIMI-
NAMOS LOS RESTOS DE YESO Y EXCEDENTES DE ACRILICO.

FUENTE: DIRECTA.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 39



TITULO: ELIMINACION DE LOS EXCEDENTES DE ACRILICO, FORMACION DE TRONERAS Y
PULIDO DEL APARATO PROTESICO.

FUENTE: DIRECTA.

BIBLIOGRAFIA

1. CHASTEN E. JOSEPH., " Principios de Clínica Odontológica ", Ed. El Manual Moderno, 1982.
2. FLORES W. ENRIQUE., " Algo Sobre Prótesis Simplificada ", Ed. Ciencia y - Cultura de México, 1a. Edición 1984.
3. MYERS E. GEORGE., " Prótesis de Coronas y Puentes ", Ed. Labor, 5a. Edición, 1979.
4. SHILLINGBURN T. HERBERT., " Fundamentos de Protopodoncia Fija ", Ed Quinta- esencia, 1981.
5. ROSAS M. JOSE, ROSAS V. ROSSAURA., " Prótesis Simplificada ", 5o. y 6o. - Semestre, Material de Apoyo, E.N.E.P. Zaragoza.
6. " Unidad Prótesis Total ", 7o. y 8o. Semestre, Material de Apoyo, E.N.E.P. Zaragoza.

CAPITULO QUINTO

COLGACION DE LA PROTESIS SIMPLIFICADA

CAPITULO V

COLOCACION DE LA PROTESIS SIMPLIFICADA

V.1 - PRUEBA DE LA PROTESIS

La prueba de la prótesis la realizaremos en dos formas:

La primera la llevaremos a cabo en el modelo maestro que se encuentra articulado. Si en éste momento existiera un factor que nos impida lograr la buena adaptación, retención y estética, trataremos de corregirla antes de ser llevada a la boca del paciente. De la misma manera se revisará la oclusión.

Fig. 40 (2)

La segunda consiste en probar la Prótesis Simplificada directamente en el paciente, para lo cual debemos retirar los provisionales con cuidado de no fragurarlos ni deformarlos ya que, si la prótesis no llegase a quedar, éstos provisionales volverán a colocarse. Fig. 40 (2)

Las preparaciones deben estar exentas de restos de cemento ó cualquier material que nos impida la inserción de nuestra prótesis. Esta prueba es la más importante, debemos ser más meticulosos y detallistas tratando de lograr que cumpla con los siguientes factores:

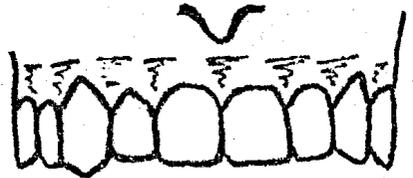
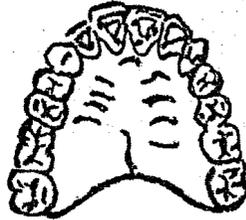
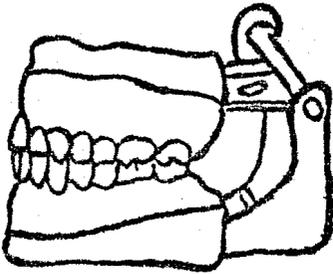
Oclusión adecuada, Adaptación, Retención, buen adosamiento con respecto a los tejidos blandos, buenas troneras para la autolimpieza y estética.

Si estos factores se cumplen satisfactoriamente se procede al cementado de la prótesis. Fig. 41 (4)

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 40



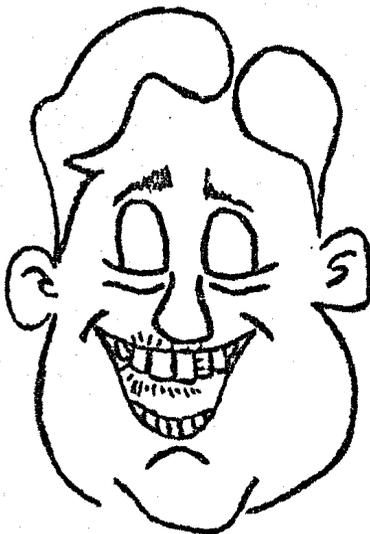
TITULO: PRUEBA DE LA PROTESIS EN EL MODELO MAESTRO, SI EXISTEN PUNTOS PRE-
MATUROS DE CONTACTO ESTOS DEBEN SER ELIMINADOS PARA LA POSTERIOR
PRUEBA EN EL PACIENTE.

FUENTE: DIRECTA.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA
CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

FIGURA No. 41



TITULO: UNA VEZ QUE LA PROTESIS YA CUMPLE CON LOS FACTORES OCLUSION ADE-
CUADA, ESTETICA, RETENCION, ESTABILIDAD Y AJUSTE, PROCEDAMOS FI-
NALMENTE AL CEMENTADO DE LA MISMA.

FUENTE: DIRECTA.

V.2 - REBASE DE LA PROTESIS

Cuando no se obtiene un ajuste adecuado de la prótesis Simplificada, - rápidamente el dentista piensa en realizar un rebase igual que en los provisionales, nosotros decimos que a ésta prótesis "no" se le debe hacer rebase, puesto que lo tendríamos que hacer con acrílico autocurado que es de menor calidad y - con grandes desventajas para la durabilidad de la prótesis en boca del paciente.

Estas desventajas del acrílico autopolimerizable son:

- Es demasiado irritativo para la pulpa ya que se encuentra en una continua polimerización.
- Aumenta las posibilidades de percolación de fluidos salivales y, la subsecuente caída del puente.
- La porosidad es mayor por la que hay microfiltraciones de fluidos salivales y el subsecuente cambio de coloración de nuestra prótesis.
- Es de poca resistencia a las fuerzas de compresión y masticación que el A. termocurado.

Por éstas causas se contraindica el rebase en la prótesis Simplificada, en caso de que la prótesis no ajuste, se debe mandar a repetir hasta que ajuste - perfectamente.

V.3 - CEMENTACION

La cementación del puente puede ser temporal para un período de prueba inicial, después del cual se cementa definitivamente. La mayoría de los casos, sin embargo, el puente se cementa definitivamente enseguida de haberlo probado en boca.

La cementación temporal se usará cuando:

- a) Existan dudas sobre la naturaleza de la reacción tisular que puede ocurrir después de cementar un puente, y, se pueda retirar el mismo con facilidad para poder tratar cualquier reacción.
- b) Si existen dudas sobre las relaciones oclusales y necesite un ajuste fuera de la boca
- c) En el caso complicado donde puede ser necesario retirar el puente para hacerle modificaciones para adaptarlo a los cambios bucales.
- d) En los casos en que se haya producido un ligero movimiento de un diente de anclaje y el puente no asiente sin un pequeño empuje.

La cementación temporal la realizamos con óxido de zinc y eugenol y no es un procedimiento rutinario e indispensable en todos los puentes. Pero en las situaciones que acabamos de enumerar, constituyen una importante contribución dentro del plan de tratamiento. (4)(5)

Cementación definitiva: Utilizaremos el cemento de oxifosfato de zinc, ya que posee las cualidades de ser poco soluble y de gran resistencia a la compresión, ventajas que nos ayudan a la fijación de nuestra prótesis. (4)

Para la cementación aislaremos el cuadrante donde va a ir el puente, solemos las preparaciones y colocamos varias capas de barniz de copal con torundas de algodón para sellar los túbulos dentinarios y proteger la pulpa de alguna irritación. (2)

Preparamos el cemento de modo que quede una mezcla homogénea y fluida y, la colocamos en la parte interna de las coronas del puente las que también deben estar secas y limpias. Llevamos nuestra prótesis a las preparaciones y -

la colocamos tratando que asiente perfectamente, pedimos al paciente que ejerza fuerzas sobre las superficies oclusales ó incisales de la prótesis mordiendo - sobre un abatelengua de 3 a 5 minutos. Comprobamos que la prótesis halla entrado perfectamente y retiramos los excedentes de cemento que fluyeron por cervical. (2)(4)(5)(6)

BIBLIOGRAFIA

1. BREKER CHARLES., " Crowns Preparation of the Teeth and Construton of the -
varius types of foll coverage Restaurati6ns ", Ed. W.B. Saunders Company, -
Philadelphia 1961. pp. 450-458.
2. FLORES M. ENRIQUE., " Algo sobre Pr6tesis Simplificada ", Ed. Ciencia y Cul
tura de M6xico.
3. MILLER J. CHARLES., " Inlay Crown and Brigues ", Philadelphia, Ed. Saunders
Company. pp. 89-105.
4. MYERS F. GEORGE., " Pr6tesis de Coronas y Puentes ", Ed. Labor, 5a. Edici6n,
1979.
5. RIJOL G. CARLOS., " Prestodoncia Procedimientos de Laboratorio ", Ed. Mer-
cadotecnia Odontol6gica, 1a. Edici6n 1976, Tomo III. pp. 61-96.
6. ROSAS VARGAS RCSAURA., " Pr6tesis Simplificada ", 5o. y 6o. Semestre, E.N.E.F.
Zaragoza, Material de apoyo.
7. " Unidad Pr6tesis Total ", 7o. y 8o. Semestre, E.N.E.F. Zaragoza, Material de
Apoyo.

**9) INVESTIGACION DIAGNOSTICA SOBRE PROTESIS FIJA CONVENCIONAL
Y PROTESIS SIMPLIFICADA.**

B-I METODOLOGIA

Una vez planteado correctamente el objeto y objetivos de nuestra investigación, habia que sustentarlo y ampliarlo por medio de conceptos, ideas ó conocimientos que nos pudieran ayudar a la obtención de un correcto marco teórico. Para la obtención del Marco Teórico, tuvimos que recurrir a distintas fuentes de información tales como: Libros, revistas y tesis. Los cuales localizamos en bibliotecas tales como: Biblioteca de la E.N.E.P. Zaragoza, - U.A.M. Xochimilco, Asociaciones como la A.D.M., centros de investigación como C.I.E.R.O.

Se tomo la información desde la más sencilla hasta la más compleja que pudiera tener relación con el tema. La información recabada fué organizada y transcrita en fichas de trabajo y de ésta forma se fué clasificando.

Se logró obtener un variado y sustantoso material bibliográfico el cual nos servirá de referencia y nos ayudará en el apoyo de nuestra investigación.

Al recabar la información tratamos de manejar las ideas y conceptos con las experiencias que nosotros los investigadores habíamos tenido en relación a la prótesis Simplificada, logrando concatenar el Marco Teórico con el Marco Conceptual, permitiendo fundamentar y analizar en todos sus aspectos empíricos y teóricos la investigación.

Recurrimos a fuentes de información directas, logrando entrevistar a personas ó profesores que tuvieran relación estrecha con la prótesis Simplificada, entre estos podemos mencionar al Dr. Amir Gómez León⁺, Dr. Mata⁺⁺, Dr. Enrique Flores⁺⁺⁺, Dr. José Rosas.⁺⁺⁺⁺

Una vez que se obtuvo el Marco Teórico y Conceptual se procedió al diseño de la muestra.

En la investigación utilizamos encuestas de tipo Sociocómico y de Conocimiento como instrumentos de recolección de datos, los cuales se aplicaron a los alumnos y pacientes que intervienen en la Muestra.

+ Coord. de la Carrera de Estomatología U.A.M. Xochimilco.

++ Profesor y Consejero Universitario de la E.N.E.P. Zaragoza.

+++ Profesor de la Clínica Multidisciplinaria de la E.N.E.P. Zaragoza.

++++ Coord. de Clínicas Multidisciplinarias de la E.N.E.P. Zaragoza.

El diseño de nuestra muestra se compuso de 50 casos clínicos de pacientes que asisten a la Clínica Zaragoza y que presentaban necesidades protésicas con determinadas características para recibir una prótesis fija convencional (metal acrílico ó Porcelana) ó prótesis fija Simplificada. La edad de estos pacientes debía ser de 15 a 40 años, siendo flexibles con la edad en sólo un número determinado de casos.

Se acordó que 30 de los pacientes se les colocaría P. Simplificada mientras que a los 20 restantes, se les colocaría prótesis Fija convencional.

De los 30 pacientes de prótesis Simplificada ; 15 fueron atendidos por los alumnos y 15 por los investigadores.

Realizamos los cuestionarios de tipo Socio-económico sólo a los 15 pacientes de los alumnos, y solo a estos alumnos se les efectuó cuestionarios de conocimientos sobre prótesis Simplificada para poder así evaluar el grado de conocimientos que poseían sobre el tema.

A los 15 pacientes de los investigadores no les realizamos cuestionario socio-económico ya que los mismos eligieron a los pacientes cuyas características socioeconómicas y de estado dental los hicieran buenos candidatos al tratamiento de P. Simplificada.

Ahora bien a los 20 pacientes con prótesis fija convencional (metal acrílico sólo se les siguió la secuencia de su tratamiento recabando la información necesaria para poder tener el control de estos.

Una vez que se realizó el trabajo práctico de colocación de prótesis Simplificada y Convencional y obtenida la información pertinente para el buen control de los casos; se procedió a la revisión de los mismos, donde el investigador, acudió a los hogares de estos pacientes y así utilizando los criterios y parámetros pertinentes procedimos a dar una evaluación cuantitativa y cualitativa.

Esta evaluación fue recabada en fichas de trabajo de Investigación de campo y, basada la información en hojas de concentración de datos.

Por último y para presentar nuestros resultados y datos utilizamos -

Gráficas en las cuales se encontrará toda la información de nuestra investigación de Tesis.

Con toda la información bien organizada pudimos analizar comparar y -
diferenciar adecuadamente la metodología y técnica de P.fija Simplificada -
con respecto a la prótesis convencional, logrando como punto final Emitir -
nuestras Conclusiones.

B-2 PRESENTACION DE RESULTADOS

Dentro de la Investigación, la exposición de nuestros resultados la dividimos en dos etapas.

- I- ETAPA PRACTICA
 1. De Prótesis Simplificada
 2. De Prótesis Metal Acrílico ó Porcelana (Convencional)
- II- ETAPA TEORICA
 1. De Conocimiento sobre Prótesis Simplificada
 2. De Estudio Socio-económico.

ETAPA PRACTICA:

En los dos siguientes cuadros, mostramos los datos que obtuvimos durante la investigación basándonos en las características que mostraba cada paciente después de la colocación de las prótesis Simplificada y Convencional; así mismo el criterio que se le dió a cada una de éstas.

Las características que se evaluaron fueron las siguientes: Estado Parodontal, Ajuste, Estética, Color, Oclusión y Funcionalidad.

Los criterios utilizados para valorar las características de las prótesis son: Bueno, Aceptable y Malo.

De la misma manera mencionamos el Sexo y la edad correspondientes a cada paciente, el número de unidades protésicas colocadas a cada uno, el # de unidades anteriores y el # de posteriores, el costo por unidad, el tiempo que se llevó en realizar la prótesis, en caso de la P. Simplificada la técnica con que se realizó ésta.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA

CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

CUADRO	# 1	SEJO	EDAD	# DE UNIDS.	COSTO	# DE SESION INV.	ALUMN.	LAB.	TEC. DE CARILLAS	TEC. DE TERMOC.	PARODON.	AJUSTE	ESTETICA	COLOR	OCCLUSION	FUNCIO- NALIDAD.
1	X	30	6a	3000	2	X			X		B	B	B	B	B	B
2	F	30	4a	2000	2	X			X		B	B	B	B	B	B
3	M	20	2a	1600	2	X			X		B	B	B	B	B	B
4	F	20	1b	300	2	X				X	B	B	B	B	B	B
5	F	44	1b	300	2	X				X	B	B	B	B	B	B
6	F	36	3a	2000	2	X			X		B	B	B	B	B	B
7	F	36	5a	3000	2	X			X		B	B	B	B	B	B
8	F	36	3a	2000	2	X			X		B	B	B	B	B	B
9	M	41	4a	2000	2	X			X		B	B	B	B	B	B
10	F	17	2a	1000	2	X			X		B	B	B	B	B	B
11	M	23	4a	2500	2	X			X		B	B	B	B	B	B
12	F	24	6a	3000	2	X			X		B	B	B	B	B	B
13	F	29	6a	3000	2	X			X		B	B	B	B	B	B
14	F	50	6a	3000	2	X			X		B	B	B	B	B	B
15	F	29	3a	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////
16	F	17	3a	1500	3		X	X		X	B	B	B	B	B	B
17	F	15	1a	1000	3		X	X		X	A	B	M	A	A	A
18	F	31	3a	4000	3		X		X		A	B	M	B	B	B
19	F	15	4a	1600	3		X		X		A	B	B	A	B	B
20	F	28	6a	4000	3		X	X		X	A	B	A	B	B	B
21	M	56	1a	1000	3		X	X		X	B	B	B	B	B	B
22	F	27	4a	4000	4		X	X		X	A	B	A	A	B	A
23	M	25	6a	6000	2		X	X	X		A	B	B	B	B	B
24	F	29	3a	4000	3		X	X		X	A	B	M	B	M	M
25	F	30	1a	1500	3		X		X		A	B	B	B	B	B
26	F	28	3a	3000	2		X	X	X		A	A	B	A	B	A
27	F	19	6a	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////
28	F	19	3a	2000	2		X	X		X	B	B	B	B	M	M
29	F	19	6a	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////
30	F	29	3a	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////

TITULO: CUADRO DE CODIFICACION DE DATOS RECADADOS EN LA INVESTIGACION

DE PROTESIS SIMPLIFICADA: B- BUENO, A- ACEPTABLES, M- MALO.

FUENTE: DIRECTA.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA "

TRABAJO DE TESIS: ANALISIS CRITICO DE PROTESIS SIMPLIFICADA EN LA CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

CUADRO # 2

	SEXO	EDAD	# DE UNIDS.	COSTO	# DE SESIONES LABORATO- RIO.	PARODONTO	AJUSTE	ESTETICA	COLOR	OCLUSION	FUNCIONALIDAD	
1	F	20	2a	2000	3	X	B	B	A	B	B	B
2	F	51	6a	12000	4	X	A	M	M	M	M	M
3	P	21	3a	4250	4	X	A	B	M	M	M	B
4	F	28	///	///	///	///	///	///	///	///	///	///
5	M	28	///	///	///	///	///	///	///	///	///	///
6	M	21	4a	6000	3	X	A	M	M	M	M	B
7	F	27	3a	2200	4	X	A	A	M	M	M	M
8	F	40	1a	3000	6	X	B	M	X	A	B	B
9	F	53	2a	10300	5	X	B	M	M	M	M	M
10	F	32	2a	10000	5	X	B	B	B	B	B	B
11	F	21	///	///	///	///	///	///	///	///	///	///
12	F	15	///	///	///	///	///	///	///	///	///	///
13	F	42	3a	11700	3	X	A	B	A	A	M	A
14	F	40	6a	14000	8	X	A	M	M	M	M	M
15	P	39	5aP	28000	3	X	A	M	A	A	B	B
16	F	15	1a	2000	3	X	B	B	B	B	B	B
17	F	51	3a	7000	4	X	B	B	B	B	B	B
18	F	15	2a	2700	3	X	A	B	M	B	B	B
19	F	17	1a	5000	3	X	A	M	M	M	M	M
20	F	20	///	///	///	///	///	///	///	///	///	///

TITULO: CUADRO DE CODIFICACION DE DATOS REJABADOS EN LA INVESTIGACION

DE PROTESIS CONVENCIONAL: B= BUENO, A= ACEPTABLE Y M= MALO.

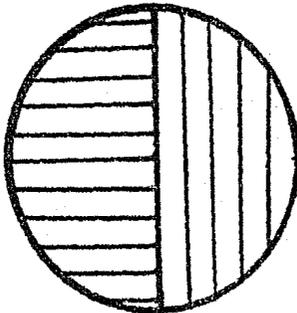
FUENTE: DIRECTA.

A) Dentro de la etapa práctica de Prótesis Simplificada, se colocaron a 30 pacientes (100%) prótesis de este tipo, de las cuales el 50% de las prótesis fueron colocadas por los integrantes de la investigación y el otro 50% por los alumnos.

Para la colocación de la Prótesis Metal acrílico ó Metal porcelana, se escogieron a 20 pacientes (100%) de los cuales únicamente los alumnos les realizaron el tratamiento.

GRAFICA # 1

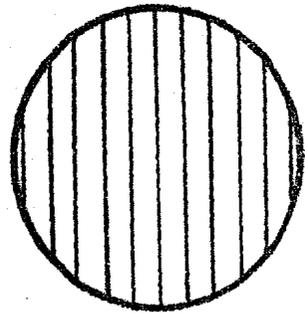
PROTESIS SIMPLIFICADA



30 PROTESIS - 100%



PROTESIS CONVENCIONAL



20 PROTESIS - 100%



TITULO: % DE PROTESIS FIJAS SIMPLIFICADAS Y CONVENCIONALES (METAL ACRILICO O METAL PORCELANA) ELABORADAS EN LA INVESTIGACION.

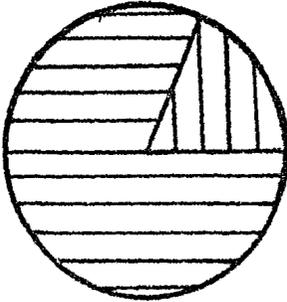
FUENTE: DIRECTA. CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

B) Del 100% de los pacientes que se les colocaron P. Simplificada, el 80% correspondían al sexo Femenino, y el 20% al sexo Masculino.

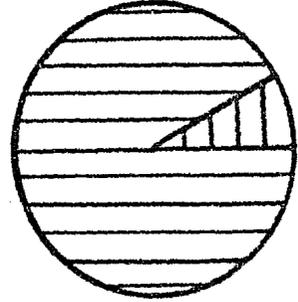
Del 100% de pacientes que sólo les colocaron P. Convencional, el 90% correspondían al sexo Femenino y el 10% al Masculino.

GRAFICA # 2

PROTESIS SIMPLIFICADA



PROTESIS CONVENCIONAL



TITULO: % DE PACIENTES POR SEXO QUE SE LES COLOCARON PROTESIS SIMPLIFICADA Y PROTESIS CONVENCIONAL.

FUENTE: DIRECTA. CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

C) Los pacientes tratados con P. Simplificada oscilan entre las siguientes edades:

Del 80% de pacientes Femeninos; el 23.3% corresponden a la edad de 15-25 años
 el 30.0% " a la edad de 26-35 años
 el 20.0% " a la edad de 36-45 años
 el 6.7% " a la edad de 46- + años

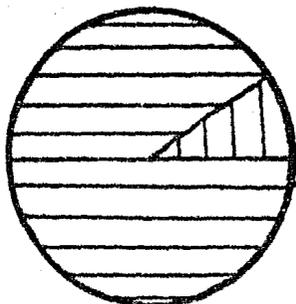
Del 20% de pacientes Masculinos; el 10.0% corresponden a la edad de 15-25 años
 el 3.3% " a la edad de 26-35 años
 el 3.3% " a la edad de 36-45 años
 el 3.3% " a la edad de 46- + años

D) En la revisión de las P. Simplificadas, se acudió a los hogares de los pacientes, logrando revisar el 86.7 faltando un 13.3% de los pacientes debido a que cambiaron su lugar de residencia.

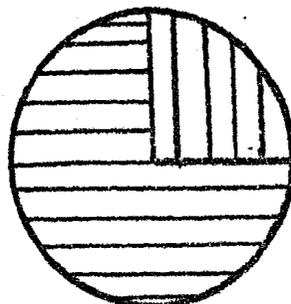
De la misma forma se llevó a cabo la revisión de las P. Convencionales a un 75% de los pacientes faltando el 25% por revisar debido a su cambio de residencia.

GRAFICA # 4

PROTESIS SIMPLIFICADA



PROTESIS CONVENCIONAL



P. SIMPLIFICADAS
REVISADAS



P. SIMPLIFICADAS
REVISADAS



P. CONVENCIONALES
REVISADAS



P. CONVENCIONALES
REVISADAS

TITULO: % DE PROTESIS SIMPLIFICADAS Y PROTESIS CONVENCIONALES REVISADAS.

FUENTE: DIRECTA. CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

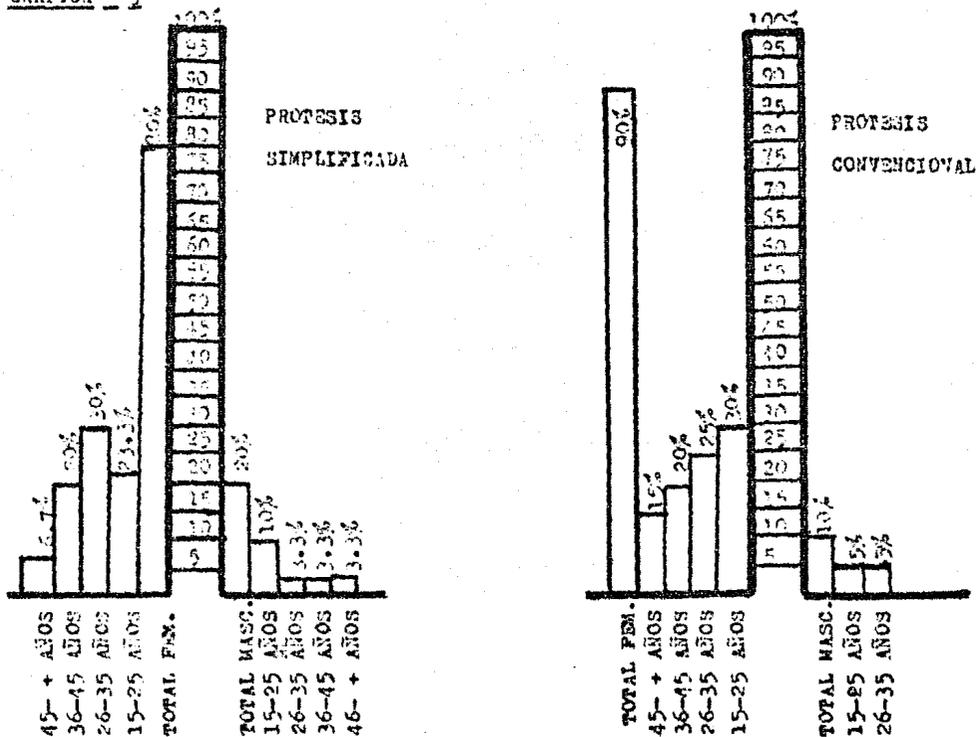
E) En la P. Simplificada se registraron un total de 116 unidades, colocadas en boca de pacientes. De éstas, 97 fueron revisadas y 19 quedaron sin revisar. De las 97 unidades revisadas, 87 se colocaron en el segmento anterior y 10 en el segmento posterior.

Los pacientes tratados con P. Convencional (Metal A. 6 Metal P.) oscilan entre las siguientes edades.

Del 90% de los pacientes Femeninos; el 30% corresponden a la edad de 15-25 años
 el 25% " a la edad de 26-35 años
 el 20% " a la edad de 36-45 años
 el 15% " a la edad de 46- + años

En cuanto al sexo Masculino, el 5% corresponde a la edad de 15-25 años y, el otro 5% a la edad de 26-35 años.

GRAFICA N° 3

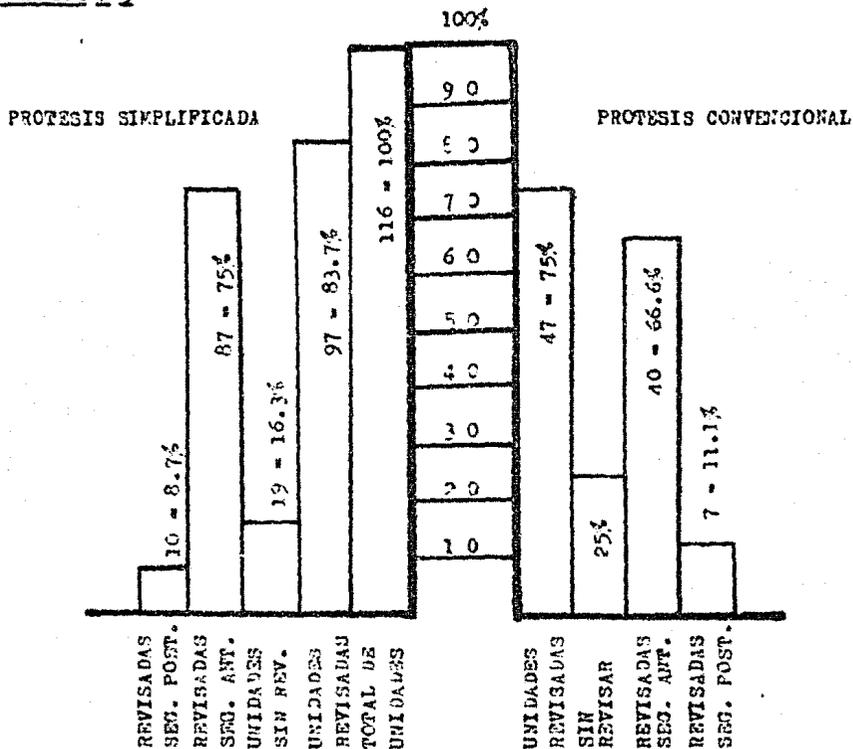


TITULO: % DE PACIENTES POR EDADES A LOS QUE SE LES COLOCO PROTESIS SIMPLIFICADA Y PROTESIS CONVENCIONAL

FUENTE: DIRECTA. CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

En la P. Convencional se registraron un total de 47 unidades de prótesis: - siendo 40 unidades del segmento anterior y 7 unidades del posterior, quedando sin revisar el 25% de los pacientes no localizados.

GRAFICA # 5



TITULO: % DE UNIDADES REVISADAS DE PROTESIS SIMPLIFICADA Y PROTESIS CONVENCIONAL.

FUENTE: DIRECTA. CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

F) El valor económico por unidad de prótesis Simplificada, fluctuó en dos diferentes precios:

- El valor por unidad de prótesis colocadas por los investigadores fué de - \$ 560.37.

- El valor por unidad de prótesis colocadas por los alumnos fué de \$ 847.75 logrando una diferencia de \$ 287.38.

El precio monetario por unidad en la P. Convencional fué de \$ 3994.70

G) El tiempo de colocación de la P. Simplificada en boca de pacientes fué el siguiente:

Los componentes de la investigación tardaron un mínimo de 2 sesiones.

Los alumnos ocuparon como tiempo mínimo 3 sesiones.

En cuanto al tiempo de colocación de la P. Convencional en boca de pacientes, fué de cuatro sesiones como mínimo en las de metal acrílico y, cinco sesiones mínimo en la de metal porcelana.

H) La elaboración técnica de las P. Simplificadas, estuvieron a cargo de:

El 46% fueron elaboradas por los componentes de la investigación, realizando el 40% con la técnica de carillas y el 6% con la de acrílico termocurado enfragado.

El 10% las elaboraron los alumnos por medio de la técnica de carillas y el 30% de las prótesis se realizaron en un laboratorio comercial donde sólo un 3.3% las realizaron con la técnica de carillas

Del 75% de las prótesis convencionales, el 70% fueron realizadas de Metal Acrílico y el 5% de Porcelana. Quedando sin revisar el 25% de Prótesis.

I) A continuación iremos desglosando las Características Clínicas que presentaron los pacientes a los tres meses de haberles colocado la prótesis:

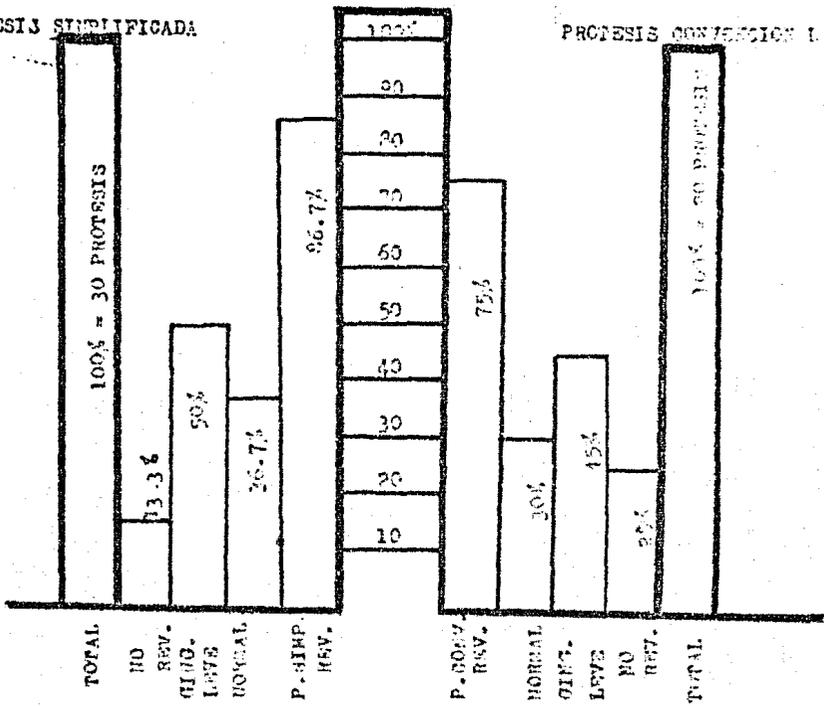
Estado PARODONTAL en la zona que se colocó la prótesis:

PROTESIS SIMPLIFICADA	PROTESIS CONVENCIONAL
BUENO- 36.7% Normal	BUENO- 30%
ACEPTABLE- 50.0% Gingivitis leve Marginal	ACEPTABLE- 45%
MALO- 0.0% Gingivitis aguda ó grave	MALO- 0%
NO REVISADAS- <u>13.3%</u>	NO REVISADAS- <u>25%</u>
100.0%	100%

GRAFICA # 6

PROTESIS SIMPLIFICADA

PROTESIS CONVENCIONAL



TITULO: % DEL ESTADO PARODONTAL QUE PRESENTARON LOS PACIENTES QUE SE LES COLARON PROTESIS SIMPLIFICADA Y PROTESIS CONVENCIONAL.

FUENTE: DIRECTA. CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

J) De los criterios de Ajuste, Estética y Color, se registraron los siguientes datos:

PROTESIS SIMPLIFICADA		
AJUSTE: BUENO- 73.3%	ESTETICA: BUENA- 60.0%	COLOR: BUENO- 73.3%
ACEPTABLE- 10.0%	ACEPTABLE- 20.0%	ACEPTABLE- 13.3%
MALO- 3.4%	MALA- 6.7%	MALO- 0.0%
NO REVISADAS - 13.3%	NO REVISADAS- 13.3%	NO REVISADAS- 13.3%
100.0%	100.0%	100.0%

PROTESIS CONVENCIONAL

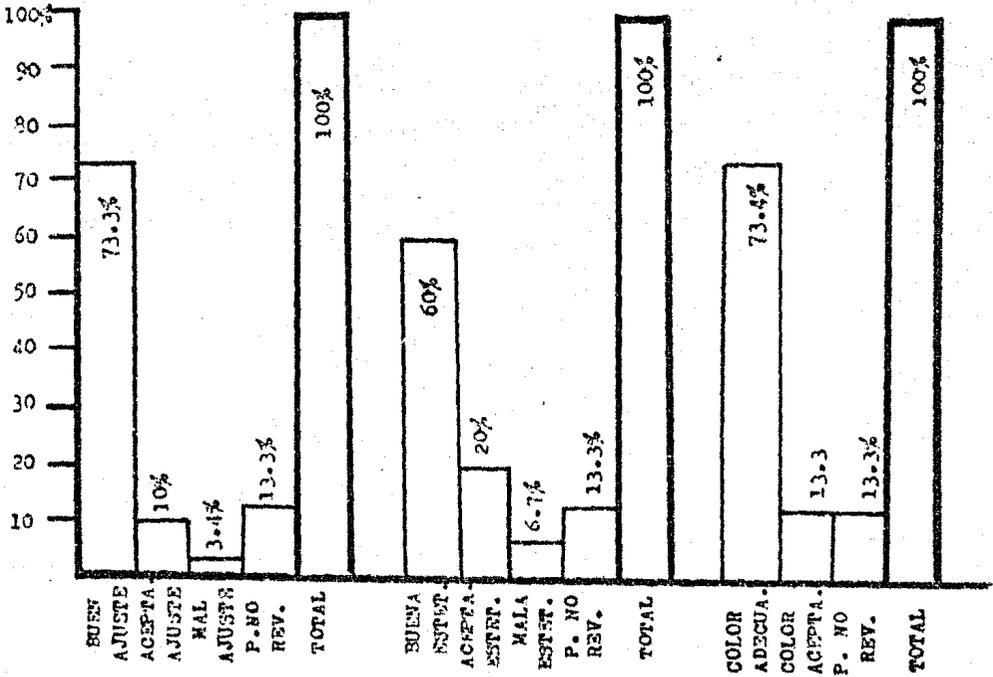
AJUSTE: BUENO- 35%
 ACEPTABLE- 5%
 MALO- 25%
 NO REVISADAS- $\frac{25\%}{100\%}$

ESTETICA: BUENA- 15%
 ACEPTABLE- 15%
 MALA- 45%
 NO REVISADAS- $\frac{25\%}{100\%}$

COLOR: BUENO- 20%
 ACEPTABLE- 15%
 MALO- 25%
 NO REVISADAS- $\frac{25\%}{100\%}$

GRAFICA # 1

PROTESIS SIMPLIFICADA

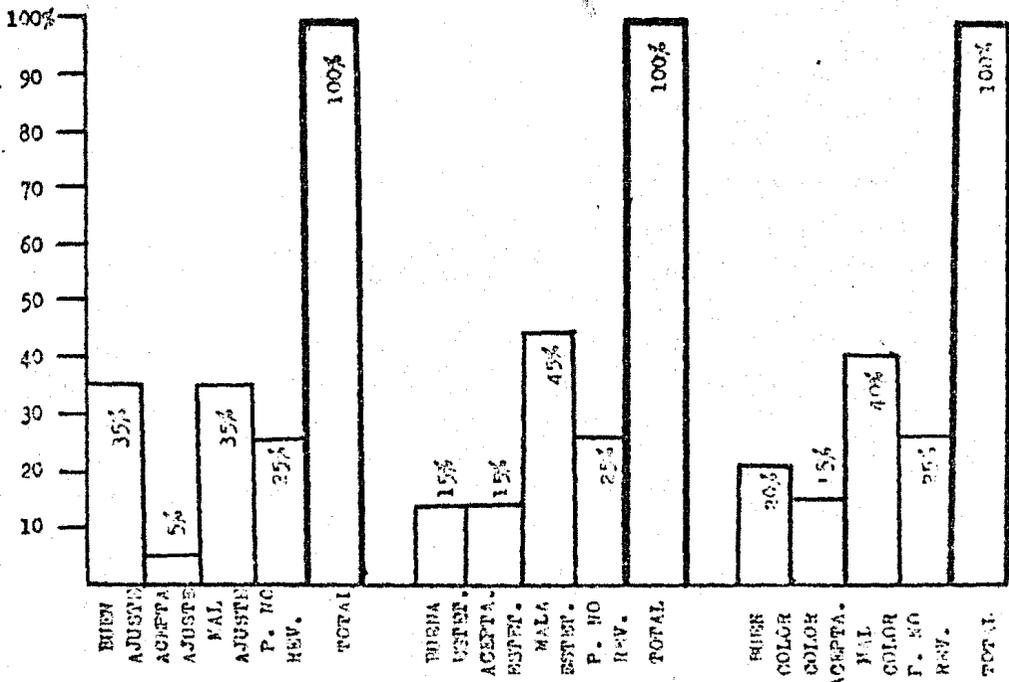


TITULO: % DE AJUSTE, ESTETICA Y COLOR QUE PRESENTO LA PROTESIS SIMPLIFICADA DURANTE LA INVESTIGACION.

FUENTE: DIRECTA. CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

GRAFICA # 8

PROTESIS CONVENCIONAL



TITULO: % DE AJUSTE, ESTETICA Y COLOR QUE PRESENTO LA PROTESIS CONVENCIONAL EN LA INVESTIGACION.

FUENTE: DIRECTA. CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

X) CONCLUSION: Para evaluar este criterio resulta muy ambiguo decir que se obtuvieron resultados buenos, aceptables y malos; ya que al evaluarse la oclusión como buena puede pensarse ; buena con respecto a qué? Es pertinente hacer la aclaración ya que una buena oclusión se podría tomar como una oclusión orgánica ó ideal, cosa que en nuestros pacientes sería falso decir que un 100% se lograron de oclusiones buenas ó ideales.

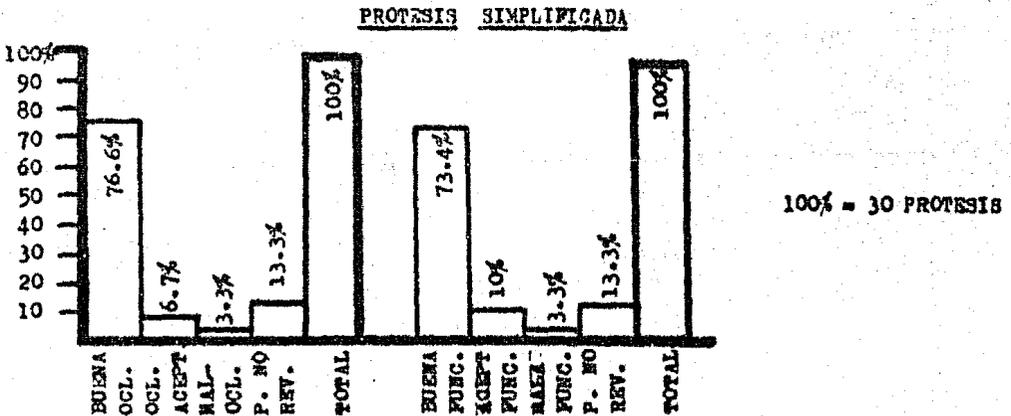
Por lo antes dicho, el criterio de Oclusión lo tomamos como bueno al hecho de devolver al paciente una oclusión funcional de conveniencia en la cual el paciente se adapte y se provea el que no sufra alteraciones oclusales mayores que las que pueda tener. Con esta aclaración, podemos decir que con la Prótesis:

SIMPLIFICADA Obtuvimos	CONVENCIONAL Obtuvimos
BUENA OCLUSION- 76.7%	BUENA OCLUSION- 35%
ACEPTABLE OCLUSION- 6.7%	ACEPTABLE OCLUSION- 0%
MALOCLUSION- 3.3%	MALOCLUSION- 40%
NO REVISADAS- <u>13.3%</u>	NO REVISADAS- <u>25%</u>
100.0%	100%

L) FUNCIONALIDAD: Este criterio lo tomamos desde el momento en que la prótesis se colocó observando si ésta cumplía con las características propias de una prótesis fija como son: Masticación, Estética, Color, Oclusión, Ajuste, etc.

P. SIMPLIFICADA con:	P. CONVENCIONAL con:
BUENA FUNCIONALIDAD- 73.0%	BUENA FUNCIONALIDAD- 45%
ACEPTABLE FUNCIONALIDAD- 10.0%	ACEPTABLE FUNCIONALIDAD- 5%
MALA FUNCIONALIDAD- 3.3%	MALA FUNCIONALIDAD- 25%
NO REVISADAS - <u>13.3%</u>	NO REVISADAS - <u>25%</u>
100.0%	100%

GRAFICA # 2

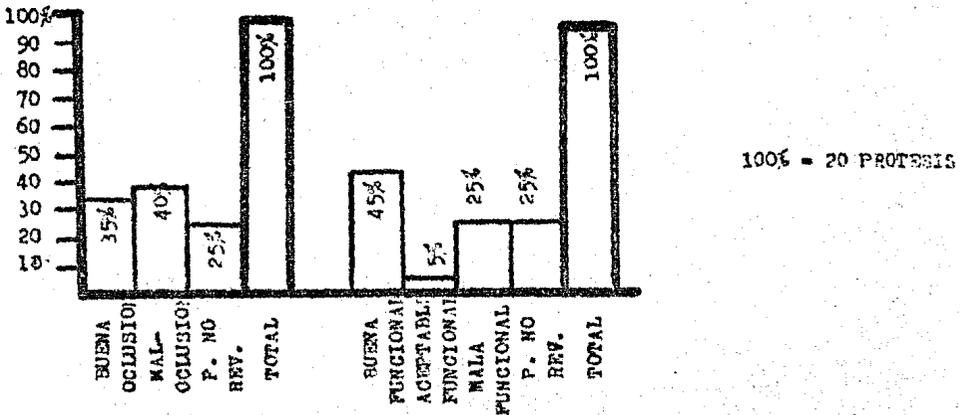


TITULO: % DE OCLUSION Y FUNCIONALIDAD QUE PRESENTO LA PROTESIS SIMPLIFICADA DURANTE LA INVESTIGACION.

FUENTE: DIRECTA. CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.

GRAFICA # 10

PROTESIS CONVENCIONAL



TITULO: % DE OCLUSION Y FUNCIONALIDAD QUE PRESENTO LA PROTESIS CONVENCIONAL DURANTE LA INVESTIGACION.

FUENTE: DIRECTA. CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARACOZA.

LL) Entre otros resultados obtenidos en la Colocación de las Prótesis tenemos:

- En la Prótesis Simplificada; al 1.7% de los pacientes reportaron al principio de la colocación de la prótesis, mal sabor de los alimentos y halitosis, disminuyendo con el tiempo hasta lograr adaptarse.

- Pacientes que referían dolor a los cambios térmicos 13.3%

- Cambio de color en la Prótesis 3.3%

- Prótesis que presentaron fractura y se volvieron a realizar 10%

En cuanto a fallas y errores cometidos por los alumnos para la colocación de la prótesis fueron:

Un alumno realizó rebase a la prótesis.

Otro alumno, utilizó como pilar de prótesis un órgano dentario no obturado endodónticamente.

Y otro más, colocó la prótesis Simplificada en la cual un extremo no poseía diente pilar.

- En la Prótesis CONVENCIONAL; otros resultados obtenidos son:

El 30% de los pacientes presentaron halitosis

El 20% dolor a los cambios térmicos

El 10% presentaban shock eléctrico ó galvanismo de metales cuando existía contacto con la cuchara de la comida, ó con los dientes antagonistas.

ETAPA TEORICA:

1. De Conocimiento Sobre Prótesis Simplificada

Para llevar a cabo ésta etapa nos basamos en lo siguiente:

Se realizaron 15 cuestionarios de conocimiento sobre prótesis Simplificada durante la investigación, fueron aplicados a los alumnos de 7o. y 8o. semestre los cuin mos alumnos que colocarían las P. Simplificadas a sus pacientes. Los cuestionarios se aplicaron para evaluar el grado de conocimientos que poseían los alumnos sobre el tema.

Los investigadores no desarrollaron cuestionarios de P. SIMPLIFICADA debido a que ellos conocían y conducían el tema en todo momento.

De los 15 cuestionarios (100%) que se aplicaron a los alumnos de 7o. y 8o. semestre de la Clínica N. Zaragoza, el 60% de los alumnos lo contestaron y el 40% restante no lo realizó por:

- Falta de tiempo para resolverlo
- Por olvido
- Por múltiples tareas que tenían que realizar de otras materias
- Pérdida constante de los cuestionarios por parte de los alumnos
- Otras.

Del 60% de los cuestionarios contestados obtuvimos que:

El 40% estaban a favor de la Prótesis Simplificada

El 13.3% eran indiferentes al tratamiento

El 6.6% estaban en contra de la P. Simplificada.

Del 40% de los alumnos que estaban a favor de la P. Simplificada porque ya la han colocado anteriormente y estudiado en el transcurso de su carrera, piensan -

que ésta prótesis cubre las necesidades protésicas de los pacientes de escasos recursos, que la prótesis puede ser positiva ó negativa dependiendo del caso. Además que les facilita el trabajo y ahorra tiempo el cuál es muy importante en clínica, sirviéndoles como un buen auxiliar de prótesis fija ya que ayuda a devolver la fisiología y estética de la cavidad oral.

El 26.7% de éstos alumnos ya habían colocado 2 ó 3 veces la P. Simplificada obteniendo buenos resultados, el otro 13.3% era la primera vez que la colocaría por lo que sus necesidades de información eran mayores.

Del 40% total, el 20% conocían bien la metodología Clínica y de Laboratorio, mientras el 20% sólo mencionaban la m. Clínica.

Los principales motivos por los que los alumnos no estaban de acuerdo con este tipo de prótesis son:

- La consistencia de la Prótesis
- Su fragilidad
- Su duración
- Su resistencia

Sólo un 6.6% no estaba de acuerdo en que la P. Simplificada no fuera considerada como un tratamiento de Prótesis Fija y se le considerará como un provisional.

Otros Resultados

13.3% de los alumnos piensan que la información obtenida durante el transcurso de sus estudios fué suficiente para poder colocar la prótesis Simplificada.

13.3% presentan indecisión al determinar si fué ó no suficiente ésta información.

6.7% rotundamente dice que no fué suficiente.

6.7% mencionan que no fué suficiente ésta información y que uno mismo puede ampliar el conocimiento dependiendo del interés que se tenga sobre el tema.

Por último diremos que el 40% de éstos alumnos desean ampliar sus conocimientos en cuanto a la prótesis Simplificada.

El 20% de los alumnos restantes del 60% que contestaron el cuestionario, al 13.4%

les era indiferente éste tratamiento, ya que las respuestas en su cuestionario eran someras, sin coherencia y contenido. Mostraban el no conocer la m. Clínica y de Laboratorio; el nunca haberla colocado, mencionando muy pocas diferencias entre la P. Simplificada y la M. Acrílico; refieren que la prótesis Simplificada sí es una alternativa de solución para las necesidades de los pacientes, aunque

ellos solo tuvieran algunas nociones de la prótesis y no conocer el concepto de " Simplificación ".

Mencionan que la información recibida durante el transcurso de su carrera no ha sido la suficiente, deseando que se amplie.

El último 6.6% que restan del 60% se mostró estar en contra de la P. Simplificada y el no tener ningún interés en cuanto a la información de este tratamiento. Percibimos que sabían acerca de la prótesis, conociendo también sus - desventajas lo que hacía el no aceptarla como tratamiento para el paciente. Mostraba estar a favor sólo en cuanto a estética, sabían la metodología clínica - mientras que la de laboratorio no la menciona, no se encuentra a favor de la - P. Simplificada en cuanto al sellado y resistencia.

Considera que la P. Simplificada, no es una solución para cubrir las necesidades de sus pacientes, que no es funcional y no conviene; no desea aumentar sus conocimientos, ya que le han sido suficientes los que recibió durante su carrera.

2. De Estudio Socio-económico

Al igual que en los cuestionarios de conocimiento de P. Simplificada, sólo se aplicaron cuestionarios a los pacientes de los alumnos de 7o. y 8o. semestre a los cuales se les iba a colocar la prótesis, con el fin de conocer las características socio-económicas de éstos.

A los pacientes de los investigadores, no se les aplicaron cuestionarios ya que, los investigadores eligieron a los pacientes cuyas características económicas y de salud dental les hicieran buenos candidatos para el tratamiento de Prótesis Simplificada.

El 13.3% de los pacientes se negaron a contestar el cuestionario, por motivos de índole personal que no mencionaron.

Del 86.7% de los pacientes restantes se obtuvieron los siguientes resultados: Los pacientes atendidos pertenecían a las Estratos Social; medio bajo y - bajo, donde la integración familiar era desde 4 hasta 10 personas por familia.

El aporte del gasto diario lo realizaban de 1 a 5 personas dependiendo del número de integrantes por familia.

El sueldo mensual de los pacientes oscilaba de \$ 15,000.00 el más bajo hasta \$ 70,000.00 el más alto.

Estos pacientes acudían o acudieron anteriormente a recibir atención Odontológica; con Cirujanos Dentistas Particulares sólo en caso de urgencias; a instituciones tales como IMSS, ISSSTE; SSA, Hospitales General e Infantil y por último a la U.N.A.M.

De los tratamientos que recibieron en los lugares antes mencionados en el siguiente orden encontramos:

- Exodóntico
- Operatario
- Endodóntico
- Curación.

Los pacientes reportan el no acudir con frecuencia a las Instituciones por motivo de pérdida de tiempo, por el hecho de realizar sólo determinados tratamientos que ellos no requieren, por lo que son canalizados a otros lugares donde tendrán que perder tiempo realizando esperas y trámites de papeles burocráticos que al fin de cuentas terminan por cansarlos y buscar el lugar donde puedan ser atendidos adecuadamente.

Ahora bien, los pacientes consideran caros los tratamientos Odontológicos en cuanto se refiere a un consultorio particular. Opinando que el Odontólogo al terminar sus estudios se vuelve puramente comercial con su profesión, sin tratar de poner sus precios acordes al presupuesto familiar de las personas que atienden, otro motivo por lo que son caros los tratamientos en un consultorio particular y los pacientes lo refieren, es debido al hecho de que todos los recursos tanto económicos, materiales y humanos dependen del mismo dentista el cual los tiene que solventar, procurando que nunca falten y así poder brindar una atención adecuada.

De los 13 pacientes atendidos por los alumnos y que contestaron el cuestionario, sólo 4 consideran que si pueden solventar un tratamiento protésico, mientras que los otros 9 reportan el no poder solventarlo.

En cuanto a la colocación de la P. Simplificada, a los pacientes se les informó en cuanto a sus características, ventajas y desventajas, mencionándoles también como una alternativa de solución para su problema protésico rehabilitatorio; estético, fisiológico y económico. Dándoles a saber también que ésta prótesis al ser colocada estaba sujeta a la investigación que nos encontrábamos realizando, dejándoles la opción de aceptarla ó desecharla.

Los 13 pacientes accedieron a la colocación de la prótesis Simplificada reportando que era la primera vez que se les colocaba éste tipo de prótesis.

B-3 DISCUSION DE RESULTADOS

Son varios los aspectos favorables que nos ha dejado ver la Prótesis - Simplificada al analizar su marco teórico y los resultados que de ésta investigación obtuvimos.

Resultados que nos han ayudado a visualizar el valor clínico que éste - tratamiento tiene hacia la comunidad que asiste a la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza y, no solo a la comunidad, sino a los alumnos y Profesores que laboran en la misma.

Entre los cuestionamientos de más importancia que obtuvimos de nuestros resultados se encuentra : el poco conocimiento teórico que los alumnos y Profesores poseen sobre el tratamiento de Prótesis Simplificada. Factor principal que hace que estos no tomen en cuenta a ésta prótesis como tratamiento - Odontológico.

" Todo tratamiento está avalado por un Marco Teórico en el cual se encuentran sus bases Científicas ".

Por tanto si nuestros profesores de la E.H.E.P. Zaragoza no conocen éste marco teórico de la Prótesis Simplificada jamás la apoyaran, ni darán la importancia debida al tratamiento y como resultado tampoco los alumnos le tomarán importancia.

La Prótesis Simplificada como todo tratamiento, posee sus ventajas y - desventajas y solo corresponde al clínico juzgar si para su práctica Odontológica es funcional o no, crítica que será aceptada siempre y cuando conozca sus aspectos teóricos y prácticos.

Nosotros al analizar los resultados observamos los factores favorables que presenta la Prótesis Simplificada en su colocación y elaboración con respecto a la Prótesis Convencional (metal acrílico o metal Porcelana), al - analizar éstos resultados no tratamos de idealizar el tratamiento, el cual - suponga el deshecho de los demás tratamientos protésicos fijos (como una - Prótesis convencional lo haría), si no, tratamos que los resultados fueran - los más objetivos y acordes con el tratamiento creativo que es la Prótesis - Simplificada.

En los resultados la prótesis Simplificada demostró la reducción de cog

to-tiempo en su elaboración y colocación, lo estético y funcional que es al devolver la fisiología normal del aparato Estomatognático, y el poco perjuicio que ésta prótesis acarrea a los tejidos blandos de sosten del dinte.

No por haber logrado éstos resultados diremos que la investigación fué en un 100% aceptable, ya que existen elementos que nos hacen titubear sobre el tratamiento de prótesis Simplificada. Elementos que puede vencer el clínico dependiendo de su creatividad y capacidad de resolución.

Uno de estos factores y que más discusión presento en el tratamiento de prótesis Simplificada para su aceptación, es el no llevar en su construcción algún tipo de metal que la haga resistente como una prótesis Convencional.

Al respecto podemos referir, que existe un buen número de prótesis Convencionales en boca de pacientes que no prestan ninguna buena funcionalidad. Esto es, aceptamos que el metal en la prótesis Convencional ayuda a dar resistencia a la prótesis y su durabilidad aumenta, pero ésta durabilidad y resistencia se ve minorada en el momento que el clínico no toma en cuenta los factores Biomecánicos que toda prótesis fija ya sea Convencional o Simplificada debe llevar. Con lo cual si en la Prótesis Simplificada aplicamos correctamente estos principios Biomecánicos de ajuste, retención, estabilidad y tratamos de proteger a nuestra prótesis de aquellos elementos y factores que puedan dañar su integridad, podremos obtener de la prótesis Simplificada un buen tratamiento odontológico, el cual no durara toda la vida, pero el tiempo que dure en boca de paciente ayudará a devolver al máximo la fisiología normal del aparato Estomatognático, objetivo principal de toda restauración o Rehabilitación.

No solo corresponde al odontólogo el que una prótesis fija dure mucho tiempo en la boca del paciente, sino, también el mismo paciente que porta la prótesis debe procurar su conservación y cuidado así como reportar a su Dentista las fallas o problemas que pueda presentar en su tratamiento. Por su parte el clínico debe hacer un constante énfasis en la higiene y cuidado que todo tratamiento protésico debe tener, logrando conjuntar un binomio de cooperación entre paciente-Dentista.

B-4 CONCLUSIONES

- La Prótesis Simplificada, es aquella prótesis Fija que por medio de dientes artificiales trata de devolver la fisiología normal del Aparato Estomatognático, en aquellas zonas donde por Yatrogenias, caries dental, etc. , se ha perdido la integridad ó totalidad del órgano dentario. Es una prótesis que como su nombre lo indica, intenta reducir la complejidad y encarecimiento de las prótesis convencionales pretendiendo realizar en una forma fácil y sencilla una prótesis de buena calidad y bajo costo que esté al alcance de la mayoría de la población - (Marginal).
- Las bases Científicas de la Prótesis Simplificada se encuentran en la ideología misma de la Simplificación y Desmonopolización del conocimiento.
- El conocimiento de Prótesis Simplificada que poseen los alumnos de la E.N.E.P. Zaragoza, sólo es un conocimiento superficial sacado, como de un diccionario, - el cual no posee un marco teórico que lo respalde, apoye y defienda.
- La utilidad de la Prótesis Simplificada en la E.N.E.P. Zaragoza (Clínica) so lo es de un 10%. Porcentaje que no es lógico en una clínica en la cual acuden muchas personas de bajos recursos que no pueden solventar tratamientos protésicos por arriba de su presupuesto familiar.
- Es necesaria la elaboración de una buena Historia Clínica, antes de iniciar - cualquier tratamiento pues ésta nos ayudará a determinar que tipo de prótesis - es la adecuada para cada paciente.
- La Prótesis Simplificada debe ser tomada como un tratamiento de prótesis Fija y no como un simple provisional.
- Si se poseen el Conocimiento y Marco teórico de la P. Simplificada en todo - momento, se podrá observar la gran diferencia que existe con respecto a las prótesis Convencionales.
- La P. Simplificada es aquella que se realiza únicamente con acrílico de Termo-

curado y Carillas; ó puramente con acrílico termocurado. Pero nunca con acrílico de autocurado.

- La realización de unos buenos provisionales en la P. Simplificada don de gran utilidad pues nos servirán como un modelo de diseño para la correcta elaboración de la prótesis.

- A la P. Simplificada jamás se le hará rebase, si no existe un buen ajuste se repetirá ésta.

- De acuerdo a los resultados obtenidos en la comparación de P. Simplificada y Metal Acrílico, nos damos cuenta que:

La P. Simplificada reduce sus costos en un 65% con relación a la de Metal acrílico y un 80% con respecto a la de Metal Porcelana, claro está que el costo también varía dependiendo de quién la elabore: Técnico dental, el propio Dentista ó el alumno en su defecto.

La P. Simplificada, reduce el tiempo de Elaboración y Colocación en boca del paciente en un 50% con respecto a la de Metal acrílico y un 60% a la de Metal Porcelana. Este tiempo de elaboración y colocación de la P.Simplif. se puede reducir hasta un 75% u 80% en comparación de las prótesis convencionales si el clínico y el paciente dispone del tiempo y recursos necesarios para lograr la realización de la Metodología Clínica y de Laboratorio. Si no se poseen éstos, además la habilidad necesaria es preferible realizar ésta prótesis con toda calma.

- En cuanto a características Clínicas que presentaron los pacientes podemos decir que: Fueron menores los problemas parodontales de los pacientes con P. Simplificada; el ajuste, estética y color también fueron más favorables, ya que al utilizarlos de trabajo, carillas y acrílico termocurado con el color adecuado a cada paciente se puede lograr un mejor ajuste y tonalidad de los dientes naturales.

- En la P. Simplificada, la Oclusión es más sencilla de modificar logrando una relación oclusal adecuada sin tanta problemática como lo presenta la prótesis con metal.

- Las fallas de mayor frecuencia que se observan en la elaboración y colocación de la P. Metal acrílico son ; El mal ajuste ya que el técnico no utiliza dados de trabajo, fallas en el color de la prótesis por la mala elección y colocación del opacador en la prótesis, además el no elegir el color adecuado en el paciente. La falta de troneras que facilitan la autolimpieza y una misma realización deficiente de anatomía dental, la falla preliminar es la aceptación de éstos trabajos por los dentistas, aunado a esto la mala cementación de la prótesis.
- La P. Simplificada no se colocará en brechas largas debido a la baja resistencia del material evitando así la fractura de ésta.
- Los problemas que presenta la P. Simplif. al inicio de su colocación son: un mal sabor de los alimentos, alitosis y ligeras molestias en los dientes pilares, las cuales desaparecen en cuanto el paciente se acostumbra.
- Antes de llevar a cabo el tratamiento de P. Simplif. es necesario educar al paciente en cuanto a la utilización de una buena técnica de cepillado y hábitos de higiene oral.
- Las prótesis Simplificadas elaboradas por alumnos e investigadores con la técnica de carillas son de mayor calidad en estética y funcionalidad que las que se mandan al laboratorio con la técnica de acrílico termocurado.
- La durabilidad de la P. Simplif. en boca depende mucho del cuidado que tenga el paciente hacia ella.
- La prótesis Simplif. si es funcional, ya que devuelve al paciente las características fisiológicas normales del Apto. Estomatognático.
- La P. Simplif. se colocará únicamente cuando se han dado a conocer al paciente las ventajas y desventajas de la misma.
- La P. Simplif., si es una alternativa de solución en lo que se refiere a la problemática actual socio-económica y de salud dental de los pacientes que acuden a la Clínica M. Zaragoza.

- Además de poseer ciertas características favorables, podemos decir que la P. - Simplificada no es una panacea y que nunca podrá substituir a una prótesis - metal acrílico ó metal porcelana " BIEN REALIZADAS ".

B-5 PROPUESTAS Y/O ALTERNATIVAS

— Es recomendable que se amplie la información sobre éste tratamiento, que los Dres. encargados de dar ésta unidad le den la importancia que merece, con el fin de que, tanto los Dres. como los alumnos de la E.N.E.P. Zaragoza, lleguen a comprobar por sí mismos la funcionalidad de la Prótesis Simplificada.

Así mismo, es necesario que a la P. Simplificada la relacionen con los aspectos sociales y económicos para demostrar los beneficios que ésta puede proporcionar.

— Aumentar los programas de investigación en la E.N.E.P. Zaragoza con la única meta de llevar salud en forma colectiva aumentando la cobertura en los tratamientos Odontológicos.

— Que éste trabajo pase a complementar y aumentar la información del material de apoyo de V y VI semestre sobre P. Simplificada.

— Que se aumente el impulso de la utilización de la P. Simplificada en las Clínicas de la E.N.E.P. Zaragoza, tratando de brindar mayor cobertura de salud dental rehabilitatoria a aquellos pacientes que la demandan.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

BIBLIOGRAFIA

REFERENCIAS

SILVA O. HECTOR, YEPEZ PATRICIO., " Simplificación y Desmonopolización en -
Odontología ", Rep. Dominicana, Julio de 1982.

SILVA O. HECTOR., " Tecnología apropiada en Odontología, Análisis Crítico
con relación a América Latina.

GARRAFA VOLNEI., " Simposium sobre política Nacional de Salud en Brasil ",
Brasilia, Octubre de 1979.

MENENDEZ R. OTTO., " Aspectos Históricas y Conceptualización ".

SILVA O. HECTOR, CORDON A. JORGE., " Simplificación y Desmonopolización en
Estomatología ".

MENENDEZ R. OTTO., " Simplificación y Desmonopolización en Odontología, su
Significado Social ".

VILACA MENDEZ EUGENIO., " La producción de Conocimientos para la Práctica -
Odontológica en América Latina ".

SILVA O. HECTOR., " El cambio de la Producción de Servicios Odontológicos
en América Latina ".

SILVA O. HECTOR, CORDON JORGE., " Notas sobre Simplificación y Desmonopoliza
ción en Estomatología ".

BIBLIOGRAFIA

LIBROS

- BREKER CHARLES., " Crowns Preparation of the Teeth and Constructon of the varius types of foil Coverage Restaurations ", Philadelphia, Ed. W.B. - Saunders Company. pp. 450-458.
- CHASTEEN E. JOSEPH., " Principios de Clínica Odontológica ", Ed. El Manual Moderno, 1982. pp. 450-458.
- FLORES M. ENRIQUE., " Algo Sobre Prótesis Simplificada ", Ed. Ciencia y Cultura de México, la. Edición 1984.
- GRISBER CINOTTI., " Prótesis Periodontal ", Ed. Mundi, Vol.I, 1973. pp. 290-292.
- KOREENNDAU ABJEAN., " Oclusión Aspectos clínicos/ Indicaciones Terapéuticas ", Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana, 1980. pp. 15-34,42.
- MILLER JAY CHARLES., " Inlay Crowns and Bridges ", Philadelphia, Ed. Saunders Company. pp. 89-105.
- MILLERS L. ERNEST., " Prótesis Parcial Removible ", México, Ed. Interamericana, 1975. pp. 4-22.
- MORBIRA B. LUIS., " Acrílicos Autopolimerisables Endobucuales ", " Ed. Mundi. pp. 9-46.
- MORRIS L. ALVIN, BOHANNAN M. HARRY., " Las especialidades Odontológicas en la Práctica General " Ed. Labor, 5a. Edición 1979. pp. 123-146.
- MYERS E? GEORGE., " Prótesis de Coronas y puentes ", Ed, Labor, 5a. Edición, 1979. pp. 3,4,10.
- O'BRIEN RICH., " Materiales Dentales y su Selección ", Ed. Médica Panamericana, 1980 pp. 65-80.
- OZAWA DEOUCHI JOSE., " Prosthodontia Total ", Ed. Textos Universitarios, 4a. Edición 1971. pp. 232-243.

- PARDINAS FELIFE., " Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales " Ed. Siglo 21, 18a. Edición 1978.
- RIPOL G. CARLOS., " Prosthodontia Conceptos Generales ", Ed. Mercadotecnia Odontológica, 1a. Edición. 1976, Tomo I. pp. 403-418.
- RIPOL G. CARLOS., " Prosthodontia Metodos Clínicos ", Ed. Mercadotecnia - Odontológica, 1a. Edición 1976, Tomo II. pp. 2-18, 85-120, 131-141.
- RIPOL G. CARLOS., " Prosthodontia Procedimientos de Laboratorio ", Ed. Mercadotecnia Odontológica, 1a. Edición 1976, Tomo III. pp. 61-96.
- RIPOL G. CARLOS., " Métodos Clínicos en Rehabilitación Bucal ", Ed. Interamericana, 1a. Edición. pp. 37,38, 44-58.
- ROJAS S. RAUL., " Guía para la realización de Investigaciones Sociales ", Ed. Textos Universitarios, 6a. Edición 1981.
- RONALD E. GOLDSTEIN., " Estética Odontológica ", Argentina, Ed. Inter-médica, 1980. pp. 72,73,333-339.
- SCHLUGER SAUL., " Enfermedad Periodontal ", Ed. Continental. pp. 21-25.
- SHAILER PETERSON., " El Odontólogo y su Asistente ", Buenos Aires, Ed. Mundi, 1977. pp. 79,299.
- SHILLINGBURG T. HERBERT., " Atlas de Tallados para Coronas ", Ed. Quintaesencia, 1976. pp. 13-29, 31-40, 137-146.
- SILLINGBURG T. HERBERT., " Fundamentos de Prosthodontia Fija ", Ed. Quintaesencia 1981.
- SKINNER W. EUGEN., " La Ciencia de los Materiales Dentales ", Ed. Mundi, 6a. Edición, 1970. pp. 160-179, 194,195, 212-234.
- TYLMAN STANLEY D., " Teoría y Práctica de la Prosthodontia Fija ", Ed. Inter-médica, 7a. Edición 1981. pp. 2,3,101-133,135-169.
- VILLEGAS MALGA ROBERTO., " Materiales de Impresión ", Ed. Diogenes, 1a. Edición 1976.

REVISTAS

- EGUIA GUILLERMO A., " Materiales Dentales Termoplásticos para Impresión ", -
Rev. Odontólogo Moderno, Junio 1975, 2a. parte. pp. 35-44.
- EGUIA GUILLERMO A., " Materiales Dentales para Impresión ", Rev. Odontólogo
Moderno, Agosto 1975, 3a. parte. pp. 34-44.
- FRANKLIN ABRAHAM., " Mito y Realidades de la Preparación de Corona Completa ",
Rev. A.D.M., Vol. XXXIX/2, 1a. parte, Marzo-Abril 1982. pp. 105-108.
- FRANKLIN ABRAHAM., " Mito y Realidades de la Preparación de Corona Completa ",
Rev. A.D.M. Vol. XXXIX/3, 2a. parte, Mayo-Junio 1982. pp. 65-67.
- HAYWOODS. VAN., " Elaboración de una Corona Temporal por Técnica Directa ", -
Rev. Quintaesencia, Ed. Española Chicago, Julio 1980, Vol. 2 No. 7.
- KOGAN FRANK ENRIQUE., " Color en la Odontología ", Rev. A.D.M., Vol. XXXIX/4,
Julio-Agosto 1982. pp. 145-147.
- MCLOP RONALD., " Elaboración de Restauraciones Provisionales para Prótesis -
Fija ", Rev. Quintaesencia, Ed. Española Chicago, Noviembre 1980, Vol.2 No.11.
- SCHNEIDER M. DAVID., " Coronas Totales Provisionales I ", Rev. Quintaesencia,
Ed. Española Chicago, Noviembre 1980, Vol.2 No. 11.
- SCHNEIDER M. DAVID., " Coronas Totales Provisionales II ", Rev. Quintaesencia,
Ed. Española Chicago, Diciembre 1980, Vol. 2 No. 12.
- SCHNEIDER M. DAVID., " Coronas Totales Provisionales III ", Rev. Quintaesencia,
Ed. Española Chicago, Enero 1981, Vol.3 No.1.
- WARHAU G. JENS., " Periodoncia y Odontología Restauradora ", Rev. Internacional
Vol. I, No. 1, 1981.
- ZAVALA FRANCISCO., " Manipulación del Alginato en la Toma de Impresión ", Rev.
A.D.M., Vol. XXXVI/1, Enero-Febrero 1979. pp. 57-60.

TESIS

GATICA SUAREZ MARIO., " Importancia y uso de las Restauraciones Temporales de Acrílico en Puente Fijo ", U.N.A.M. , 1971.

MONTAÑEZ CONTRERAS ALICIA., " Importancia Técnica de elección de provisionales en Prótesis Fija y Renovable ", U.N.A.M. 1983.

RODRIGUEZ HERNANDEZ ELVIA., " Diseño e Importancia de la Prótesis Provisional y Terapéutica ", U.N.A.M., 1984.

VELEGAS SOLACHE JAIME., " Génesis Odontológica ", U.N.A.M., 1984.

MATERIALES DE APOYO

ROSAS MORENO JOSE., " Estudio Clínico e Historia Clínica, Módulo Estudio Clínico y Radiográfico, 1o. y 2o. Semestre, E.N.E.P. Zaragoza.

ROSAS VARGAS ROSSAURA, ROSAS M. JOSE., " Prótesis Simplificada ", 5o. y 6o. - Semestre, E.N.E.P. Zaragoza.

" Unidad Prótesis Total ", 7o. y 8o. Semestre, E.N.E.P. Zaragoza.