

**EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA TÉCNICA
DE AJUSTE DE PRÓTESIS TOTAL, EFECTUADO CON
ACRÍLICO AUTOPOLIMERIZABLE PRENSADO**

Tesis presentada por:

FERMÍN LEÓN TOBAR

**ANTE EL TRIBUNAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, QUE PRACTICÓ EL
EXAMEN GENERAL PÚBLICO, PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE:**

CIRUJANO DENTISTA

Guatemala, mayo de 2006

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano:	Dr. Eduardo Abril Gálvez
Vocal Primero:	Dr. Sergio Armando García Piloña
Vocal Segundo:	Dr. Juan Ignacio Asensio Anzueto
Vocal Tercero:	Dr. César Mendizábal Girón
Vocal Cuarto:	Br. Pedro José Asturias Sueiras
Vocal Quinto:	Br. Carlos Iván Dávila Álvarez
Secretaria:	Dra. Cándida Luz Franco Lemus

TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXAMEN GENERAL PÚBLICO

Decano:	Dr. Eduardo Abril Gálvez
Vocal Primero:	Dr. Sergio Armando García Piloña
Vocal Segundo:	Dr. César Antonio Mendizábal Girón
Vocal Tercero:	Dr. Víctor Hugo Lima Sagastume
Secretaria:	Dra. Cándida Luz Franco Lemus

ACTO QUE DEDICO

A DIOS	Sendero de luz que ha iluminado mis caminos y que me ha dado inteligencia y sabiduría. Gracias por guiarme siempre
A MIS PADRES	Fermín León Hiú (Q.E.P.D.) María Hortensia Tobar Gaitán Les agradezco por sus infinitos consejos y el apoyo que me brindaron en todo momento
A MI ESPOSA	T.S. Rosa Amelia Guzmán Hernández Ser querido en donde encontré la felicidad pura, a quien le debo mis metas realizadas por todos los esfuerzos que ha hecho por mí.
A MIS HIJOS	Carlos Roberto León Guzmán Marvin León Guzmán Gracias por su cariño, respeto y amor, este triunfo es para ustedes
A MIS HERMANOS	Samuel Antonio y Edgar René Lau Tobar, Francisco Julián, Blanca Estela y Berta Consuelo (Q.E.P.D.) León Tobar. Mi cariño y respeto para cada uno de ustedes
A MIS TÍOS	Con mucho aprecio y por todo el cariño que siempre me demostraron
A MIS SOBRINOS	Gracias por apoyo moral

TESIS QUE DEDICO

A **DIOS** por la fortaleza, la sabiduría y por guiar mis caminos
en todo momento

A mi patria **Guatemala**

A **Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos
De Guatemala**

A **Dr. Víctor Hugo Lima Sagastume**
Dr. Walter René Monasterio Contreras
Dr. Edwin Ernesto Milián Rojas
Agradezco su apoyo y asesoría para poder realizar esta tesis

A **Dr. Vicente León Jó**
Por brindarme su amistad y su apoyo incondicional

A **A mis compañeros de estudio**
Por las experiencias y momentos compartidos

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a su consideración mi trabajo de tesis intitulado “Evaluación de la efectividad de la técnica de Ajuste de Prótesis Total, efectuado con acrílico autopolimerizable prensado”, conforme lo demandan los Estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al Título de:

CIRUJANO DENTISTA

Manifiesto mi profundo agradecimiento a todas y cada una de las personas que contribuyeron en la realización de este trabajo de investigación, brindándome su comprensión, dedicación y apoyo; a quienes me dieron palabras de aliento y me motivaron a seguir adelante, especialmente a Dios y mis seres queridos quienes estuvieron conmigo en todo momento, y gracias a ellos fue posible la realización de este trabajo. Asimismo deseo manifestar y dejar constancia de mi reconocimiento póstumo al doctor Jorge Luis Villatoro López, por su invaluable y desinteresado apoyo en la asesoría que recibiera durante el desarrollo del protocolo de esta investigación.

Y a ustedes distinguidos miembros del Honorable Tribunal Examinador, reciban mis más altas muestras de respeto y consideración

Í N D I C E

	Página
Sumario	1
Introducción	2
Planteamiento del Problema	3
Justificación	4
Revisión de Literatura	5
Objetivos	14
Materiales y Métodos	15
Resultados	21
Discusión de Resultados	30
Conclusiones	31
Recomendaciones	32
Limitaciones	33
Referencias Bibliográficas	34
Anexos	36

SUMARIO

Con el fin de aportar resultados que puedan contribuir a demostrar que el procedimiento de reajuste de prótesis total con acrílico autopolimerizable prensado es factible de realizar y, por lo tanto, útil en el quehacer diario clínico, se seleccionó pacientes que recibieron las prótesis totales durante el año 1994; a ellos se les citó para que asistieran a las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. En dicha cita se les interrogó sobre varios tópicos relacionados con el uso de sus prótesis totales. Las preguntas realizadas mediante un instrumento elaborado para tal fin, sirvieron como requisito indispensable para determinar a que pacientes se les efectuaría el reajuste, y fueron los que formaron la muestra para realizar el trabajo correspondiente a la presente investigación.

En esta investigación se tomó en cuenta a cada uno de los pacientes ingresados a la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, durante el año 1994, para el tratamiento específico de prótesis total.

Para la elaboración del reajuste con acrílico autopolimerizable en este estudio, se rebasaron seis casos de prótesis total, de los cuales cuatro fueron superiores y dos inferiores, tomando en cuenta que los resultados deberían permitir la adaptación a la mucosa, comodidad del paciente y que además resultara eficaz indiferentemente en prótesis superiores como inferiores. Para tal fin, se utilizó la “prensa especial”, que al usarla adecuadamente ha demostrado que produce resultados satisfactorios.

Al concluir el tratamiento del reajuste de las prótesis totales con acrílico autopolimerizable, incluyendo sus respectivas re-evaluaciones, mediante una técnica simplificada, se pudo establecer que los resultados obtenidos fueron muy favorables, en cada uno de los pacientes tratados.

INTRODUCCIÓN

Por un proceso fisiológico natural, los tejidos bucales que soportan una prótesis total, sufren transformaciones en su estructura. Cambios que hacen perder la retención de las dentaduras.

Los reajustes para prótesis total deben verse como procedimientos naturales y cotidianos, para proporcionarle al paciente la oportunidad de mantener en la mejor forma posible el estado de salud de su boca. En especial la estructura anatómica de sus tejidos, que vienen a ser, especialmente, las responsables del soporte de retención y estabilidad de la dentadura.

Los reajustes se efectúan comúnmente con acrílico termocurable y se procesan por medio del enmuflado convencional.

En este estudio, se llevó a cabo un procedimiento en el que se utilizó acrílico autopolimerizable, habiéndose diseñado y construido para dicho propósito una “prensa especial”, con el objeto de sustituir el enmuflado, lo que permitió manejar el acrílico autopolimerizable desde un sistema de prensado permitiendo realizar el procedimiento en pocos minutos.

Con el sistema mencionado, se favoreció al paciente, dándole comodidad de continuar usando sus dentaduras sin interrupción y con una reducción de costos por los servicios profesionales otorgados.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los problemas inevitables que un paciente de prótesis total tendrá, es la reabsorción de los rebordes alveolares luego de haberse extraído sus dientes en su totalidad, y que para minimizarla, deberá usar aparatos protésicos adecuadamente adaptados, para estimular la función del hueso alveolar.

Por tal razón, no es de extrañarse, que cada uno de estos pacientes, en alguna oportunidad, tiene que recurrir nuevamente al odontólogo, para llevar a cabo un reajuste en sus prótesis. Manifestando frecuentemente que sus dentaduras las sienten flojas, o bien, que han perdido alguna cualidad de ellas, como la eficiencia masticatoria o la capacidad fonética.

Se ha podido observar que para poder realizar el reajuste como tradicionalmente se ha efectuado el odontólogo debe mandar al laboratorio dental la o las prótesis para que en él se realice parte del procedimiento para mejorar las características de las prótesis. Por lo tanto, para obtener el trabajo necesario, el paciente tendrá que esperar por un largo período de tiempo el reajuste deseado, provocándole incomodidad al tener que dejar sus prótesis y por ello no poderlas usar, creándole ciertas incomodidades.

Ante esta situación, se hizo necesario llevar a cabo la presente investigación, donde se da a conocer al odontólogo, un método fácil de corregir deficiencias de las prótesis totales y que a la vez podrá efectuarlo en la propia clínica, tomando para ello un período corto de tiempo y que no necesariamente el paciente deberá abandonar la clínica para regresar por sus prótesis debidamente adaptadas.

JUSTIFICACIÓN

En la época actual, cuando todas las actividades humanas se miden y se hacen en razón a “tiempo disponible”, es indispensable encontrar procedimientos acordes a esa realidad que coadyuven a minimizar la utilización de largos períodos de tiempo, manteniendo, por supuesto, la calidad de lo elaborado.

Es sabido que tradicionalmente se han descrito y a la vez se han utilizado sistemas o tratamientos que aunque eficaces, absorben una cantidad de tiempo considerable. Por ello, es fundamental crear técnicas que puedan ayudar a elaborar los tratamientos en el menor tiempo posible y a un costo favorable para el paciente.

Adicionalmente, existe la posibilidad de aprovechar las ventajas que producen las resinas acrílicas, en este caso, la autopolimerizable, al efectuar el reajuste de la prótesis total. En la misma cita en que se inicia el tratamiento.

De acuerdo a los resultados obtenidos con los diferentes métodos llevados a cabo hasta la presente época, se hace referencia en la eficacia de la técnica de reajuste, realizada en el presente estudio.

REVISIÓN DE LITERATURA

REAJUSTE DE LA PRÓTESIS TOTAL

“Operación que consiste en rellenar la luz o espacios que puedan existir en una prótesis o dentadura artificial. Estos espacios pueden presentarse en prótesis recién construidas, sobre todo si se han confeccionado inmediatamente después de la extracción de los dientes naturales. Sin embargo, también en dentaduras colocadas mucho tiempo después de las extracciones, se producen estos espacios, debido a cambios de las estructuras orgánicas”⁽⁹⁾.

INDICACIONES

Resistido por algunos odontólogos, que no encuentran en el reajuste, la necesaria seguridad técnica; abusado por otros, que esperan de él, la salvación para numerosos defectos, el rebasado es una manera de corregir los defectos protésicos que dependen del ajuste de la base a los tejidos y no se debe esperar de él otra cosa⁽¹⁸⁾. En otro tiempo se creyó que constituyera el procedimiento correcto para terminar las prótesis con la máxima exactitud⁽⁸⁾. “Desde el punto de vista teórico, el rebasado es el medio más lógico de aproximarse a la perfección en la adaptación de la dentadura artificial, a los tejidos de soporte”⁽¹⁰⁾. La experiencia nunca confirmó estas esperanzas. Junto a éxitos especuladores aparecen inesperados y rotundos fracasos generalmente difíciles de explicar y el empeño de los odontólogos sigue concentrándose en producir prótesis que no requieren rebasado⁽¹⁾.

Con criterio práctico, Bronstein distinguió tres clases de prótesis que pueden requerir rebasado⁽⁴⁾, las cuales son:

1. Prótesis nuevas.
2. Prótesis inmediata.
3. Prótesis antiguas.

En las inmediatas, el rebasado es una indicación absoluta, para compensar los desajustes que origina el proceso cicatrizal.

“En las recién hechas, el rebasado solo está claramente indicado de acuerdo con la experiencia del profesional que las realiza, cuando el único defecto es la falta de ajuste. Existen otros defectos, lo mismo que si no es claro que la falta de retención o estabilidad se deba a la falta de ajuste, el rebasado suele constituir una invitación a otro fracaso”.

En cuanto a las prótesis antiguas, se debe ser muy cauto al estimar sus posibilidades de rehabilitación mediante el rebasado. Se arriesga a volver la prótesis mucho menos adaptada que antes. Si se intenta un rebasado en estas condiciones, el paciente debe conocer el riesgo de fracaso.

Las probabilidades de éxito, que en cierto modo coinciden con las indicaciones del rebasado, son mayores cuando solo se trata de desajustes de la base y disminuyen a medida que aumente el número de defectos que requieren corrección⁽¹⁸⁾.

La primera condición es que la prótesis tenga correcta oclusión central en relación céntrica. Si no la tiene, se debe corregir como condición “*sine qua non*”, a pesar de la cual las probabilidades de fracaso aumentan⁽¹⁸⁾.

La segunda condición es que tengan extensión.

La tercera condición es que exista suficiente espacio entre el reborde desdentado superior y el inferior.

REBASES CON AUTOPOLIMERIZABLES

La posibilidad del rebasado directo, puesta en práctica por el ingenioso Giusepangelo Fonzi a principio del siglo XIX, mediante el forrado de la superficie de asiento de las placas con una capa de caucho crudo⁽¹¹⁾, fue una especie de ideal soñado que pareció cumplirse, al fin, con el advenimiento de las resinas acrílicas.

Hay varios tipos de materiales autopolimerizables que pueden añadirse a las bases de las dentaduras, ya sea para hacer reparaciones cuando están rotas o en plan de rebasados, cuando se hallan desajustadas. La ventaja principal es que no necesita un procedimiento que requiera mucho tiempo en su elaboración ni un trabajo de laboratorio cuantioso. En cambio, algunas de sus desventajas es que este material ni es tan denso ni tan fuerte como el material acrílico corriente, que debilita la dentadura base, que cambia de color con el tiempo, que encoge o se contrae al fraguar y que su aspecto no es tan bueno como el de los materiales tratados bajo presión y calor. Cuando sus desventajas son superadas, estos materiales autopolimerizables pueden utilizarse ampliamente, aún en el presente estado de conocimientos del ser humano, sirve bien cuando se maneja convenientemente⁽¹⁴⁾.

Los materiales de autocurado están disponibles para rebasar dentaduras de resina directamente dentro de la boca. Por desgracia, algunos materiales generan suficiente calor y dañan los tejidos bucales. Una mayor cantidad de material de rebasado aumenta el calor generado. Todos estos materiales, los cuales aparecen en la lista de materiales certificados por la Asociación Dental Americana, deben cumplir con la especificación No. 17 (“Resinas para rebase temporal de bases para dentaduras”), la cual limita el grado de temperatura al que se eleva y al máximo de temperatura generada⁽¹⁶⁾.

REACCIONES ALÉRGICAS

Se ha hablado mucho acerca de las posibles reacciones tóxicas o alérgicas al poli-metacrilato de metilo. En teoría puede ocurrir una irritación química a partir del polímero, el monómero residual, el peróxido de benzoil, la hidroquinona, el pigmento o presentarse un producto de reacción entre alguno de los componentes de la base de la prótesis y su medio ambiente. Uno de dichos productos es el formaldehído, el cual se forma de diversas maneras. Las mezclas de autocurado, liberan más formaldehído que los acrílicos de termocurado⁽¹⁷⁾. Al aumentar la relación de polímero y monómero se reducirá la liberación de formaldehído de las resinas de autocurado. Todos estos ingredientes se han evaluado desde el punto de vista biológico⁽¹⁶⁾.

Pocas veces se ven reacciones alérgicas verdaderas a resinas acrílicas en la cavidad bucal. El monómero residual, que se halla aproximadamente en 0.5% en una prótesis bien procesada, es el componente común aislado como irritante. Si en la prótesis se mide el contenido de monómero

después de su conservación en agua, se observa que a las 17 horas ya se eliminó el monómero libre en la superficie de la prótesis⁽¹⁹⁾. El resto del monómero no se extrae con facilidad. Incluso si se consiguiera extraer parte de él por tensión continua de la prótesis, las pruebas indican que se eliminarían con rapidez.

Así, si el monómero residual fuera la causa de las irritaciones producidas por la prótesis, sería previsible que su efecto fuese comparativamente rápido, pero la mayor parte de los casos clínicos que presentan irritación bajo la prótesis se producen en meses o incluso años, después de su instalación. La cuidadosa valoración clínica de una gran cantidad de las denominadas alergias a resinas acrílicas, demostró que el factor etiológico son condiciones antihigiénicas bajo las prótesis mal adaptadas que traumatizan los tejidos⁽¹⁵⁾. La alergia verdadera a la resina acrílica se reconoce por la prueba del parche⁽¹⁶⁾.

En Odontología, se observa a veces un efecto biológico algo diferente que produce el monómero. El contacto directo del monómero durante un período continuo, provoca dermatitis. Esto ocurre en algunos procedimientos de laboratorio. Debido a esta posibilidad, el odontólogo o el técnico de laboratorio deben abstenerse de manipular la masa plástica de resina con las manos. La alta concentración de monómero en la masa plástica produce una irritación local e incluso notable sensibilización de los dedos. El uso del monómero debe limitarse a áreas bien ventiladas para evitar una reacción tóxica debida a la inhalación del vapor del monómero⁽¹⁶⁾.

TOXICOLOGÍA

No hay pruebas de que estas resinas dentales puedan producir cualquier efecto sistémico sobre el paciente. Es muy baja la cantidad de metacrilato de metilo del monómero que puede entrar en circulación con solo pasar por la mucosa bucal. La vida promedio del metacrilato de metilo en sangre a los 37° C está en un intervalo de 20 a 40 minutos y su eliminación se efectúa mediante la hidrólisis a ácido metacrilato⁽⁷⁾.

Algunos de estos materiales que son hechos para reparar y para fines de rebase, cumplirán con la Especificación No. 13 (“Resinas autopolimerizables para reparación de dentaduras”) para reparaciones; sin embargo, pueden no cumplir con los requerimientos de temperatura de la Especificación No. 17. Otros que pueden cumplir con la Especificación No. 17 son convenientes solo

como un recurso temporal, porque tienden a perder el color, se vuelven impuros o pueden salirse de la base de la prótesis. Ellos a menudo contienen plastificantes o solventes para incrementar su fluidez durante la colocación de la prótesis. Por la misma razón también pueden emplearse polímeros de bajo peso molecular⁽¹⁶⁾.

Tipos similares de materiales de rellenos suelen anunciarse en periódicos y venderse para uso en casa. Dichos materiales son de menor calidad. Su uso suele dañar los tejidos bucales puesto que los usuarios no poseen el conocimiento necesario para establecer las relaciones oclusales y mandibulares requeridas para una función dentaria eficaz⁽¹⁶⁾.

CONSIDERACIONES TÉCNICAS

Una técnica sencilla y eficaz es la siguiente: se reducen dos milímetros, los bordes periféricos de la dentadura, a excepción del borde palatino. Se eliminan los socabados, desgastando las partes salientes. A toda la superficie interna de la dentadura se le gasta en la profundidad un milímetro. Con cera o con diversos productos que ofrece el comercio, se rellena la dentadura y se inserta en la boca. Se le pide al paciente que junte los arcos dentales ejerciendo una ligera presión que debe mantener de tres a cinco minutos, entonces se retira con cuidado la dentadura. Para aflojarla es útil enviar un chorro de aire por la parte posterior, levantando con la punta de la jeringa para aire el paladar blando, lo que generalmente hará que la base de la prótesis se desplace.

Una vez retirada la chapa, se lava, seca con cuidado y se observa si no falta o si existe exceso de material usado, en cuyo caso se corrigen los defectos y estará lista para enviarla al laboratorio⁽⁹⁾.

Unos cuantos pacientes estarán satisfechos de llevar dentaduras artificiales, que técnicamente no son muy buenas, desde el punto de vista del dentista. Estos pacientes han logrado una hiperadaptación fisiológica. Esta situación no es particularmente deseable, ya que estos pacientes utilizando continuamente dentaduras mal ajustadas, pueden muchas veces sufrir lesiones irreparables de los tejidos de sostén. Aunque está comprobado que el servicio de las dentaduras completas con buen resultado dependen en gran parte de la actitud psicológica del paciente ante su estado desdentado, los tejidos blandos pertenecientes a la boca han de poderse adaptar a las dentaduras artificiales⁽⁵⁾.

Durante los primeros meses, la resina acrílica de la base absorbe agua. Esta adición de agua de la resina puede cambiar el tamaño y la forma de las dentaduras. Cada uno de estos cambios por pequeños que sean, son suficientes para cambiar la oclusión. Diminutos cambios de la oclusión pueden causar dolor por los cambios de función⁽³⁾.

Woelfel y colaboradores en una evaluación clínica subjetiva de sesenta y tres dentaduras, con tres y seis años de uso, hechas de diferentes tipos de materiales de base, mostraron un gradual deterioro en la oclusión céntrica y relaciones excéntricas, en la estabilidad en las condiciones de los tejidos bucales y en su servicio, tal y como fueron juzgadas, tanto por el paciente como por el odontólogo⁽²⁰⁾.

Las causas de la reducción gradual en la retención, estabilidad y utilidad de las dentaduras fueron los cambios en la dimensión y contorno de los tejidos suaves y duros sobre los cuales descansa la dentadura, más que los cambios dimensionales propios de éstas⁽²⁰⁾.

Tanto el tejido óseo como la mucosa de soporte, sufren cambios constantes, que pueden ser muy grandes si las bases de las prótesis y los esfuerzos masticatorios causan presiones indebidas sobre ellos. Las piezas artificiales, pero sobre todo las de acrílico, sufren desgastes en sus superficies oclusales disminuyendo por lo tanto la eficiencia masticatoria y modificando la dimensión vertical y la relación céntrica del paciente, pudiendo llegar a causar serios daños a los tejidos de soporte, trastornos en la articulación temporomandibular y cambios en la apariencia⁽⁶⁾.

Según Kelsey, observaciones clínicas indican que la reabsorción alveolar excesiva de la cresta puede ser causada por un proceso fisiológico de fuerzas intolerables producidas por la función de las dentaduras completas⁽¹²⁾.

Los factores inherentes que pueden afectar las estructuras de soporte incluyen:

1. Forma oclusal de los dientes artificiales.
2. El alineamiento de los dientes en la dentadura.
3. Deformación de la base de la dentadura.
4. Material de que está hecha la dentadura.
5. Efectos de la pérdida natural de la dimensión vertical.

Los materiales de que los están hechos los dientes, tienen algún efecto sobre las fuerzas transmitidas a través de la base de la dentadura, a la cresta alveolar de soporte. La propiedad de transmisión de fuerzas de impacto a través de dientes de porcelana o de resina acrílica pueden ser de mayor importancia que la resistencia que tengan, considerando la salud de la cresta alveolar⁽¹²⁾.

La forma oclusal de los dientes artificiales con o sin anatomía o con configuración de 0° deben tener algún efecto en la eficiencia masticatoria y en las fuerzas tendientes a deformar la base de la dentadura⁽¹²⁾.

La pérdida de la dimensión vertical después de la inserción de las dentaduras da por resultado una serie de trastornos que destruyen lentamente la salud de la cresta alveolar⁽¹²⁾.

Kelsey, Atwood y Coy aseveran que la pérdida del reborde alveolar, es debido al uso continuo de las dentaduras. Josefowics, en su estudio de pérdida de hueso hace la suposición que usando la dentadura por la noche induce atrofia del hueso residual, porque la constante presión sobre los tejidos blandos se transmite al hueso^(2,12).

Kelsey estableció que los pacientes que usaron sus dentaduras sólo durante el día, mostraron una significativa pérdida de hueso menor que aquellos que la usaron continuamente en el día y la noche^(2,12).

El paciente edéntulo tiene solamente la cresta alveolar residual, para soportar las dentaduras. Si no se esfuerzan por preservar este principio, los pacientes experimentarán mayores dificultades para obtener éxito estético y eficiencia masticatoria. Weight escribió: “El problema presente y futuro en el campo de la prótesis total concierne a la preservación de las estructuras de soporte de las dentaduras”⁽²⁾.

En un reciente estudio longitudinal de un período de tres a cinco años, hubo menor reabsorción de hueso bajo una dentadura inmediata superior que bajo una dentadura convencional⁽²⁾.

Un estudio de cinco años de dentaduras completas inmediatas inferiores no reveló diferencia entre la reducción de la cresta alveolar anterior, tanto en las dentaduras inmediatas como en las convencionales⁽²⁾.

Procedimientos usados en dentaduras completas para disminuir la pérdida del hueso alveolar⁽²⁾, incluyen:

- A. Hacer cuidadosamente los ajustes oclusales.
- B. Asegurarse de un óptimo estado de salud de los tejidos de soporte antes de realizar las impresiones.
- C. Llamar a los pacientes con regularidad para corregir desarmonías oclusales.
- D. Estimular al paciente para que cambie sus dentaduras cuando sea necesario.

Kolbitz, Smith y Wolfe afirman: “La reabsorción de los rebordes residuales es un continuo problema en los tratamientos protésicos”⁽²⁾.

La pérdida de volumen y forma de la cresta alveolar residual bajo las dentaduras completas, es común y es considerado como un proceso fisiológico normal. La magnitud de estos cambios depende de múltiples variables.

La adaptación de la dentadura tenía mayor influencia sobre la mucosa de sostén que cualquiera de los otros factores aisladamente. Esto pone de relieve la importancia de revisar periódicamente la dentadura⁽⁵⁾.

REVISIONES PERIÓDICAS

“Todos los pacientes deben ser revisados después de haber llevado las dentaduras durante cierto tiempo, lo bastante para que se les hayan sentado completamente”⁽¹⁴⁾.

NECESIDAD DE LA REVISIÓN

Contrariamente a lo que todo el mundo cree, las dentaduras artificiales no son unos dispositivos que siguen prestando servicio satisfactorio una vez que se han colocado y ajustado. Pueden surgir defectos en el ajuste que evolucionan lentamente y que el paciente tolera inconscientemente sin pedir su supresión. Como es natural, cuando las dentaduras se han construido correctamente, y en especial cuando el esquema oclusal ha sido establecido de modo que no haya interferencias dentarias y que al

mismo tiempo evite alteraciones en la relación mandibular, habrá menos peligro para los tejidos correspondientes y menos necesidad de solicitar nuestras atenciones con frecuentes inspecciones. Sin embargo, hasta las restauraciones dentales mejor construidas deben ser revisadas periódicamente⁽¹⁴⁾.

PROCEDIMIENTO DE ENMUFLADO⁽¹³⁾

1. Las dentaduras, modeladas en cera de la forma habitual, se hemienmuflan en escayola o yeso.
2. Se aplica un medio de separación sobre el yeso de revestimiento en la mitad inferior de la mufla, desde el borde de la dentadura hasta el borde de la mufla.
3. Medir las proporciones del material de cobertura de revestimiento (siguiendo las recomendaciones del fabricante).
4. Aplicar con una espátula, el material de molde ya mezclado, sobre la dentadura modelada con cera, teniendo cuidado de cubrir por completo toda la superficie de la dentadura y los dientes.
5. Colocarla mitad superior de la mufla en posición sobre la mitad inferior.
6. Añadir yeso para rellenar la mufla, mientras todavía es adherente la superficie de la cobertura de revestimiento.
7. Colocar la tapadera en la mufla y golpear +esta suavemente para asegurarse de que se encuentra llena.

OBJETIVOS

GENERAL

- * Evaluar la técnica de reajuste de prótesis total, con acrílico autopolimerizable, efectuada con una “prensa especial”.

ESPECÍFICOS

- * Comprobar la eficacia de la prensa para realizar el reajuste, sin modificar la oclusión ni la dimensión vertical.
- * Verificar la eficiencia de la técnica, al efectuar el reajuste con acrílico autopolimerizable prensado.

MATERIALES Y MÉTODOS

MUESTRAS

Para la elaboración del reajuste con esta técnica, se tomaron en cuenta 6 casos de prótesis total, de las cuales 4 fueron superiores y 2 inferiores, pacientes que fueron ingresados a la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, durante el año 1994.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Previo a realizar el reajuste de prótesis total, se tomó en cuenta la población de estudio, estando constituida por cada una de las personas ingresadas como pacientes de prótesis total, durante el año de 1994 y que fueron tratados por estudiantes de la Facultad de Odontología, de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Tomando en cuenta que los casos hubiesen sido terminados por lo menos seis meses antes de llevar a cabo la presente investigación. Estos pacientes se citaron para examinarlos, y de acuerdo a los resultados de dicho examen, se obtuvo la muestra para efectuar el trabajo de campo.

Las evaluaciones se hicieron de la siguiente forma:

- a. Examen clínico de la cavidad bucal.
- b. Evaluación del estado físico de la prótesis a reajustar.
- c. Evaluación del paciente con sus prótesis colocadas en boca.

Previo a efectuar el examen de la cavidad bucal, se evaluó que el paciente estuviera aparentemente libre de alguna enfermedad sistémica; el de la cavidad bucal en particular, consistió en evaluar los tejidos de soporte, observando que no existiera ningún tipo de irritación o área de inflamación en la mucosa de soporte, o patología alguna.

Otro de los aspectos evaluados fue el estado físico de la prótesis a reajustar, tomando en cuenta cada una de sus partes que la componen, como lo son: 1) la presencia de todos los dientes necesarios, y 2) la base de la prótesis debió estar sin ninguna clase de fractura o porosidad. Condiciones que sirvieron para determinar si daban lugar a realizar el reajuste de la prótesis. Además se evaluó la prótesis colocada en boca para examinar la adecuada dimensión vertical y la aparente normalidad de la articulación temporomandibular.

PARÁMETROS

Con base a las consideraciones anotadas anteriormente, se elaboraron parámetros para que las prótesis totales que estaban siendo utilizadas pudieran cumplir con los requisitos indispensables para obtener buenos resultados en el reajuste. A continuación se describen dichos parámetros:

a. En el paciente

Es requisito primordial, que la persona que ha sido tratada con prótesis total presente condiciones aceptables de salud general en el momento de realizar el reajuste.

b. El paciente con sus prótesis totales

El paciente debió obtener una correcta o una adecuada dimensión vertical de reposo y de oclusión y, por consiguiente, el aspecto facial adecuado. Y finalmente un correcto equilibrio de su tono muscular.

La base de la prótesis debía cubrir el área de la papila retromolar y el espacio retromilohioideo, ambas para la prótesis total inferior.

c. Las prótesis totales:

Las condiciones de las prótesis fueron:

- presentar dientes completos,
- base sin ningún tipo de fractura o decoloración,
- ninguna porosidad en su estructura,
- sin presencia de reparaciones, y
- que no le faltara el área del sellado palatal posterior (presencia de post dam)

PROCEDIMIENTO

Luego de haber realizado los exámenes clínicos necesarios a cada paciente, se procedió a elaborar el reajuste propiamente dicho.

Fue indispensable para poder comenzar el procedimiento, preparar la prótesis a reajustar de la siguiente manera: como primer paso, se procedió a lavar con pasta jabonosa la prótesis a reajustar

luego se marcaron (pintaron) cuatro topes en la base tisular de la prótesis, a nivel de caninos y de primera molar, los cuales se hicieron con el objeto de evitar modificación a la dimensión vertical registrada en el paciente y para que permitiera el espacio adecuado tanto para el material de impresión como para el acrílico autopolimerizable a reponer. Los topes se hicieron de un tamaño aproximado de 10 mm. de ancho mesiodistal, por 15 mm. de largo bucolingual, por 1 mm. de altura. Seguidamente, con el desgaste, se eliminaron todas las áreas de retención contenidas en la base de la prótesis, con el propósito de dejar la base completamente expulsiva, para facilitar la separación de la prótesis de su respectivo modelo, previo a efectuar la colocación del acrílico autopolimerizable.

Seguidamente, se preparó al paciente para efectuarle la impresión con pasta zinquenólica, siguiendo las recomendaciones correspondientes para el manejo de este material de impresión.

Se instaló en boca, la prótesis oponente a registrar, cuidadosamente lubricada en toda la superficie bucal (base y dientes), con el objeto que no adhiriera la pasta zinquenólica a la misma.

Para realizar la impresión, se colocó la pasta zinquenólica, debidamente mezclada, dentro de la base de prótesis previamente preparada.

Se colocó la prótesis con la pasta en la boca del paciente, y se pidió al mismo tiempo que cerrara su boca, hasta que sus dientes estuvieran en máximo contacto (relación céntrica). En ese momento se observó y se rectificó que la dimensión vertical de oclusión original del paciente no se modificara.

Luego de cinco a diez minutos de espera, se removió la prótesis de la boca, para vaciar la impresión con yeso piedra, para obtener el modelo final que sirvió para llevar a cabo el reajuste respectivo.

Se hicieron las llaves de registro en la respectiva base del modelo, con el objeto que sirviera de guía y retención para el montaje del mismo en la “prensa especial”.

MONTAJE DEL MODELO EN LA PRENSA Y REAJUSTE DE LA PRÓTESIS

Pasos que se siguieron:

1. Se lubricó, con vaselina sólida, la plataforma de la prensa con su respectiva hexagonal de retención.
2. Se lubricó la prótesis a reajustar, también con vaselina sólida, en toda su superficie externa (bucal y lingual), para evitar que se pegara el yeso que sirvió de registro oclusal o de sostenimiento.
3. Se colocó yeso piedra en la plataforma, sobre la arandela de retención.
Es conveniente hacer notar que la prótesis total y el modelo se colocaron en el centro de la plataforma para que la prensa actuara con eficacia.
4. Se esperó el tiempo pertinente para que fraguara el yeso piedra.
5. Para montar el modelo en la parte superior de la prensa, se le lubricó la arandela superior con suficiente separador. El espacio entre la parte superior de la prensa y la base del modelo se estableció que fuera de 1 a 1.5 centímetros aproximadamente.
6. Se procedió a colocar el yeso piedra, sobre la base del modelo de la prótesis para fijarlo a la hexagonal de la parte superior de la prensa, hasta hacer contacto con el yeso colocado en la base del modelo.
7. Se aseguró la prensa con las mariposas de los pernos para mantenerla fija mientras fraguó el yeso.
8. Luego del montaje, se procedió a retirar la parte superior de la prensa para verificar que el modelo estuviera unido debidamente con la dentadura a la parte superior de la prensa.
9. Se desalojó la hexagonal de retención de la plataforma superior y se colocó en una copa de hule que contenía agua caliente, a una temperatura aproximadamente de cuarenta grados centígrados, por espacio de dos minutos.
10. Se separó cuidadosamente la prótesis del modelo.
11. Al modelo obtenido, se le removieron los restos de la pasta zinquenólica, de igual forma a la dentadura. Para el efecto, se utilizó agua jabonosa lo suficientemente caliente hasta que ambos quedaron completamente limpios de restos de la pasta zinquenólica, de igual forma a la dentadura.
12. Se colocó la prótesis en el registro oclusal.

13. Se colocó la hexagonal con el modelo fijo en la parte superior de la prensa para continuar con el procedimiento.
14. Se le aplicó monómero a la parte interna de la prótesis.
15. Se procedió a lubricar con vaselina, la parte externa de la prótesis, para evitar que elacrílico autopolimerizable a usar se adhiriera a la misma.
16. Se preparó la mezcla delacrílico en una proporción de 3:1. Antes de llegar a la etapa de hilos, se colocó dentro de la base de la dentadura con un pincel, distribuyéndolo uniformemente. Inmediatamente se hizo lo mismo con el modelo.
17. Inmediatamente, se bajó la plataforma superior de la prensa para introducir el modelo dentro de la prótesis a reajustar.
18. Se fijó la parte superior de la prensa con sus respectivas mariposas.
19. Luego de haber polimerizado elacrílico autopolimerizable, se removió la parte superior de la prensa con el modelo y la prótesis unidos.
20. Se separó el modelo de la parte superior de la “prensa especial”.
21. Se colocó, dentro de una copa de hule, agua caliente a una temperatura de 45 a 60 grados centígrados, para eliminar algunos restos de monómero libres que pudieran haber quedado.
22. Inmediatamente después se desalojó la prótesis total del modelo.
En algunas ocasiones se hizo necesario cortar con sierra el modelo para retirarlo.
La prótesis total ya reajustada mostró la superficie bien lisa que se obtuvo con elacrílico autopolimerizable prensado.
23. Se procedió a recortar el exceso deacrílico que resultó en los faldones bucales de la prótesis y luego se talló la anatomía, para finalizar con el respectivo pulido.
24. Se colocó la prótesis en boca del paciente para evaluar la dimensión vertical de oclusión.

REEVALUACIONES

Para reevaluar el procedimiento técnico, se siguió el orden siguiente:

- A las * 24 horas
- * 3 días
- * 7 días
- * 30 días
- * 60 días
- * 6 meses

MATERIAL E INSTRUMENTAL

Materiales

- Pasta zinquenólica
- Yeso piedra
- Vaselina
- Acrílico autopolimerizable
 - Monómero
 - Polímetro
- Separador de acrílico

Instrumental

- Espejo
- Explorador
- Pinzas
- Espátula para mezclar pasta zinquenólica
- Loseta
- Espátula y copa de hule para mezclar yeso
- Prensa especial para realizar el ajuste
- Recipiente para preparar el acrílico
- Espátula para preparar el acrílico
- Servilletas y portaservilletas
- Lápiz o lapicero
- Ficha clínica
- Micromotor
- Fresón para recortar acrílico
- Pincel
- Sillón y lámpara dentales
- Regla milimétrica
- Rueda de trapo
- Piedra pómez
- Blanco de España

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados del trabajo de campo realizado en esta investigación.

Para ello, se han utilizado cuadros y sus gráficas, los cuales muestran la información relacionadas con la técnica del reajuste de prótesis totales, utilizando para elloacrílico autopolimerizable prensado.

De acuerdo a la totalidad de casos de prótesis total tratados mediante la técnica de reajuste conacrílico autopolimerizable prensado, fueron seis, de los cuales cuatro fueron superiores y dos inferiores, correspondientes al 66 y 33%, respectivamente (ver cuadro No.1)

En relación con los pacientes que presentaron dolor al colocar la prótesis reajustada, durante las reevaluaciones respectivas, manifestaron un leve dolor durante los tres días (80%), disminuyendo a los siete días (30%), para que luego de los treinta días a los seis de reevaluado, no presentaron ningún dolor (ver gráfica No.1)

De acuerdo a la pregunta que se le hizo al paciente si sentía más ajustada sus prótesis, éste refirió sentirse bien desde la primera reevaluación hasta la última que fue a los seis meses (ver gráfica No.2).

En relación a la función masticatoria, el paciente presentó muy poca función a las 24 y 72 horas, para luego de los siete días hasta los seis meses, su función masticatoria mejoró el 100% (ver gráfica No.3).

Al preguntársele al paciente si deseaba hacerse nuevas prótesis luego del reajuste, éste respondió que no desde el primer momento en que recibió sus prótesis (ver gráfica No.4).

En cuanto a la pregunta sobre la irritación de su mucosa de soporte luego del reajuste, a las 24 horas, el total de pacientes (100%), refirió tener irritación. A los tres días disminuyó el número de pacientes con este problema. De igual forma, disminuyó a los siete días. De los treinta días en adelante, ya no hubo ningún tipo de irritación (ver gráfica No.5).

En relación a la oclusión, durante las seis reevaluaciones efectuadas no se presentó ninguna modificación en la oclusión, después de hacer el reajuste (ver gráfica No.6).

Cuadro No. 1

**PRÓTESIS TOTALES TRATADAS MEDIANTE LA TÉCNICA DE REAJUSTE,
CON ACRÍLICO AUTOPOLIMERIZABLE PRENSADO**

PRÓTESIS TOTAL	No. DE CASOS	Fr
SUPERIOR	4	66 %
INFERIOR	2	33 %
TOTAL DE CASOS	6	100 %

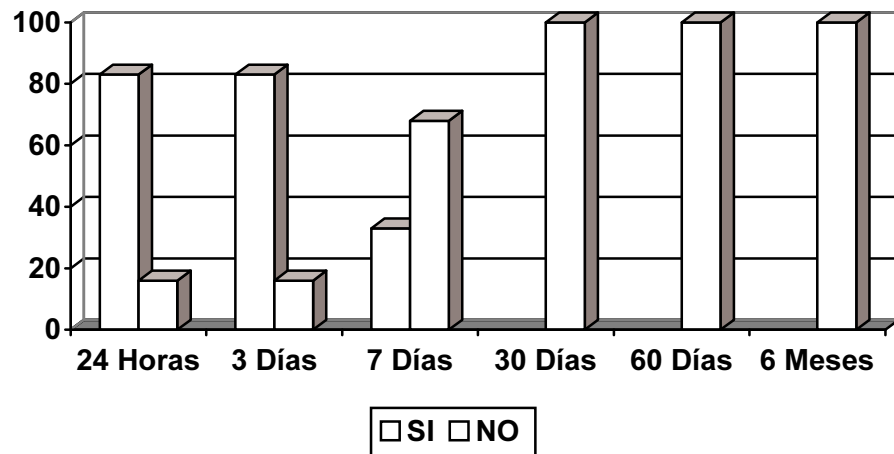
Fuente:

Procedimiento efectuado en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, agosto – septiembre de 1995.

Gráfica N° 1

Evaluaciones efectuadas luego del reajuste de prótesis total
mediante la técnica de reajuste con acrílico autopolimerizable prensado

Pacientes que presentaron dolor al colocar
la prótesis reajustada



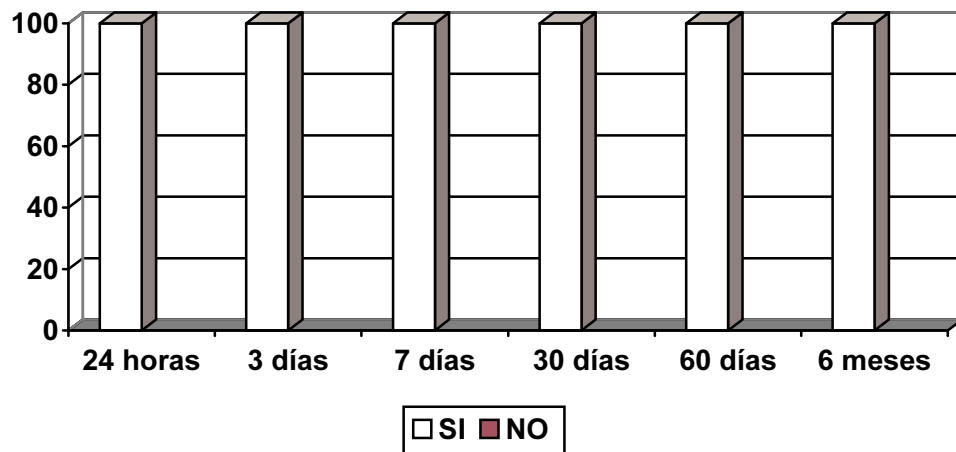
Fuente:

Procedimiento efectuado en la Facultad de Odontología
Universidad de San Carlos de Guatemala

Gráfica N° 2

Evaluaciones efectuadas luego del reajuste
de prótesis total mediante la técnica de reajuste
con acrílico autopolimerizable prensado.

Pacientes que refieren que su prótesis
les queda más apretada



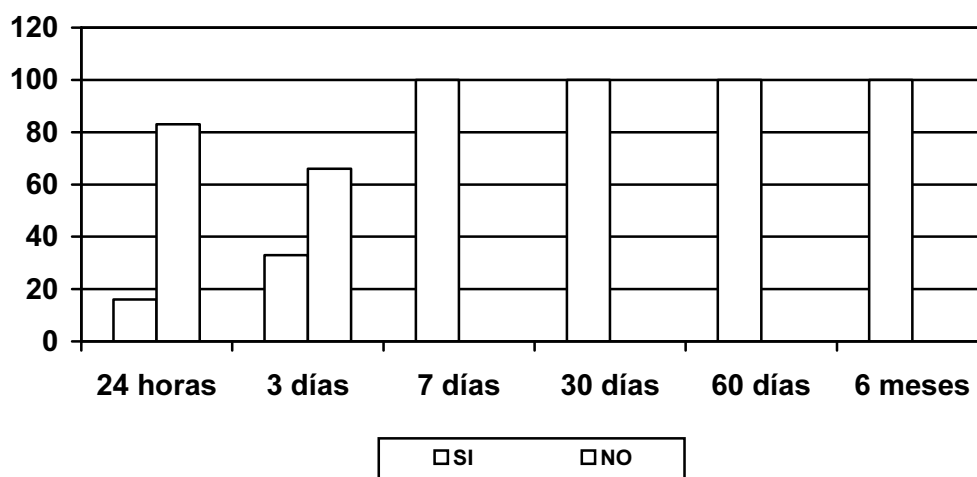
Fuente:

Procedimiento efectuado en la Facultad de Odontología
Universidad de San Carlos de Guatemala

Gáfica N° 3

Evaluaciones efectuadas luego del reajuste de
prótesis total mediante la técnica de reajuste
con acrílico autopolimerizable prensado

Reevaluación de la función masticatoria



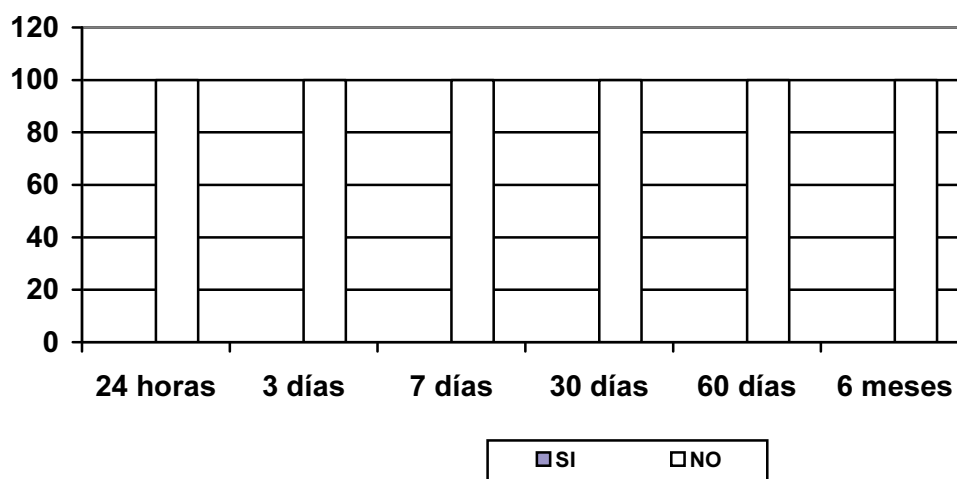
Fuente:

Procedimiento efectuado en la Facultad de Odontología
Universidad de San Carlos de Guatemala

Gáfica N° 4

Evaluaciones efectuadas luego del reajuste
de prótesis total mediante la técnica de reajuste
con acrílico autopolimerizable prensado

Pacientes que desearían hacerse nuevas prótesis
luego del reajuste



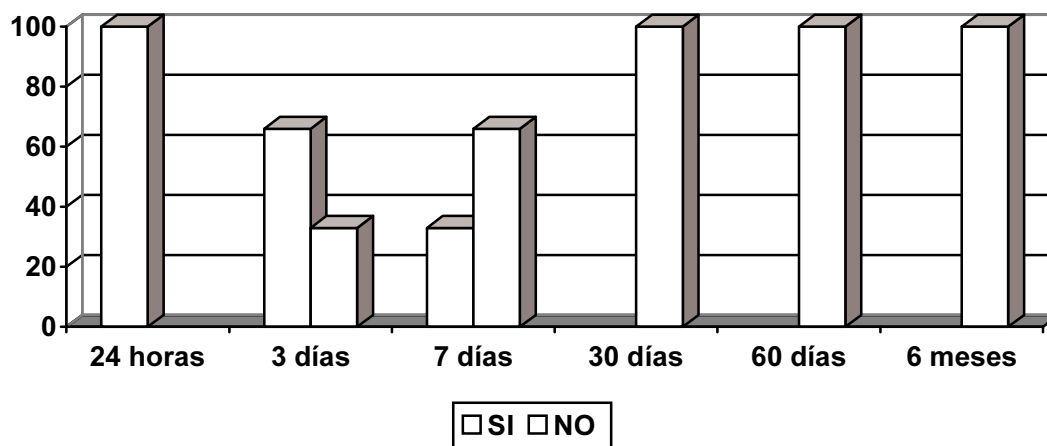
Fuente:

Procedimiento efectuado en la Facultad de Odontología
Universidad de San Carlos de Guatemala

Gáfica N° 5

Evaluaciones efectuadas luego del reajuste
De prótesis total mediante la técnica de reajuste
Con acrílico autopolimerizable prensado

Pacientes que presentaron algún tipo de irritación
de la mucosa de soporte luego del reajuste



Fuente:

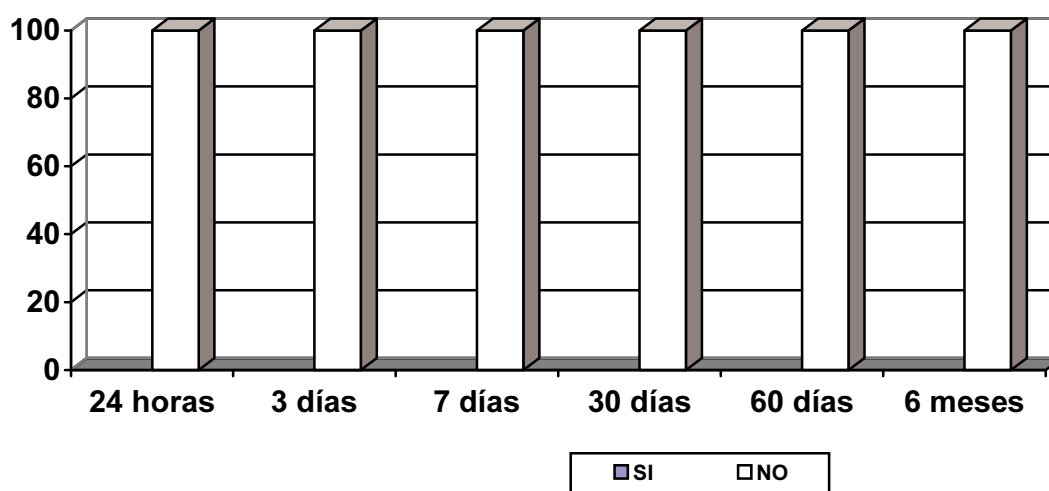
Procedimiento efectuado en la Facultad de Odontología

Universidad de San Carlos de Guatemala

Gáfica N° 6

Evaluaciones efectuadas luego del reajuste
de prótesis total mediante la técnica de reajuste
con acrílico autopolimerizable prensado

Hubo modificación en la oclusión
después de hacer el reajuste



Fuente:

Procedimiento efectuado en la Facultad de Odontología
Universidad de San Carlos de Guatemala

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En cada caso uno de los casos tratados con reajuste de prótesis total con acrílico autopolimerizable prensado, se determinó que los resultados obtenidos fueron satisfactorios de acuerdo a la observación y evaluación clínica, adicionalmente la opinión satisfactoria del paciente tratado. Este resultado se obtuvo de acuerdo a las preguntas respectivas contenidas en la ficha correspondiente.

Entre las evaluaciones efectuadas, se examinó detenidamente la prótesis reajustada, en toda su textura, para que no existiera interferencia alguna, que pudiera provocar al paciente ulceración, desplazamiento o deformación de la mucosa subyacente.

Una de las preguntas que se hizo al paciente, se realizó con el propósito de conocer la comodidad, se evaluó la retención y estabilidad por medio de su prótesis.

Para determinar la comodidad se le preguntó si podía comer con sus prótesis colocadas en boca.

Para evaluar la retención, se realizó la prueba correspondiente que consistió en preguntar si sentía ajustada su prótesis, así como también se hizo la pertinente prueba clínica para desalojarla, en la cual se observó la resistencia adecuada.

Y para evaluar la estabilidad, se preguntó por algún tipo de molestia en cualquier movimiento en la boca con su prótesis, como estornudar, hablar, bostezar, etc.

Para conocer cada uno de los rubros anteriores, se reevaluaron como sigue: a las 24 horas, 3er. día, 7º. día hasta observar cuáles fueron finalmente las respuestas del paciente al final del tratamiento.

En cada caso en particular, no se presentaron respuestas desfavorables, por el contrario, los pacientes manifestaron estar complacidos por el reajuste realizado en un tiempo sumamente corto y sin ningún problema, en comparación con la técnica convencional.

CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos en este estudio, se concluye que:

1. Con el procedimiento llevado a cabo, se comprobó que el tiempo del reajuste disminuyó considerablemente, permitiéndole al paciente sentirse cómodo al recibir sus prótesis en la misma cita que solicitó el reajuste.
2. Cada uno de los casos efectuados, fue resuelto satisfactoriamente, permitiendo adaptar a la mucosa, el acrílico autopolimerizable prensado, mediante el tratamiento de reajuste, por lo que resultó ser eficaz el procedimiento establecido.
3. El reajuste de prótesis total con acrílico autopolimerizable prensado, por medio del procedimiento técnico del presente estudio, puede ser efectuado indistintamente, tanto, con la prótesis superior como con la inferior.
4. Se comprobó que el acrílico autopolimerizable, no ocasionó ningún tipo de alteración en la mucosa de soporte.
5. Se verificó que durante las reevaluaciones convencionales, después de realizado el reajuste, el paciente no comunicó haber sentido manifestaciones de ardor, dolor, sensación de quemadura u otra sintomatología.

RECOMENDACIONES

En esta investigación se recomienda que:

1. Luego de haber obtenido resultados favorables en los pacientes tratados en el presente estudio realizado por medio del procedimiento de reajuste por la técnica de prensado, se recomienda tomarla en cuenta como una opción para el ahorro de tiempo y costos.
2. Si se desea que la técnica de reajuste de prótesis total brinde resultados positivos, se recomienda, que el paciente presente condiciones de salud aceptables, tomando en cuenta los indispensables parámetros requeridos.
3. La técnica de reajuste de prótesis total llevada a cabo en el presente estudio, dará mejores resultados, si la “prensa especial” a utilizar, se encuentra completa y sin ninguna interferencia que pueda obstaculizar el procedimiento.

LIMITACIONES

1. Debido que la mayoría de pacientes tratados en el área de prótesis total, en la facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, durante el año 1994, no cumplía con los requisitos mínimos indispensables que el estudio ameritaba, el número de la muestra fue mínima.

2. En el presente estudio, los materiales empleados para realizar el reajuste, correspondían a una misma marca comercial, por lo que se desconoce si esos mismos resultados se obtendrían con otras marcas de materiales dentales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Academy of Denture Prosthetics: (1968). **Principles concepts and practices in prosthodontics.** J Pros Dent 19(2):188-198.
2. Berrios Flores, R. (1977). **Descripción y aplicación de una técnica para reajustar dentaduras totales.** Tesis (Cirujano Dentista). Guatemala. Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología. pp 14-15.
3. Boucher, C. C.H. Judson, and A. Zarb. (1975). **Prosthodontic treatment for edentulous patient.** 7º ed. Saint Louis, Mosby. pp 484-492.
4. Bronsei, L.: (1948). **El rebasado en prótesis.** Buenos Aires, Caputo.
5. Burket, L.M. (1973). **Medicina Bucal.** 6ª. Ed. México. Interamericana. pp 586-528
6. Cerezo Recinos, H.L. (1981). **Conservación de la salud oral en pacientes que usan prótesis parcial removable,** Tesis (Cirujano Dentista) Guatemala Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología. pp 2-4, 48.
7. Corkill J.A., et al. (1976). **Toxicology of methyl methacrylate: the rate of disappearance of methyl methacrylate in human blood in vitro.** Clin Chim Acta 68: 141.
8. Doxtater, L. W. (1936). **Full and partial denture prótesis.** Nueva York: s.e. pp 48, 147 225, 314, 496, 600 y 722. (Dent Items Interest)
9. Durante Avellanal, C. (1964). **Diccionario odontológico.** 2ª. ed. Buenos Aires: Mundi.
10. Grieco, M. (1939). **Introducción teórica sobre "ebassing".** Rev. Circ Odont (Rosario) 11:(10): 221-226.

Vo. B.O.
Heidi M. Colina
10-05-2006



11. Guerini, V. (1925). **The life and work of Guiseppangelo Fonzi**. Philadelphia: Lea & Febiger.
12. Kelsey, C. (1975). **Alveolar bone resorption under complete dentures**. J Prosth Dent 25(2): 152.158.
13. Monrrow, R.M., K.D. Rudd, J.E. Rhoad. (1988). **Procedimientos en el laboratorio dental**. Barcelona; Salvat.
14. Tagle, R.J. y V.H. Sears. (1965). **Prótesis dental**. 2ª. ed. Barcelona: Toray.
15. Nyquis, G.. (1952). **Study of denture sore mouth: an investigation of traumatic, allergic and toxic lesions of the oral mucosa arising from the use of full dentures**. Acta Odontol Scand 10:54.
16. Phillips, R.W. (1988). **La ciencia de los materiales dentales de Skinner 8ª**. ed. México: Nueva Editorial Interamericana.
17. Ruyter, I.E. (1980) **Release of formaldehyde from denture base polymers**. Acta Odontl Scand 38:17,
18. Sainar, P. (1972). **Prostodoncia total**. Buenos Aires: Mundi.
19. Smith, D.C. and Baines B.E.D., (1955). **Residual methyl methacrylate in the denture base and its relation to denture sore mouth**. Br Dent J 98:55.
20. Woelfed, J., Paffenbarger C.G., and Sweney W.T., (1965). **Clinical evaluation of complete dentures made of all types of dentures base materials**. J Am Dent Assoc 70(5): 1170-85.

Vo. Bo.
Maider O'Colina
 10-05-2006.



ANEXOS

ANEXO 1

DESCRIPCIÓN DE LA PRENSA REAJUSTABLE

Está construida por dos plataformas, una superior y una inferior.

A continuación se enumeran cada una de sus partes (ver fotos en las páginas siguientes):

- Prensa completa (foto 1)
- Componentes de la prensa (foto 2)
- Plataforma superior (foto 3)
- Plataforma inferior (foto 4)
- Arandela superior e inferior, derecha e izquierda respectivamente (foto 5)
- Seguro de arandelas (mariposa pequeña en centro de la foto) (foto 6)
- Mariposas de pernos con sus arandelas (foto 7)
- Pernos lateral de la prensa y seguro para fijar la tuerca de la plataforma superior, colocado en el centro del perno (foto 8)
- Tuerca para regular la altura de la plataforma superior (tuerca superior) colocada sobre el seguro (foto 9)
- Arandela de metal, colocada sobre la tuerca reguladora de la altura de la plataforma superior (foto 10)
- Tuerca que fija la plataforma inferior con su respectivo perno (colocada en su perno por debajo de la plataforma inferior) (foto 11)
- Topes de hule que soportan la prensa (foto 12)

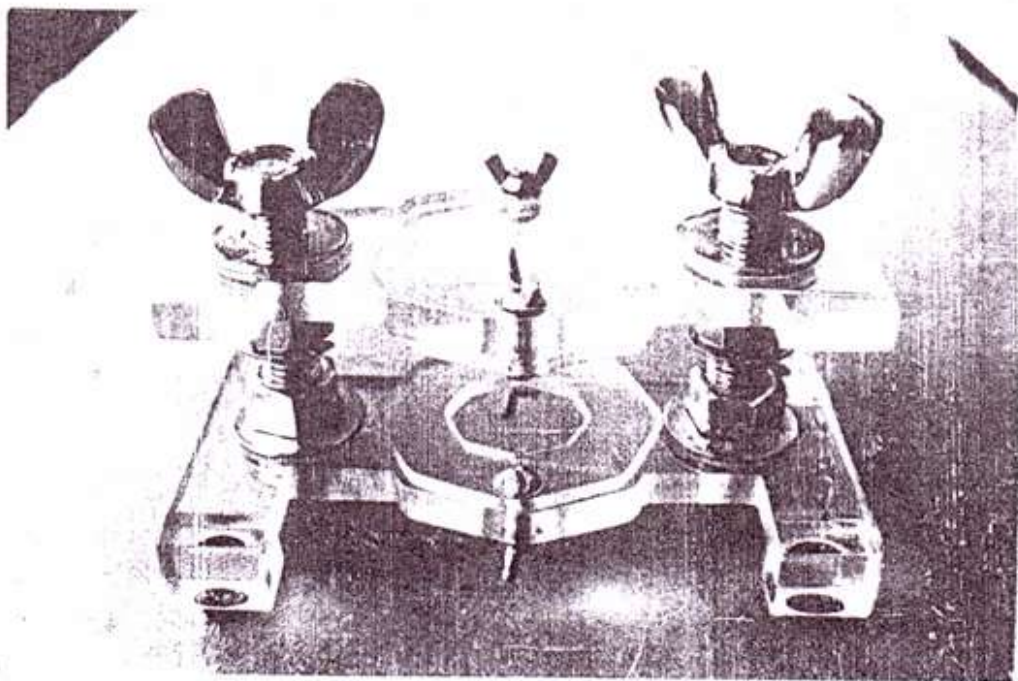


FOTO 1

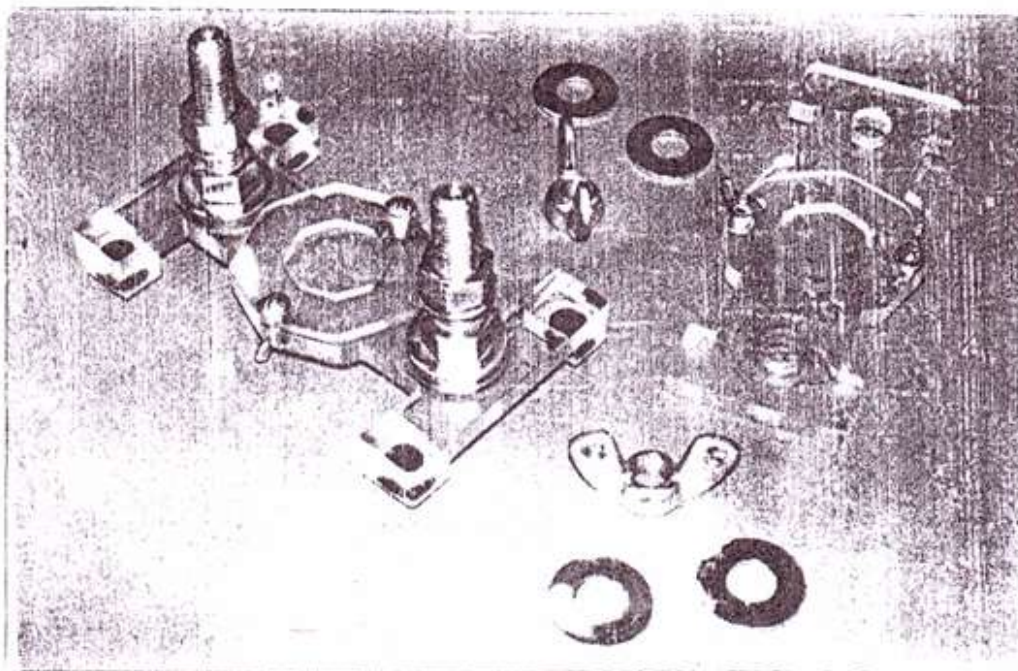


FOTO 2

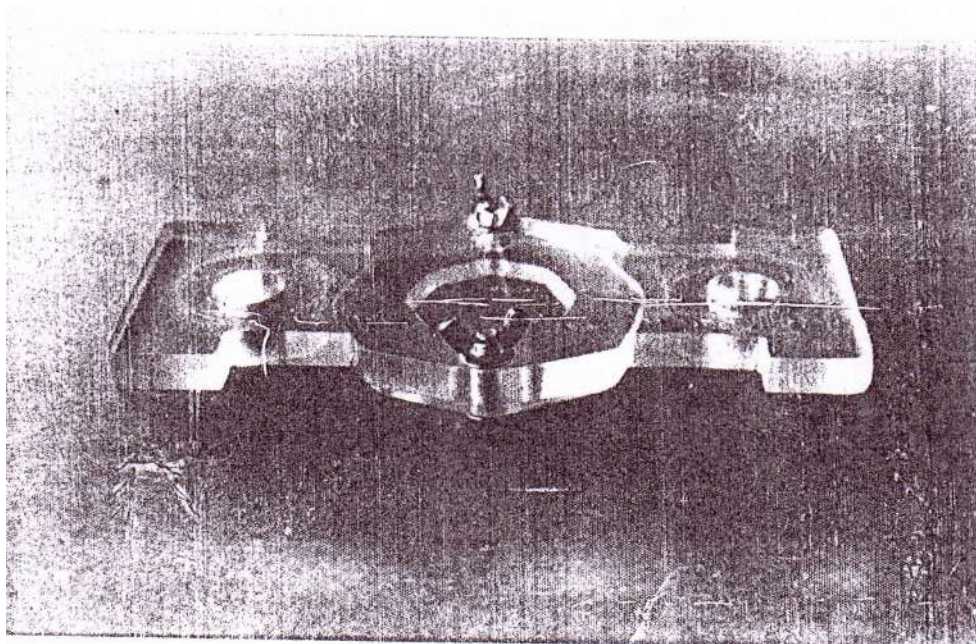


FOTO 3

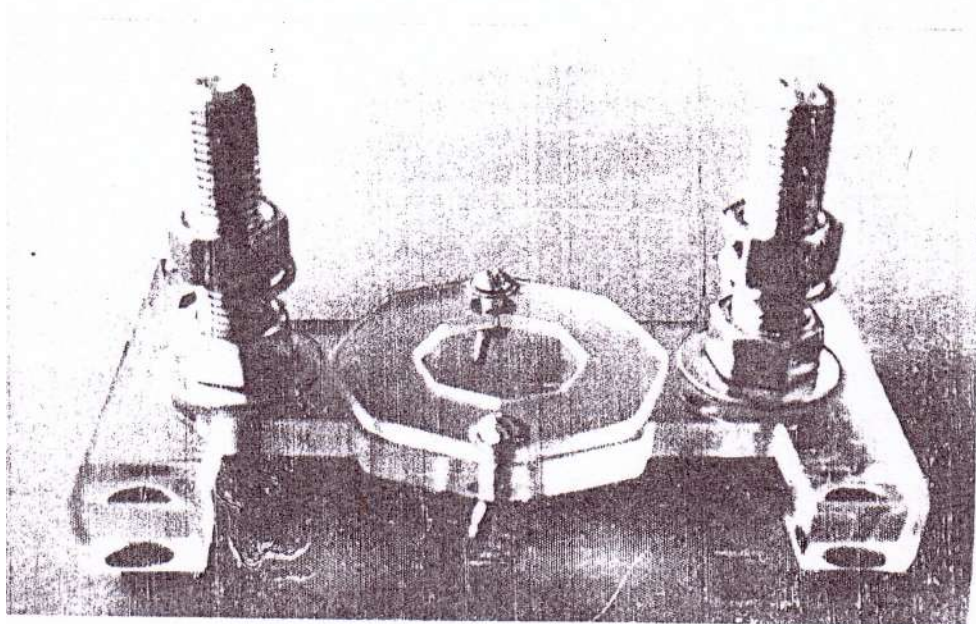


FOTO 4

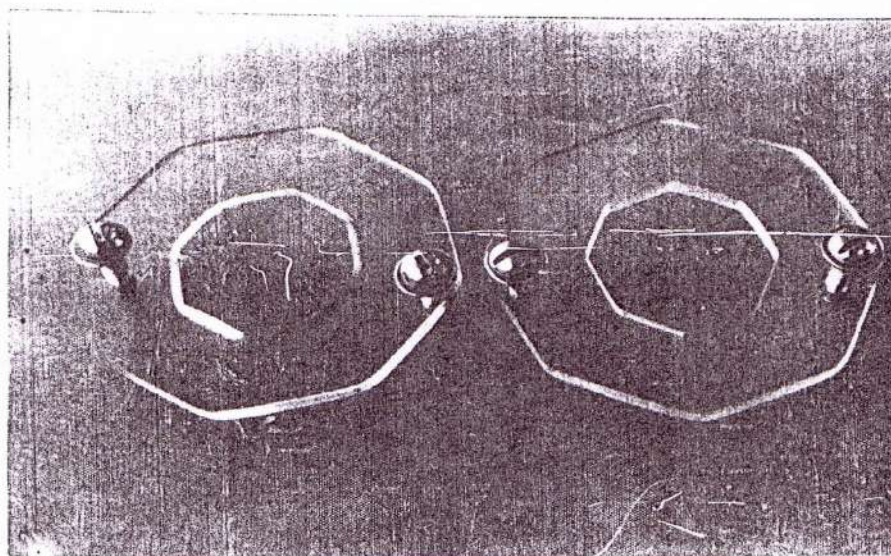


FOTO 5

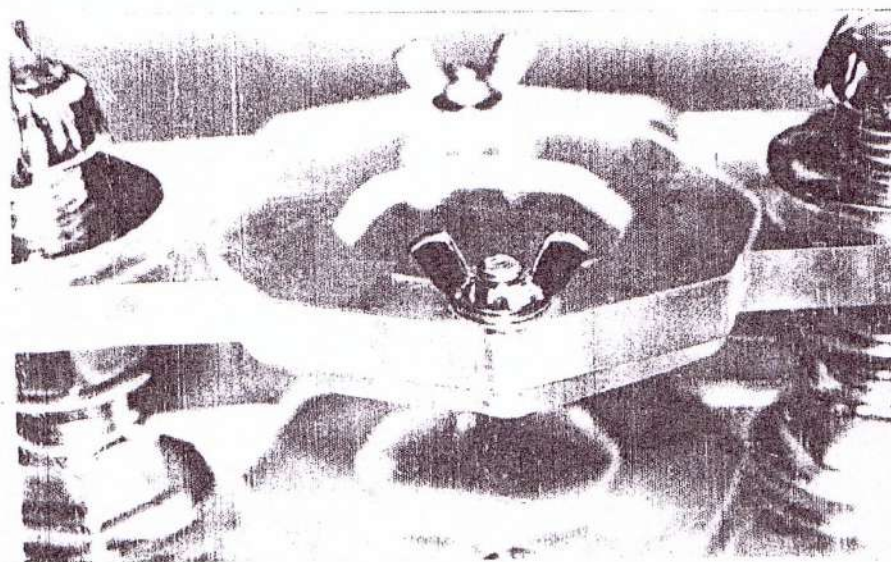


FOTO 6

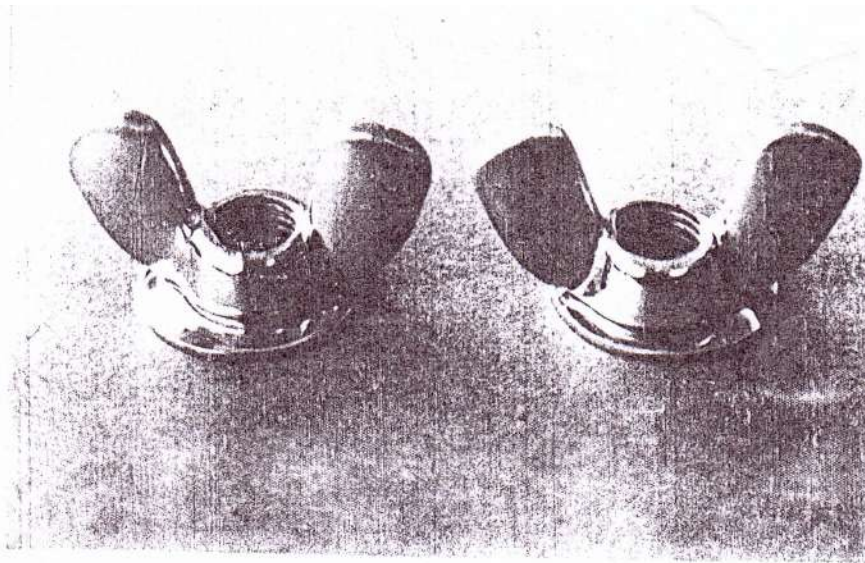


FOTO 7

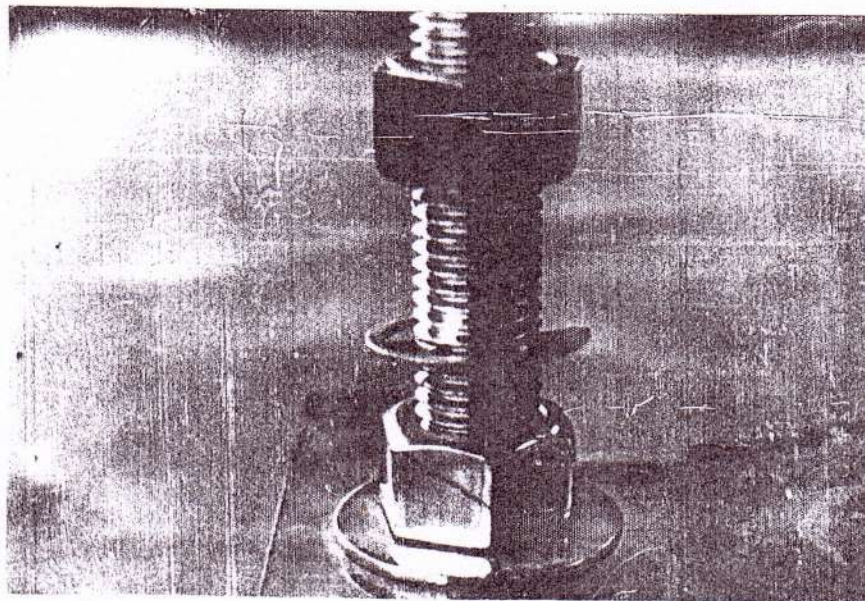


FOTO 8

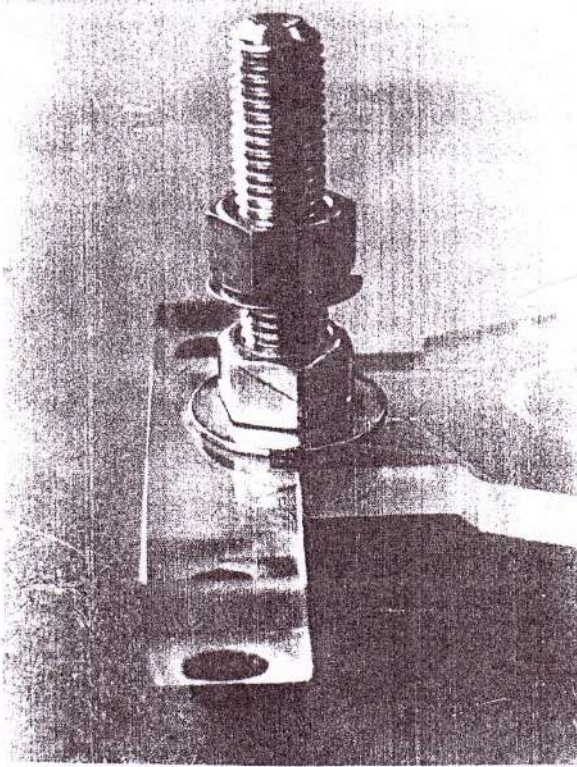


FOTO 9

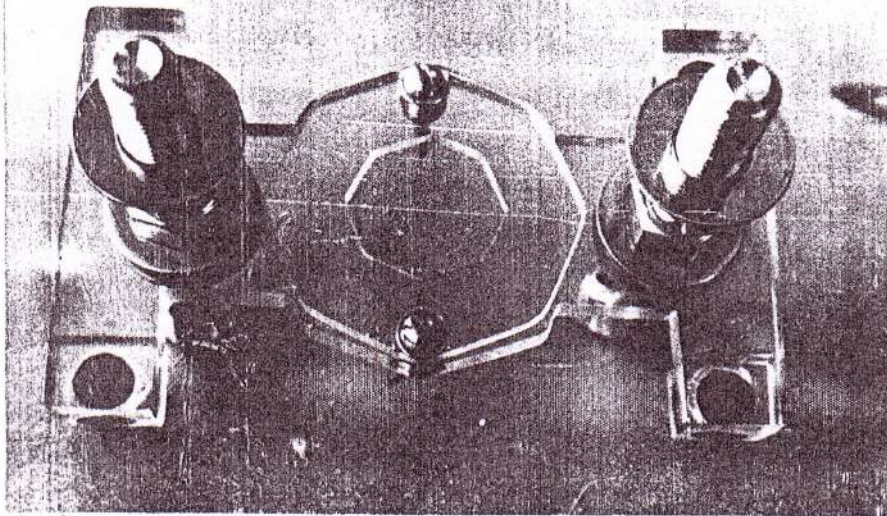


FOTO 10

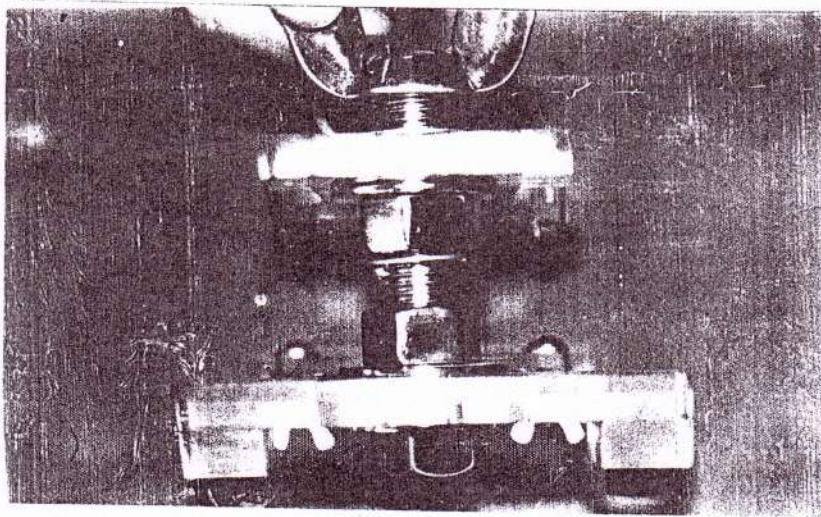


FOTO 11

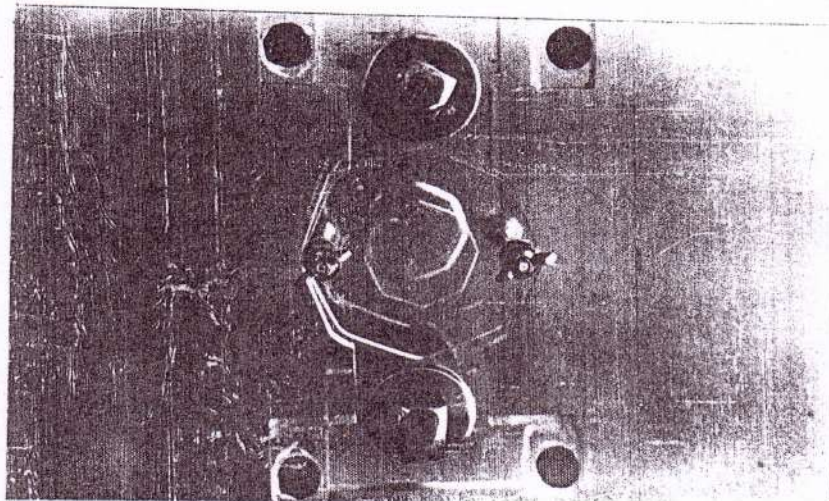


FOTO 12

ANEXO 2
FICHA DE CONTROL PARA REAJUSTE DE PROTESIS TOTAL
DATOS GENERALES:

Nombre del paciente: _____
Dirección: _____ Tel: _____
Edad: _____ Fecha: _____
Registro de P.T.: _____
1. Motivo de consulta: _____
2. Tiempo de usar su prótesis: _____
3. Prótesis que presenta el problema: _____
Superior: _____
Inferior: _____

ANTECEDENTES:

4. Padece alguna enfermedad sistémica	SI	NO
5. Al examen de la cavidad bucal, presenta alguna patología	SI	NO
6. Primera vez a usar prótesis total	SI	NO
7. Usa regularmente su prótesis	SI	NO
8. Siente floja su prótesis	SI	NO
9. Desde el momento en que empezó a usar su prótesis, le ha quedado floja	SI	NO
10. Utiliza sus dentaduras para tomar sus alimentos	SI	NO
11. Al hablar, sonreír o comer se le caen sus prótesis	SI	NO
12. Se le ha hecho algún reajuste a su prótesis	SI	NO
13. Existe adecuada dimensión vertical en el paciente	SI	NO
14. Existe disfunción alguna en la ATM	SI	NO

PREVIO A HACER EL REAJUSTE

Observar la prótesis y examinar lo siguiente:

15. Está completa la base acrílica de la prótesis	SI	NO
16. Le falta algún diente a la prótesis	SI	NO
17. Existe algún cambio de color del acrílico de la prótesis	SI	NO

Observaciones: _____

DESPUES DE HACER EL REAJUSTE

18. Le queda "apretada" su prótesis	SI	NO
19. Puede comer con su prótesis	SI	NO
20. Siente alguna molestia	SI	NO
21. Luego del reajuste, desearía hacerse nuevas prótesis	SI	NO

ANEXO 3

INTERPRETACION DE LA FICHA CLINICA DE CONTROL PARA EL REAJUSTE DE LA PROTESIS TOTAL

En todo control clínico que se deba llevar a cabo en la clínica dental, siempre se tomarán datos personalizados de cada uno de los pacientes a tratar, por lo que para este caso en particular se tomarán datos específicos que orientarán lo que se necesita saber para realizar esta investigación.

Dentro de estos datos, se encuentran un número determinado de preguntas, que algunas se tomarán como claves (las preguntas Nos. 2, 4, 5, 7, 9, 10, 12, 13 y 14) para poder escoger dentro de los pacientes que necesiten un reajuste en sus prótesis, cuales se encuentran en las mejores condiciones para llevar a cabo el tratamiento. Para tal propósito, el paciente que responda en forma favorable a dichas preguntas, éste será el indicado para realizar la investigación.

Cada una de las preguntas, en su mayoría tendrán dos únicas respuestas, una afirmativa que dirá si la prótesis presenta algún cambio luego de haberse hecho y antes del reajuste, así como también después del reajuste.

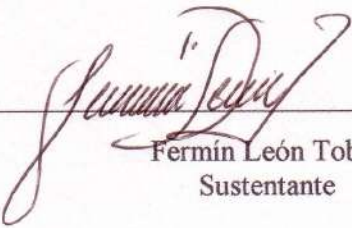
La respuesta negativa, como tal, dirá lo contrario a lo anterior.

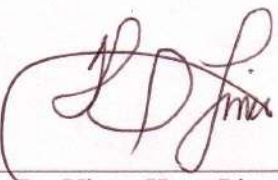
En caso de querer agregar algún tipo de observación al respecto, existen renglones para dicho propósito.

EL CONTENIDO DE ESTA TESIS ES ÚNICA Y EXCLUSIVA
RESPONSABILIDAD DEL AUTOR

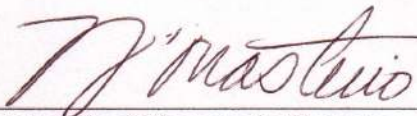


FERMIN LEÓN TOBAR

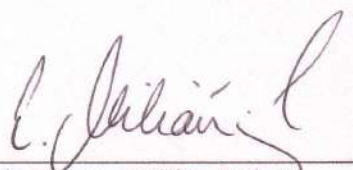

Fermin León Tobar
Sustentante


Dr. Víctor Hugo Lima Sagastume
Asesor

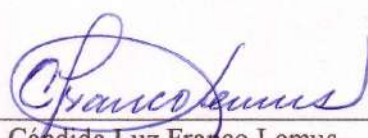



Dr. Walter René Monasterio Contreras
Revisor Comisión de Tesis




Dr. Edwin Ernesto Milián Rojas
Revisor Comisión de Tesis

Vo.Bo.
Imprimase


Dra. Cándida Luz Franco Lemus
Secretaria Académica
Facultad de Odontología

