

471
26j



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**MANTENIMIENTO DE LA PROSTODONCIA
DENTAL**

T E S I S

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

presenta

CELEDONIA SUAREZ MENDOZA



México, D. F.

1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

I N T R O D U C C I O N

A.	REBASES	
A.1.	Definición	3
A.2.	Indicaciones	4
A.3.	Contraindicaciones	5
A.4.	Consideraciones generales	6
A.5.	Preparación de la boca	8
A.6.	Preparación del paciente	9
A.7.	Técnica de Rebase (Procedimientos Clínicos).	10
A.8.	Preparación de las prótesis	11
A.9.	Impresión maxilar superior	12
A.10.	Impresión maxilar inferior	14
A.11.	Observación en la boca	16
B.	REPARACION DE DENTADURAS	
B.1.	Definición	17
C.	PROCEDIMIENTOS PARA LA REPARACION DE UNA DENTADURA DEL MAXILAR SUPERIOR	
C.1.	Fractura de una dentadura en la línea media.	20
C.2.	Reparación con resina autopolimerizable.	24
C.3.	Reparación de una fisura	29
C.4.	Reparación de una dentadura mandibular.	30
D.	REPARACION DE DIENTES FRACTURADOS.	34
D.1.	Reparación de un diente de porcelana.	36
	Conclusiones	38
	Bibliografía.	39

I N T R O D U C C I O N

La prolongación de la vida útil de la prótesis es uno de los problemas más arduos y difíciles de la Odontología protésica. A medida que van cambiando los fundamentos de la dentadura, las superficies de impresión pierden su adaptación adecuada a los tejidos. Sería una cuestión simple el restablecer la relación prótesis-tejidos si no se alteran otras relaciones por los cambios de las bases, las superficies de asiento de la prótesis. La impresión se complica por el hecho de que al mismo tiempo que se tomen las impresiones es preciso realizar otros ajustes importantes.

La pérdida de las superficies de asiento causa la pérdida de su retención y estabilidad. Esto se corrige mediante impresiones nuevas, pero al mismo tiempo puede producirse la disminución de la dimensión vertical oclusal en diversos grados, y la prótesis puede perder su orientación respecto de las superficies de asiento por movimiento anterior, posterior o por rotación. Es posible que el plano oclusal se reoriente en una posición incorrecta, volverse incorrectas las oclusiones céntrica y excéntrica, y que cambien el soporte de los tejidos

faciales que da la prótesis. Estos cambios y su corrección involucran la mayoría de los problemas que implica la confección de prótesis nuevas. Todos estos factores han de corregirse exitosamente en el breve tiempo que le dan los materiales de impresión de que se dispone. Como en la construcción de la prótesis original, se tiene que lidiar con los mismos problemas de control del paciente, manipulación del material y mediciones fisiológicas y mecánicas.

Las prótesis completas se rebasan cuando se las provee de bases protéticas completamente nuevas al readaptarlas a los tejidos bucales y a la prótesis antagonista. Se rebasan las prótesis agregando material nuevo de base protética a la prótesis en uso al reajustarla. El procedimiento comprende en tomar una impresión nueva en la prótesis existente. Este procedimiento se utiliza para prolongar la vida útil de las prótesis.

El rebasar una prótesis completa implica todos los problemas de confeccionar prótesis nuevas, además de la restricción de que el odontólogo no puede mover y reemplazar los dientes con tanta facilidad como cuando se trata de una dentadura nueva. Debido a la situación económica del paciente obliga a recurrir a esta técnica.

R E B A S E S

DEFINICION:

Es el proceso de añadir material de base a la superficie de la dentadura que contacta con el tejido, en cantidad suficiente para llenar el espacio que existe entre el el contorno de la dentadura original y el contorno del tejido alterado.

INDICACIONES

1. En prótesis recién hechas el rebasado sólo está indicado cuando el único defecto es la falta de ajuste de la base de los tejidos.
2. En prótesis viejas cuando sólo se trata de desajuste de la base y sólo en estas condiciones:
 - a) Cuando la prótesis tenga correcta oclusión central
 - b) Que la prótesis tenga extensión
 - c) Que tenga correcta altura.
3. Cuando los rebordes alveolares se hayan resorbido y sea mala adaptación de las bases de la dentadura.
4. Cuando el paciente no cuente con medios económicos para una nueva prótesis.
5. En dentaduras inmediatas.

CONTRAINDICACIONES

1. Cuando se ha presentado una resorción excesiva.
2. Cuando existan tejidos blandos lastimados. El rebase no estará indicado hasta que los tejidos recuperen su salud y se encuentren lo más parecidos posible a su forma normal.
3. Cuando el paciente presente problemas en la articulación temporomandibular y se haya realizado el diagnóstico y tratamiento.
4. Si las dentaduras poseen mala estética o relaciones maxilares no satisfactorias.
5. Si las dentaduras causan problemas importantes en la fonación.
6. Cuando existan grandes zonas retentivas óseas, -- hasta que se haya realizado la extirpación quirúrgica y la cicatrización.

CONSIDERACIONES GENERALES

Deberá hacerse una evaluación del paciente y de las -
dentaduras existentes antes de comenzar el tratamiento
de acuerdo a lo siguiente:

1. La dimensión vertical y oclusal deberá ser satisfactoria.
2. La oclusión céntrica tiene que coincidir con la -
relación céntrica.
3. La apariencia del paciente deberá ser aceptable -
para el dentista.
4. Los tejidos bucales deberán encontrarse en óptimo
estado de salud.
5. El límite posterior de la dentadura maxilar esta-
rá correcto.
6. Las extensiones de la base de la dentadura aseguran
la distribución adecuada de la fuerza masticatoria.

sobre un área lo más grande posible.

7. La distancia interoclusal es correcta.
8. El habla es satisfactoria con la disposición dentaria existente.
9. No deberán existir trastornos en los tejidos duros y blandos que contraindicarían la técnica, como exceso de tejido o grandes retenciones óseas.

PREPARACION DE LA BUENA BOCA

En presencia de esta estomatitis protética, debe hacerse el rebasado con material de acondicionador y renovarlo cada 48 horas o 72 horas hasta la desaparición de la estomatitis o dejar de usar la prótesis hasta su curación.

En presencia de zonas de mucosa hipertrófica se debe decidir entre la excisión quirúrgica o el rebasado compresivo que se repetirá, completándolo con material de acondicionador hasta lograr la salud de los tejidos.

Frecuentemente la intervención quirúrgica no es preparatoria del rebasado, sino que el rebasado se indica como complemento de la intervención por ejemplo, la eliminación de dientes incluidos, restos radiculares, exóstosis, quistes, etc. En tales casos, es muy importante una buena sutura para que impida la movilización de los colgajos al rebasado.

PREPARACION DEL PACIENTE

El rebasado se inicia con una impresión del reborde residual con la base protética.

En la impresión sólo interesa la reproducción de los tejidos de soporte.

El paciente debe ser adistrado, lo que a veces exige tiempo. Serán útiles las maniobras aconsejadas para obtener la relación central.

En pacientes de boca pequeña, se debe estudiar también con cuidado, la posición de las manos y el espejo para llevar el aparato a su sitio con seguridad.

TECNICA DE REBASE

PROCEDIMIENTOS CLINICOS

Uno de lo importante que debemos lograr es la salud de los tejidos de la superficie de asiento para las prótesis. Por tanto se deberá educar al paciente con respecto a los procedimientos y en especial sobre la necesidad de utilizar las dentaduras toda la noche. Debe aceptar su responsabilidad en el Plan de Tratamiento.

Se debe de asegurarse de la normalidad de los tejidos, el odontólogo coloca las prótesis en la boca del paciente para determinar cuáles son los cambios necesarios.

La dentadura dura deberá ser examinada con cuidado, corrigiendo los errores de la oclusión, hasta que se logre obtener una oclusión céntrica satisfactoria, o se la máxima intercuspidación cuspídea, que deberá coincidir con la relación céntrica.

PREPARACION DE LAS PROTESIS

Se provee espacio dentro de la prótesis para el nuevo material de impresión mediante desgaste de alrededor de 1 mm. de resina de toda la superficie tisular.

La necesidad de rebasar generalmente se limita a aquellas situaciones en las cuales la flojedad y la inestabilidad de las prótesis son acompañadas por una pérdida importante de la dimensión vertical oclusal. Es bastante obvio que, la reorientación de las bases protéticas a su posición original respecto de la ubicación actual de los tejidos podría resultar en una base protética de grosor intolerable. De ahí la necesidad de una base protética enteramente nueva y el procedimiento de rebasado. El examen clínico puede o no estar acompañado por quejas del paciente o evidencia de sitios dolorosos o alteraciones de los tejidos blandos.

IMPRESION MAXILAR SUPERIOR

Se seca la mucosa con una gasa en la región de las glándulas palatinas, se lubrica con vaselina la cara del paciente y un trozo grande de gasa se coloca sobre la lengua para mantener seco el paladar.

Se coloca en una loceta dos longitudes de componentes de pasta zinquenólica. La mezcla del material se distribuye uniformemente sobre toda la superficie interna de la prótesis.

Se retira la gasa y la escotadura vestibular y el frenillo vestibular se utilizan como guía para ubicar el extremo frontal de la prótesis. Para ubicar el extremo posterior de la prótesis la guía es el sellado palatino posterior. El dedo del odontólogo que sostiene la prótesis debe ubicarse directamente debajo del sellado.

15 segundos después de haberse colocado la prótesis en la boca, se le dice al paciente que baje el labio superior y que abra ampliamente la boca. Estos movimientos moldean el material de impresión sobre los bordes de la prótesis. Si el moldeado de bordes se hace demasiado pronto, los bordes de la impresión serán más bien agudos en lugar

de bien redondeados. La impresión superior se guarda --
hasta que se termine con la inferior.

IMPRESION MAXILAR INFERIOR

Una vez preparado al paciente para la impresión inferior, se coloca bajo la lengua la gasa para mantener seca la boca. Se mezcla el material de impresión o la pasta zinquenolítica y se distribuye sobre la superficie interna de la prótesis desgastada en forma homogénea.

La prótesis se coloca en la boca exactamente sobre el reborde y se le dice al paciente que levante ligeramente la lengua. Los dedos índices del odontólogo se colocan sobre los primeros molares y se asienta la prótesis mediante su ve presión hacia abajo.

Después de 15 segundos se le dice al paciente que abra ampliamente la boca, que coloque la lengua contra los dientes anteriores superiores y la mantenga ahí, esto realiza todo el moldeado de bordes que se requiere para formar -- los bordes de la impresión inferior.

Se puede quitar el exceso de material una vez que haya -- fraguado. Una vez que haya fraguado completamente el material de impresión se quita la prótesis.

Se limpian las superficies oclusales de todo vestigio de material de impresión y también de las superficies vestibulares de las bases protésicas.

OBSERVACION EN LA BOCA

Después de haberse observado las posiciones relativas - de los dientes, las prótesis se vuelven a colocar en -- la boca, donde se compara la oclusión con aquella que - se había visto en las prótesis al tenerlas en la mano. El odontólogo coloca las pulpas de los dedos índices y pulgar entre los dientes superiores e inferiores para de tectar contactos entre los mismos a la vez que se indica al paciente que lleve la mandíbula hacia atrás y que - cierre los dientes hasta que estos toquen apenas. Con esta prueba se descubre cualquier error oclusal.

REPARACION DE DENTADURAS

DEFINICION:

Reparar es devolver a la normalidad funcional y estructural, a aquello que lo ha perdido.

REPARAR EN PROTESIS: Restaurar una prótesis que se ha --
fracturado o ha perdido uno o más dientes, o uno o más --
retenedores, haciéndolo nuevamente apto para su correcto
uso.

Una parte de la prótesis es la reparación de las dentaduras completas. Este problema puede tratarse con frecuencia como procedimiento de laboratorio, pero es necesario el conocimiento de la preparación así como de la fase -- técnica, ya sea que el trabajo se haga en el consultorio o se mande al técnico.

El dentista debe darse cuenta del peligro de la reparación. Muchas reparaciones son difíciles de unir correctamente, lo cual tendrá por consecuencia que no ajusten -- bien. Si se requiere un segundo proceso de curado mediante calor, se producirán cambios porque la resina vieja se ablanda por el calor. Estos cambios pueden causar alteraciones de la oclusión. así como el ajuste de las prótesis sobre la superficie del asiento. Por esta razón podría -- ser aconsejable tomar un nuevo registro de relación céntrica, montar la prótesis y retocar la oclusión una vez -- terminada la reparación.

Frecuentemente la fractura de dientes aislados, así como la de toda la prótesis se produce por un cambio de las -- relaciones oclusales, entonces el retoque oclusal será -- imprescindible para evitar que la fractura se repita. --

Es imposible mediante procedimientos de laboratorio devolver una oclusión perfectamente ajustada. Asimismo es conveniente advertir al paciente que los tejidos cambiarán -- durante el tiempo que transcurra mientras no se usa la prótesis, pero que se reajustarán poco después. El paciente no debe pensar que es solamente por culpa de la prótesis - si ésta no parece la misma inmediatamente después de colocada.

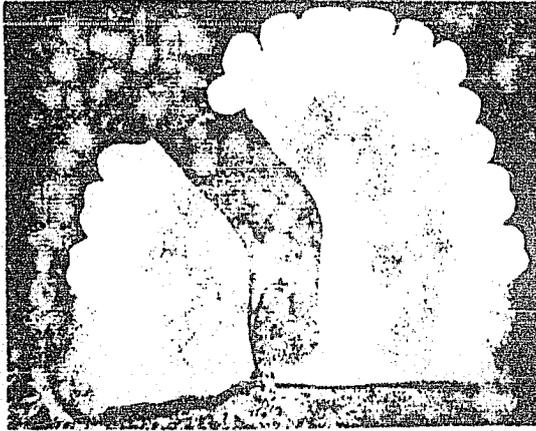
PROCEDIMIENTOS PARA LA REPARACION DE UNA DENTADURA DEL MAXILAR SUPERIOR

FRACTURA DE UNA DENTADURA EN LA LINEA MEDIA

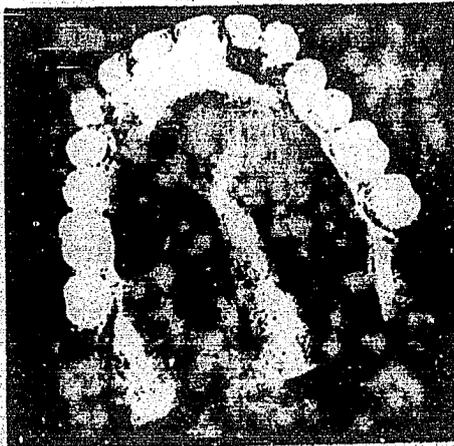
Las piezas se unen para determinar un ajuste preciso. Si los fragmentos no pueden aproximarse de esta manera, la reparación quizá no sea exitosa. La dentadura se sostiene con cera pegajosa y pequeños palillos de madera o puntos de modelina, se hace un modelo de yeso después de haber bloqueado las zonas retentivas dentro de la dentadura. La dentadura se retira del modelo y se elimina la cera pegajosa y los palillos.

Para dar principio a la reparación se eliminan de 2 a 3 mm. de acrílico de la fractura de la línea media de la dentadura. Se hace un bisel largo y redondeado a cada lado de la abertura de 5 mm. de ancho a lo largo de toda la línea media y hasta la superficie labial. Se pinta el modelo de yeso con una solución separadora y las dos porciones de la dentadura se colocan nuevamente sobre el modelo. El acrílico para separación se aplica humedeciendo los fragmentos por reparar con monómero y agregando el polímero en polvo y más monómero. Esto se hace en pequeños incre-

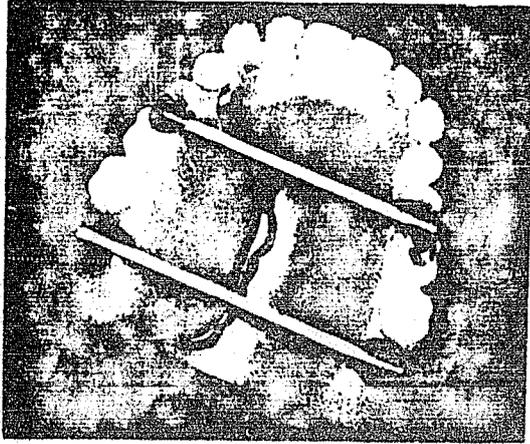
mentos hasta haber cubierto todas las áreas. Deberá pro
cederse con cuidado para evitar la deshidratación del --
acrílico de reparación antes de que toda la zona haya si
do rellenada.



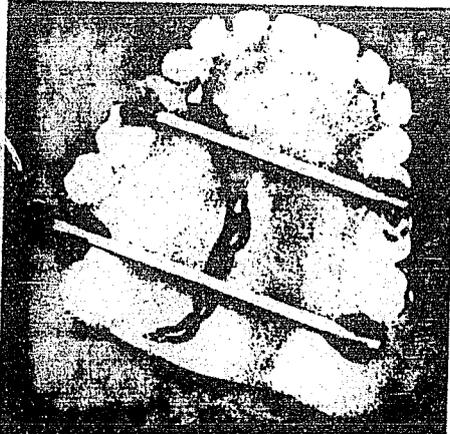
Pieza de la dentadura maxilar fracturada.



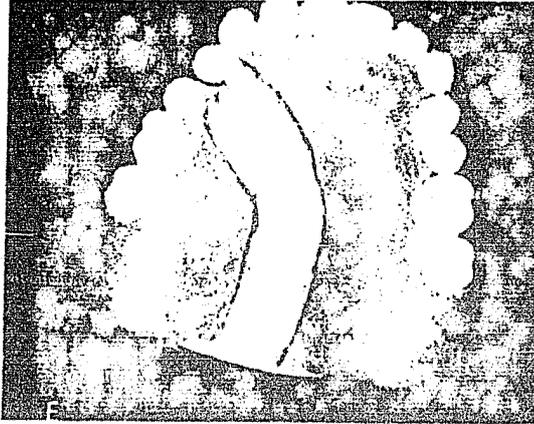
Pieza ensamblada.



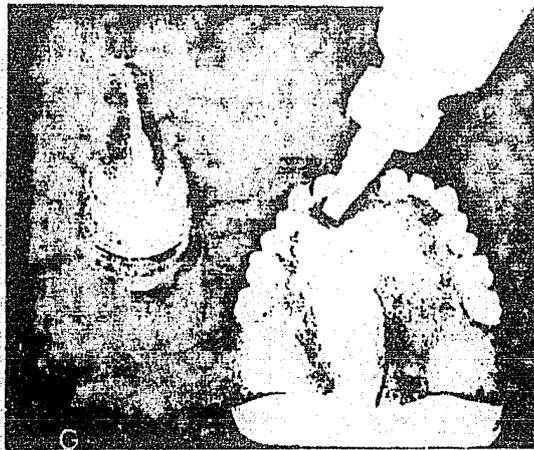
Pieza sostenida con cera pegajosa y palillos de madera



El modelo en yeso se reproduce dentro de la dentadura



Aquí aparece el bisel de la dentadura a reparar.



Se aplica el monómero y polímero por goteo.

Otra técnica para reparación de dentaduras del maxilar superior.

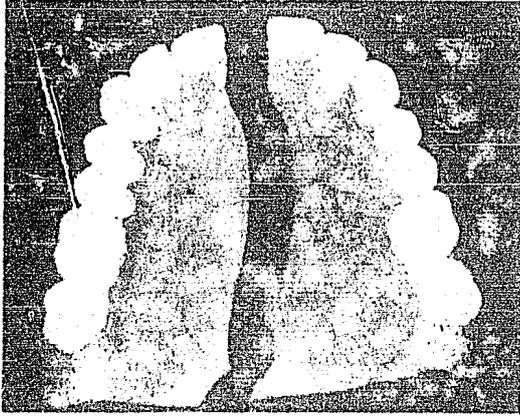
Se limpian los bordes fracturados de restos u otras interferencias de modo que las dos partes coincidan perfectamente.

Se mantienen unidas las dos mitades mediante una fresa vieja, que se pega a los dientes y a las superficies -- de la resina mediante cera pegajosa. No se coloca cera sobre la fractura para que se puedan examinar los lados del tejido y el palatino para ver que están correctamente adaptados. Se vibra yeso con suavidad del lado palatino para evitar la formación de burbujas y se coloca - sobre la prótesis para formar el modelo.

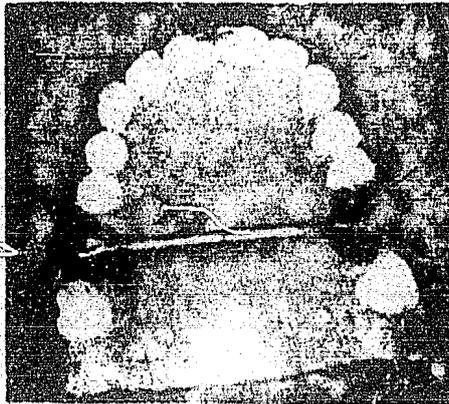
REPARACION CON RESINA AUTOPOLIMERIZABLE.

Después de haber limpiado y de haber unido perfectamente la prótesis, se adapta una hoja de estaño a la superficie basal de la prótesis, previo el vaciado del modelo - de yeso dentro de la prótesis. El modelo se separa de la prótesis y se recorta la resina de los dos lados de la - fractura y se bisela. Después se vuelve a colocar el --

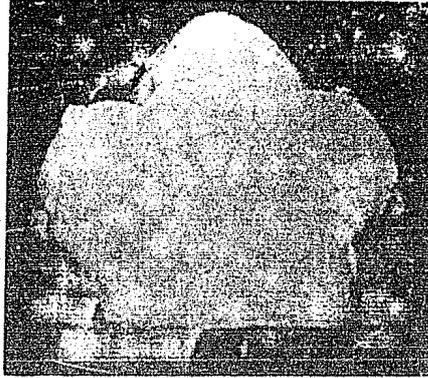
modelo, se pincelan con monómero las superficies cortadas y se coloca resina autopolimerizable en la brecha. Se coloca una hoja mojada de celofán sobre la resina blanda y se mantiene presión digital sobre ésta por 15 minutos.



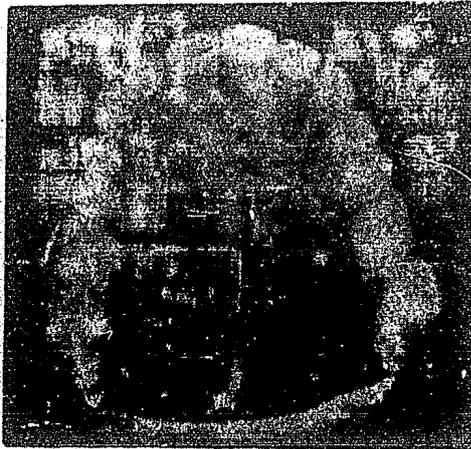
Se requiere unir las partes rotas para controlar la deformación o trozos perdidos.



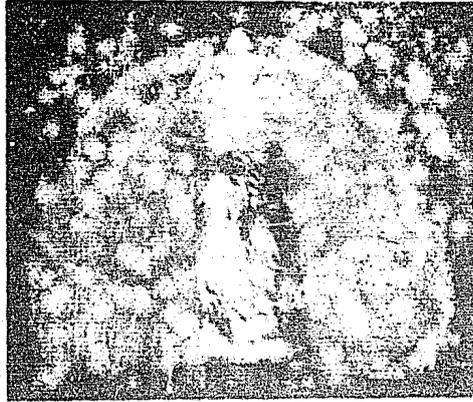
Partes unidas mediante cera pegajosa y una fresa vieja



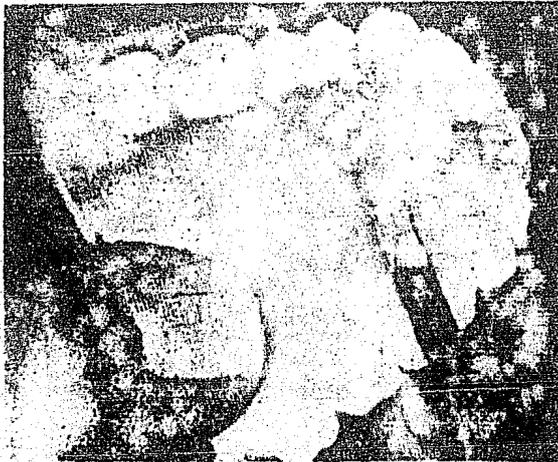
Se vierte yeso de impresión en la prótesis para mantener la posición de las partes.



Se corta la resina a lo largo de la línea de fractura y se vuelve a unir sobre esta matriz de acrílico después de haberse colocado una hoja de estaño en la superficie tisular de la prótesis.



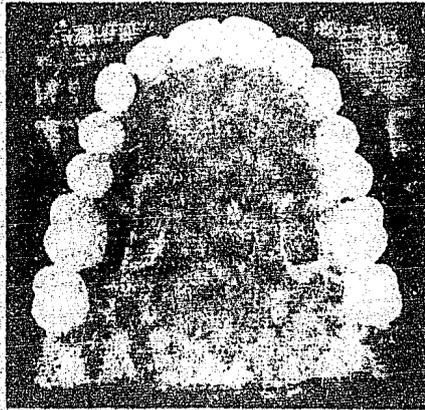
Se coloca una hoja de estaño sobre la línea de fractura.



Se vierte resina acrílica autopolimerizable en la fractura abierta sobre la hoja de estaño.



Se coloca celofán húmedo sobre la resina blanda y se man
tiene en su posición bajo presión.



Reparación terminada.

REPARACION DE UNA FISURA

Debe repararse con acrílico termopolimerizable, más resistente, aunque a veces tomada en su primer período, antes de que se haya propagado a vestibular, se puede salir del paso mediante una reparación simple.

Con una fresa cilíndrica se abre la fisura hasta su extremidad y se hacen retenciones mecánicas en los costados.

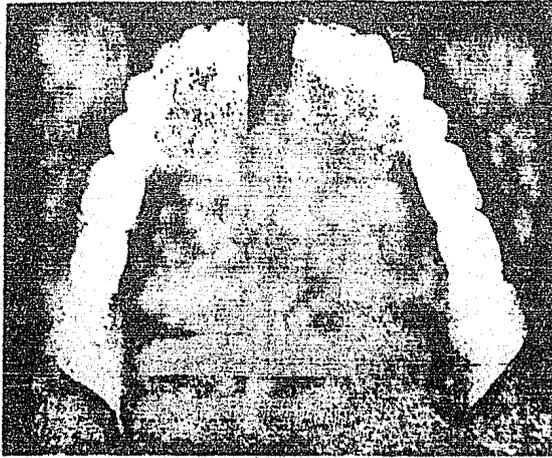
Se prepara acrílico, se hace correr en la hendidura preparada, se pone del lado de la mucosa papel de celofán mojado y se lleva a la boca, compimiendo el acrílico con el dedo protegido por papel de celofán mojado.

Se retira la prótesis de la boca, se elimina con cuidado el sobrante de acrílico pasado a palatino, si todo es satisfactorio, se vierte agua a 50°C. durante veinte a treinta minutos para obtener la mayor polimerización inmediata posible sin riesgo a deformar la prótesis.

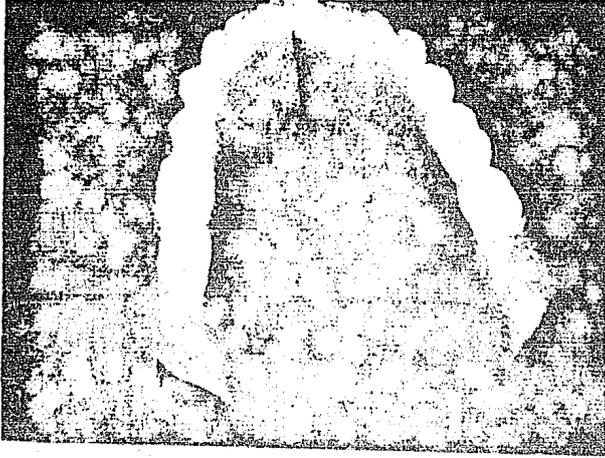
Después de pulir la prótesis informaremos al paciente de la probable repetición de la fisura, pues el acrílico de la reparación y especialmente el autocurable es más débil que el termocurable.

REPARACION DE UNA DENTADURA MANDIBULAR

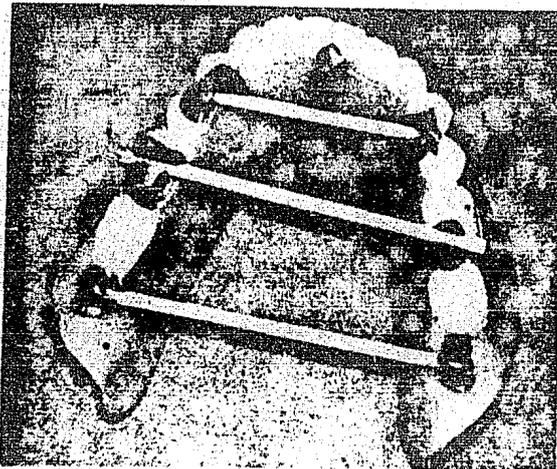
Para una reparación de una dentadura mandibular la técnica y los pasos son los mismos que para una reparación de una dentadura maxilar.



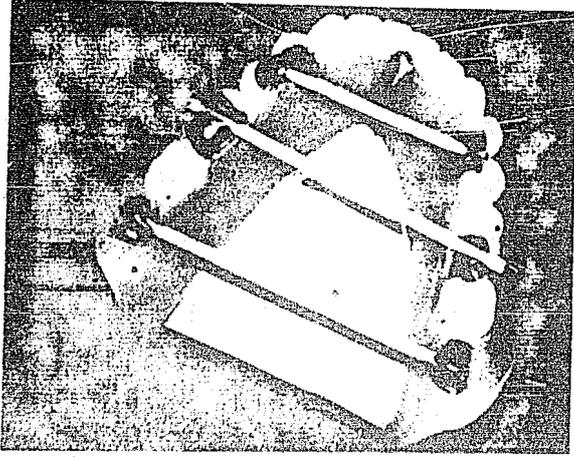
Fractura en la línea media de la dentadura mandibular



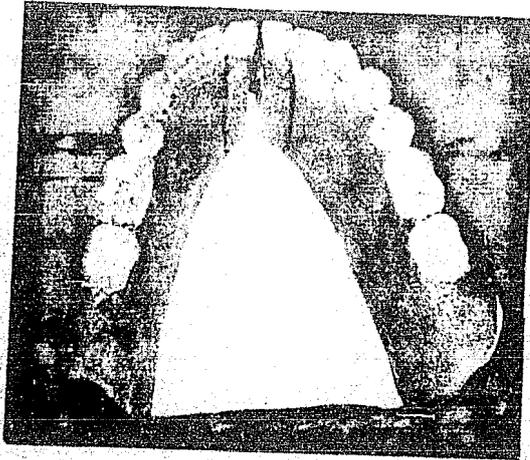
Deberá revisarse la precisión de las porciones ensambladas.



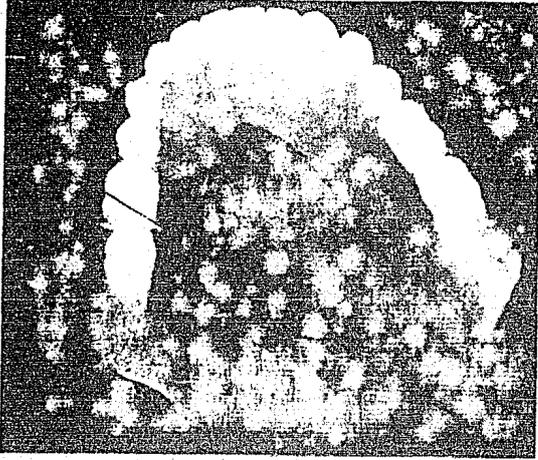
Los fragmentos son sostenidos con cera pegajosa y palillos de madera.



Modelo de yeso vaciado dentro de la dentadura.



Pieza ensamblada lista para la reparación.



Reparación terminada.

REPARACION DE DIENTES FRACTURADOS

Los aparatos de prótesis se rompen con relativa frecuencia, con la particularidad, al decir de los pacientes, - de no deberse casi nunca a caídas o mal trato, sino en la boca al morder algo blando, sin la menor violencia.

Las roturas son variadas, las más comunes son roturas de dientes, bases fisuradas y bases partidas; pero también hay placas metálicas rotas, dientes despegados, perforaciones de la base y deformaciones de los aparatos.

Frente a un accidente de una prótesis debe decidirse, en primer lugar, si tiene arreglo; luego qué clase de arreglo y cuánto tiempo exigirá. La práctica frecuente de enviar la reparación al técnico, sin verla hasta con el mismo paciente para ganar tiempo, tiene el inconveniente de una suplantación de responsabilidades contraria a las sanas normal del ejercicio profesional, ya que obliga al laboratorista a tomar decisiones de las que no puede ser responsable.

El acrílico espontáneo ha introducido una ventaja inapreciable para las reparaciones simples que antes se resol-

vían por medios precarios (amalgama, cemento, calor, ligaduras) o no se resolvían y debían hacerse mediante reparaciones de taller.

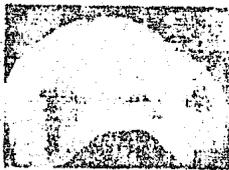
REPARACION DE UN DIENTE DE PORCELANA

Se calienta poco a poco el diente roto con una lámpara de Hanau hasta que reblandecido el acrílico que lo rodea, el diente se desprenda sin dificultad y sin deformar la prótesis. Enfriada la base, con una fresa se excava ligeramente el hueco hasta que el diente nuevo calce en su lugar y se le hace una guía de posición con yeso. Se prepara un poco de acrílico autopolimerizable, se coloca en el hueco, se pone el diente en su sitio. Cuando el acrílico comienza a polimerizar, se lleva a la boca para controlar la oclusión. Se modela el acrílico plástico con una espátula envaselinada, se controla nuevamente en la boca y se hecha al agua tibia a 50°C durante algunos minutos, -- se recortan los excesos y se pule.

Se procederá con más seguridad si se pega el diente con cera, se lo prueba en la boca y se hace una guía de yeso para mantenerlo en posición mientras se fija con acrílico. En cambio, cuando se carece del diente de reemplazo y la reparación urge, se puede salir del paso modelando en el sitio un diente de acrílico de color apropiado.



Prótesis con un diente roto



El diente desprendido por calentamiento suave



El diente nuevo ajustado en su sitio

C O N C L U S I O N E S

Para que el rebase de una dentadura sea un éxito los procedimientos que se llevaran a cabo deberán ser con verdadera habilidad y buen juicio clínico.

El rebase es sustituto adecuado para nuevas dentaduras. Sin embargo las dentaduras rebasadas deberán recibir la misma atención que las nuevas, llamando a los pacientes con la frecuencia necesaria para el examen de los tejidos y las relaciones maxilares.

Las fracturas de las prótesis frecuentemente trae por con siguiente cambios en las relaciones oclusales, entonces el retoque oclusal será necesario para que la fractura no se repita, por lo tanto es conveniente advertir al paciente que los tejidos cambiaran durante el tiempo que no use la prótesis, esto es con el fin de que el paciente no piense que es por culpa de la prótesis si ésta no parece la misma después de colocada.

B I B L I O G R A F I A

DENTADURAS COMPLETAS Y ANCLADAS

Jack Buchman y Ajax Menekralis
Edit. Labor, S.A.
Barcelona - Madrid - Buenos Aires - Bogota Caracas

PROSTODONCIA TOTAL

Pedro Saizar
Buenos Aires Mundi 1972

PROSTODONCIA TOTAL

Sheldon Winkler
Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V.
1a. Edic. en español. 1982.

PROTESIS PARA EL DESDENTADO TOTAL

Carl O. Boucher
Editorial Mundi S.A.I.C. y F
Buenos Aires Argentina