

38
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**FRACASOS Y REPARACIONES EN
PRÓTESIS PARCIAL FIJA Y
PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE**

**TESINA
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO
DE CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTA

MARTHA VERONICA AYALA MONCADA

ASESOR :

C.D. M.O. Ma. LUISA CERVANTES ESPINOSA

*Revisó y
autorizó*

MÉXICO D.F. 1996

Revisó y autorizó



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**FRACASOS Y REPARACIONES EN
PRÓTESIS PARCIAL FIJA Y
PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE**

Esta Tesina está dedicada a:

DIOS

*Por estar a mi lado en todo momento,
sin pedir nada a cambio y por iluminarme
cuando más te necesito ya que siempre
cuento contigo*

GRACIAS.

A MIS PADRES

Gracias por haberme apoyado para terminar mis estudios y por darme todo su Amor, por darme ánimos para seguir siempre adelante por ayudarme siempre que los necesito y sobre todo por haberme dado la vida.

GRACIAS.

**JOSE LUIS R. AYALA CASTILLO
ANGELICA MONCADA VAZQUEZ**

A MI ESPOSO

*Gracias mi Amor por haberme apoyado y alentado
para terminar mis estudios, por darme tu comprensión
y ayuda y por estar conmigo en las buenas y en las
malas.*

GRACIAS.

JOSE MANUEL RAMIREZ VIDAL

A MI HIJO

*Porque veniste al mundo a darme más ánimos para superarme,
porque solo con verte me alegras la vida, por todo lo que significas
para mí. Te quiero Mucho.*

GRACIAS.

IVAN SAID RAMIREZ AYALA

A MIS HERMANOS

*Por darme su apoyo y estar siempre conmigo
por sus consejos de aliento y motivación.*

GRACIAS.

LUIS MARIANO, ANGELICA NORMA

A MI ASESORA

*Por haber compartido su tiempo,
conocimientos, y experiencia en la
elaboración de esta Tesina.*

GRACIAS.

Dra. Ma. LUISA CERVANTES.

INDICE

INTRODUCCIÓN..... 1

CAPÍTULO I FRACASOS CLÍNICOS EN PRÓTESIS PARCIAL FIJA

1. DISEÑO INADECUADO 3

2. MAL DISEÑO DEL DIENTE PILAR 4

3. MALA EDUCACIÓN AL PACIENTE 6

CAPÍTULO II FRACASOS CLÍNICOS EN PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

1. DISEÑO INADECUADO 8

2. MALA TÉCNICA DE CONFECCIÓN 9

3. MALA EDUCACIÓN AL PACIENTE 10

CAPÍTULO III FRACASOS MECÁNICOS EN PRÓTESIS PARCIAL FIJA

1. FRACTURA DE LA PORCELANA 13

2. PÉRDIDA DE LAS FACETAS 15

3. FRACTURA DEL POSTE 17

4. FRACASOS DE LOS PUNTOS DE SOLDADURA 18

5. DISTORSIÓN 20

6. DESGASTE OCLUSAL Y PERFORACIÓN 21

7. FORMA Y COLOR DEFECTUOSO 22

8. DEFICIENCIAS MARGINALES 24

9. FRACASO DEL CEMENTADO	25
--------------------------------	----

CAPÍTULO IV FRACASOS MECÁNICOS EN PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

1. FRACTURA DE LOS DIENTES	26
2. FRACTURA DE LA CARILLA DE PORCELANA	28
3. DISTORSIÓN	29
4. DESGASTE OCLUSAL	31
5. FRACTURA DE LOS GANCHOS	32
6. BASE PROTÉTICA AGREGADA	36
7. FRACTURA DEL DESCANSO OCLUSAL	39
8. FRACTURA DE UN CONECTOR MAYOR	41
9. SUSTITUCIÓN DE UN DIENTE QUE NO DESEMPEÑA EL PAPEL DE DIENTE PILAR	42
10. REPARACIÓN DE LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE DESPUÉS DE LA PÉRDIDA DE UN DIENTE PILAR	44

CAPÍTULO V REPERCUSSIONES EN CAVIDAD BUCAL A CAUSA DE LOS FRACASOS

1. ENFERMEDAD PARODONTAL	45
2. PROBLEMAS PULPARES	48
3. CARIES	51
4. PROBLEMAS OCLUSALES	53
5. FRACTURA DEL DIENTE O CORONA NATURAL PREPARADA	54

CONCLUSIONES..... 55

BIBLIOGRAFÍA..... 58

INTRODUCCIÓN.

Es importante conocer cuales son los fracasos de la prótesis parcial fija y removible; La frecuencia de los fracasos debería ser minima ante el diagnóstico cuidadoso, un inteligente plan de tratamiento, preparaciones bucales adecuadas y el desarrollo de un diseño eficaz de la prótesis parcial, con todas sus partes constituyentes correctamente confeccionadas.

Observando cualquier prótesis parcial fija siempre es posible encontrar algún defecto menor en cuanto a su adaptación; su estética o algún otro aspecto. Tal vez la restauración no tenga ningún defecto serio, pero un dentista al observar el trabajo de otro piensa que hubiera aplicado sus habilidades de un modo distinto.

Estas variaciones de criterio son lógicas y deben alentarse para cada vez ser mejores. Conociendo los fracasos que se pueden presentar en la prótesis Parcial fija y removible al atender a nuestros pacientes tomaremos en cuenta éstos conocimientos para trabajar con eficacia, haciendo un buen diagnóstico, conscientes de los riesgos que se pueden presentar por trabajar mal y en dado caso que se presentara un fracaso resolverlo si es posible o sino hacer una buena planificación para elaborar un tratamiento nuevo ya sea de fija o de removible. El tratamiento debe continuar con visitas de seguimiento para vigilar la salud del paciente.

Este trabajo ha sido elaborado a base de investigación Bibliográfica y Artículos.

La decisión del dentista para reparar o rehacer una prótesis parcial removible es en ocasiones muy difícil, es necesario valorar muchos factores diagnósticos antes de tomar una buena decisión clínica.

Algunos de ellos son: 1) el estado financiero del paciente 2) la frecuencia de las citas; 3) su estado médico y el grado de dificultad de los procedimientos de impresión. Alguno de ellos puede influir en la decisión de reparar o rehacer la prótesis; Con frecuencia, es más conveniente , rehacer la prótesis parcial removible que dedicar el tiempo y esfuerzo necesario para reparar un armazón que es apenas clínicamente aceptable y que bien podría tener que sustituirse a un futuro cercano. Es más común que una prótesis que se ha utilizado por mucho tiempo y necesita repararse tenga algunos otros problemas. El odontólogo tiene la obligación de informar al paciente las desventajas relativas de reparar o rehacer la prótesis. En ocasiones habrá Fracturas y deformaciones, incluso en la PPR mejor diseñadas y elaboradas.

Establecer la causa de la fractura ayudará al dentista a determinar el método de reparación e incluso a evitar posibles accidentes futuros. Una PPR puede romperse por varias razones: 1) falta de cuidado en el manejo o abuso por parte del paciente 2) pérdida de la adaptación de la prótesis a los dientes y tejidos relacionados, que a su vez puede causar esfuerzo excesivo y tensión en los componentes del armazón o en la base de la prótesis 3) fallas de laboratorio en alguna de las fases de construcción de la PPR.4) preparación de las la boca o procedimientos de impresión inadecuados por parte del dentista 5) pérdida de los dientes pilares causado en ocasiones por rechinarlos o apretarlos en exceso una vez que el odontólogo establece la causa de la fractura y decide reparar, recubrir, reconstruir o rehacer la PPR puede llevarse a cabo el procedimiento específico.

En la Prótesis fija el fracaso se manifiesta de diferentes maneras, se producen molestias, la prótesis se afloja, hay residiva de caries las estructuras de soporte se atrofian, o la pulpa se degenera, se produce la fractura del armazón, se pierde un frente estético y la prótesis no presta más utilidad.

CAPITULO I

FRACASOS CLÍNICOS EN PRÓTESIS PARCIAL FIJA

DISEÑO INADECUADO EN PRÓTESIS PARCIAL FIJA

El diseñar una prótesis resulta difícil; algunos diseños de prótesis, incluso cuando están bien planeados y ejecutados fracasan. Estos fracasos los podemos clasificar de una forma sencilla en dos grandes grupos que son las prótesis hipoprescritas y las prótesis hiperprescritas. Las prótesis hipoprescritas son las que se elaboran con un número escaso de dientes pilares o ser demasiado conservadores en la selección de retenedores. Con estos errores de diseño la opción será desalojar la prótesis y elaborar otro tipo de diseño.

Las prótesis hiperprescritas son las que se elaboran cuando incluyen un mayor número de dientes pilares de los necesarios; es habitual que el destino acabe por hacer fracasar precisamente el retenedor innecesario.

Cuando en una prótesis se ha incluido un número innecesariamente grande de dientes pilares y falla uno de los retenedores, a veces se puede seccionar en la boca, quitando la unidad que ha fracasado y dejando el resto de la prótesis en función. La unidad extraída se rehace como una restauración individual.

Los propios retenedores pueden estar hiperprescritos. Por ejemplo cuando se utilizan coronas ceramometálicas donde hubieran bastado colocar coronas metálicas. Cuando en un caso se produce una muerte pulpar, es interesante reflexionar sobre si ello se habría evitado con una reducción menos drástica de la corona del diente natural.

MAL DISEÑO DEL DIENTE PILAR

En el tallado del diente pilar debe efectuarse una reducción adecuada de la superficie dentaria en aquellas superficies en las que el aspecto de la corona tiene importancia. Ya dentro de la boca, es más importante reducir la preparación mesiovestibularmente que distovestibularmente, ya que esta es la superficie más importante desde el punto de vista estético.

Si se confeccionaran coronas ceramometálicas para los dientes postero-inferiores, generalmente es necesario reducir la superficie oclusal para que la porcelana llegue a cubrirla totalmente. En el maxilar superior, las superficies oclusales son mucho menos visibles, siendo, más importante desde el punto de vista estético las vestibulares. Por lo tanto, a veces sólo es preciso reducir las superficies oclusales de los dientes postero-superiores lo suficiente para adaptar el grosor del metal. Los márgenes subgingivales, que pueden mostrar de entrada un mejor aspecto producen con frecuencia un grado de inflamación gingival que, además de comportar el posible riesgo de producir una enfermedad periodontal más grave, es por sí misma antiestético. Los márgenes de la corona a nivel del margen gingival o ligeramente por encima de éste no tienen porqué ser visibles y es más difícil que produzcan inflamación gingival.

Cuando los dientes están mal alineados, aunque se puede hacer una preparación y tomar una impresión, en algunas ocasiones no es posible asentar la corona acabada debido a que la superposición de los dientes adyacentes impide su inserción. La solución es, o bien modificar los dientes adyacentes, o bien diseñar la preparación con un ángulo tal que permita la inserción de la corona.

La zona del margen de la corona debe diseñarse de tal forma que su superficie pueda alinearse convenientemente con la superficie dentaria. Una

reducción insuficiente en el margen puede condicionar una corona demasiado gruesa que a su vez produzca una zona de retención de placa con el margen.

Todavía se necesita mayor reducción del tejido dentario para las coronas ceramometálicas en las superficies visibles, ya que la capa metálica tiene que ser recubierta por otra capa de porcelana.

Las relaciones de los dientes que van a tratarse por medio de una corona influyen sobre el diseño de la preparación. Las áreas de la corona sometidas a una carga oclusal excesiva en la posición de intercuspidadación o en una de las excursiones mandibulares deben ser lo suficientemente gruesas como para tolerar éstas fuerzas.

Todos los materiales de restauración se desgastan con el uso, y el desgaste es debido a la oclusión, la dieta y los hábitos como por ejemplo el bruxismo. Cuando la superficie dentaria se encuentra intacta antes del comienzo de la preparación de la corona hay que tomar nota cuidadosamente de cualquier faceta de desgaste que pueda existir y preparar suficientemente esas áreas de la superficie dentaria para que la corona tenga el grosor adecuado, de tal forma que no se perfora en el futuro a consecuencia del desgaste.

MALA EDUCACIÓN AL PACIENTE

No está justificado un tratamiento en una boca que presente caries de progresión rápida o una enfermedad periodontal debida a una mala higiene oral. Lo primero que se debe hacer es detener el proceso patológico y mejorar la higiene oral.

El profesional debe decidir si el paciente, tras haber recibido las debidas instrucciones sobre higiene oral, puede conseguir un nivel de limpieza que justifique un tratamiento caro. También hay que decidir como tratar a aquellos pacientes cuya higiene oral se sitúa por debajo de este nivel.

Una fase final y muy importante es enseñar al paciente cómo hay que limpiar y mantener limpia la prótesis y sobre todo cómo limpiar la zona marginal. Para ello se le recomendará el empleo de seda dental y una técnica de cepillado adecuada.

Algunos pacientes tienen ya una excelente higiene oral y si se les insiste mucho sobre la importancia de limpiarse particularmente el diente que tiene la prótesis pueden empezar a limpiarse con excesivo entusiasmo, produciéndose lesiones en el tejido gingival o en el propio diente.

En cada exámen consecutivo hay que efectuar una revisión sistemática de todas las prótesis. A ese respecto se tomara en cuenta:

Comparar los niveles de placa e inflamación gingival con los de otros dientes similares en otras zonas de la boca. Si el diente que lleva la prótesis está peor, hay que saber cuál es la causa y resolverla. En cualquier caso si existe enfermedad periodontal debe tratarse.

Hay que examinar los márgenes de la prótesis por si existen rebordes y escalones positivos y negativos y explorar también los márgenes de la preparación para comprobar si hay caries secundaria y signos de desgaste abrasivo.

A veces las técnicas de higiene son totalmente distintas de las que conocía el paciente hasta la fecha, éstas son las situadas entre el pónico y el reborde y los márgenes gingivales de los pilares por debajo de los conectores.

Los pónicos higiénicos y canoïdes deben limpiarse muy bien con el cepillo de dientes, aunque en algunos casos resulta más cómodo un cepillo de interespacios.

Las instrucciones sobre higiene oral deben impartirse en la misma sesión en la que se cementa la prótesis. Hay que ver de nuevo al paciente al cabo de una o dos semanas para comprobar que las nuevas técnicas de limpieza están dando buenos resultados. En esta fase puede resultar útil el empleo de tabletas o soluciones reveladoras de placa.

Conviene revisar al paciente mínimo cada 6 meses, y valorar bien el estado de los márgenes, la salud gingival, la limpieza, la oclusión y la integridad mecánica de la prótesis.

CAPÍTULO II

FRACASOS CLÍNICOS EN PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

DISEÑO INADECUADO EN PPR

Cuando la fractura no es el resultado del manejo poco cuidadoso, es importante que se lleve a cabo una determinación de la causa con el fin de que además de llevar a cabo la reparación, se proceda a hacer el tratamiento correctivo para evitar que se repita el accidente. Si el accidente se debió a la preparación bucal inadecuada o a la elaboración deficiente, es probable que se repita a menos que se establezca y elimine la causa. Desafortunadamente, la experiencia demuestra con frecuencia que las reparaciones se llevan a cabo en prótesis de todos los tipos sin importar la causa que produjo el accidente. Este procedimiento resulta contraproducente debido a que con frecuencia la prótesis sufre una nueva fractura, con gastos adicionales y molestias para el paciente, la mayor parte de los pacientes no visitan el consultorio dental a menos que se presente dolor. Cuando la causa de la consulta es un accidente en la prótesis, esta constituye una buena oportunidad para examinar la boca del paciente con el fin de que, por lo menos, se le pueda informar de su estado de salud dental, además de restaurar la función de la prótesis.

Cuando la construcción de la prótesis removible consiste solamente en: darse cuenta de que algunos dientes faltan, tomar una impresión de cada arcada y enviarla al laboratorio sin más instrucciones que el color y la fecha de entrega, aceptar la prótesis como viene del laboratorio, instalar la prótesis en la boca después de modificar los dientes pilares, establecer, y recibir honorarios esperar que el paciente no regrese nunca más, el resultado será la destrucción de las estructuras de retención y soporte y finalmente deberá desecharse.

MALA TÉCNICA DE CONFECCIÓN

Al encerar el modelo mayor, debe prepararse un alivio de 1.5 mm como mínimo sobre el reborde desdentado. Este espacio permitirá más tarde una retención amplia y una profundidad adecuada del material de base y evitará, la desunión entre ambos elementos. Debe haber una zona de contacto pequeña entre el armazón y el modelo, de modo que no puedan producirse movimientos del armazón hacia el modelo durante el empaquetado del material de base y no se produzcan cambios en sus relaciones.

Todas las retenciones presentes en el modelo que serán ocupadas o atravesadas por las partes rígidas del armazón, deben encerarse antes de su duplicado para que no haya después interferencias al insertar la prótesis o se generen fuerzas nocivas para el periodonto. Si en el modelo de trabajo no se confeccionan las guías definitivas para ubicar los patrones de los retenedores directos y aquellos no son copiados sobre el modelo refractario, el armazón y los retenedores estarán mal relacionados con las alturas del contorno de los dientes pilares y ocasionarán fracturas de los ganchos o daños sobre el periodonto.

Todos los bordes del patrón de cera para el armazón deben ser pegados al modelo refractario antes del revestido, de modo que el revestimiento no pueda infiltrarse entre el patrón y el modelo determinando un colado que no ajuste correctamente.

La manipulación descuidada y negligente de las aleaciones para colados puede ocasionar un armazón poroso y de propiedades físicas deficientes. Clínicamente, la prótesis tendrá menor resistencia a la pigmentación y a la corrosión y su resistencia se verá disminuida.

MALA EDUCACIÓN AL PACIENTE

Mediante una buena demostración práctica, se debe enseñar al paciente a colocar y retirar la prótesis parcial; también debe inculcársele un método para el cuidado diario de su prótesis. Mientras se coloca la prótesis, debe mostrarse al paciente cómo ubicar los retenedores directos sobre los pilares, cómo llevar los conectores menores sobre los planos de inserción y por último, cómo empujar la prótesis a través de su vía de inserción hasta su asentamiento total. Hay que recalcarle que la prótesis nunca debe asentarse de modo que haga presión con los dientes antagonistas, para evitar así la distorsión de los ganchos. Debe comprender que para retirar la prótesis de la boca la manera más segura es tomando la base con firmeza, pero si se usa un retenedor directo como punto de apoyo o de palanca, la posibilidad de deformación será menor si la fuerza se hace en la unión del brazo retentivo con el conector menor, el paciente debe tener un espejo para observar todo lo que se le va indicando, y a continuación debe repetir varias veces los ejercicios de colocar y retirar la prótesis, hasta que no queden dudas de que éstos pueden efectuarse sin mayor esfuerzo.

Muchos de los fracasos clínicos pueden ser atribuidos a la negligencia o indiferencia, en el cuidado casero, la prótesis debe ser removida de la boca e higienizada de todo resto de alimentos, así como deben cepillarse los dientes naturales tres veces al día de preferencia en la noche antes de acostarse, la prótesis debería ser sumergida en un líquido limpiador.

Los restos de comida se eliminan mejor si se cepilla la prótesis parcial con un cepillo blando y un jabón no abrasivo. Las partes internas de los retenedores deben limpiarse con un cepillo cónico. después la prótesis debe llevarse a un baño de agua tibia que contenga un agente oxigenador éste, limpiara eficazmente todas las áreas

no cepilladas, eliminará la mayoría de los pigmentos y cálculos y desodorizará la prótesis.

Los depósitos residuales pueden eliminarse periódicamente cada 2 a 3 semanas si se remoja la prótesis en vinagre caliente durante 30 minutos como mínimo. Para quitar los pigmentos muy adheridos se coloca la prótesis en una solución blanqueadora diluida y caliente durante una hora (1 de cloro por 5 de agua). Debe advertirse al paciente que limpie la prótesis parcial sobre un recipiente revestido con una toalla pequeña y parcialmente lleno de agua, de modo que en caso de que se caiga la prótesis, las posibilidades de distorsión sean mínimas. Es importante que el paciente establezca este hábito, porque la mayoría de las prótesis, si no es que todas, se caen durante su limpieza.

Debe hacerse hincapié en la higiene bucal e indicar la importancia del cepillado correcto de los dientes después de cada comida. Para ello deben explicarse y mostrarse las técnicas especiales adecuadas a cada caso individual. Los cepillos eléctricos son de gran utilidad para pacientes impedidos, para los ancianos u otros pacientes que encuentran dificultoso el uso del cepillo común.

El hilo dental se recomienda para la limpieza debajo de los púnticos de la prótesis, para la remoción de placa debajo de las superficies proximales de los pilares que no pueden limpiarse mediante el cepillado.

Todos los procedimientos higiénicos estipulados se han de ensayar, repetir y suministrar al paciente en forma de instrucciones impresas, para que las adopte como referencias hasta que el hábito se establezca con firmeza. Este concepto es de rigor si se pretende un servicio duradero por parte de la prótesis parcial.

Se aconseja al paciente que ingiera una dieta blanda y regrese en 24 horas. En esta visita, después de la instalación, se examinará la zona protética. Toda irritación localizada es originada a menudo por alguna irregularidad presente en el borde externo de la prótesis. Esta irregularidad puede ser eliminada por un instrumento cortante. Es probable que el enrojecimiento generalizado de la mucosa que yace bajo la base se deba a una oclusión defectuosa, sobre todo a una sobreclusión en relación céntrica.

El enrojecimiento o la ulceración de la mucosa en la periferia de la base es siempre el resultado de una base sobreextendida o de una superficie rugosa o angular. Los bordes deben ser acortados, redondeados, abrasionados y después pulidos.

La segunda consulta debe ser programada 72 horas después de la instalación de la prótesis, y la tercera, una semana más tarde. En cada oportunidad han de inspeccionarse la zona de soporte y la oclusión.

Cuando el paciente está cómodo con la prótesis y su función se considera aceptable, pueden levantarse las restricciones alimenticias.

Un mes después debe hacerse una inspección final por dos razones: Primero, porque puede detectarse un proceso destructivo que pase inadvertido para el paciente; segundo porque, permite apreciar la calidad de los cuidados caseros. En esa oportunidad es posible efectuar las correcciones necesarias y completar la motivación para una mejor higiene.

CAPITULO III

FRACASOS MECÁNICOS EN PRÓTESIS PARCIAL FIJA

FRACTURA DE LA PORCELANA

Habitualmente se relaciona con defectos en el diseño del armazón, procedimientos de laboratorio incorrectos, función oclusal excesiva o traumatismos.

Si la porcelana se ha fracturado en una prótesis de unidades múltiples que ha tenido buena función y aceptación por el paciente, para ahorrarle molestias, tiempo y costos adicionales, está justificado un intento de repararlo en vez de rehacerlo.

Antes era relativamente frecuente que se fracturara un fragmento de porcelana de las coronas ceramometálicas o se perdiera la faceta completa por un fracaso de la unión de la cerámica con el metal. Aunque con las técnicas y materiales modernos este fracaso es menos frecuente. Cuando se produce resulta particularmente frustrante ya que, incluso aunque el daño sea ligero, por lo general puede hacer muy poco para repararlo satisfactoriamente sin rehacer la corona o toda la prótesis.

Con objeto de evitar este tipo de fracaso de las prótesis ceramometálicas hay que diseñar bien la estructura con el grosor adecuado del metal para evitar su distorsión, sobre todo cuando se trata de prótesis de tramo largo. Al ser más rígidas las aleaciones de níquel-cromo quizá resulten más adecuadas para las prótesis de tramo muy largo. Si existe algún riesgo de flexión en el área de los púnticos, hay que llevar la porcelana hacia el lado lingual de éstos para darles una mayor rigidez.

Cuando el frente se ha fracturado o perdido, la oclusión deberá ser examinada cuidadosamente, la cera para reemplazar la parte faltante podrá ayudar a revelar una interferencia oclusal. El composite es el principal medio para el trabajo de reparaciones. Esta puede ir retenida mediante socavados mecánicos en el armazón metálico.

Un frente puede fracturarse porque se le ha dado una anatomía tal que, hay una parte de la porcelana expuesta a las superficies o cúspides antagonistas y que se ha sometido ya sea a la acción de palanca o a contacto localizado.

El agrietamiento de un frente, o la susceptibilidad a la fractura puede provenir de un calentamiento o enfriamiento demasiado brusco durante el glaseado. En la mayoría de los casos es factible reponer ese frente satisfactoriamente sin alterar la prótesis, toda vez que se le dé forma adecuada.

Cuando la protección metálica del frente de porcelana es insuficiente y los dientes antagonistas hacen demasiada fuerza en esta prótesis por que hay un punto prematuro, se producirá la fractura o el desprendimiento de la porcelana.

Se dispone de materiales para reparar o modificar la forma de restauraciones cerámicas en boca. Se trata básicamente de composites que permite una adhesión óptima. No se trata de una adhesión por grabado ácido, como la adhesión al esmalte; El empleo de este material se limita a los sitios no expuestos a grandes fuerzas oclusales.

PÉRDIDA DE LAS FACETAS

Los frentes estéticos se desprenden de las superficies vestibulares de las prótesis a causa de muy poca retención en el diseño para el metal, deformación del metal, mala oclusión, curado deficiente o técnica de fusión incorrecta.

Si un frente estético de resina se desprende por retención insuficiente, se construirá un frente de resina nuevo para reemplazar al anterior. Generalmente su retención consiste de Pins metálicos que se incorporan en la resina y proyecciones que calzan en orificios correspondientes en la estructura metálica. Si se fractura o cae un frente de porcelana, a menudo es necesario colocar uno de resina como sustituto.

Cuando se presenta este problema hay que hacer un buen diagnóstico para ver si se requiere ajuste oclusal, reducción de las fuerzas provenientes de la oclusión, ciertos cambios de forma de las zonas oclusivas y un aumento en el número de conductillos que proveen retención.

Si la mala oclusión es la responsable de la pérdida de un frente se impone un cambio de la anatomía oclusal. Un frente poco satisfactorio a causa de curado o técnica de fusión se reemplaza con perspectivas de éxito.

La fractura de frentes y desprendimientos de frentes estéticos no siempre implican la remoción de la prótesis, pero si el fracaso se repite con frecuencia, el reconstruir la prótesis es la única solución.

Se dispone de materiales para reparar porcelana en boca incluso si sólo duran unos pocos años antes que pierdan el color o se desgasten, se pueden sustituir

y son razonablemente satisfactorios y menos costos que reemplazar una restauración completa.

Las facetas de acrílico o cerámica fabricadas en el laboratorio pueden desprenderse totalmente; en el caso de las de acrílico, el desgaste y la alteración del color también son frecuentes. Aunque hoy en día se hacen muy pocas prótesis con facetas preformadas, no es raro encontrar pacientes con prótesis antiguas que han perdido una faceta.

A veces se puede sustituir una faceta de una prótesis desprendida prolongando así su vida; sin embargo, no merece la pena intentarlo en restauraciones individuales, siendo mejor sustituir toda la corona.

La retención de una faceta de acrílico puede ser una caja, bolas, asas u otros caracteres en la superficie del metal siempre que esos caracteres retentivos puedan mantenerse intactos lo que con frecuencia es difícil si los remanentes de la faceta tienen que quitarse, se puede insertar una nueva faceta utilizando una resina acrílica adecuada para uso clínico o, preferiblemente, un composite. La faceta no será ideal y tendrá que sustituirse periódicamente, pero el tiempo y los costos que se presentan son muy inferiores a los que produciría la sustitución de toda prótesis.

Cuando la porcelana se desprende de una unidad ceramometálica y no es posible efectuar una reparación con composite con frecuencia no hay otra opción que eliminar toda la corona o la prótesis.

En el caso de los retenedores o pónicos, a veces es posible preparar de nuevo la parte metálica produciendo un espacio suficiente y sin afectar la fuerza del metal. Seguidamente se puede adaptar una nueva corona completa recubriendo el esqueleto del retenedor o pónico antiguo.

FRACTURA DEL POSTE

Un ajuste firme de un poste puede llevar a la fractura radicular. El colado debe ser de tamaño algo menor, lo que puede conseguirse restringiendo la expansión del revestimiento, por ejemplo colando a una temperatura de fusión menor.

Es importante que la aleación de colado tenga propiedades físicas adecuadas. El oro para prótesis parcial extraduro ó las aleaciones de cromo níquel tienen un elevado módulo de elasticidad y en consecuencia son adecuados como postes colados. Es esencial que la técnica de colado sea perfecta, porque cualquier porosidad no detectada podría conducir a un colado débil que pudiera fracasar durante la función.

Un poste que se ha fracturado en el interior del canal radicular no se puede eliminar con un tractor de postes. Tampoco se recomienda retirarlo con fresa, dado que la desviación hacia la dentina es difícil de evitar y podría causar lesiones irreparables. La mejor forma de manejar un poste fracturado incluido es emplear tubos cortantes de extremos huecos especiales que preparan un estrecho espacio alrededor del poste. La técnica ha resultado ser bastante útil.

Se llama técnica de Masseran para eliminar un poste fracturado. Lo primero que se hace en esta técnica es calibrar el diámetro del poste con un instrumento de medición. La trefina seleccionada se frota cuidadosamente en sentido contrario a las manecillas del reloj para crear un estrecho canal alrededor del poste, cuando el instrumento ha eliminado suficiente material el poste se recupera, posteriormente se debe hacer otro poste.

FRACASOS DE LOS PUNTOS DE SOLDADURA

Ocasionalmente, un punto de soldadura que parece Integro falla bajo la carga oclusal y ello puede deberse a varias causas como por ejemplo que se presente una grieta o inclusión en la propia soldadura, la falta de unión a la superficie del metal, el punto de soldadura no es lo suficientemente grande para las condiciones en las que tiene que funcionar. Un problema que se plantea sobre todo con las prótesis ceramometálicos es que hay que restringir los conectores soldados para que no invadan en exceso el lado vestibular a fin de que no se vea el metal, restringirlos también en sentido gingival para que haya un buen acceso para la limpieza y restringirlos incisalmente para crear la impresión de dientes independientes. Tanta restricción puede hacer que el área de soldadura sea inadecuada y falle.

Siempre que sea posible es mejor articular prótesis de múltiples unidades mediante puntos de soldadura en la mitad de los pónicos antes de colocar la porcelana. Con ello se consigue una área de superficie mucho mayor para el punto de soldadura y éste se ve también reforzado por la cobertura de porcelana. El fracaso de una soldadura es un desastre en una prótesis ceramometálica grande y con frecuencia obliga a desalojar y rehacer toda la prótesis.

La fatiga y fragilidad por cansancio causada por el tramo demasiado largo con elasticidad en su porción central o barra, da por resultado la debilidad, pérdida de resistencia y ductibilidad y la consiguiente fractura. Cuando las partes componentes son demasiado pequeñas o de volumen escaso, el resultado y las consecuencias son similares.

Hay varios puntos que deben observarse si se quiere evitar el fracaso en la soldadura: Es importante que tenga no sólo el ancho adecuado sino también la profundidad, ya que ésta es la que provee la resistencia al esfuerzo oclusal. Su

superficie inferior debe estar bien separada de la encía para permitir un espacio interdentario adecuado.

Debe proveerse un volumen suficiente de metal en la región de la soldadura. Si no se hace, aunque la soldadura en si no falle, puede romperse el metal que está junto a ella. Por ésta razón, a veces es necesario realizar una preparación semejante a una caja en la zona donde estará la soldadura de modo de reforzar el metal. Se requieren distintas técnicas de soldadura cuando se unen diferentes aleaciones y materiales, y siempre debe utilizarse el fundente adecuado. No existen métodos de reparación intraoral satisfactorios y generalmente no se puede desalojar la prótesis para volver a soldar el punto sin producir un daño mayor

DISTORSIÓN

Las prótesis totalmente metálicas pueden distorsionarse por ejemplo, cuando los pónicos higiénicos se hacen demasiado finos o si se desaloja una prótesis aplicando una fuerza excesiva. En esos casos hay que rehacer la prótesis.

En las prótesis ceramometálicas se puede distorsionar la estructura con la propia función o como consecuencia de un traumatismo. Una restauración debe poseer suficiente resistencia para impedir que quede permanentemente deformada durante la función, en caso contrario fracasará. Esto puede ser el resultado de una selección inadecuada de la aleación, una preparación dental incorrecta o un diseño incorrecto de la infraestructura metal porcelana.

No se debe cementar ninguna prótesis, si en su instalación cambiara la relación normal de los ejes mayores de los pilares. La distorsión en la oclusión proviene de una cúspide demasiado extendida hacia vestibular o hacia lingual, o de un contacto prematuro en la posición extrema de una excursión de lateralidad. Ello se corrige mediante la reducción de la dimensión Vestibulo lingual o por ajuste oclusal.

DESGASTE OCLUSAL Y PERFORACIÓN

La mayoría de estos fracasos pueden evitarse con un espesor adecuado del metal, una técnica de colado cuidadosa para asegurar que quede libre de porosidades. El tratamiento térmico aconsejado por los fabricantes, y asegurándose de que la mordida sea correcta. También es necesario recordar que cuanto más larga sea la brecha más fuerte, y por lo tanto más grueso deberá ser el metal. Incluso con la atricción normal, las superficies oclusales de los dientes posteriores se desgastan substancialmente a lo largo de la vida.

Las coronas de oro fabricadas con un grosor de 0.5 mm en la superficie oclusal pueden desgastarse totalmente en un periodo de dos o tres décadas. Si la perforación se ha debido al desgaste normal y es advertida, antes de que se desarrolle una caries se puede reparar con amalgama. Pero si cuando se recorta el oro se ha removido una gran parte de la cara oclusal, entonces estará indicada una repetición. Si la preparación se encuentra sobre un muñón de amalgama, basta con dejarla sin tratar y revisarla periódicamente.

FORMA O COLOR DEFECTUOSO

Es importante seleccionar el color en la fase inicial del tratamiento porque por ejemplo si existe un grado de transparencia incisal, a veces hay que acortar la preparación para que quepa una mayor cantidad de porcelana incisal que la que podría utilizarse si el diente fuera más opaco.

Al finalizar una sesión larga tanto el profesional como el paciente se encuentran cansados y la visión del dentista no es óptima de forma que el proceso puede efectuarse con prisas con el consiguiente riesgo de cometer errores. Las condiciones de iluminación son fundamentales, tradicionalmente los colores se seleccionan con luz natural en vez de hacerlo con luz artificial sin embargo, ésto plantea ciertos problemas prácticos, la intensidad de la luz del día es muy variable y no siempre se pueden realizar las sesiones durante las horas de la luz diurna. Es importante que la corona tenga el color correcto tanto con luz natural como con luz artificial.

Se dice que el color tiene tres dimensiones: Tono, que es el propio color (el rojo comparado con el verde); Cromo, que es la cantidad de color (el rojo comparado con el rosa) y el Valor, que es la calidad de claro u oscuro del color (el tipo de gris que mostraría el color si se viera en una fotografía blanco y negro).

Para la selección del color hay unas guías de colores, tienen diferentes tonos para cuello, cuerpo y borde incisal; El borde incisal también se hace más transparente.

Los colores que son ligeramente claros pueden oscurecerse añadiendo tinte del color adecuado y cociendo de nuevo. También se puede utilizar tinte para añadir características ausentes, como líneas de fisura. Sin embargo el tono básico no es el

correcto o la intensidad es demasiado oscura, o si el defecto radica en el color del material central opaco para porcelana de dentina.

Muchas veces resulta imposible modificar lo suficiente el color, si se trata de una corona ceramometálica hay que retirar la porcelana y volverla a colocar.

Se puede hacer más por modificar la forma de una prótesis que por cambiar el color, aunque en algunos casos existe la posibilidad de eliminar superficies voluminosas siempre que el ajuste se realice lentamente a fin de poder interrumpirlo al primer signo de aparición de la capa opaca de la porcelana.

Con frecuencia se pueden hacer modificaciones para abrir espacios interdentarios cerrados, reducir abultamientos cervicales excesivos, acortar retenedores, pónicos y por supuesto ajustar la superficie de oclusión.

Cuando se modifica el color de la porcelana con tinciones externas, éstas tinciones no pueden utilizarse para efectuar correcciones mayores o para compensar notables errores.

DEFICIENCIAS MARGINALES

Los márgenes subgingivales producen con frecuencia un grado de inflamación gingival, pueden producir enfermedad periodontal.

Los márgenes a nivel del margen gingival o ligeramente por encima de éste no tienen porque ser visibles y es más difícil que produzcan inflamación gingival.

Hay que examinar los márgenes de la corona por si existen rebordes y escalones positivos y negativos y explorar también los márgenes de la preparación para comprobar si hay caries secundaria.

La prótesis puede formar un escalón positivo en nuestra preparación, se presenta cuando hay un exceso de material de la corona que sobrepasa el margen de la preparación. Este es un defecto que es fácil de corregir sin alterar la restauración.

También se puede formar un escalón negativo que se presenta cuando queda expuesto el margen de la preparación, pero sin que existan espacios importantes entre la corona y el diente. Este defecto es bastante frecuente sobre todo con los márgenes metálicos, y resulta muy difícil o imposible de corregir en la fase de prueba.

Con frecuencia se presenta porque en la impresión no ha quedado claramente indicado el margen de la preparación. Este escalón favorece la entrada de la saliva y formación de caries y requiere que se rehaga la prótesis.

FRACASO DEL CEMENTADO

Es muy importante asegurarse de que todos los retenedores estén fijados firmemente a los dientes pilares.

Para detectar el fracaso del cemento se puede emplear algunos de estos métodos como por ejemplo: Jalar firmemente cada uno de los retenedores, cuando se sospeche de movimiento en alguno de ellos, no hay riesgo de despegar un retenedor por este método.

Otro método es presionar sobre cada uno de los retenedores para ver si aparecen burbujas que indicarían que no está cementado.

El fracaso puede ser consecuencia de una técnica de cementado deficiente, originada en una elección incorrecta del material, en el incumplimiento, de las instrucciones del fabricante, en el uso de un material viejo o contaminado, una relación polvo-líquido inadecuada, o en la inserción de la prótesis cuando el cemento había comenzado a fraguar. Esto puede traer como consecuencia un cemento débil.

Si una prótesis se afloja a causa de la técnica de cementado se supone que el diente o los dientes pilares no estaban secos o limpios. Seguramente se logrará éxito si es factible retirar y volver a cementar la prótesis con los pilares limpios y secos, y si se mantienen en su posición inmóvil hasta que haya fraguado el cemento.

El cemento se disuelve porque los márgenes carecían de adaptación o por desgaste se originó una perforación en la superficie oclusal. Cuando el cemento se ha disuelto por una de éstas razones no hay medios para corregir esta situación excepto construyendo una prótesis nueva.

CAPITULO IV

FRACASOS MECÁNICOS EN PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

FRACTURA DE LOS DIENTES DE LA P.P.R

Según Boucher¹ hay dos tipos básicos de dientes de uso común en una PPR: de porcelana dental y de resina. Cada uno tiene sus problemas cuando se rompen y se tratan en forma un poco distinta durante el procedimiento de reparación.

Cuando se destruye parcialmente la retención de un diente de prótesis de porcelana durante el procedimiento para adaptarlo a un espacio limitado, disminuye su anclaje mecánico para mantenerlo seguro dentro de la resina acrílica, y en consecuencia, se puede caer después de un breve período de servicio en la boca, o bien, la porcelana puede fracturarse en el punto más débil.

Estos dientes están unidos mecánicamente a la base de la dentadura por medio de un orificio, o en los dientes anteriores, con un alfiler de metal. Si el diente de la dentadura se ha aflojado de la base y el orificio aún está intacto puede unirse mecánicamente a la base con una nueva resina acrílica. Cuando el tipo de fractura impide repararlos, es necesario seleccionar nuevos dientes y utilizarlos para la reparación.

El procedimiento de restitución de un diente de la prótesis requiere la eliminación de los segmentos fracturados del diente de porcelana dental poniendo cuidadosamente, en la unión de la resina acrílica y el diente de la prótesis un punto pequeño de calor; Cuando se está reblandeciendo la resina acrílica, hay que

¹ LOUIS BOUCHER "Rehabilitación del Dientado Parcial" Pags. 330-331. 1984.

aplicarle una capa delgada de vaselina. Se desaloja el diente de porcelana dental de la resina acrílica reblandecida calzándolo en el extremo redondo de una espátula para cera.

Se aseá mecánicamente la superficie de resina acrílica que rodea al sitio la fractura y se prepara un espacio lingual al diente que se substituirá para que reciba una cantidad adecuada de resina acrílica autopolimerizable. Se coloca el nuevo diente en el sitio de reparación uniéndolo a los dientes adyacentes de la dentadura, ya sea empleando cera pegajosa o utilizando un procedimiento con yeso de laboratorio.

En seguida, se pone en el sitio de reparación nueva resina acrílica autopolimerizable aplicando alternativamente polímero y monómero de resina acrílica, hasta que se ha llenado un poco más. El sitio de reparación se endurece con presión y calor (30 minutos en agua a unos 40 C), se termina y se pule.

El diente de resina acrílica algunas veces se afloja debido a que no se une químicamente a la resina de la base. La explicación usual para esto es que ha quedado una capa muy delgada de cera en el diente dentro del molde de la prótesis al hervir la mufla para eliminar la cera, lo que actúa como un separador que impide la unión de las dos resinas. Esta unión química incompleta puede deberse también a residuos de cera o aceites entre las dos resinas acrílicas cuando se procesó la prótesis parcial removible. En estos casos, se quita el diente de la dentadura y el área se aseá mecánicamente. Se quita un área, en forma de caja, de la resina acrílica de la base de la dentadura lingual al diente desalojado (para conservar la estética del área vestibular). Se restituye el diente, se asegura a los adyacentes con cerapegajosa y se procesa con resina acrílica autopolimerizable.

FRACTURA DE LA CARILLA DE PORCELANA EN P.P.R

La carilla⁶ de porcelana fracturada se reemplaza adaptando una nueva carilla de la misma forma y color al respaldo y a la mucosa con la prótesis en su lugar dentro de la boca.

Para ahorrar tiempo, puede tomarse una impresión de la prótesis parcial en su lugar y adaptar la carilla al modelo de yeso en el laboratorio. Antes de cementar la carilla en el respaldo, pueden llevarse a cabo los toques finales.

En algunas ocasiones puede ser necesaria eliminar carilla de porcelana del esqueleto con el fin de reparar este, pero existe el peligro de fracturar la porcelana, o bien retirar los restos de la carilla fracturada o cuarteada para que pueda ser reemplazada por una nueva pero los restos pueden encontrarse firmemente adheridos al respaldo, resistiendo cualquier esfuerzo que se haga para eliminarlos.

Si el esqueleto se elaboró de aleación de oro dental, la porcelana puede ser eliminada calentando el esqueleto en ácido fosfórico o clorhídrico. El esqueleto puede colocarse en un plato de porcelana, de manera que sea cubierto por completo por el ácido, y mantenerlo sobre una flama hasta que se desintegre el cemento. Si se emplea ácido clorhídrico, puede cubrirse con una capa delgada de vaselina líquida para controlar los vapores nocivos. Sin embargo, cabe hacer notar que las aleaciones de cromo y cobalto son atacadas por algunos ácidos. Por lo tanto, al tratar con aleaciones de este tipo, debe emplearse el procedimiento anterior solo con ácido clorhídrico al cual son resistentes.

⁶ ERNEST MILLER "Prótesis Parcial Removible" Pag. 270 1975.

DISTORSIÓN EN PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

En algunas ocasiones, la P.P.R. se distorsiona de manera que no ajusta sobre los dientes, como resultado de haber sido atrapada y lanzada por la rueda giratoria del torno de pulir, o bien a consecuencia de haber sido tirada por el paciente. Si el resultado fue solamente la distorsión en el brazo del gancho, puede ser posible corregirla por medio de la aplicación cuidadosa de presión con las pinzas de contornear.

Por otra parte, si el esqueleto por completo fue dañado y su alineación fue modificada, este debe ser considerado un problema más grave, y es necesario, si el paciente fue responsable del accidente, que se le informe de antemano de los procedimientos de enderezamiento que son difíciles de llevar a cabo y que con frecuencia no resultan satisfactorios por completo.

Según³ Mc. Cracken La distorsión sólo puede producirse por un abuso del paciente. Todos estos componentes deben ser diseñados y fabricados con suficiente volúmen para asegurar su rigidez y permanencia en su forma bajo circunstancias normales. En ese caso, cualquier distorsión o fractura que se produzca cuando la restauración está fuera de la boca es por falta y responsabilidad del paciente, limitándose la responsabilidad del dentista a la reparación.

El primer paso es obtener una impresión de la arcada, debido a que cualquier intento de enderezar en la boca resulta una práctica inútil. Es de esperarse que las bases de resina no se adaptarán en forma exacta al modelo de yeso, y por lo tanto, éste debe ser liberado en los lugares que sea necesario. Los procedimientos de enderezamiento se llevan a cabo en forma alternada doblando la barra y probando el

³ Mc CRACKEN "Prótesis Parcial Removible" Pag. 412. 1992.

esqueleto sobre el modelo. Resulta lógico suponer que una barra lingual distorsionada se encorva en el punto más débil durante el impacto.

Si se aplica la cantidad adecuada de presión de la barra en dirección opuesta, el metal se distorsionará de nuevo en el mismo punto, volviéndolo a su contorno original. Con la ayuda de un modelo de yeso exacto, puede obtenerse un resultado razonablemente satisfactorio. Algunas veces puede ser más conveniente retirar las bases de resina, readaptar el esqueleto al modelo y proceder a reconstruir la prótesis.

DESGASTE OCLUSAL EN PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Cuando un diente de resina acrílica se ha desgastado, es necesario quitar cuidadosamente los segmentos defectuosos. Hay que recortar el diente en la base de la prótesis y agrandar el sitio en la resina acrílica circundante empleando fresones para resina acrílica, para baja velocidad.

Se selecciona un nuevo diente, se ajusta para que encaje en el sitio de reparación y se revisa para comprobar que hay espacio suficiente para la resina acrílica autopolimerizable. El diente se fija en su sitio y se aplica nueva resina acrílica autopolimerizable, se procesa y se termina.

Cuando se reparan los dientes en una P.P.R. es necesario comprobar cuidadosamente la oclusión en las posiciones céntrica y excéntrica y ajustarla si es necesario. una causa común de fractura de los dientes de la prótesis son los contactos oclusales traumáticos o prematuros.

FRACTURA DE LOS GANCHOS

La fractura de los ganchos se produce cuando su flexión ha sobrepasado el límite de fatiga del metal. Esto ocurre a menudo cuando más del tercio terminal del brazo retentivo se ha colocado por debajo de la línea trazada con el paralelizador, o cuando el extremo calza en una retención muy profunda. La falta de conicidad o la poca conicidad del gancho genera en el metal tensiones que pueden causar su fractura.

La fractura puede deberse también a una descuidada manipulación por parte del paciente. Cualquier retenedor se distorsionará o se fracturará si el paciente lo somete a un excesivo abuso. La causa más común de fractura de un retenedor colado es la distorsión producida por una caída accidental de la prótesis en el laboratorio o sobre otra superficie dura.

El componente de la PPR que con mayor frecuencia se rompe es el brazo del gancho y puede repararse con una de dos técnicas:

- 1) Encajando un alambre forjado del No. 18 en la base de la prótesis parcial removible para substituir el brazo*
- 2) Construyendo un nuevo gancho y soldarlo al armazón existente.*

El brazo que suele romperse o deformarse es el de retención. Para substituir con eficacia el brazo de retención bucal de una prótesis parcial removible, puede emplearse alambre forjado de platino, oro, paladio (POP) del No. 18.

La prótesis parcial removible fracturada se coloca en la boca del paciente y se asienta correctamente en su posición final, en tanto que se toma una impresión de la PPR y los dientes naturales con hidrocoloide irreversible.

La impresión se encaja y se vacía de inmediato con yeso dental, para formar un modelo de trabajo en el que se termina la reparación.

La parte fracturada del brazo del gancho se quita del armazón de la PPR. Se prepara un área en la resina acrílica de la base de la prótesis para retener mecánicamente el alambre forjado.

Se contornea el alambre forjado para ajustarlo a los contornos de la reimpresión en yeso dental del diente pilar, utilizando alicates de ortodoncia. Se prepara una asa de retención en el extremo distal del alambre, de tal forma que pueda unirse mecánicamente en la resina acrílica de la base de la prótesis.

El alambre forjado terminado se asegura con cera pegajosa en su sitio en el diente pilar de yeso dental. Puede añadirse resina acrílica autopolimerizable en forma de espolvoreo para terminar la retención mecánica del alambre en la base de la prótesis.

La prótesis parcial removible, el alambre forjado y la resina acrílica autopolimerizable se calientan en una unidad para cocimiento con temperatura y presión controlada en agua caliente (unos 49 grados Centígrados durante 30 minutos).

Se terminan y se pulen, el nuevo brazo de retención bucal y la resina acrílica, y se revisa la PPR dentro de la boca para observar el contacto adecuado del brazo de alambre forjado en la región infraprominencial de retención . Cuando es

necesario, se hacen ajustes en el alambre forjado para aumentar o disminuir la retención por fricción del brazo.

Cuando se rompe el brazo recíproco lingual, el brazo de retención bucal puede causar un esfuerzo excesivo en el diente pilar en dirección lingual cuando se inserta o se retira, a menos que se recupere la reciprocidad adecuada. En estos casos, puede incorporarse un brazo lingual en forma similar al alambre forjado, pero utilizando metal más rígido.

Cuando se usa la técnica de construir un nuevo gancho y soldarlo al armazón existente se debe tomar una impresión con la prótesis en su lugar, y se obtiene un modelo. Se fabrica una matriz bucal en la base de la prótesis en el sitio que va a ser preparado, y se retiran los dientes y la base del esqueleto. Se encera el nuevo gancho y se vacía, para unirlo posteriormente al esqueleto con soldadura. Después de esto, se enceran los dientes en sus posiciones iniciales por medio de la matriz, y la base se procede de la manera convencional. Aunque lleva más tiempo, este método es el más adecuado para reintegrar la prótesis a su condición original.

El brazo del gancho recíproco raras veces se fractura. Cuando esto sucede, por lo general es preferible reconstruir el gancho por completo.

Cuando se fractura el extremo retentivo del gancho de barra, puede ser posible unir de nuevo el segmento fracturado al brazo de acceso con soldadura. Sin embargo, el sitio de fractura debe encontrarse lo suficientemente alejado de la base de resina acrílica con el fin de que la operación de soldadura pueda llevarse a cabo sin dañar la resina con el calor. En este caso la soldadura puede llevarse a cabo sin desarmar la prótesis, siempre y cuando los dientes y la base se encuentren bien protegidos con papel de asbesto húmedo y con investimiento para soldar, mientras se lleva a cabo la unión con el soldador eléctrico.

Cuando el segmento fracturado del gancho de barra se ha perdido o el punto de fractura se encuentra demasiado cerca de la base de resina acrílica de manera que ésta puede ser sobrecalentada con la operación, es preferible desarmar por completo la prótesis y elaborar de nuevo el gancho. A un cuando este tipo de reparación algunas veces puede llevarse a cabo uniendo un brazo de alambre forjado a la resina de la base, por lo general no resulta completamente satisfactorio ya que la retención del diente pilar raras veces se encuentra localizada en forma adecuada en el brazo del gancho circular, para restaurar al gancho su estado inicial de eficacia.

BASE PROTÉTICA AGREGADA

Para¹⁰ el agregado de la base protética, se crea una retención mediante un procedimiento estrictamente de laboratorio, y se requiere solamente de un modelo de reparación preciso realizado con la dentadura parcial existente en su sitio. Según Steward debe diseñarse la base protética adicional en un modelo de trabajo.

Normalmente en el laboratorio se retira la base protética y se adaptan áreas de alambre del 18 para soldarlas al armazón. Una sección del enrejado retentivo estándar de las armazones fragmentadas de la dentadura parcial se pueden usar también si su contorno se aproxima al área en reparación. Las secciones de alambre se sueldan mediante técnicas de electrosoldadura.

Es esencial preparar de nuevo en el laboratorio una línea de terminación interna. Además, se requiere una línea de terminación externa al agregar una base protética entera. La línea externa se forma construyendo una área sobre el conector mayor con una soldadura exactamente adyacente a la retención agregada. Para este agregado se requiere una terminación con piedras o fresas de cono invertido para una línea de terminación definida. Ahora la dentadura se puede encerar, colocando los dientes en posición y procesarlos como un procedimiento de rutina.

La reparación de la base fracturada es para unir las partes fracturadas de una base de resina acrílica, primero debe unirse con las manos para verificar si hay un ajuste exacto y si ha habido pérdida de material. Si las partes pueden unirse se coloca cera pegajosa y se vierte yeso piedra en la base. Después se efectúa un corte con fresa a lo largo de la línea de fractura. Este surco, de aproximadamente 2 mm de

¹⁰ KENNET STEWARD "Prostodoncia Parcial Removible" Pag. 623. 1993.

ancho, debe abarcar hasta una fracción de milímetro de la superficie tisular, pero no debe exponer el modelo de yeso piedra. Para prevenir movimientos durante la preparación es útil pegar las partes al modelo, con cera pegajosa.

El surco preparado se llena con resina acrílica de autopolimerización para reparaciones, y puede efectuarse por la técnica del pincel, que consiste en mojar un pincelillo en monómero y después en el polímero. Para evitar o reducir la posibilidad de porosidades, el trabajo se lleva a un recipiente de presión y se cura en agua tibia bajo 30 libras de presión durante 30 minutos. Para aplicar el material de reparación se puede espolvorear el polvo en el área de reparación y después humedecerlo con el líquido administrado con un gotero. Para asegurar la dispersión del líquido no debe utilizarse más de un tercio o menos de la cantidad de polvo requerida, antes de saturarla. Esto se hace hasta reconstruir la zona fracturada. El curado se termina en un recipiente de presión. La reparación se remodela con recortadores apropiados y se pule, la prótesis queda así en condiciones de ser llevada a la boca del paciente.

El ajuste y la Oclusión de una prótesis parcial reparada deben ser evaluados con las mismas precauciones requeridas para una nueva prótesis que se instala por primera vez. Una oclusión defectuosa o una mala adaptación tisular pueden haber originado la fractura de la prótesis original, por la concentración de fuerzas excesivas en un punto de la base.

La ruptura² de un segmento de la base de una dentadura de acrílico de una prótesis inferior removible resulta de una retención y soporte inadecuados. La modificación de la barra corrida puede ser la solución a este problema, especialmente cuando el largo de las coronas es excesivo en la región antero-inferior.

² DAVID M: BOHNENKAMP. "Compendio" Pag. 65 1989.

Muchas prótesis parciales removibles han fracasado sólo porque el conector mayor falla en dar soporte rígido a la base de la dentadura. Un problema común encontrado con las estructuras de las dentaduras parciales es la fractura en su unión con el conector mayor.

Una solución es diseñar y fabricar una barra corrida de calibre 14 entre los pilares como parte de la estructura de metal colada para mejorar la resistencia, retención y rigidez. Aunque existan varios procedimientos alternativos para el reemplazo de dientes anteriores perdidos, ésta técnica asegurará éxito y una dentadura parcial removible libre de problemas.

FRACTURA DEL DESCANSO OCLUSAL

Un descanso oclusal se rompe cuando sus dimensiones son desproporcionadas a la unión del apoyo con el conector menor. El área de apoyo debe tener una profundidad de 1.5 mm para alojar el metal en el punto donde se une el apoyo con el conector menor, lo que supone la necesidad de una preparación del diente cuidadosamente planeada.

El procedimiento para efectuar las reparaciones en un descanso oclusal por esta causa es, primeramente, proporcionar el espacio necesario reduciendo el borde marginal del diente pilar en la cantidad requerida.

La responsabilidad por esta fractura debe ser asumida frecuentemente por el dentista, por no haber previsto suficiente espacio durante las preparaciones bucales para ubicar un apoyo oclusal de volumen adecuado.

Cuando sólo hay que reparar el descanso oclusal, se toma una impresión con la prótesis en su lugar y se corre un modelo en yeso. Posteriormente se adapta una matriz de hoja de platino al nicho del descanso, y se coloca una pequeña porción de alambre de oro en la matriz de platino en contacto con el cuerpo del gancho. Después de esto, se aplica soldadura de oro blanco en la unión para fundir el alambre con el gancho, creando un descanso que se adapte al nicho recientemente preparado.

Para reconstruir un descanso oclusal y soldarlo al conector menor, se emplea un alambre apropiado o soldadura de oro dental. Para este procedimiento, quizá se necesite quitar la resina acrílica de los dientes adyacentes y de la base de la dentadura antes de soldarlo.

Cuando el gancho o alguna parte de él está defectuoso, es necesario hacer un nuevo gancho en cera y vaciarlo. Este se suelda al armazón que existe en la unión adecuada entre el conector mayor y el menor. Este último procedimiento es más común, ya que es probable que el gancho se deforme cuando se pierde el descanso oclusal.

FRACTURA DE UN CONECTOR MAYOR

El área más común de deformación o fractura del conector mayor es donde se une con el enrejado de retención. Suele deberse a líneas terminales internas y externas muy profundas o en aposición entre sí en el armazón de la PPR, que generalmente debilitan la unión.

Cuando ésta área del armazón es muy delgada, el manejo enérgico, o incluso normal puede doblar o romper el metal.

Un conector mayor mal ubicado puede contactar con los tejidos y dañarlos. Si una barra palatina se coloca muy posteriormente, puede irritar el paladar blando, y si una barra lingual se coloca muy abajo, puede traumatizar el frenillo lingual o el piso de la boca.

El procedimiento de reparación es con la técnica de reconstrucción, necesitamos un modelo maestro, vaciar matrices, quitar los elementos defectuosos, encerado, vaciado, y soldadura de la nueva porción del armazón y se termina como en los fracasos anteriores ya mencionados. Sin embargo en la práctica es mejor rehacer la PPR que reparar los conectores mayores fracturados.

SUSTITUCIÓN DE UN DIENTE QUE NO DESEMPEÑA EL PAPEL DE DIENTE PILAR

Cuando este tipo de diente se pierde, por lo general es posible añadir a un diente artificial a la prótesis. Sin embargo, si es necesario agregarlo al segmento metálico del esqueleto, el procedimiento será más complicado, ya que solo podrá quedar seguro cuando exista un aditamento retentivo del esqueleto al cual puede ser anclado.

Con frecuencia se pierde un diente que no es esencial para que la función de la PPR sea exitosa y puede restitirse en una de dos formas. Para proporcionar retención mecánica necesaria para restablecer el diente de la prótesis, hay que añadir al armazón de la PPR un elemento para retención. Se efectúa tomando una impresión elástica del arco dental con la PPR en la boca y se vacía la impresión en yeso dental, se hace un registro de oclusión céntrica. En este modelo de trabajo se suelda o fija el elemento de retención al conector mayor existente. El diente para restitución se procesa con resina acrílica a este dispositivo para retención. Si hay suficiente material en la base de la prótesis adyacente al diente que se añadirá, puede procesarse la resina acrílica adyacente sin necesidad de retención mecánica metálica adicional.

La retención de resina adicional se logra fácilmente mediante la soldadura eléctrica de una asa de alambre no preciosos en el área de reparación. solamente se adapta un nuevo brazo del gancho retentivo al construir el modelo de los dientes naturales remanentes. En este modelo se obtiene a través de una impresión de alginato sobre la dentadura parcial entera. Es común confeccionar el brazo del gancho en alambre forjado unido a la resina de la base protética en el área del diente agregado a la prótesis. En la adición de numerosos dientes la reparación realmente es sólo transitoria, ya que la contracción de gran parte del tejido blando,

además de la dificultad para añadir una retención extensiva de resina, no contribuye a la calidad de una dentadura parcial.

REPARACIÓN DE LA PPR DESPUÉS DE LA PÉRDIDA DE UN DIENTE PILAR

En ocasiones, por alguna de múltiples razones, hay que extraer un diente pilar y quizá sea necesario incorporar el diente adyacente al diseño de la prótesis.

Cuando se ha perdido un diente pilar, hay que valorar cuidadosamente la higiene bucal y el estado de la dentición restante del paciente y pensar en el diseño de una nueva PPR. Con frecuencia, será más conveniente llevar a cabo un diseño completamente diferente y una nueva elaboración en el sentido de satisfacer las necesidades del paciente. Sin embargo, si está indicado repararla puede hacerse en forma sencilla con el empleo de alambre forjado POP del número 18, con medida temporal para retener la prótesis.

Si se usa un nuevo diente pilar, se hacen las preparaciones bucales adecuadas para incorporar los elementos del diseño del gancho como: el plano guía, los descansos oclusales o en el cíngulo y los brazos de retención y estabilización. Una vez que la boca se ha preparado adecuadamente, debe tomarse una impresión con hidrocoloide irreversible de todo el arco dental con el armazón de la PPR colada, bardearse y vaciarse en yeso dental para obtener un modelo de trabajo. Se eliminan las piezas del gancho anterior y se hace uno nuevo en cera, se vacía y se ajusta al armazón existente de la PPR. En el espacio del diente pilar extraído previamente, se procesa un nuevo diente con resina acrílica.

CAPITULO V

REPERCUSIONES EN CAVIDAD BUCAL A CAUSA DE LOS FRACASOS

ENFERMEDAD PARODONTAL

Es muy probable que la mayoría de los fracasos en prótesis parcial puedan ser atribuidos a procedimientos preoperatorios inadecuados o mal formulados, más que a cualquier otra causa. Es esencial proceder a la extracción de los dientes con procesos pulpares o periodontales que no puedan ser tratados terapéuticamente; en caso contrario, el fracaso precoz será inevitable. También es fundamental establecer una salud periodontal óptima antes de proceder a las fases de restauración y remodelación en la preparación de la boca. Si todo esto no se tiene en cuenta, es imposible establecer un tratamiento con éxito.

Un número significativo de fracasos se deben a trastornos periodontales ocasionados por fuerzas que exceden los límites de tolerancia fisiológica. La ferulización de los dientes debilitados periodontalmente aumenta a menudo el soporte, diluyendo las fuerzas y distribuyéndolas de manera más favorable y preservando así el hueso de soporte.

Muy a menudo se da como excusa para hacer una restauración removible, el deseo de no cubrir un diente sano con una corona u otro tipo de retenedores pilares. La causa de la pérdida de dientes a reemplazar debe considerarse primero.

Si la pérdida ha sido por caries, entonces es probable que también se desarrollen caries en los dientes pilares.

Si los dientes se perdieron por enfermedad periodontal, entonces el periodonto de los dientes remanentes debe ser evaluado cuidadosamente.

Si los dientes se han perdido por otras causas, como la negligencia en el tratamiento de caries incipientes, y si la actividad parece disminuida o detenida, la utilización de las superficies dentarias existentes puede justificarse como medio de soportar la restauración removible. Si los hábitos higiénicos del paciente son favorables, y si los pilares están sanos, con un buen soporte periodontal pueden tomarse estos dientes para soportar y retener una restauración removible.

Según Rosenstiel⁸ por desgracia la enfermedad periodontal frecuentemente se produce tras la colocación de prótesis fija sobre todo cuando el margen cavo superficial se coloca subgingivalmente o cuando la prótesis esta sobre contorneada. La inflamación es más grave cuando las restauraciones ajustan de manera deficiente, en las visitas de control se presta especial atención al sangrado, afectación de furcas y formación de cálculos como signos precoces de enfermedad periodontal.

Si en el momento de cementar una prótesis hay una presión excesiva sobre los tejidos puede ser causada por un cuerpo extraño, tal como partículas de alimentos o de cemento, se debe limpiar la zona mediante el paso de hilo dental y lavar.

La enfermedad periodontal puede ser generalizada o manifestarse en una restauración con defectos de diseño, fabricación o mantenimiento con lo cual se acelerará localmente el progreso del proceso patológico. Si se diagnostica la pérdida de la inserción periodontal lo suficientemente pronto y se elimina su causa, normalmente no está indicado ningún otro tratamiento.

⁸ ROSENSTIEL S. F. "Pótesis Fija" Procedimientos Clínicos y de Laboratorio Pag. 528 1991.

Sin embargo, cuando la enfermedad ha progresado hasta un punto tal en el que el pronóstico del diente es malo, a veces hay que retirar la prótesis e incluso el propio diente.

En el caso de la prótesis la indicación original seguirá existiendo y, por tanto, habrá que hacer algo para substituir los dientes perdidos. A veces se podrá construir una prótesis mayor o existirá la posibilidad de reducir los dientes pilares y de utilizarlos como pilares también para una sobre dentadura.

Los dientes que han perdido tanto soporte que ya no pueden emplearse como pilares de prótesis fija tampoco sirven como pilares para prótesis parcial removible.

Quizá la causa mas común de inflamación gingival alrededor de una prótesis es la deficiencia higiénica bucal del paciente, tal vez a causa de que nunca se le ha enseñado su importancia. Otros factores pueden ser márgenes defectuosos en los retenedores, anatomía oclusal incorrecta, sobrecontorneo de las caras vestibular o lingual o troneras interproximales incorrectas todos originando en errores de diseño.

La inflamación de la mucosa provocada por el pónico puede deberse también a la mala elección del material. En este aspecto el acrílico resulta un material especialmente agresivo y la inflamación gingival que provoca puede verse agravada por el depósito de tártaro sobre él. Se puede, presentar un colapso periodontal generalizado de toda la boca, asociarse con migraciones de los dientes, o estar localizado a los pilares de las prótesis. Éste será consecuencia de un mal diseño o ejecución de la prótesis, como por ejemplo, la mala evaluación de la resistencia de los pilares y quizá el número de dientes que se han incorporado a la prótesis.

PROBLEMAS PULPARES

Un problema pulpar puede producirse a causa de la preparación excesivamente rápida del diente o por refrigeración deficiente durante la preparación.

Los dientes que permanecen sin protección durante la construcción de la prótesis se hallan expuestos a la saliva y a la irritación consiguiente.

Smith⁹ dice que por desgracia, aún tomando las precauciones habituales durante la preparación de los dientes, cuando se cementa la prótesis fija los dientes pilares pueden desvitalizarse, suele ser razonable intentar el tratamiento endodóntico haciendo un acceso a través de la corona, pero con frecuencia, resulta difícil acceder a la cámara pulpar y eliminar totalmente la pulpa coronal sin aumentar el acceso, de tal forma que la preparación residual del diente queda demasiado delgada y débil para soportar bien la corona.

Si se produce necrosis pulpar de un pilar posterior de una prótesis fija, por lo general será necesario lograr acceso a la cámara pulpar a través del retenedor para realizar el tratamiento endodóntico. Después de este tratamiento el diente requerirá ser reforzado con un perno colado si se quiere evitar una fractura futura, si ésta se produce será inevitable la repetición de la prótesis y la caries en el conducto hará necesaria la extracción del pilar involucrado.

En la elaboración de una prótesis removible al hacer el diagnóstico es importante identificar cualquier diente en el que existan datos de dolor que puedan llevar a la pérdida de vitalidad en el futuro, comprometiendo en esta forma la duración de la prótesis. No debe pasar inadvertida la posibilidad de que al colocar

⁹ BERNARD SMITH G. N. "Planificación de Coronas y Puentes" Pag. 231. 1991.

un gancho en un diente con la pulpa en condiciones inciertas pueda activar una infección latente. Es conveniente comprobar la vitalidad de los dientes que han cambiado de color con antecedentes de traumatismos o que presenten síntomas anormales. La interpretación de las radiografías puede brindar datos adicionales para precisar el estado de salud.

Un diente sin pulpa en estado normal de salud puede servir como pilar para una prótesis parcial removible en la misma forma que un diente con pulpa vital, siempre que satisfaga los requisitos que suelen aplicarse a los dientes pilares, y reciba el tratamiento endodóntico adecuado. Un diente infectado, por otra parte es una amenaza para la salud del individuo y debe ser tratado o eliminado.

Si un diente presenta pulpitis mientras funciona como pilar de prótesis y el diente se encontraba en condiciones de salud desde el punto de vista parodontal y es favorable su proporción entre corona y raíz, satisfactorio su funcionamiento antes de presentar dichos síntomas, es adecuado el resultado de la prótesis, se encuentra en buenas condiciones de salud la boca en general puede asegurarse que el tratamiento endodóntico restablecerá el estado favorable que existía anteriormente.

Si por el contrario, la prótesis había perdido su eficacia, o si es desfavorable el estado de salud de uno o más dientes, debe reconsiderarse el estado general del mecanismo bucal. En este caso, el diente en cuestión debe abrirse y someterse al tratamiento paliativo hasta que pueda efectuarse el plan de tratamiento definitivo.

Si se decide tratar el diente con endodoncia, es necesario hacer el acceso a la cámara pulpar a través de la prótesis o estructura dentaria. Antes de elegir el lugar de acceso, debe señalarse claramente la posición del gancho para conservar el contorno de la corona. El área oclusal que quedará no debe tocarse si es posible, a

menos que se haya optado por colocar alguna restauración, como una corona bajo el gancho, después de el tratamiento endodóntico.

CARIES

La aparición de caries secundaria en los márgenes de los retenedores de las prótesis significa normalmente que el paciente ha modificado su dieta, que ha rebajado su nivel de higiene oral o que existe algún defecto en la restauración que está favoreciendo a la formación de placa. Hay que identificar la causa del problema y resolverlo antes de comenzar la reparación o sustitución.

La detección de la caries puede ser muy difícil, especialmente cuando se emplea el recubrimiento completo. En cada visita, los dientes se deben secar e inspeccionar igualmente con mucho cuidado.

El tratamiento conservador de las caries en el margen cervical es especialmente problemático. La lesión puede diseminarse rápidamente en especial si la restauración tiene un ajuste marginal inferior a lo que sería óptimo. En ocasiones es posible corregir el problema con una pequeña amalgama o composite. si la restauración colada es sostenida por un núcleo de amalgama, de composite, la extensión de la caries puede ser difícil de determinar. Cuando existen dudas de que se ha eliminado toda la dentina cariada es prudente sustituir toda la restauración.

Según Dykema³ en la PPR en los casos de alta susceptibilidad de caries, las consecuencias desagradables pueden evitarse mediante la restauración y protección de los pilares con restauraciones.

³ ROLAND W. DIKEMA. "Ejercicio Moderno de la Prótesis Parcial Removible". Pag 353. 1970.

coronarias completas, los márgenes de éstas coronas deben terminar aproximadamente en la mitad de la profundidad de el surco gingival

La llamada caries radicular que con frecuencia aparece en la boca de candidatos a dentadura parcial, se encuentra en superficies del diente en las que existe retracción gingival y a veces es imposible restaurarlas en forma adecuada por la dificultad del acceso. Cuando dichas lesiones se presentan en dientes que son indispensables para el diseño de la prótesis puede ser muy difícil decidir si se intenta la restauración o se sacrifica el diente.

Durante el diagnóstico es una buena ocasión para determinar la susceptibilidad del paciente a la caries. Cuando evidentemente el índice de caries es alto debe tomarse en cuenta no sólo para prescribir un tipo determinado de prótesis, sino para el tratamiento en general.

PROBLEMAS OCLUSALES

Además de producir movilidad el diente pilar los efectos en la oclusión producen lesiones en los retenedores y pónicos por desgaste y fractura.

La oclusión cambia por la extracción de otros dientes, su restauración o el desgaste de la superficie oclusal.

El dentista también debe saber que las prótesis o cualquier restauración que afecte la superficie oclusal influirán con frecuencia en el funcionamiento de la oclusión.

El paciente debe ser explorado en busca de signos de disfunción oclusal en cada visita de control. Deben hacerse preguntas referentes a hábitos nocivos como el bruxismo. La exploración de las superficies oclusales pueden revelar anomalías como facetas de desgaste. En particular deben inspeccionarse los caminos porque el desgaste conducirá rápidamente a contactos de interferencia en los movimientos excursivos sobre dientes posteriores. Se investiga la movilidad dental, al igual que el dolor muscular y articular.

Periódicamente deben rehacerse unos modelos de diagnóstico y compararse con registros anteriores ya que el dentista puede ver los cambios que se pueden presentar y así reiniciar el tratamiento corrector.

PROBLEMAS OCLUSALES

Además de producir movilidad el diente pilar los efectos en la oclusión producen lesiones en los retenedores y púnticos por desgaste y fractura.

La oclusión cambia por la extracción de otros dientes, su restauración o el desgaste de la superficie oclusal.

El dentista también debe saber que las prótesis o cualquier restauración que afecte la superficie oclusal influirán con frecuencia en el funcionamiento de la oclusión.

El paciente debe ser explorado en busca de signos de disfunción oclusal en cada visita de control. Deben hacerse preguntas referentes a hábitos nocivos como el bruxismo. La exploración de las superficies oclusales pueden revelar anomalías como facetas de desgaste. En particular deben inspeccionarse los caminos porque el desgaste conducirá rápidamente a contactos de interferencia en los movimientos excursivos sobre dientes posteriores. Se investiga la movilidad dental, al igual que el dolor muscular y articular.

Periódicamente deben rehacerse unos modelos de diagnóstico y compararse con registros anteriores ya que el dentista puede ver los cambios que se pueden presentar y así reiniciar el tratamiento corrector.

FRACTURA DE LA RAÍZ O CORONA NATURAL PREPARADA

Ocasionalmente, los dientes se fracturan como consecuencia de un traumatismo y a veces incluso con la función normal aunque la prótesis haya permanecido en boca durante algún tiempo. En los pilares de la prótesis por lo general hay que recurrir a la extracción de los mismos, y en algunas ocasiones se puede reparar la superficie del retenedor convirtiéndolo en un pónico.

En algunas ocasiones se produce la fractura de la corona preparada mientras nuestro paciente usa su provisional, por lo tanto la restauración provisional debe proteger los dientes debilitados por la preparación de la corona ya que se pueden lesionar durante la masticación.

La fractura habitualmente no es un problema en las coronas completas. Lo más frecuente es que la fractura se produzca con restauraciones de recubrimiento parcial y prótesis parciales fijas.

Dado que es más probable una fractura de una prótesis parcial Fija los conectores se deben aumentar de tamaño por que las tensiones máximas se producen en esta localización.

CONCLUSIONES

Terminada la Historia clínica del paciente y su exploración debemos de tener suficientes datos que nos permitan elaborar un plan de tratamiento satisfactorio.

Si la exploración fue muy apresurada es seguro que se perdieron detalles que influyeron en los problemas que se presentaron durante el tratamiento.

Muchos problemas encontrados durante el tratamiento son atribuidos a factores que se pasaron por alto durante estas fases iniciales.

Cuando se presente un fracaso lo primero que se debe hacer es determinar la causa. La mayoría de los fracasos son únicos y representan varios desafíos para el dentista.

Enfrentar situaciones y resolverlas en forma económica y efectiva pueden brindar grandes satisfacciones.

El fracaso de la prótesis se debe a un accidente, un proceso patológico progresivo o una mala planificación y ejecución.

La prevención de las caries y la enfermedad parodontal esta en mayor parte en manos del paciente con la ayuda del dentista.

Los pacientes muestran distintos grados de entusiasmo por las prótesis parciales fijas y removibles. Casi siempre es mejor hacer primero una prótesis parcial removible, para así valorar la respuesta del paciente. La prótesis puede ser satisfactoria desde el punto de vista estético como funcional y en este caso existe la

posibilidad de evitar las preparaciones dentarias destructivas e irreversibles necesarias para la confección de una Prótesis Parcial Fija.

Una prótesis removible bien diseñada es estéticamente agradable, funcional y de larga vida es económicamente accesible, evita altos costos de laboratorio, proporciona pilares sanos, sin caries y sin enfermedad periodontal.

Las prótesis removibles así confeccionadas contribuyen a un concepto de odontología protética que tiene como objetivo la preservación de las estructuras bucales remanentes.

Si el paciente no se muestra satisfecho con la PPR aceptará con mayor entusiasmo y responsabilidad la confección de una PPF. No hay que actuar nunca contra sus deseos en lo que respecta a la colocación de una prótesis.

Al elaborar el plan de tratamiento se deben identificar las necesidades del paciente.

El paciente debe de cuidar su prótesis ya que ésta va a tener al principio una función de alta eficacia y debe seguirla cuidando acudiendo con su dentista periódicamente.

Una restauración que se cemento si la dejamos olvidada sin darle mantenimiento es probable que fracase independientemente de la experiencia con que se halla diseñado y elaborado, ya que los dientes restaurados requieren una eliminación de placa y cuidado más constante que los dientes no tratados, esto hay que comentárselo al paciente en la fase inicial del tratamiento.

El paciente debe cumplir con las indicaciones que se le dieron tanto para la prótesis como para su boca. El fracaso es muy frecuente debido a que el paciente no le da la atención que se merece a las indicaciones que uno como dentista le enseña ya que por ejemplo si la prótesis se le llegara a caer sería un accidente que se podría evitar si el paciente hubiera hecho caso de las indicaciones, en este caso serían esas indicaciones que limpiara su prótesis en un recipiente con agua con una toalla y así se evitaría una reparación debida a este contratiempo.

Cada paciente debe ser revisado por lo menos cada 6 meses para darle los cuidados preventivos y mantenimiento, en estos controles se le debe hacer una profilaxis, aplicación tópica de fluoruro y un examen clínico-radiográfico de los dientes remanentes y de los tejidos de soporte, esto va junto con los cuidados caseros que se le indicaron.

Todas estas medidas de protección mantendrán la salud periodonal, evitarán la incidencia de caries y permitirán detectar precozmente cualquier proceso patológico con el objeto de establecer los métodos necesarios para su control.

BIBLIOGRAFÍA

1.- BOUCHER LOUIS J; RENNER ROBERT P.

Rehabilitación del Desdentado Parcial

Cap. 10; Pags. 326-337.

Editorial Interamericana; México 1984

2.-BOHNENKAMP DAVID M

Modificación de la Barra Corrida Para las Dentaduras Parciales Removibles.

Compendio; Vol. V, no. 2; Pag. 65-67.

Abril 1989.

3.-DIKEMA ROLAND W; CUNNINGHAM DONALD M; JOHNSTON JHON F.

Ejercicio Moderno de la Prótesis Parcial Removible.

Cap. 2; Pags. 5,6; Cap. 9 Pags. 169-175; Cap.16. Pags. 315-324; Cap. 18 Pags. 341-348; Cap. 19. Pags. 349-362.

Editorial Mundi; Buenos Aires 1970.

4.- JOHNSTON JHON F; DIKEMA ROLAND W; PHILLIPS RALPH W.

Practica Moderna de Prótesis de corosas y Puentes.

Cap. 33; Pags. 625-636.

Editorial Mundi; Argentina 1979.

5.-Mc. CRACKEN; GLEN P; Mc GIVNEY; DWIGH J. CASTLEBERRY.

Prótesis Parcial Removible.

Cap. 2 Pags. 13; Cap. 9 Pags. 118 - 121; Cap. 11 Pags. 188 -191;

Cap. 21 Pags. 411 - 415. Editorial Medica Panamericana; Buenos Aires 1992.

6.- MILLER ERNEST L.

Prótesis Parcial Removible.

Cap. 17 Pags. 268-275.

Editorial Interamericana; México 1975.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

7.- ROBERT S D.H.

Prótesis Fija.

Cap. 4 Pags. 187-198;

Editorial Panamericana; Buenos Aires 1979.

8.- ROSENSTIEL S. F. ; LAND M. F. ; FUJIMOTO.

Prótesis Fija Procedimientos Clínicos y de Laboratorio.

Cap. 1 Pags. 3-27; Cap. 2 Pags. 39-55; Cap. 6 Pags. 119-147;

Cap. 11 Pags. 225-227; Cap. 16 Pags. 318-319; Cap. 28 Pag. 517;

Cap. 29 Pags. 525-534.

Editorial Salvat; Barcelona 1991.

9.- SMITH BERNARD G. N.

Planificación de Coronas y Puentes

Cap. 3 Pags. 38-56; Cap. 4 Pag. 57; Cap. 5 Pags. 79-81;

Cap. 6 Pags. 130-131; Cap. 11 Pags. 206-208; Cap. 13 Pags. 227-245.

Editorial Salvat; Barcelona 1991.

10.- STEWARD KENNET; KUEBBKER WILLIAM A.; RUDD KENNET D.

Prostodoncia Parcial Removible.

Cap. 21; Pags. 616-624.

Editorial Médica Panamericana; Caracas Venezuela 1993.