

416
2ejº



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE RESTAURACIONES
INMEDIATAS, REPARACIONES Y ADICIONES.

T E S I N A
Q U E P R E S E N T A :
ENRIQUE SILVA FLORES
P A R A O B T E N E R E L T I T U L O D E
CIRUJANO DENTISTA

ASESOR DE TESINA: DR. MANUEL DAVID PLATA OROZCO.



MEXICO, D. F.

1996



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.

A MIS PADRES.

**Por la oportunidad que me brindan de ser alguien en la vida.
Por todo su apoyo y su entrega .
Por su paciencia y comprensión que me brindan incondicionalmente
Por todo y más... GRACIAS.**

A MIS HERMANOS.

**Rosalba, Javier, Lourdes, J. Antonio, Norma, Beatriz y Omar.
Porque cuando los necesito están conmigo... GRACIAS.**

A LA FAMILIA RODRÍGUEZ.

Porque el haberla conocido cambió mi vida radical y significativamente.

Porque gracias a su entrega, consejos y apoyo incondicional hago realidad algo que se vislumbraba como un sueño...

SER PROFESIONISTA.

GRACIAS

Sr. Alejandro.

GRACIAS

Sra. Esperanza.

GRACIAS

Inés, Laura, Rocío, Guadalupe, Pilar.

A MI NOVIA.

A TI " NANA ".

Porque tu llegada cambió mi vida.

**Tu me diste nuevos bríos para seguir adelante y,
poder así, llegar a ser alguien en la vida.**

**Por ti llego a cruzar una meta más que da la vida,
Pero me conforta el saber que la cruzaremos juntos.**

A TI ROSALBA.

**Un reconocimiento especial por todo el apoyo brindado
durante este tiempo.**

**Y, por el gran mérito que tienes en la elaboración de este
trabajo.**

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.

Por abrirme sus puertas y haber tenido el privilegio de ser su alumno.

A MI ASESOR.

El Dr. MANUEL PLATA OROZCO.

Por el mérito que tiene en la realización de este trabajo.

A MIS COMPAÑERAS Y AMIGAS.

**Diana y Claudia
en el aula y fuera de ella.**

Por todos esos momentos que se vivieron

A DIOS.

Por permitirme escribir estas líneas y poderlas compartir con Él.

Le doy las Gracias por dejarme llegar hasta aquí, con todos los tropiezos y triunfos que he tenido.

por medio de TI quiero dar las GRACIAS a quienes sé que están contigo y que se alegrarán como yo de este triunfo.

GRACIAS.

**PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE.
RESTAURACIONES INMEDIATAS, REPARACIONES Y
ADICIONES**

ÍNDICE

	Pag.
Capítulo 1.	3
Restauraciones inmediatas	
1. Introducción.	3
2. Tipos de restauraciones inmediatas.	5
3. Ventajas.	16
4. Desventajas.	23
5. Diseño y elaboración.	25
5.1. Retención.	28
5.2. Ganchos.	32
6. Colocación de la prótesis y consejos al paciente.	36

	Pag.
Capítulo 2.	43
Reparaciones y adiciones.	
1. Introducción.	43
2. Causas de fractura.	45
3. Reparación de la prótesis o elaboración de una nueva	49
4. Reparaciones simples.	50
5. Reparaciones complicadas.	54
6. Adiciones y modificación de retenedores.	62
7. Conclusiones.	69

RESTAURACIONES INMEDIATAS

1. INTRODUCCIÓN.

Las prótesis parciales removibles inmediatas, están diseñadas para que duren pequeños intervalos de tiempo en la boca del paciente. Estas restauraciones sirven para muchos fines útiles y pueden clasificarse de acuerdo al propósito para el que van a ser usadas.

Este tipo de prótesis inmediatas se pueden clasificar en dos tipos principales: Uno, la "prótesis provisional" que se emplea para proporcionar al paciente una apariencia estética durante el periodo de la extracción y la elaboración de la prótesis definitiva. El segundo, es el término de "prótesis de tratamiento" que se elabora para ayudar a llevar a cabo una función específica en alguna fase del tratamiento.

Hay que tomar en cuenta que este tipo de prótesis es temporal, pero hay que evitar el uso de este término al platicar con el paciente, ya que esto puede ocasionar confusión en él. El término temporal o provisional puede hacerle creer que después de un tiempo de usarla, ésta se tiene que sustituir por una prótesis definitiva.

2. TIPOS DE RESTAURACIONES INMEDIATAS.

PRÓTESIS PARCIAL PROVISIONAL.

Este tipo de prótesis se hacen por razones económicas u otras razones cuando el uso de tal restauración está justificado. Por ejemplo, un paciente puede estar por viajar y el tiempo no permite hacer una preparación adecuada en la boca y tampoco prestar un servicio de prótesis parcial más completo.

Otro ejemplo es, el de un paciente con mala salud, o que esté ante una emergencia médica o quirúrgica. También una persona joven que pudo haber perdido dientes prematuramente por un accidente u otros motivos. Ya sea por preservar la apariencia, por mantener un espacio o por ambos motivos, debe hacerse una prótesis provisional hasta el momento de confeccionar las restauraciones permanentes o sea posible un servicio de prótesis parcial más definitiva. O, por haberle hecho extracciones al paciente y se tiene que esperar cierto lapso de tiempo para dejar que la cicatrización se lleve a cabo.

La prótesis provisional puede llevarse a cabo tanto en los maxilares como en la mandíbula aunque suele emplearse con mayor frecuencia en el maxilar , debido a que el espacio creado por los dientes superiores perdidos es mas notorio y, por lo tanto resulta más desagradable desde el punto de vista estético, que en el caso de la arcada inferior. Otra razón es, que los dientes anteriores superiores, en virtud de encontrarse mas expuestos, en la porción anterior de la cara, son más susceptibles a los accidentes traumáticos, que los inferiores.¹

Por lo general, la prótesis parcial provisional se emplea para reemplazar uno o dos dientes anteriores aunque en algunos casos, pueden reemplazarse hasta cuatro. Los dientes posteriores pueden, por regla general, no requerir ser sustituidos ya que ésto tiende a fomentar que el paciente ejerza fuerza sobre la prótesis la cual no se encuentra diseñada para soportarla, lo que puede dañar las estructuras de apoyo de la prótesis. (Fig. I - 1)

¹ Ernest L. Miller. " Prótesis Parcial Removable " 1975

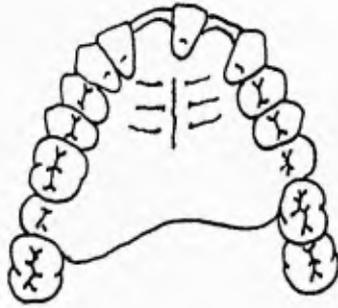


Fig. I - 1 La prótesis provisional puede reemplazar a uno o más dientes anteriores , los dientes anteriores por lo general no necesitan ser sustituidos y no requerirse ganchos

Es importante, que el paciente tenga conocimiento de que esta restauración removable es temporal y se puede afectar la integridad de los dientes adyacentes y la salud de los tejidos de soporte si se usa por períodos prolongados y sin cuidadoso control.

Otro tipo de prótesis provisional es aquella que reemplaza temporalmente los dientes posteriores mediante un rodete de oclusión de resina, en vez de emplear los dientes artificiales. Esto, sólo en caso de ser necesaria la restauración en la parte posterior, por ejemplo; en las Clinicas de las Escuelas Dentales, es imposible a veces, terminar el tratamiento en el año lectivo y el estudiante puede desear proseguir con el tratamiento después del receso de verano. En este caso, puede mantenerse la oclusión y como en el caso de las prótesis para tratamiento se acondicionan los tejidos haciendo que el paciente use la restauración temporal con rodetes oclusales que han sido armonizados oclusalmente.²

²William Lionel McCracken " Prótesis Parcial Removable " 1992

PRÓTESIS PARCIAL TERAPÉUTICA.

La prótesis terapéutica es una prótesis parcial temporal diseñada y elaborada específicamente para ayudar a llevar a cabo un objetivo determinado de tratamiento, como parte integral del plan de tratamiento general. En este tipo de prótesis existen diferentes tipos, que se clasifican de acuerdo a la función que desempeñan.

a) Mantenedor del Espacio entre las Arcadas.

Cuando hay una regularización quirúrgica de la tuberosidad con el fin de crear espacio para prótesis parcial removible, es necesario, emplear una prótesis parcial terapéutica para cubrir la zona intervenida. Esto con la finalidad de evitar el hundimiento de la herida, con el resultante de la disminución de la cantidad de espacio entre los procesos. Al emplear esta técnica, la base de la prótesis suele aplicarse con el material de tratamiento

b) Tratamiento de Síntomas de A.T.M.

Cuando se diagnostica que los síntomas que existen, la articulación temporomandibular tiene una base etiológica relacionada con la disminución de la dimensión vertical de oclusión, el nivel de la oclusión puede ser modificado en forma experimental uniendo rodillos de oclusión y capas de resina acrílica al esqueleto metálico de la prótesis parcial. La resina puede ser alterada fácilmente con el fin de aumentar o disminuir la altura de la oclusión, ésto de acuerdo con los signos clínicos y síntomas subjetivos.

c) Mantenimiento de la Dimensión Vertical de Oclusión.

Cuando se lleva a cabo un trabajo restaurativo extenso, la dimensión vertical adecuada puede ser establecida con una prótesis temporal. Para la terminación y colocación de restauraciones en su lugar, se puede ir seccionando la prótesis terapéutica diente por diente o más de uno, según sea necesario.

d) Obtención de Espacio Intermaxilar.

En algunas ocasiones, se puede utilizar la prótesis parcial terapéutica con un plano de mordida, con el fin de mover hacia adentro algunos dientes y, al mismo tiempo permitir que otros emigren hacia adelante, para recuperar el espacio necesario entre los procesos, así como mejorar la configuración del plano oclusal. El tipo de oclusión incorrecta más comúnmente encontrado, es el caso en que la pérdida de los molares inferiores han permitido que se extruyan los superiores a un punto en que hacen contacto con la zona desdentada del proceso inferior.³ (Fig. 1 - 2)

En estas circunstancias, desde luego, no existe espacio para la base de la prótesis.

En determinados pacientes jóvenes puede ser posible recuperar el espacio elaborando un esqueleto para prótesis parcial que se adapte a los dientes inferiores añadiendo resina acrílica a él.

³ Ernest L. Miller. "Prótesis Parcial Removible" 1975

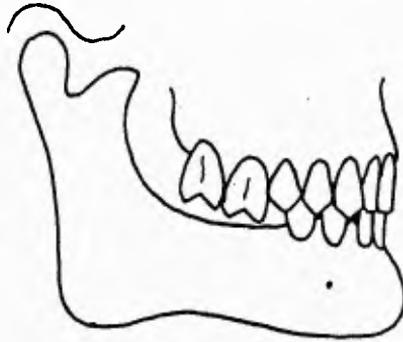
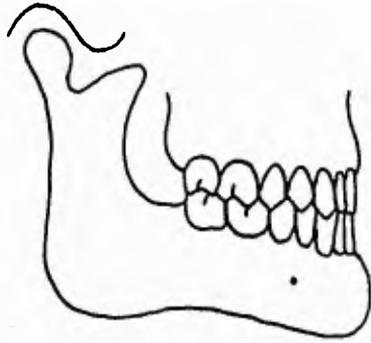


Fig. 1 - 2 En algunos casos, puede ser posible recuperar la porción del espacio perdido en este caso por medio de una prótesis terapéutica devolviendo el espacio necesario en la parte inferior.

Las bases de resina se ajustan de tal manera que sólo los dientes superiores posteriores se encuentran en contacto en posición céntrica. Si el paciente emplea este aparato las 24 horas del día, excepto durante las comidas, los dientes superiores se retraen lo suficiente para obtener el espacio necesario para permitir la colocación de la base de la prótesis en proceso inferior.

Otro ejemplo de pérdida de espacio intermaxilar es el caso del espacio superior anterior desdentado en el cual, los dientes anteriores inferiores han erupcionado a un punto en el cual hacen contacto con la mucosa del proceso superior, invadiendo de esta forma el espacio necesario para las prótesis. Al igual que en el caso de los dientes posteriores, en pacientes jóvenes, puede elaborarse una prótesis parcial terapéutica con plano de mordida que haga contacto con los dientes anteriores inferiores, haciendo que estos se retraigan y, al mismo tiempo, permitan que los dientes posteriores de cada arcada erupcionen ligeramente. (Fig. I - 3)

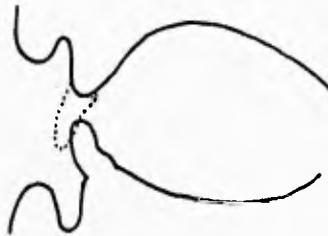
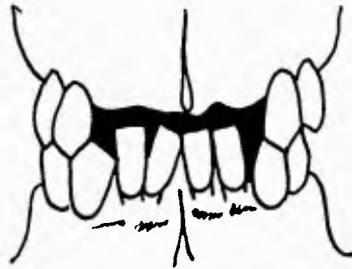


Fig. 1 - 3 En casos de pacientes jóvenes se puede elaborar una prótesis terapéutica para lograr que los incisivos inferiores se retraigan un poco y se logre el espacio deseado para la prótesis removible definitiva. Se pueden hacer pequeños desgastes incisales.

Cuando este procedimiento se combina con un desgaste moderado de los bordes incisales de los dientes anteriores inferiores, el resultado será obtener el espacio entre los procesos necesarios para permitir la colocación de una prótesis parcial removible definitiva y/o permanente.

e) Facilitar la Erupción de Dientes Posteriores.

Un ejemplo más del uso de la prótesis para tratamiento, es el de facilitar la erupción de un diente o dientes posteriores a través del empleo de un plano de mordida de resina acrílica. Particularmente en el paciente joven, la pérdida precoz de algunas piezas posteriores produce una presión o erupción incompleta de los dientes permanentes. El ejemplo más frecuentemente visto es, cuando los molares de una arcada se han perdido y los premolares permanecen en oclusión. Estos, luego caen en depresión o nunca podrán erupcionar totalmente debido a la excesiva carga oclusal. Se produce una sobremordida, con los dientes anteriores en excesivo contacto.

3. VENTAJAS.

a) Dimensión Vertical.

Los dientes naturales determinan la relación vertical y horizontal existente entre los maxilares. Al perder los dientes de uno o ambos maxilares, ésta relación también desaparece y se produce sobre oclusión. La restauración correcta de la dimensión vertical constituye uno de los factores más importantes en la elaboración de una dentadura, pero es así mismo, una de las relaciones más difíciles de restaurar con exactitud puesto que, una vez que el paciente pierde todos los dientes posteriores, quedan pocas guías, además del contorno facial. (Fig. 1 - 4).

La inserción de una prótesis inmediata provisional, se emplea después de haber practicado las extracciones, hará posible mantener esa importante relación vertical entre los maxilares. Por otra parte, también es posible mantener el espacio existente entre lengua, mejillas y labios que necesita la dentadura y que se evita la reducción de la zona neutral que produce el hundimiento de las mejillas y labios así como la expansión lateral de la lengua.

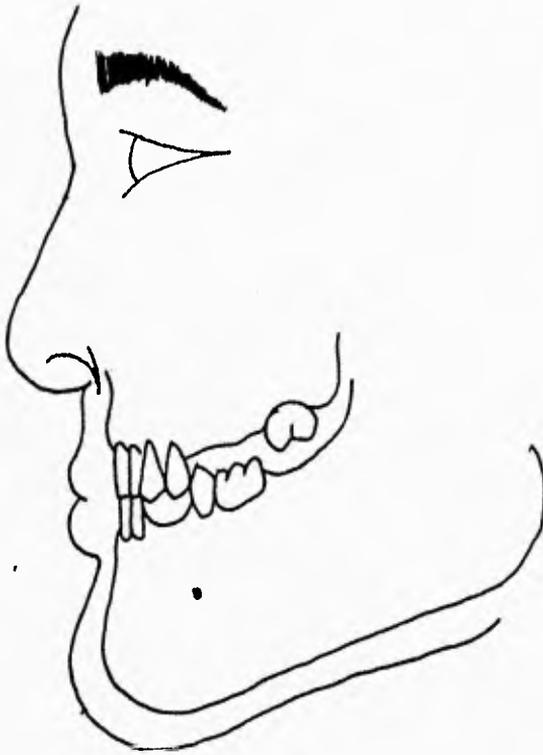


Fig. 1 - 4 La inserción a tiempo de una prótesis terapéutica evita la pérdida de la relación vertical evitando una sobreoclusión.

Llevando al movimiento ortodóntico a estos diente y/o excesiva superposición vertical. El reemplazo protético de dientes perdidos mediante una prótesis parcial, puede así, perpetuar una relación de sobremordida a menos, que se lleve a cabo uno de los dos objetivos: Uno, es incrementar la altura oclusal de los dientes permanentes arbitrariamente con restauraciones. El otro, es permitir que los dientes posteriores permanentes alcancen su erupción completa y la dimensión vertical. Generalmente este último método es el más recomendable.

b) Movimientos Masticatorios de la Mandíbula.

La dentadura natural es también responsable de los movimientos masticatorios de la mandíbula. Sin contar con la guía de los dientes naturales, la mandíbula puede adoptar una forma anormal de movimientos masticatorios. Los intentos del paciente para masticar sólo con los rebordes edéntulos, acentúan ese tipo de movimientos anormales. Después de estar varios meses en tales condiciones , con frecuencia resulta difícil para el paciente

acostumbrarse a la variedad de movimientos más limitada impuesta por la prótesis . Los movimientos masticatorios de cualquier persona, se desarrollan bajo el control de una serie de reflejos condicionados y la pérdida de los dientes limita dichos reflejos, y también reflejos provocados por falta de dientes. La reposición inmediata de dientes perdidos pueden evitar que desaparezca esa primera serie de reflejos condicionados o, en cualquier caso, sufre un mínimo de cambios.

c) Pérdida de Tonicidad Muscular.

Si se conserva la dimensión vertical y el control de los patrones de movimientos mandibulares, se evita la pérdida de tono de los músculos masticatorios, que haya disminución de longitud y, que los ligamentos se extiendan. (Fig. I - 5)

El resultado es que el paciente encuentra poca o ninguna dificultad de controlar las prótesis inmediatas

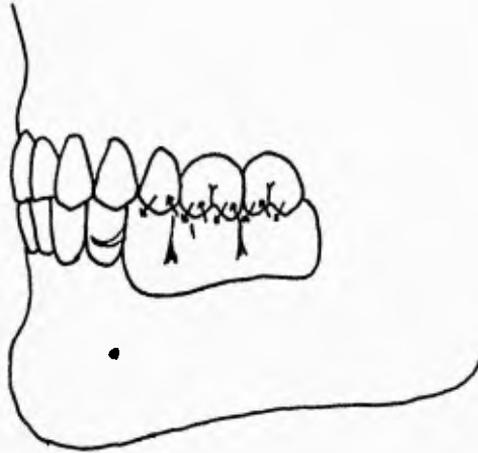


Fig. 1 - 5. Con la oportuna inserción de una prótesis temporal, se evita una serie de alteraciones en todo el sistema masticatorio.

d) Estética.

Esta es la ventaja de las prótesis inmediatas que los pacientes aprecian más, porque no cambian su aspecto. Puede darse el caso de que, inclusive la prótesis mejore la apariencia del paciente. El hecho de saber que no tiene que presentarse en público sin dientes produce un excelente efecto psicológico en él. Además con la prótesis, al colocar dientes, causa muy pocos o nulos problemas en lo que se refiere al habla. No existe paciente que aprecie más los servicios de un dentista que aquél que recibe una restauración inmediata.

e) Hábitos de Comida.

Como se mencionó, la masticación no se dificulta seriamente y así, la salud general del paciente no se ve afectada por los varios meses en que sólo tomaría comidas líquidas o blandas.

f) Desplazamiento de Dientes Remanentes-

En algunos casos se previene el hecho de que algunos dientes naturales que aún conserva el paciente pueda desplazarse durante el tiempo que transcurre entre la extracción y la colocación de la prótesis definitiva. Este desplazamiento es especialmente posible en niños que tienen la desgracia de perder uno o más dientes durante el período de erupción de la dentición permanente. En el caso de pacientes de mayor edad se puede evitar que desarrollen un hábito de masticación unilateral cuando ha habido una considerable asimetría en las extracciones.

g) Inhibición de la Hemorragia.

La hemorragia que se presenta después de practicar una extracción puede controlarse de manera más efectiva al utilizar la prótesis inmediata, al hacer las veces de férula.

h) Resorción del Hueso Alveolar.

Personas autorizadas aseguran que la presencia de prótesis inmediata ejerce un efecto de control en lo que se refiere a la resorción del hueso alveolar. Sin embargo, la mayor parte de pacientes con prótesis inmediata, eventualmente presenta rebordes similares a los pacientes que, por el contrario, han permanecido sin dientes durante varios meses.

4. DESVENTAJAS.

a) Resorción del Hueso Alveolar.

La forma irregular que adquiere el hueso alveolar, después de hacer la extracción, se suaviza gradualmente mediante el proceso de resorción del propio hueso. La resorción da por resultado una reducción del tamaño del arco así como también, del reborde alveolar y, puesto que este proceso continua por lo general, durante un período de cuatro a seis meses; ningún tipo de prótesis

Aunque se considera que ésta es una posible desventaja, en realidad, corresponde únicamente a una etapa complementaria de la técnica y no debería nunca evitarse su uso.

La elaboración de una prótesis inmediata trae consigo la elaboración de rebasarla, posiblemente dos veces, durante el periodo de resorción alveolar.

b) Hemofilia.

La hemofilia puede ser una contraindicación para la utilización de prótesis inmediata, sin embargo, cuando el paciente hemofílico cuenta ya con prótesis parcial removible, la adición de uno o dos dientes a tal prótesis, antes de la extracción, bien puede proporcionar un medio útil para controlar la hemorragia posterior a la extracción.⁴

⁴ John Osborn. " Tecnología y Materiales Dentales ". 1987

5. DISEÑO Y ELABORACIÓN.

La extensión de la superficie que cubre parte del proceso así como la configuración de la base, dependerán principalmente de los factores retentivos de que se disponga. Si la mayor parte de éstos son favorables, a saber: Velo del paladar de profundidad suficiente, paciente cooperador, saliva adecuada y empleo de reborde labial, la superficie cubierta puede limitarse a una configuración de herradura pequeña. De manera similar; esta forma será por lo general, suficiente cuando se empleen ganchos. Por otra parte, si la mayoría de los factores retentivos son desfavorables puede ser prudente extender la superficie cubierta hasta el paladar completo y obtener un sellado en el borde posterior.⁵

Cuando se va a emplear el diseño de herradura, el borde posterior puede ser ligeramente redondeado para brindar un sellado, en tanto que la zona adyacente a los dientes puede ser liberada para evitar presiones sobre el margen libre de la encía. (Fig. 1 - 6)

⁵ Ernest L. Miller. " Prótesis Parcial Removable ". 1975

Los bordes redondeados se obtienen raspando ligeramente el modelo en la zona adecuada. El alivio se obtiene barnizando cada una de la crestas gingivales con una capa delgada de cera de placa base en un grosor aproximado de medio milímetro. Si los factores de retención no son favorables, y se requiere retención adicional de las superficies linguales, éstas pueden ser alisadas ligeramente con un disco de lija en el modelo de yeso.

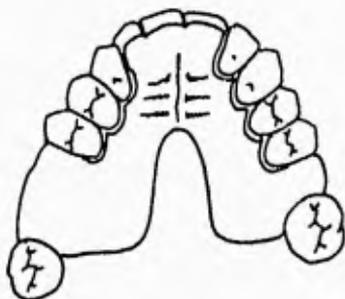


Fig. 1 - 6 Se usa el diseño de herradura cuando existen varios factores favorables, como: profundidad del paladar, saliva adecuada, etc.

En resumen, cualquiera que sea el tipo de prótesis ya sea provisional o transitoria, su diseño y elaboración es idéntica, exceptuando un mínimo de cambios.

- ♣ Soporte La superficie de apoyo fibromucoso debe prefigurar la de la futura prótesis a nivel de las crestas. La impactación en sentido vertical está limitada por ésta superficie de soporte, los brazos del retenedor y por los rebordes linguales situados sobre las zonas retentivas.

- ♣ Rigidez. Resistencia Mecánica. La superficie de apoyo de la prótesis a nivel lingual o palatino y el grosor de la misma deben asegurar la rigidez y la resistencia mecánica.

- ♣ Estabilización. La cara interna de la prótesis constituye el apoyo dentario. Esta superficie entra en contacto con la cara lingual o

palatina de la dentadura remanente por encima de la línea de máximo contorno.⁶

5.1. RETENCIÓN.

La prótesis puede estar retenida con ganchos o bien, aprovechando los factores retentivos naturales presentes en diferentes casos y en diferentes grados. Uno de los factores más efectivos que constituyen fuentes potenciales de retención es la superficie lingual de los dientes posteriores.

La resistencia friccional de la prótesis y la superficie de los dientes puede ser una fuerza retenedora eficaz siempre y cuando:

- + Los dientes tengan coronas clínicas de altura promedio.

- + Los espacios interproximales se encuentren dispuestos de tal manera que una porción de las superficies proximales de los dientes adyacentes sea accesible para hacer contacto con la base de la prótesis. Los espacios

⁶ Jean - Claude Borel. " Manual de Prótesis Parcial Removible " 1991

desdentados posteriores, especialmente si se encuentran limitados por dientes, brindan una oportunidad excelente para extender la prótesis hasta que tenga contacto íntimo con las superficies proximales de los dientes que limitan el espacio, contribuyendo en esta forma a la resistencia friccional para el desplazamiento.⁷ (fig. 1 - 7 - 7)

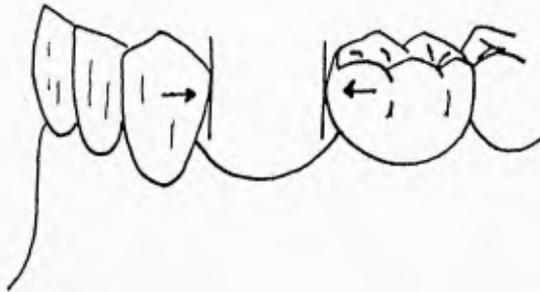


Fig. I - 7. Los espacios interproximales dan retención a la prótesis provisional por medio de roce friccional..

⁷ Ernest L. Miller " Prótesis Parcial Removible " 1975

Otra fuente de retención es la tensión entre las superficies de la base de la prótesis y la mucosa. Su eficacia depende del contacto íntimo de la base de la prótesis inmediata con la mucosa, aunado a la cantidad normal de saliva poco densa. El grado de retención que se obtiene de esta forma es directamente proporcional a la cantidad de superficie oral cubierta.

El contorno del velo del paladar es otro factor de la retención, siendo mucho más retentivo un velo profundo que uno superficial. Las características de la mucosa palatina son también importantes, siendo más retentiva una mucosa gruesa flexible que una delgada y rígida, mientras que el rafe medio prominente constituye un factor de retención negativo.

La oclusión asimismo, puede desempeñar un papel importante en la retención, especialmente en relación con los dientes anteriores. La sobremordida vertical profunda constituye una contribución a la estabilidad de la prótesis en la posición céntrica debido a las limitaciones del espacio.

La presencia o ausencia del borde labial tiene también relación con la retención. Un reborde correctamente adaptado puede contribuir en forma notable a las propiedades de retención.

Por último, no debe pasarse por alto, el papel que desempeña la lengua y el mecanismo neuromuscular del paciente, los cuales se encuentran invariablemente relacionados. Además, es probable que éste contribuya al factor retentivo natural más importante de todos. Si es favorable puede equilibrar una multitud de factores negativos.

El paciente motivado por el deseo de emplear una prótesis inmediata y posee control neuromuscular adecuado, tendrá éxito en el manejo de ésta, independientemente de cualquier otra consideración.

5.2 GANCHOS.

Por lo general es preferible no emplear ganchos para dar la retención de las prótesis provisionales a menos que los factores retentivos naturales sean muy desfavorables. La razón de ello es que los ganchos sencillos pueden causar problemas en el diseño y el empleo de la prótesis. Por ejemplo, un problema frecuente con los ganchos es la necesidad de cruzar superficies oclusales de los dientes posteriores de lingual a bucal, cuando el espacio interoclusal se encuentra muy limitado. Por otro lado, los ganchos suelen desajustarse, y un gancho desviado puede causar daños irreparables en la boca en un corto período, con frecuencia sin que el paciente se dé cuenta. Además, especialmente los adolescentes, con frecuencia tienen poco cuidado en el manejo de la prótesis, exponiéndola en esta forma a la distorsión y a la fractura, y los ganchos son excesivamente vulnerables a sufrir deformaciones. Al tomar la decisión acerca de la conveniencia del empleo de ganchos, la actitud del paciente debe ser tomada en cuenta. Si el paciente no se adapta a la prótesis provisional, puede ser conveniente diseñarla con ganchos.

Después de un periodo corto de uso, los ganchos pueden ser modificados de manera que hagan contacto mínimo con la superficie de los dientes pilares disminuyendo o eliminando su contribución a la retención de la prótesis. Si el paciente maneja en forma satisfactoria la prótesis, los ganchos pueden ser eliminados de ésta por completo.

Otro enfoque de la colocación de los ganchos, es hacer la prótesis sin ellos, con la alternativa de que se colocarán si el paciente lo considera necesario después de un periodo experimental de uso. Si después de éste, se decide que es necesario colocar los ganchos, se toma una impresión con la prótesis en su lugar y se corre en el modelo, después de lo cual se contornean y procesan los ganchos dentro de la base con resina acrílica autopolimerizable. Es frecuente encontrar que el paciente sugiera que no se añadan ganchos debido a que durante el periodo de prueba ha desarrollado la suficiente habilidad neuromuscular para manejar la prótesis sin ellos.⁸

⁸ Ernest L. Miller "Prótesis Parcial Removible" 1975

Tipos de Ganchos.

Los ganchos pueden elaborarse con alambres de oro forjado o con alambre ortodóntico de acero inoxidable. Por lo general, suele emplearse alambre calibre 18, y el diseño más usado es el circular simple. Los descansos oclusales pueden ser empleados cuando existe el suficiente espacio interoclusal para adaptarlos. Cabe mencionar también, que los ganchos prefabricados de acero inoxidable resultan adecuados para la prótesis removible provisional.

Cuando no puede obtenerse retención de las superficies linguales de los dientes debido a que las coronas son demasiado cortas, y los factores retentivos son desfavorables, el punto interproximal de retención puede ser empleado para ayudar a la retención de la prótesis. Los puntos de retención se obtienen en la siguiente forma:

- ✦ Se preparan pequeños agujeros en las superficies interproximales del modelo, entre algunos dientes de cada lado de la arcada, con el fin de adaptar un alambre calibre 18. Un extremo del alambre se coloca en cada

agujero a una profundidad de medio milímetro, y en el extremo opuesto se dobla hasta obtener una vuelta completa que se extienda al paladar, lugar en el cual se fija dentro de la resina acrílica. (Fig. I - 8)

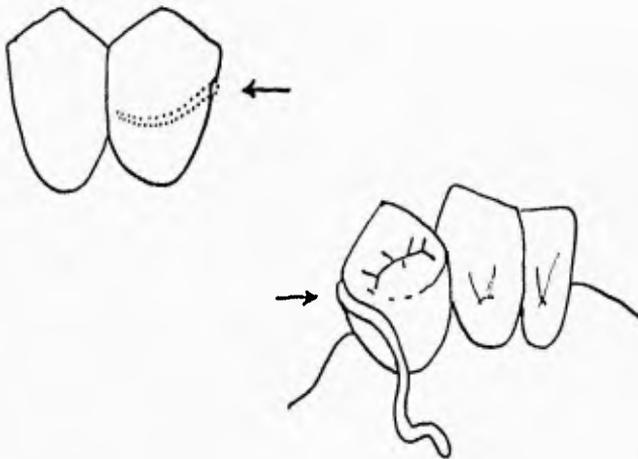


Fig. I - 8. Para dar retención a la prótesis provisional, se preparan surcos en las caras interproximales de .5mm. de profundidad, adosando el alambre del .18 en el contorno de la pieza dental.

Una vez elaborada la prótesis los extremos del alambre se ajustan de manera que se adapten a los espacios de la boca, por último los puntos interproximales se redondean y se pulen.

Otra indicación del uso del punto interproximal es el caso en el cual no existe suficiente espacio para permitir la colocación de un gancho convencional que cruce las superficies oclares de bucal a lingual.

6. COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS Y CONSEJOS AL PACIENTE.

Además de las instrucciones y recomendaciones de rutina que deben darse al paciente que por primera vez utiliza un prótesis parcial, es conveniente hacer énfasis en el hecho de que la prótesis es provisional y constituye un aparato que sirve para mejorar las condiciones bucales. Por esto no se puede pretender que sustituya por completo a los dientes naturales en una zona determinada de la boca. Si la prótesis consigue disimular la pérdida

que no podrá esperar morder una manzana, en la forma en que lo hacia, con sus dientes naturales, sin que haya desplazamiento de la prótesis. En lugar de ello, debe aprender a forzar la manzana contra los dientes naturales para disminuir el peligro de un desplazamiento molesto. También debe señalarse la importancia de retirar la prótesis durante la noche. Además del daño que causan a la mucosa el uso prolongado, existe el peligro de aspirar o tragar la prótesis durante el sueño. Por las mismas razones, la prótesis debe ser retirada al practicar algún deporte de contacto. La prótesis debe mantenerse en un estado de limpieza escrupuloso y es necesario que se someta a la cavidad bucal a un examen periódico para descubrir a tiempo signos de inflamación o irritación.

La posibilidad de tragar o aspirar una prótesis pequeña no debe pasarse por alto. Por esta razón, debe afirmarse que los ganchos se emplearan invariablemente en la elaboración de la prótesis provisional, con el fin de que si ocurre algún accidente, el metal radiopaco puede ser revelado en una radiografía de la tráquea o del aparato digestivo. Aunque actualmente existe

en el mercado resinas acrílicas radiopacas, se hace innecesario el empleo de ganchos para esta finalidad.

Puede ser interesante tener redactada una ficha de consejos estándar . Sin embargo, a causa de gran número de casos clínicos diferentes, esas fichas deben ser comentadas delante del paciente . Se da a continuación un modelo de la ficha:⁹

Ser portador de una prótesis parcial removible le va a exigir un periodo de adaptación difícil y largo . Debe emprender una auténtica reeducación de la masticación y de la formación, cuyo éxito depende fundamentalmente de usted. Tan sólo con gran fuerza de voluntad y perseverancia, usted obtendrá una perfecta adaptación.

Las Primeras Horas. La prótesis es un cuerpo extraño que puede provocar algunos trastornos que desaparecerán rápidamente:

⁹ Jean · Claude Borel " Manual de Prótesis Parcial Removible " 1991

Hipersalivación: Es un fenómeno normal, y se debe a una excitación refleja de las glándulas salivales. Con frecuencia son suficientes unas horas para volver a la normalidad.

Dificultad para Hablar: Su lengua no guarda las mismas relaciones. No se inquiete . Si quiere acelerar su reeducación, pronuncie varias veces las sílabas que parecen dificultosas, lea despacio en voz alta.

La Primera Comida: La masticación se realiza a merced de un complejo sistema de regulación ligado a, los centros nerviosos. Este sistema esta adaptado a las condiciones de edentación, ahora debe adaptarse a las nuevas condiciones creadas por la rehabilitación, dicha aceptación se hará con más o menos dificultad . Se necesita una o dos semanas por término medio. Tenga paciencia, elija alimentos que resulten más fáciles de masticar y coma despacio. Irá adquiriendo seguridad y su perseverancia acortará el tiempo de adaptación.

Aparición de Dolores: Ahora, los dientes soportan a los retenedores, las superficies gingivales en contacto con la prótesis pueden hacerse sensibles, en particular a la presión. Estos dolores, en general, son debidos al nuevo papel que desempeñan estas estructuras, y desaparecerán por sí solos. Sin embargo, si aparecen zonas de ulceración, acuda a consulta sin haberse quitado la prótesis. Si la prótesis ha sido retirada se hace más difícil, cuando no imposible, efectuar los retoques exactos.

Precauciones que debe tomar con su prótesis. Una prótesis es un aparato que le ha sido adaptado con precisión, tenga cuidado de no deformar la estructura y de no romper los dientes dejándola caer. Colóquesela y quítesela guardando las precauciones que se le han citado. Si al usarla piensa que la retención es insuficiente, no trate de cerrar los retenedores, acuda a la consulta. De todos modos no olvide, que una consulta periódica es obligada. La prótesis sufre un pequeño desgaste, pero son sus estructuras bucales las que están en continua remodelación. Sólo un diagnóstico temprano de caries, de gingivitis, de resorción de las crestas, permite evitar un desequilibrio que

originará la fractura de la estructura e incluso la necesidad de nuevas extracciones.

Una prótesis parcial no es eterna: Puede ser necesario modificarla con el paso del tiempo y su cambio es normal en un plazo más o menos largo.

Higiene: Para que el equilibrio restablecido con la prótesis sea duradero, es preciso establecer el hábito de unas medidas de higiene estrictas. La placa bacteriana, nefasta para los dientes y las encías, debe ser eliminada por todos los medios.

Durante su cepillado no olvide las caras posteriores de dientes que limitan las brechas; justamente en las zonas más próximas a la cresta alveolar, pase con frecuencia por esas superficies hilo de seda dental para eliminar la placa dentobacteriana acumulada. Después de cada comida, debe retirar y limpiar su prótesis.

Al acostarse, después de cepillarse los dientes, debe también cepillar la prótesis procurando limpiar bien las superficies internas de los ganchos. Si bien la inmersión en productos efervescentes es una buena medida, en función de la antisepsia que realiza, solo con el cepillado se podrá eliminar por completo la placa bacteriana.

REPARACIONES Y ADICIONES

1. INTRODUCCIÓN.

A pesar de haber llevado a cabo una planeación cuidadosa y una elaboración adecuada con materiales de excelente calidad, en ocasiones se presentará inevitablemente fractura y distorsión de la prótesis que la dejará inservible.

La reparación de una prótesis se puede deber a una pequeña cuarteadura o, incluso, a una fractura total, con o sin desprendimiento de los dientes que haya en ella. La pérdida de un diente natural en un paciente con prótesis parcial removible a menudo presenta la necesidad de reponer ese diente añadiéndolo a la prótesis.

Por lo general, la causa principal del accidente se puede atribuir a una o más de las siguientes causas, enumeradas no necesariamente en orden de frecuencia:

Un manejo poco cuidadoso por parte del laboratorio.

Una preparación bucal inadecuada por parte del profesionalista,

Por una elaboración deficiente,

Por una pérdida total o parcial del ajuste,

Manipulación poco cuidadosa por parte del paciente o

Pérdida de algún diente o dientes naturales involucrados o no en la retención de la prótesis removible..

2. CAUSAS DE FRACTURA.

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 instituir el tratamiento correctivo para evitar que se repita el accidente. Si el accidente se debió a la pérdida del ajuste, la preparación bucal inadecuada o a la elaboración deficiente, es probable que se repita a menos que se restablezca 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.

La mayor parte de los pacientes no visitan el consultorio dental a menos que se presenten dolor o molestias. Cuando la causa de la consulta es un accidente de la prótesis, ésta constituye una buena oportunidad para examinar la boca del paciente con el fin de que se le pueda informar su estado

de salud bucal, además de restaurar la prótesis. Nunca se debe pasar por alto la posibilidad de colocar una prótesis reparada en una boca con caries recurrente, con un diente pilar móvil o algún proceso patológico.¹⁰

DEFECTOS DE ELABORACIÓN.

a) Si los dientes superoposteriores se colocan en dirección bucal respecto a la parte posterior del reborde, la masticación transmite una fuerza con un elemento de flexión a la línea media de prótesis.

b) El área anterior del paladar de una prótesis superior de resina acrílica puede resultar de un grosor insuficiente cuando los dientes anteriores, también de resina acrílica, se desgastan porque presentan cingulos contorneados anatómicamente. Al aplicar la cera en esta región es posible que se adelgace la capa de dicho material en un intento de preservar la cara correspondiente de los dientes.

¹⁰ Ernest L. Miller " Prótesis Parcial Removible " 1975

c) Si durante el proceso de empacado se utiliza una masa que no tenga la consistencia correcta y el tiempo y la temperatura de polimerización son inadecuados o se produce un enfriamiento demasiado rápido, el resultado será de menor resistencia en la base de la prótesis y, posiblemente, inexactitud dimensional.

d) En el caso en que se utilizaran dientes de porcelana para la prótesis y éste se desgastara en exceso, éste puede debilitarlo hasta un punto de ruptura .

CAUSAS QUE SE PRESENTAN DENTRO DE LA BOCA.

a) El movimiento mandibular habitual en el paciente puede provocar el desgaste de los dientes posteriores de resina acrílica hasta producir una curva de Monson invertida, el efecto de cuña que resulta entonces del contacto oclusal puede producir fractura en la línea media de la prótesis superior .

b) En aquellos pacientes en los que existen marcadas diferencias en el grosor de la mucosa, el alivio inadecuado de una prótesis superior en la línea media del paladar puede provocar que la dentadura se flexione en dicha línea media mientras se utiliza. Por lo cual habrá fractura por fatiga del material.

c) Tras un periodo de usas prótesis, la resorción del hueso alveolar puede provocar problemas en la relación oclusal y, por consiguiente, un esfuerzo excesivo en una u otra de las prótesis, o en algunos dientes en particular (usualmente esto ocurre en los anteriores superiores)¹¹

CAUSAS QUE SE PRODUCEN FUERA DE LA BOCA.

- a) Presión excesiva durante la limpieza.
- b) Accidentes tales como la caída de la dentadura al piso o lugar donde se practica la limpieza de la propia prótesis.

¹¹ John Osborne " Tecnología y Materiales Dentales " 1987

3. REPARACIÓN DE LA PRÓTESIS O ELABORACIÓN DE UNA NUEVA.

Cuando la prótesis parcial removible es afectada por una fractura sea cual fuere la causa, la pregunta que se debe hacer el profesionalista es : ¿puede ser reparada o es necesario elaborar una nueva ? . Es un hecho que casi siempre se puede realizar todo tipo de reparación. Sin embargo, desde el punto de vista económico, resulta incosteable llevar a cabo los procedimientos de reparación y de readaptación debido al tiempo y esfuerzo necesario ahora gracias a los nuevos métodos empleados en la gran mayoría de los laboratorios dentales, el costo por unidad del nuevo trabajo es muy razonable, por otro lado, a la habilidad técnica necesaria en los procedimientos de reparación, es estos trabajos la mano de obra puede ser desproporcionalmente costosa. En consecuencia, con frecuencia resulta más económico en algunas ocasiones elaborar de nuevo la prótesis que someterla a alguna reparación complicada que lleva mucho tiempo.¹²

¹² Ernest L. Miller " Prótesis Parcial Removible " 1975

4. REPARACIONES SIMPLES.

Las reparaciones que comprenden resina acrílica o los dientes, por lo general son del tipo simple.

REPARACIÓN DE RESINA ACRÍLICA

Los segmentos de resina acrílica que se han fracturado pueden ser unidos químicamente por medio de resina autopolimerizable. Los pasos a seguir son:

Unir las partes fracturadas en su posición correcta y mantenerlas justas con cera pegajosa mientras se corre un modelo en yeso, o se puede obtener éste directamente del paciente. En la resina se prepara una línea de reparación, a una profundidad de 2 a 3 milímetros en cada lado de la línea de fractura, y se coloca papel de estaño o algún material similar en el modelo de yeso del lado de la fractura. La resina autopolimerizable puede colocarse en el

sitio de preparación por medio de alguno de los siguientes métodos: Puede colocarse una pequeña porción del polímero en el sitio de la fractura y después colocar una gota del monómero, o puede mojarse un pincel con el monómero, tocar con él el polímero para incorporar un poco de polvo, y aplicar la mezcla al sitio de reparación. En este caso, el material se añade hasta que el sitio se encuentre obturado, después de lo cual se coloca la prótesis bajo presión aproximadamente de 15 Kgs. durante 20 minutos. Una vez retirada del polimerizador, se alisa y se pule con los instrumentos adecuados para darle el acabado final.

PÉRDIDA DE DIENTES NO INVOLUCRADOS EN LA RETENCIÓN DE LA PRÓTESIS

Las causas por las que se puede desprender algún diente de la prótesis, puede ser: Falta de suficiente resina acrílica durante el empaqueo; una película de grasa, de medio separador o de cera, sobre los dientes de resina acrílica y/o empaqueo de la resina acrílica cuando la masa se encuentra

ya en una etapa muy avanzada, cuando no hay suficiente monómero libre para unirse con los dientes de resina.

Antes de iniciar cualquier reparación , es preciso tener la seguridad de que la dentadura se le podrá regresar al paciente en condiciones satisfactorias. Si una prótesis esta mal ajustada, es inútil repararla y en ese caso conviene aconsejar al paciente sobre la conveniencia de una nueva prótesis o de un rebase.¹³

En cualquier caso se debe cerciorar de la causa de la fractura y, de ser posible, corregirla antes de reparar la prótesis .

La pérdida de un diente tubular puede ser reemplazado elaborando en cera un sustituto en el esqueleto, enfrascando el patrón de cera, y llevando el molde con resina acrílica del color adecuado. Una vez hecho ésto, puede cementarse en su lugar el diente nuevo sobre la prótesis . Otro método para sustituir el diente tubular es ahuecar un diente prefabricado de prótesis, de

¹³ Ernest L. Miller " Prótesis Parcial Removible " 1975

manera que se adapte al poste, y al mismo tiempo, desgastar y dar forma al diente para que se ajuste a la caja metálica. El diente preparado en esta forma es cementado en el esqueleto con una mezcla diluida de resina acrílica de color adecuado.

PERDIDA DE DIENTES PILARES.

Cuando es necesario extraer algún órgano dentario que hacia la función de pilar de la prótesis, es necesario hacer un nuevo gancho para otro diente a fin de procurar una buena retención.

En la mayoría de los casos es posible agregar uno o más dientes a la prótesis parcial removible antes de practicar la extracción de los dientes naturales correspondientes. Esto resulta de esencial importancia cuando el diente se encuentra en la parte anterior de la boca. Para este procedimiento, se toma una impresión con la prótesis en la boca, se retira dicha impresión junto con la prótesis y se corre el modelo.

El gancho que ocupa el lugar del diente pilar perdido, debe ser primeramente eliminado de la prótesis y debe alisarse y pulirse cualquier superficie rugosa causada por la eliminación. En el nuevo diente pilar, se prepara un nicho para el descanso y un plano de guía. La prótesis se asienta en la boca, se toma una impresión con alginato y se corre el modelo en yeso. Se elabora en cera un gancho para el nuevo pilar y se vacía, soldándolo al esqueleto o procesándolo en la resina (si es base de resina) según lo dicte el diseño de la prótesis. El diente artificial se adapta dentro del espacio creado por el diente perdido, y se une a la prótesis con resina acrílica autopolimerizable

5. REPARACIONES COMPLICADAS.

Para poder realizar una reparación complicada, es muy importante obtener una impresión exacta con la prótesis colocada en la boca en su posición correcta . Es muy importante que se tome la impresión sin que exista movimiento de la base de la prótesis , ni que la cucharilla toque ésta, ya que

cualquier inclinación o desviación de la posición tiene el efecto de alterar la relación de la prótesis con relación a los dientes pilares.

Una vez tomada la impresión, es necesario rellenar todas las retenciones antes de correr el modelo, de manera que la prótesis pueda retirarse fácilmente del portaimpresiones. Una vez corrido el modelo y seco éste, la prótesis puede ser retirada en partes (si es que esta fracturada) , después de lo cual pueden hacerse las reparaciones adecuadas. Si se elaboran matrices de yeso antes de proceder a la reconstrucción de la prótesis, es posible armar en forma exacta todas las unidades.

Las reparaciones y los agregados clasificados como complicados pueden ser, retenedores rotos, apoyos oclusales rotos, distorción o ruptura de conectores mayores o menores..

FRACTURA DE DESCANSOS OCLUSALES.

La causa de fractura de descansos oclusales mas frecuente, ocurre casi siempre en el punto en que se cruza el reborde marginal, debido a la

debilidad de este punto. Los lechos para los apoyos mal preparados, generalmente constituyen la causa de esta debilidad, ya que un apoyo que cruza un reborde marginal insuficiente descendido durante las preparaciones bucales, se hará muy delgado o se le adelgaza durante el ajuste en la boca para evitar alguna interferencia oclusal . El fracaso de un apoyo oclusal rara vez se debe a un defecto estructural en el metal y raramente a una distorsión accidental. Por lo tanto, la responsabilidad por esta fractura debe ser asumida por el profesional o éste a su vez en contadas ocasiones asumírsela al técnico dental.

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 adecuada . Se toma una impresión con la prótesis en su lugar y se corre un modelo de yeso . Posteriormente se adapta una 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.

DISTORSIÓN O FRACTURA DE CONECTORES MAYORES Y MENORES.

En algunas ocasiones la prótesis parcial removible se distorsiona de manera que no ajusta en la boca del paciente, 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 conector menor (brazo del gancho), puede ser posible corregirla por medio de una aplicación muy cuidadosa de presión con algunas pinzas . Por otra parte, si el armazón fue dañado por completo y su alineación fue modificada, éste debe ser considerado un problema más grave, y es necesario, si el paciente fue responsable del accidente que se le notifique de los procedimientos de enderezamiento que se llevarán a cabo en la prótesis y que con frecuencia no resultan satisfactorios por completo.¹⁴

¹⁴ William Lionel McCracken. " Prótesis Parcial Removible " 1992

Los conectores mayores y menores ocasionalmente se debilitan al ajustarse para evitar o eliminar interferencias con los tejidos. Este ajuste, en el momento de la instalación se debe a un análisis incorrecto del modelo mayor o al diseño o fabricación incorrecta del colado. Esto es inexcusable y por ello responderá el profesionalista y la restauración deberá volverse a confeccionar en vez de debilitarse intentando compensar su inexactitud desgastando el metal.

El fracaso de cualquier componente que fue debilitado durante el ajuste en el momento de la instalación es responsabilidad del profesionalista. Sin embargo, el ajuste necesario debido al hundimiento de la prótesis por intrusión del pilar bajo carga funcional puede llegar a ser inevitable y la consecuente fractura debido al efecto debilitador de ese ajuste, puede llevar a la necesidad de hacer una nueva restauración como consecuencia de cambios en los tejidos. Frecuentemente, el ajuste repetido de un conector mayor o menor para aliviar la interferencia con los tejidos, puede no dar una real fractura sino una pérdida de la rigidez, al extremo de que el conector no pueda funcionar más eficazmente. En este caso debe hacerse una nueva restauración

o reemplazar esa parte colando un nuevo segmento y luego armar la prótesis mediante soldadura.

Para poder restaurar un conector mayor distorsionado, primeramente se toma una impresión de la arcada, debido a que cualquier intento de enderezar la prótesis en la boca del paciente resulta inútil. Es de esperarse que las bases de resina no se adapten al modelo de yeso, por lo tanto éste debe ser liberado donde sea necesario. Los procedimientos de enderezamiento se llevan a cabo en forma alternada doblando la barra y doblando el esqueleto sobre el modelo de yeso. resulta lógico suponer que una barra lingual distorsionada se encorva en el punto más débil durante el impacto. Teóricamente, por lo menos, si se aplica la cantidad adecuada de presión de la barra en dirección opuesta, el metal se distorsionará de nuevo en el mismo punto, volviendo 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 fracturar la prótesis y adaptarla al modelo y colocar soldadura en la parte fracturada. (Fig. 2.- 1)

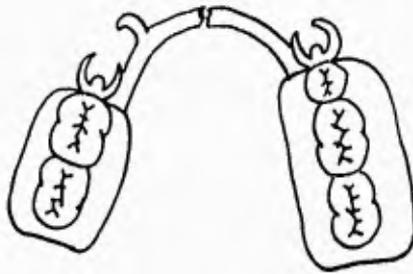


Fig. 2 - 1 En algunas ocasiones, la distorsión de conectores mayores, es más conveniente fracturar el conector en su punto más débil, colocar las partes en el modelo y aplicar soldadura.

FRACTURA DEL CONECTOR MAYOR.

La fractura del conector mayor sucede raras veces, con una excepción, la barra lingual que se fractura en la zona en que se une con la rejilla de retención. Cuando esto sucede, por lo general, es consecuencia de la colocación demasiado profunda de la línea de acabado en el patrón de cera; ésto ocasiona que el metal se adelgace demasiado en este punto para soportar las fuerzas oclusales y, se fractura por fatiga. El mejor tratamiento para la fractura parcial originada por esta causa es una modificación del procedimiento de construcción. Se elabora un nuevo segmento, se vacía y se une al esqueleto con soldadura, hay que eliminar dientes y base de resina . Una vez hecho esto, se procede a la reconstrucción de la manera convencional.¹⁵

¹⁵ Ernest L. Miller. " Prótesis Parcial Removable " 1975

6. ADICIONES Y MODIFICACIONES DE RETENEDORES.

Uno de los accidentes más comunes de la prótesis parcial removible es la fractura del brazo retentivo del gancho.

El procedimiento de reparación de elección para este accidente dependerá del tipo de gancho y de la parte del gancho que se ha fracturado. Aún cuando la fractura del gancho vaciado de cromo y cobalto no es muy común, en contadas ocasiones suele suceder. En estos casos, casi siempre se debe al manejo poco cuidadoso por parte de:

- ✦ El paciente, por caída de la prótesis o manejo inadecuado de ésta.

✦ El técnico dental, por manejo poco cuidadoso en el torno de pulido o vaciado del metal inadecuado.

✦ El profesionalista, haciendo muescas en la prótesis con las pinzas, al llevar a cabo el ajuste en paciente o por desgaste excesivo para colocarlo en el diente pilar.

FRACTURA DEL BRAZO RETENTIVO DEL RETENEDOR.

En el caso de fractura del brazo retentivo de un gancho de tipo circular, el método más simple de repararlo es contornear un brazo de alambre forjado y un anillo a la base de la prótesis con resina acrílica autopolimerizable. (Fig. 2 - 2 y 2 - 3).¹⁶

¹⁶ Jean - Claude Borel. " Manual de Prótesis Parcial Removible " 1991

La fractura puede ocurrir por varias razones:

Por caída accidental y manejo poco cuidadoso por parte del paciente.

Por manejo incorrecto por parte del Laboratorio o vaciado del metal incorrecto.

Y por parte del profesionalista que tiene que estar ajustando en repetidas ocasiones el gancho, muchas veces porque el paciente retira mal la prótesis y hace palanca sobre el retenedor.

Esto último puede evitarse instruyendo al paciente frente a un espejo, sobre el cómo retirar la prótesis sin distorsionar los retenedores. Esto debe llevarse a cabo elevando contra alguna otra parte del armazón o en el punto de origen del retenedor y no sobre su recorrido.

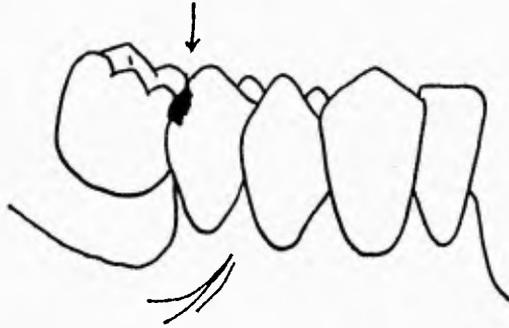
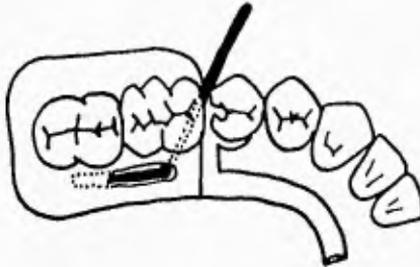


Fig. 2 - 2 La porción remanente del gancho retentivo fracturado debe ser eliminado desde su inicio y es necesario pulir y alisar la superficie. Se toma una impresión de la prótesis en boca y se corre obteniendo el modelo en yeso..

FRACTURA DEL BRAZO RECÍPROCO DEL RETENEDOR.

El brazo recíproco del retenedor circular raras veces se fractura.

Cuando esto sucede, por lo general es preferible reconstruir el gancho por completo. En algunas ocasiones es posible repararlo provisionalmente como se mencionó anteriormente en el brazo retentivo.¹⁷



¹⁷ William Lionel McCracken. "Prótesis Parcial Removible" 1992

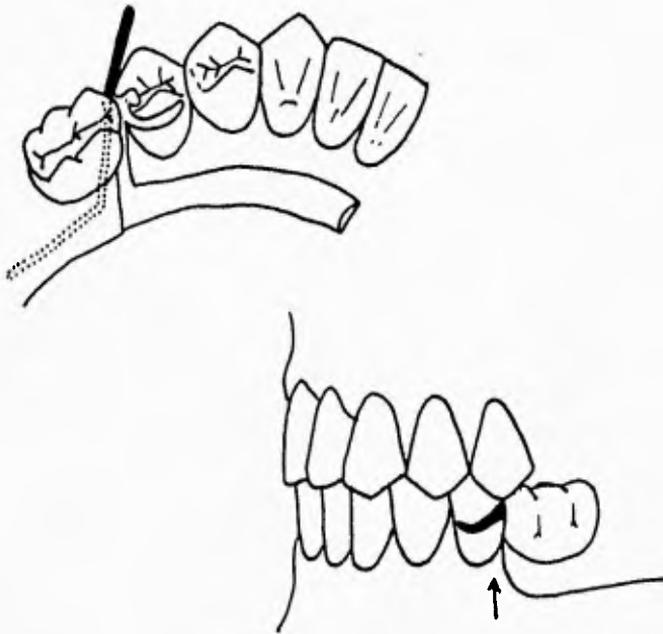


Fig. 2 - 3 Para reemplazar el brazo original se usa alambre forjado calibre 18. Cuando existe una base de resina, el alambre puede ser embebido en ella con resina para reparación, eliminando así la necesidad de soldadura haciendo una perforación, eliminando así, la necesidad de soldadura, haciendo una perforación por debajo del diente artificial adyacente, lo más cerca posible del conector menor del que se originó. Y, finalmente se adosa el gancho a la pieza pilar.

RECONSTRUCCIÓN TOTAL DEL RETENEDOR.

Un método definitivo de llevar a cabo la reparación de un gancho fracturado es, volver a hacer el gancho por completo. Cuando se emplea este método, se toma una impresión con la prótesis en su lugar, y se corre el modelo en yeso. Se fabrica una matriz bucal en la base de la prótesis en el sitio en que va a ser reparado y, se retiran los dientes y la base de resina del esqueleto . Se encera el nuevo gancho y se vacía para unirlo posteriormente, al esqueleto con soldadura. Después de ésto, se enceran los dientes en ,posiciones iniciales por medio de la matriz y la base que procede de la manera convencional.

Aunque lleva más tiempo, este método es el más adecuado para reintegrar la prótesis a su condición original " como nueva" .

7. CONCLUSIONES.

La utilización de Prótesis Parcial Removible Inmediatas en cualquiera de sus tipos, es una manera práctica y económica de restaurar al paciente desdentado. Es importante para el cirujano dentista conocer estos tipos de restauraciones y más aún aplicar estos conocimientos en la práctica diaria, para el bien de nuestros pacientes, no sólo en su rehabilitación bucal, sino también en su economía. Como se puede comprobar en este trabajo, a veces es más económico para el paciente reparar su prótesis parcial removible que el diseñarle una nueva.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

1. BOREL, Jean - Claude. *"Manual de Prótesis Parcial Removable"* Capítulo 16 Pag. 123 a 126.
Editorial Masson, S.A. 1991 España.
2. KENNETH. L. Stewart *"Prostodoncia Parcial Removable"* Capítulo 21 Pag. 609 a 626
Editorial Actividades Médico Odontológicas C.A.1993
Venezuela.
3. LAWRENCE. A. Weiberg. *"Atlas de Prótesis Parcial Removable"* Capítulo 13. Pag. 154 a 172.
Editorial Mundi . S.A.
4. LOUIS. J. Boucher. *"Rehabilitación del Desdentado Parcial"* Capítulo 10 Pag. 308 a 337.
Editorial Latinoamericana S.A. de C.V. 1984

5. McCracken. Glen P. McGivney. "*Prótesis Parcial Removable*" Capítulo 21 y 22 Pag. 432 a 447.
Editorial Médica Panamericana. 1992.

6. MILLER. Ernest L. "*Prótesis Parcial Removable*".
Capítulo 17 Pag. 268 a 275
Capítulo 19 Pag. 283 a 290.
Editorial Latinoamericana . McGraw - Hill 1975

7. et. al. OSBORNE. John. "*Tecnología y Materiales Dentales*".
Capítulo 13 Pag. 301 a 316
Capítulo 15 Pag. 329 a 358.
Editorial Limusa 1987.

FE DE ERRATAS.

1. Página # 63. Dice un anillo, debe decir, unirlo.