

PLANIFICACION CLINICA DE PROTESIS 2

PROF. DR. MELCHOR BOCAGE

- 1) Estructura curricular.**
- 2) Objetivos generales.**
- 3) Curso Clínico:**
 - 3.1: Objetivos**
 - 3.2: Contenido:**
 - a) Cuadro de trabajos prácticos**
 - b) Programa de demostraciones**
 - 3.3: Manual del Curso Clínico.**
 - 3.4: Atlas de Diseño.**
 - 3.5: Evaluación:**
 - a) Objetivos**
 - b) Comportamiento educacional**
- 4) Curso Teórico**
 - 4.1: Objetivos**
 - 4.2: Programa**
 - 4.3: Programa analítico.**
 - 4.4: Bibliografía**
- 5) Lista de instrumental.**
- 6) Curso de ampliación de conocimientos.**

1) Estructura curricular.

La Clínica de Prótesis 2 obedece a la estructura curricular establecida por el plan de estudios vigente, bajo el contralor y reglamentación de las autoridades de Facultad. Al respecto se establece:

a) ubicación en cuarto año de la carrera

b) horario estudiante de cinco horas durante el primer semestre y de cuatro horas semanales durante el segundo. Total de horas anuales estudiante 144

c) régimen de enseñanza: el curso se dicta en dos partes, una teórica y una clínica en las que se dará preferencia a los métodos didácticos que favorezcan la participación activa del estudiante

d) régimen de control:

La parte teórica se evalúa a través de examen oral final a rendir una vez aprobada la parte clínica, la asistencia a sus clases es libre.

La parte clínica se exonera, para lo cual el estudiante deberá cumplir un cuadro de trabajos práctico a satisfacción sujeto a evaluación continua, la asistencia a las clases es controlada debiéndose concurrir por lo menos al 80% de las mismas.

e) previas: el plan de estudios establece múltiples previas de cursos y exámenes inscriptas en la página 30 del mismo.

2) Objetivos generales:

La Clínica de Prótesis 2 ha adoptado como objetivos generales:

a) capacitar al estudiante de Odontología en:

- los procedimientos de prevención, diagnóstico y pronóstico de las secuelas de la edentación parcial
- los procedimientos de rehabilitación del desdentado parcial mediante prótesis removibles convencionales

b) informar al estudiante de Odontología de los procedimientos de rehabilitación del desdentado parcial mediante técnicas especiales, simplificadas o de precisión

c) contribuir mediante sus actividades a la formación integral de un Odontólogo general que responda al perfil establecido por el Claustro de Facultad.

3) Curso clínico.

3.1: Objetivos:

La parte Clínica del curso de Prótesis 2 tiene por objetivos capacitar al estudiante en los procedimientos de prevención, diagnóstico y tratamiento del desdentado parcial, a través de ejercicios de asistencia normatizada mediante prótesis removible convencional.

3.2 : Contenidos

a) Cuadro de trabajos prácticos: consiste en la asistencia de por lo menos dos pacientes que requieran prótesis parciales removibles como restuaración principal. Los casos serán asignados por el personal docente y su asistencia es obligatoria a menos que medie una causa adecuadamente justificada. Se deberán cumplir a satisfacción las etapas de:

- diagnóstico
- pronóstico
- plan de tratamiento
- preparación pre-protética
- restauración protética
- instalación
- mantenimiento

b) Programa de demostraciones: el curso clínico se desarrolla en base a una secuencia de demostraciones prácticas dictadas por el personal docentes y en las que se solicita la participación activa del estudiante:

1: Introducción al curso clínico: planificación de actividades, procedimientos y recursos. Historia clínica: identificación del caso, datos personales, anamnesis, examen clínico general y regional. Indicación de tratamientos profilácticos.

2: Historia clínica: examen clínico local, impresiones primarias, modelos de estudio. Indicación de exámenes complementarios.

3: Resumen de historia clínica: diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento. Diseño preliminar. Indicaciones de preparación pre-protética.

4 : Preparación pre-protética. Impresión definitiva anatómica. Modelo definitivo.

5.: Diseño. Ficha de diseño. Ejercicios de diseño. Discusión de casos clínico.

6: Prueba del armazón. Impresión anátomo funcional compuesta del extremo libre.

7: Oclusión protética: selección y montaje de dientes artificiales. Prueba de enfilado y articulado.

8: Instalación. Ajustes, instrucciones.

9: Controles. Ajustes, plan de control periódico.

3.3.: Manual del curso clínico

3.4: Atlas de diseño

Se recomienda consultar estas publicaciones que contienen información de apoyo seleccionada de acuerdo a los contenidos de la materia.

3.5: Evaluación: La evaluación de las actividades del curso clínico tiene finalidad diagnóstica y formativa de la actuación docente y estudiantil:

a) Objetivos:

- detectar el rendimiento general del curso para mantener la adecuación permanente de la enseñanza a las necesidades de los alumnos y del Plan de Estudios
- detectar el rendimiento individual del alumno para fomentar su espíritu de superación educacional, desarrollar su criterio de autoevaluación, calificar su actuación.

b) Comportamiento educacional:

Durante el curso el estudiante debe demostrar su capacidad de desarrollar correctamente los objetivos operacionales que se le propongan. A tales efectos será objeto de una evaluación permanente por parte del equipo docente que reconocerá los conocimientos, destrezas y actitudes que se requieren para ejecutar adecuadamente las actividades de atención del problema prótesis parcial. Se tomará en cuenta: el dominio cognoscitivo (información, comprensión, capacidad de estudio), el dominio psicomotor (habilidad de ejecución, habilidad y rapidez para la discriminación de estímulos) y el dominio afectivo (empatía, integridad y responsabilidad, criterio equilibrado, autodisciplina, autoevaluación, resistencia física y mental, relaciones humanas).

4.) Curso Teórico.

4.1: Objetivos: La parte teórica del curso tiene por finalidad capacitar al estudiante desde el punto de vista cognoscitivo en los procedimientos de prevención, diagnóstico y tratamiento del desdentado parcial mediante prótesis removible convencional e informarle del tratamiento mediante prótesis simplificadas y de precisión.

4.2: Programa:

Bolilla 1: Asistencia del parcialmente desdentado.

Tratamiento protético del parcialmente desdentado: opciones terapéuticas.

Efectos de la prótesis parcial removible.

Filosofía de asistencia. Plan de asistencia.

Planes de tratamiento protético.

Bolilla 2: Aparato de prótesis parcial removible.

Definición y requisitos generales.

Componentes: : bases, elementos de anclaje, conexión del anclaje, conectores mayores, superficie oclusal; variantes e indicaciones.

Clasificación de las prótesis parciales removibles: de acuerdo a su uso, a su construcción.

Bolilla 3: Elementos de anclaje.

Estabilidad protética: definición; agentes principales y accesorios

Elementos de anclaje principal y secundario : definición; objetivos clasificaciones; variedades; principios de acción; leyes; selección de acuerdo al caso clínico.

Bolilla 4: Diseño de la prótesis parcial removible.

Definición. Objetivos y principios.

Concepción bio-mecánica del aparato protético de acuerdo a la tipificación del terreno. Desarrollo sistemático del diseño.

Filosofías de diseño de los casos a extremo libre.

Bolilla 5: Historia clínica 1.

Diagnóstico y pronóstico del parcialmente desdentado considerando:

datos personales, anamnesis, examen clínico general, examen clínico regional.

Oclusión normal, oclusión fisiológica, oclusión patológica, maloclusión, oclusión óptima.

Disfunción mandibular: definición, etiología, signos y síntomas, cuadros clínicos.

Bolilla 6: Historia clínica 2.

Diagnóstico y pronóstico del desdentado parcial considerando:

Examen clínico local: cavidad oral, dientes, paradencio, terreno osteomucoso.

Evaluación del diente pilar. Clasificación de los casos de edentación parcial.

Examen radiográfico. Examen de modelos.

Bolilla 7: Tratamiento pre-protético 1.

Definición y objetivos.

Maniobras previas.

Tratamientos profilácticos: general, regional, local.

Tratamiento de la disfunción mandibular.

Bolilla 8: Tratamiento pre-protético 2.

Tratamiento paradencial.

Tratamiento del terreno osteo-mucoso.

Tratamiento de los dientes pilares: nichos para apoyos, planos guía, modificación del contorno.

Bolilla 9: Impresiones.

Definición y objetivos.

Elementos determinantes: terreno protético, cubetas, materiales de impresión y técnicas.

Descripción e indicaciones de la técnica anatómica simple estándar, anátomo-funcional simple y anátomo funcional compuesta.

Preparación del paciente. Manejo de la impresión. Modelos primarios y definitivos.

Bolilla 10: Construcción de aparatos metálicos.

Relación entre la clínica y el laboratorio dental. Orden de laboratorio.

Construcción de aparatos colados y labrados: materiales, instrumentos y técnicas.

Prueba del aparato metálico.

Bolilla 11: Relaciones intermaxilares.

Relaciones intermaxilares. Registros de oclusión.

Posición mandibular óptima. Dimensión vertical, posición retrusiva, relación céntrica.

Arco facial: objetivos y manipulación.

Movimientos mandibulares: descripción y métodos de registro.

Mecanismos antagonizadores y registros de oclusión: elección y uso de acuerdo al caso.

Bolilla 12: Oclusión protética y Terminación de la prótesis.

Oclusión óptima: Definición, teorías, principios.

Dientes artificiales: elección, enfilado, articulado.

Prueba estética y funcional.

Encerado de las bases y terminación: materiales, instrumentos y técnicas de laboratorio.

Bolilla 13: Instalación y mantenimiento.

Instalación de la prótesis parcial. Inserción del aparato. Instrucciones al paciente.

Período de adaptación. Complicaciones. Plan de control periódico..

Bolilla 14: Reparaciones.

Rebasado. Cambio de base. Reconstrucción. Reparaciones: de las bases, de los dientes, de las partes metálicas. Restauración de los dientes pilares.

Bolilla 15: Técnicas especiales.

Prótesis parcial removible: inmediata, híbrida, simplificada, articulada, de precisión, para defectos de los maxilares, unilateral, para ancianos, implanto soportada.

4.3: Programa Analítico.

Bolilla 1: Asistencia del parcialmente desdentado.

1.: Tratamiento protético del parcialmente desdentado: opciones terapéuticas, prótesis fija y prótesis removible. Indicaciones y contraindicaciones.

2.: Efectos de la prótesis parcial removible:

- a) Terapéuticos: - Primarios: -estética
-fonética
-masticación
-confort
-Secundarios: -sistema estomatognático
-digestión
-psiquis
- b) Daños potenciales: -Ecología bucal
-Terreno protético
- Sistema estomatognático
-Sensorial
- c) Sociales: -efecto sobre el individuo
-efecto sobre la colectividad

3.: Filosofía de asistencia: - Higiene oral aceptable
- Ortofunción
- Tratamiento óptimo
- Mantenimiento

Tratamiento óptimo: obedece a requisitos profesionales y del paciente:

- Terapéuticos
- Individuales
- Biomecánicos
- Higiénicos
- Sensoriales
- Construcción

4.: Plan de Asistencia: -Diagnóstico y pronóstico
-Elección terapéutica
-Preparación pre-protética
-Restauración
-Instalación
-Mantenimiento

5.: Plan de tratamiento protético: Ideal, Optimo, de Alternativa, considerando: necesidades individuales, eficiencia, tiempo, costo

Asistencia: - cuidar una persona en el orden social, médico, etc. - abogar por los derechos de alguien. Implica el concepto humanístico que debe guiar al profesional al servicio de las profesiones de salud.

Tratamiento: -conjunto de procedimientos que se ponen en práctica para la curación o el alivio de las enfermedades.

6.: Bibliografía: Zarb. Sección 1 pags.3 a 36.

Bolilla 2.: Aparato de prótesis parcial removible.

1.: Definición: Aparato es un conjunto de partes o elementos que ordenadamente concurren a desarrollar una función. La prótesis parcial removible es un aparato en el cual se reconocen como partes: bases, elementos de anclaje, conexión del anclaje, conexión mayor y superficie oclusal. Los requisitos generales del aparato surgen de la Filosofía de Asistencia (Bolilla 1) y sus características individuales surgen de su concepción racional derivada de los requisitos de Diseño (Bolilla3).

2.: Bases:

-Definición: parte de la prótesis que recubre el proceso alveolar residual de la brecha desdentada a restaurar.

-Objetivos: a) dar sustentación a los dientes artificiales
b) reponer tejidos blandos, compensar la reabsorción alveolar
c) transmitir cargas al proceso alveolar: función de soporte

-Requisitos imperativos: a) íntima adaptación al terreno
b) ocupar el espacio protético

-Variedades: a) de acuerdo al tipo de prótesis: a placa, esquelética
b) de acuerdo a su extensión: máxima, reducida, mínima
c) de acuerdo al material: metal, resinas

3.: Elementos de anclaje:

-Definición: parte de la prótesis que toma contacto con los pilares (dientes remanentes o implantes).

-Objetivos: contribuir a la estabilidad de la prótesis brindando retención y/o soporte.

-Requisitos imperativos: su forma, número y distribución deben estar de acuerdo a los requerimientos bio-mecánicos del caso que surgen del diseño del caso.

-Variedades: a) de acuerdo a su función:

-anclaje principal o directo: brinda retención y soporte

-anclaje secundario o indirecto: brinda soporte

b) de acuerdo a sus principios de acción:

- ganchos o retenedores convencionales actúan por tensión elástica circunscribiendo el diente

- attaches o retenedores de precisión actúan por fricción entre sus dos partes: una unida al pilar y la otra a la prótesis.

4.: Conexión del anclaje:

- Definición: parte de la prótesis por la cual se unen los elementos de anclaje al resto del aparato
- Objetivos: contribuir a la asimilación biológica de las cargas en la forma más favorable posible.
- Requisitos imperativos: su diseño, número y distribución estarán de acuerdo a la vía de carga determinada por el diseño del caso.
- Variedades: a) rígida
 - b) lábil: elástica o articulada
 - c) semirígida: determinada por el uso de retenedores DPI o DPA.

5.: Conectores mayores:

- Definición: parte del aparato que une las bases entre sí. Circunstancialmente puede unir una base con un elemento de anclaje ubicado a distancia.
- Objetivos: Principal: actuar como elemento de unión de los componentes del aparato protético. Accesorio: brindar soporte por su relación de contacto con el terreno subyacente.
- Requisitos imperativos: rigidez
- Variedades: Maxilar Superior: >Barra Palatina
 - >Banda Palatina
 - >Placa Palatina
 - >Barra cingular
Maxilar Inferior: >Barra Lingual
 - >Barra Sublingual
 - >Barra Cingular
 - >Placa Lingual
Material: >Metal
 - >Acrílico
 - >Combinadas: metal- acrílico

6.: Superficie Oclusal:

- Definición: parte de la prótesis que corresponde los dientes que reemplaza.
- Objetivos: restaurar las funciones alteradas por la pérdida de dientes
- Requisitos imperativos: cumplir con los requisitos de la oclusión óptima y las normas de estética

-Variedades: Material: >Metal
>Resinas
>Cerámica
>Combinados

Amplitud Oclusal: > Similar a los dientes que restaura
> Reducida: Regla 3HM de Ackermann

7.: Bibliografía: McGivney pags.15 a 158.
Stewart pags 1 a 96.
Borel: capítulos 1,5,6

Bolilla 3: Elementos de anclaje.

1.: Estabilidad:

-Definición: Propiedad de la prótesis de mantener un vínculo permanente con el terreno protético

-Agentes de estabilidad

- a) Principales:
 - Retención: capacidad de la prótesis de oponerse al desplazamiento frente a las fuerzas que tienden a separarla del terreno protético
 - Soporte: capacidad de la prótesis de oponerse al desplazamiento frente a las fuerzas que tienden a intruirla en el terreno protético
- b) Accesorios:
 - Equilibrio oclusal: cualidad de la prótesis por la cual las fuerzas originadas a nivel de la superficie oclusal favorecen su estabilidad.
 - Equilibrio muscular: cualidad de la prótesis por la cual las fuerzas funcionales originadas en las superficies en contacto con órganos paraprotéticos favorecen su estabilidad.
 - Equilibrio psicológico: cualidad de la prótesis de integrarse emotivamente al portador de forma tal que éste favorezca su estabilidad.

2.: Elementos de anclaje:

-Definición, objetivos, requisitos imperativos, variedades ver bolilla 2.

-Elementos de anclaje principal:

-Integración básica de los ganchos : brazo activo, brazo pasivo, cuerpo, apoyo y conector. Brazos de recorrido gíngivo-oclusal y ocluso-gingival.

-Integración básica de los ataches: partes macho y hembra

-Clasificaciones de los Ganchos: > de Roach
> de Ney
> por la superficie de contacto dentario y recorrido del brazo
> por su técnica de construcción
> variedades: de Bonwill, de Nally-Martinet, DPI, DPA, equipoise

- Clasificación de los Ataches: > Por su técnica de construcción
 - > Por su forma: intracoronarios, extracoronarios, de poste, de barra, auxiliares.
- Principios de acción: > Principios de retención: mecánicos: fricción y tenso-fricción elástica. Ganchos y anatomía dentaria.
 - > Principios de soporte: contacto íntimo, definido, difundir las fuerzas en forma biológicamente aceptable.
- Leyes: retención, soporte, circunscripción, reciprocación, fijación, elasticidad
- Selección de acuerdo al caso clínico considerando factores estéticos, biológicos y mecánicos
- Elementos de anclaje secundario:
 - Clasificación y variedades: apoyos, barra-corono cingular
 - Principios de acción: principios de soporte
 - Selección de acuerdo al caso clínico considerando la existencia de ejes de giro en base a los retenedores directos presentes.

3.: Bibliografía: Bocage-Wirgman 2a. o 3a. Edición.
 Bocage-DerBoghosian y Monteserin-RAOA -Vol.78-No.III
 Julio/Setiembre 1990
 Bocage-Tedesco-Wirgman -Zalynas: Atlas de diseño.
 Mallat pags. 96 a 120
 Boucher pags. 56 a 80
 Krol A.: Retenedor DPI y sus modificaciones. Clínicas
 Odontológicas de Norte América 1973 pags. 631-647
 Preiskel

Bolilla 4. : Diseño.

1) Definición: Determinar los recursos aparatológicos apropiados al caso.

Diseño preliminar: se elabora en la etapa de plan de tratamiento.

Diseño definitivo: surge después de evaluar los resultados de la preparación preprotética

- 2) Objetivos y principios:
- > Comportamiento bio-mecánico
 - > Construcción simplificada
 - > Mínimo recubrimiento dentario y gingival
 - > Mínima alteración sensorial
 - > Estético
 - > Higiénico
 - > Profiláctico (preservación-prevención)

3) Concepción bio-mecánica:

Soluciones aparatológicas de las variedades topográficas de Kennedy definiendo los recursos aparatológicos en base a la mecánica del caso y a sus índices biológicos.

Desarrollo sistemático:

- a) Tipificación del terreno protético de acuerdo a su topografía y a la vía de carga
- b) Evaluación de los índices biológicos generales, regionales y locales
- c) Ubicación y características de las bases:
 - elección de las brechas que portarán bases
 - determinación de la extensión
- d) Ubicación y características de los elementos de anclaje:
 - elección de los pilares principales y ubicación de los retenedores directos: estudio cinemático del futuro aparato frente a las fuerzas intrusivas y extrusivas (traslaciones y rotaciones) de acuerdo a la disposición del anclaje principal (puntiiforme, lineal, en superficie)
 - elección de pilares secundarios y ubicación de los retenedores indirectos
- e) Elección de la conexión del anclaje principal
- f) Elección del conector mayor
- g) Determinación de las características de la superficie oclusal.

4.: Filosofías de diseño del extremo libre: principios e indicaciones:

- > Máxima cobertura
- > Conexión lábil : charnela de Fischer, barras hendidas
- > Prótesis semi-rígida: indicación de retenedores DPI-DPA

5.: Bibliografía: Zarb: capítulos 36, 37 y 38

McGivney: capítulo 9

Mallat: capítulo 2 y págs. 146 a 151

Stewart: capítulos 4 y 7

Castro y Alvarez: Principios para el diseño del parcialmente
desdentado: O.U. Nos.7 y 8 años 1964-65.

Bocage-Tedesco-Wirgman-Zalynas: Atlas de diseño.

Bocage: Manual del curso clínico cap. 3.

Loza Fernández: capítulo 7

Bolilla 5.: Historia Clínica 1.

1) Diagnóstico protético:

-Definición: identificar las características del caso que permitan evaluar índices biológicos positivos o negativos para su evolución y para el tratamiento protético.

-Tipos de diagnóstico:

- Tipológico: tipificación morfológica y fisiológica
- Estado actual: condiciones físicas, funcionales y patológicas prevalentes en el momento del tratamiento
- Etiológico: identificar las causas de las alteraciones detectadas.
- Aptitud: identificar otros factores que inciden en el tratamiento: emocionales, tiempo, costo, colaboración, etc.

2) Pronóstico:

-Definición: prever la evolución del paciente con o sin tratamiento protético

3) Datos personales: filiación, edad, sexo, ocupación.

4) Anamnesis:

- Motivación para el tratamiento protético: estética, masticación, confort, tiempo disponible.
- Tipo psicológico: House: filosófico, preciosista, histérico, indiferente.
- Antecedentes médicos: diabetes, artritis, enfermedad de Paget, acromegalia, epilepsia, enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades transmisibles, alergias, enfermedades actuales, tratamientos actuales, drogas(anticoagulantes, hipotensores, inhibidores de saliva, terapia endócrina).
- Antecedentes odontológicos: frecuencia de la asistencia, tipos de tratamientos, instrucción de higiene oral y protética, causa de pérdida de dientes, hábitos, historia protética.
- Condición socio-económica: disponibilidad económica para el tratamiento
- Dieta: ficha dietaria: calidad, cantidad, frecuencia.

5) Examen Clínico General:

- Apreciación sico-física: coordinación muscular y fonética, nivel intelectual y de entendimiento, tipo emocional, estética.

6) Examen Clínico Regional:

- Ficha disfuncional:
- 1: Apertura bucal menor de 40mm.
 - 2:Desviación de la línea media en apertura o cierre
 - 3:Dolor a la palpación muscular
 - 4:Dolor a la palpación articular

- 5:Espacio libre interoclusal mayor de 4mm.
- 6:Ruidos articulares
- 7:Trayecto de PCR a OM de más de 1mm.
- 8:Trayecto de PCR a OM asimétrico
- 9:Interferencias en-propulsión o lateralidad
- 10:Signos de trauma periodontal.

7) Tipos de oclusión:

- Oclusión normal: es la que obedece a la norma o estándar de un grupo humano.
- Oclusión fisiológica: es la que manifiesta clínicamente una relación anatómica y funcional armónica de los componentes del sistema estomatognático que asegura el mantenimiento de su equilibrio biológico.
- Maloclusión: es la que manifiesta falta de armonía anatómica y/o funcional entre los componentes del sistema estomatognático. No implica existencia de enfermedad, puede evidenciar fenómenos de adaptación.
- Oclusión patológica: es la que manifiesta falta de armonía anatómica y/o funcional entre los componentes del sistema estomatognático, origen de alteraciones patológicas del mismo.
- Oclusión óptima: es la que se ajusta a los principios que rige al profesional para lograr un tratamiento estable, eficaz y profiláctico

8) Disfunción mandibular;

- Definición: alteraciones del sistema estomatognático a las que la oclusión dentaria se relaciona directa o indirectamente
- Características:se puede observar: alteración estética, cambios anatómicos del sistema, pérdida de eficacia masticatoria, migraciones dentarias, desviación mandibular, pérdida de dimensión vertical, falta de confort.
- Etiología: -desarmonía oclusal
-hiperactividad muscular
-hipertensión emocional
- Signos y síntomas:
Músculos: fatiga, rigidez, dolor, espasmos, limitación de movimientos, hipertrofia muscular
Articulaciones Témporo-Mandibulares: dolor, desplazamiento del cóndilo, ruidos, cambios estructurales, limitación de movimientos, subluxación.

Dientes: facetas parafuncionales, desgaste exagerado, dentina de compensación, hipersensibilidad pulpar, fracturas.
Paradencio: dolor, movilidad, migraciones, osteitis condensante, destrucción del hueso alveolar

-Cuadros Clínicos: Bruxismo, abrasión patológica, síndrome dolor-disfunción del sistema neuro-muscular, síndrome dolor-disfunción de las articulaciones témporo-mandibulares, trauma periodontal.

9.) Bibliografía: Stewart: capítulos 5 y 6
Okeson: Parte II
Zarb: capítulos 3 y 15

Bolilla 6: Historia Clínica 2.

A) Examen Clínico Local.

- 1) Problemas de atención inmediata: lesiones de tejidos blandos, caries importantes, extracciones evidentes, ajuste de prótesis existentes, dolor, problemas estéticos.
- 2) Evaluación de higiene oral: evaluación de placa bacteriana, clasificación de higiene oral, motivación, habilidad, comprensión (aptitud), identificación de áreas de acumulación de alimentos, placa, sarro.
- 3) Evaluación de susceptibilidad a la caries: test de susceptibilidad, índice CPO, recidivas.
- ✓ 4) Examen de dientes remanentes: ✓
 - a) aislados: corona clínica y anatómica, forma de la corona, volumen, integridad, vitalidad, reacción a la percusión, movilidad
 - b) en la arcada: ubicación, curvas de oclusión, punto de contacto, inclinación
 - c) respecto al antagonista: llaves de oclusión; incidencia de fuerzas oclusales: axiales, oblicuas, punto de aplicación, ángulo de incidencia, naturaleza del antagonista; espacio entre los arcos y los procesos alveolares residuales
 - d) respecto a la brecha desdentada: vía de carga, ángulo dento gingival (clasificación de Elbrecht)
- ✓ 5) Examen paradencial: color, consistencia, textura, exploración de la bolsa, furcaciones expuestas, exudado, extensión de la encía adherida, inserción de bridas y frenillos. ✓
- 6) Evaluación del diente pilar: < evaluación de la capacidad de carga
< evaluación de la capacidad de anclaje
< características del pilar ideal
- ✓ 6) Mucosa oral: cambios patológicos, lesiones protéticas.
- ✓ 7) Terreno osteo-mucoso: evaluación de :
 - tejidos duros: conformación; volumen; longitud, forma y ubicación de la brecha; expulsividad. ✓
 - tejidos blandos: espesor, depresibilidad, adherencia
 - tejidos de soporte principal, secundario y de alivio
 - tejidos estacionarios, de pasaje y móviles.

- 8) Evaluación de calidad y cantidad de saliva
- 9) Evaluación de prótesis existentes
- 10) Clasificación de la edentación parcial: - Topográfica de Kennedy
- Bio-mecánica de Rebossio
- 11) Examen de la oclusión:
- a) Examen de la Posición Retrusiva: (posición de la mandíbula respecto al macizo cráneo-facial en la cual sus cóndilos se ubican en el eje de bisagra terminal PR)
Examen de la Posición de Contacto Retrusiva : (posición retrusiva de la mandíbula en la cual se establece contacto dentario PCR)
 - b) Examen de la Oclusión Máxima (relación de antagonismo en la cual se establece el máximo engranamiento entre las arcadas dentarias OM):
 - examen de la posición postural (PP)
 - examen del camino de cierre muscular : cierre automático de PP a OM
 - contactos oclusales en OM:
 - > clasificación de Angle
 - > contactos de cúspides fundamentales
 - > OM en área céntrica o punto céntrico
 - c) Examen del movimiento retrusivo (trayecto de PCR a OM): identificación de OM fisiológica o de comodidad
 - d) Examen de la propulsión:
 - evaluación de la guía incisiva
 - identificación de interferencias en el área funcional y en el área no funcional
 - e) Examen de la lateralidad:
 - evaluación de la guía canina: función canina, función de grupo
 - identificación de interferencias en el área funcional y en el área no funcional
 - f) Examen de las curvas de oclusión
 - g) Examen de las facetas de desgaste: en OM y en relaciones excéntricas.

B) Examen Radiográfico:

- Indicación de radiografías:
 - periapicales: dientes, paradencio
 - panorámicas: procesos alveolares
 - transcraneal: articulaciones témporo-mandibulares
- Indicación de artrografía y tomografía de articulaciones TM.
- Evaluación radiográfica: -patrón óseo -examen dentario
 - examen periodontal -hallazgos

C) Examen de Modelos:

1) Técnica estándar de impresión primaria

2) Vaciado y características del modelo primario

3) Estudio de los modelos aislados:

- a) dientes remanentes
- b) brechas desdentadas
- c) relación dientes-brechas
- d) relevamiento del modelo:
 - descripción del paralelógrafo de Ney
 - usos del paralelógrafo
 - determinación del eje de inserción:
 - considerando: > plano oclusal
 - > planos guía
 - > retención de los pilares
 - >áreas retentivas
 - >interferencias
 - >estética
 - >confort
 - dibujo del ecuador protético y determinación de las áreas retentivas utilizables. Clasificación del ecuador protético de acuerdo a Ney y proyecto de brazo retentivo.
 - reproducción del eje de inserción

4) Estudio de los modelos relacionados:

- > distancia interalveolar
- > plano oclusal
- > oclusión: -OM; PR; trayecto de OM a PR; propulsión; lateralidad;
llaves de oclusión, función oclusal

D) Bibliografía: Stewart: capítulos 5 y 6
Mc Givney: capítulos 10 y 11
Bocage: Manual del Curso Clínico: capítulo 3
Zarb: capítulos 6, 7, 10, 14, 15 y 16
Abjean-Korbendau: capítulos 1, 2, 3, 4.
Davenport: pags. 23 a 41.
Borel: capítulos 2, 3, 4, 12

Bolilla 7 : Tratamiento pre-protético 1.

1.: Definición: Procedimientos clínicos que afectan el terreno protético y/o estructuras anexas, con la finalidad de mejorar las condiciones existentes para recibir la prótesis.

2.: Objetivos: Se reconocen objetivos profilácticos, terapéuticos y pro-protéticos:

- a) asegurar a largo plazo la preservación de las estructuras biológicas y el éxito de la prótesis
- b) mejorar el estado de salud y función de las estructuras biológicas relacionadas a la prótesis
- c) lograr un esquema oclusal aceptable
- d) preparar las estructuras del terreno protético para adecuarse a los requisitos de forma y función de la prótesis:
 - facilitar su colocación y retiro
 - garantizar su estabilidad
 - asegurar la función de soporte

3.: Tratamientos previos: se refiere a los problemas de atención inmediata que se surgen a partir de la primera consulta:

- tratamientos sintomáticos: dolor, discomfort
- solución a problemas estéticos
- tratamiento de enfermedades prioritarias: patologías que corresponden al campo de acción del odontólogo; caries avanzadas, afecciones pulpares, extracción de dientes irrecuperables.

4.: Tratamientos profilácticos:

a) General: el odontólogo como profesional de la salud debe brindar orientación cuando detecta desórdenes generales que potencialmente alteran el equilibrio biológico del paciente:

- higiene de la alimentación: consecuencias de la alimentación deficiente (carencias, desnutrición, sobrepeso), realización y análisis de la ficha de dieta individual, recomendaciones: pirámide de los alimentos)
- higiene física: importancia de los ejercicios físicos y respiratorios básicos, ritmo de descansos, higiene corporal
- higiene psíquica: autocontrol del stress

b) Regional:

- tratamiento y prevención de hábitos lesivos del sistema estomatognático
- prevención de lesiones premalignas: tabaquismo, alcoholismo, calor, condimentos

- c) Local: procedimientos de prevención de caries y paradencio-pa tías:
- control de placa individual (técnica de Lindhe)
 - limpieza dental profesional
 - uso de fluoruros
 - uso de agentes antimicrobianos
 - eliminación de factores de retención de placa (experiencias de Carlsson y col. 1965-70, y de Brill y col. 1977)

5) Tratamiento de la disfunción mandibular:

- a) síndromes de disfunción mandibular de origen oclusal:
- síndrome dolor-disfunción del sistema neuro-muscular (mio-facial)
 - síndrome dolor-disfunción de las articulaciones témporo-mandibulares
 - trauma periodontal
 - bruxismo (apretamiento, frotamiento, abrasión)

Estos síndromes tienen en común la existencias de desarmonía de la oclusión, hipertensión muscular e hipertensión síquica, por lo cual se puede organizar sus tratamientos en:

- terapia directa del órgano principalmente afectado
- terapia oclusal

b) Terapia directa del sistema neuro muscular:

- farmacológica
- reposo
- psicoterapia
- autosugestión
- fisioterapia

c) Terapia directa de las articulaciones témporo mandibulares:

- farmacológica
- reposo
- fisioterapia
- placa pivotante
- placa de recapturación de menisco
- limitador de apertura
- cirugía

d) Terapia directa del trauma periodontal;

- farmacológica
- desgaste de contactos traumáticos
- cirugía periodontal
- ferulización

e) Terapia oclusal: adopta como fundamento operativo los requisitos de la oclusión óptima. Procedimientos:

- Placas de mordida:
 - fines: tratamiento sintomático, tratamiento etiológico y auxiliar de diagnóstico
 - tipos:
 - planos de mordida (placa de Hawley-Jig)
 - placa mio relajante o de estabilización
 - placa de elevación de la dimensión vertical, prótesis provisionales
 - placas de mordida resilientes
- Ajuste oclusal:
 - por sustracción o desgaste selectivo (técnica de Neff)
 - por desplazamiento (movimientos ortodóncicos- cirugía ortognática)
 - por adición (procedimientos de remodelado oclusal mediante restauración fija o removible)

6.: Bibliografía:

Stewart: pags 277 a 287.
 Boucher: pags. 125 a 147
 Okeson: partes II, III y IV
 Abjean -Korbendau: parte II
 Zarb: sección II
 Neff.
 Rubiano

Bolilla 8.: Tratamiento preprotético 2.

1.: Tratamiento paradencial:

- a) Objetivos - eliminar factores etiológicos de la enfermedad periodontal
 - lograr surcos gingivales sanos, bolsas inactivas y descontaminar la superficie radicular
 - lograr una arquitectura ósea y gingival fisiológica
 - controlar la existencia de relaciones oclusales funcionales
 - establecer un programa de mantenimiento acorde a las necesidades del paciente
- b) Tratamiento inicial:
 - instrucciones de higiene oral, control de placa y motivación; de-tartraje y profilaxis, esta etapa del tratamiento periodontal generalmente se contempla en la etapa de tratamiento profiláctico local (bolilla 7)
 - eliminación de factores de injuria directa
 - eliminación de factores de injuria indirecta
 - ajuste oclusal
 - ferulización temporaria
- c) Cirugía paradencial:
 - gingivectomía
 - colgajo paradencial
 - anomalías del complejo muco-gingival del diente pilar y su tratamiento:
 - superficie radicular expuesta
 - falta de encía insertada
 - engrosamiento gingival
- d) Mantenimiento: - plan individual de mantenimiento

2) Tratamiento del terreno osteo-mucoso.

- a) Objetivos: mejorar las condiciones de los rebordes alveolares residuales o bóveda palatina y sus mucosas de recubrimiento para desempeñar adecuadamente la función de soporte desde el punto de vista biológico y mecánico
- b) Tratamiento sistémico: control de alteraciones sistémicas de manifestación oral que afectan el terreno protético

- c) Tratamiento quirúrgico de tejidos duros y blandos:
 - extracciones de dientes erupcionados o incluídos
 - remodelado de tejidos duros: espículas, crestas, exostosis torus, aumento de rebordes
 - corrección de anomalías de los tejidos blandos: mucosas depresibles, deslizables, inserción de músculos-bridas y frenillos
- d) Tratamiento de la estomatitis protética: - medicamentoso, mecánico, higiénico, acondicionadores de tejidos
- e) Tratamiento de la hiperplasia fibrosa inflamatoria (hiperplasia marginal-épulis fisurado)
- f) Tratamiento de la hiperplasia papilar inflamatoria (papilomatosis)
- g) Tratamiento del síndrome de dolor bucal protético
- h) Tratamiento de las prótesis existentes:- remoción de prótesis viejas
 - acondicionamiento de prótesis en uso
 - prótesis provisionarias

3. Tratamiento de los dientes pilares.

a) Objetivo: realizar las modificaciones necesarias a los dientes pilares para garantizar las mejores condiciones para el equilibrio biológico, estético y funcional de la prótesis removibles

b) Requisitos imperativos:

- toman como referencia básica el eje introexpulsivo
- son modificaciones de la superficie coronaria que se realizan sobre esmalte sano o restauraciones coronarias existentes o se programan sobre restauraciones realizadas especialmente
- tratamiento preventivo de las superficies desgastada

c) Tallado de planos guías:

- en casos de brechas intercalares
- en casos de brechas a extremo libre

d) Tallado de modificaciones de contorno

e) Tallado de nichos para apoyos :

- oclusales
- cingulares
- incisales

f) Restauraciones coronarias con finalidad protética.

- 4) Bibliografía: McGivney: capítulos 5, 12 y 13
Stewart: capítulo 9
Zarb: capítulos 9, 10, 11, 13
Kratochvil: capítulo 12
Loza Fernández: capítulo 5
Borel: capítulo 15

Bolilla 9.: Impresiones.

- 1) Definición: reproducción negativa del terreno protético.
- 2) Objetivos: obtención de modelos.
- 3) Elementos determinantes:
 - terreno protético: -casos de vía de carga dentaria
-casos de vía de carga mixta
 - cubetas: - de stock
- individualizadas
-individuales
 - materiales de impresión: -elásticos, plásticos y rígidos
-fundamentales y complementarios
 - técnicas:clasificaciones:
 - de acuerdo al tratamiento del terreno: anatómicas, funcionales
anátomo- funcionales, mucostáticas
 - de acuerdo a las maniobras clínicas: simples, mixtas, com-
puestas
- 4) Técnica estándar o anatómica simple.
Descripción de la técnica e indicaciones
- 5) Técnica anátomo-funcional simple.
Descripción de la técnica e indicaciones
- 6) Técnica anátomo-funcional compuesta
Descripción de la técnica e indicaciones.
- 7) Preparación del paciente para la toma de impresión:
 - posición del paciente y el operador
 - control de náuseas
 - control de saliva
 - preparación del terreno protético
 - preparación emocional
- 8) Manejo de la impresión:
 - limpieza
 - desinfección
 - preparación para el vaciado
 - almacenamiento
 - vaciado del modelo: materiales y técnicas
- 9) Modelos: definición, objetivos , características y requisitos de los modelos prima-
rios o de estudio , definitivos o maestros.
- 10) Bibliografía: Bocage: Manual del Curso Clínico
Stewart: pags. 305 a 316 y capítulo 13
Mc Givney:capítulos 14 y 15
Mallat : pags 162 166 y capítulo 8
Zarb: capítulos 40 y 41
Borel: capítulo 13 y 17

Bolilla 10: Construcción de aparatos metálicos.

1) Relación clínica-laboratorio dental:

- Funciones del odontólogo y el técnico de laboratorio dental.
Responsabilidades. Apoyo del laboratorio a la clínica.
- Diseño y redacción de la orden de laboratorio

2) Construcción de aparatos colados:

- dibujo de la estructura metálica
- ubicación del eje de inserción
- preparación del modelo:
 - > dibujo del ecuador protético
 - > eliminación de ángulos muertos
 - > relevamiento (en paralelo, cónico)
 - > corte bajo
 - > alivios
 - > desgastes
- duplicado del modelo:
 - > materiales e instrumentos para el duplicado
 - > vaciado del modelo refractario
- encerado:
 - > dibujo del esqueleto
 - > procedimiento de encerado: manual, preformas, calibrado
 - > colocación de los bebederos
- inclusión en revestimiento
- eliminación de la cera y calentamiento del cilindro
- colado:
 - > metales para el colado
 - > centrifugas
 - > fusión del metal
- pulido:
 - > arenado
 - > recorte y alisado
 - > ajuste al modelo
 - > pulido mecánico y electrolítico

3) Construcción de aparatos labrados:

- indicaciones, ventajas y desventajas de las partes labradas
- materiales e instrumental
- modelo de trabajo

- técnicas de construcción
- ensamblado de las partes metálicas

4) Prueba del aparato metálico:

- inspección del aparato
- ajuste a los dientes pilares
- ajuste a la oclusión
- ajuste de aparatos semi-rígidos

5) Bibliografía: Stewart: capítulos 11 y 12

McGivney: capítulos 17 y 18

Borel: capítulos 8, 11 y 19

Zarb: capítulos 23 y 26

Rudd: Volumen 3, capítulos 1 al 11

Bolilla 11: Relaciones intermaxilares.

- ✓ 1) Relaciones Intermaxilares. Se entiende por relación intermaxilar la relación espacial que ocupa la mandíbula respecto al maxilar superior. Se reconocen relaciones estáticas (posiciones mandibulares) y dinámicas (movimiento mandibulares).

Para su identificación se establecen referencias a nivel de las determinantes de la oclusión:

- superficie oclusal dentaria
- articulaciones témporo-mandibulares
- sistema neuro-muscular

2) Registros de oclusión. Son procedimientos clínicos que tienen por objetivo determinar las posiciones y movimientos de la mandíbula para reproducirlos mediante los modelos montados en un mecanismo antagonizador, con fines de diagnóstico o de restauración de la oclusión.

- ✓ 3 Posición Mandibular Óptima (PMO):

-Definición: es la posición de la mandíbula en la cual el maxilar inferior se relaciona anatómica y funcionalmente al macizo cráneo facial en la forma más estable y profiláctica. Sus características son:

- > a nivel de la oclusión: se establece la OM., la cual determina entre otras cosas la dimensión vertical de oclusión
- > a nivel de las articulaciones témporo mandibulares: los cóndilos están encajados en las cavidades glenoideas coincidiendo con el eje de bisagra terminal, a lo cual convencionalmente se le llama posición retrusiva o relación céntrica
- > a nivel muscular: la actividad neuro-muscular reconoce esta posición como la más armoniosa de oclusión, a la cual se llega desde la posición postural por reflejo con un mínimo de actividad muscular.

La PMO se toma como referencia para el diagnóstico de la oclusión o como punto de partida para la restauración de la oclusión protética. Cuando no se establece la coincidencia entre la oclusión y las determinantes óseas y musculares se entiende que existe una Oclusión Máxima de Comodidad, tomándose como referencia para el diagnóstico la Posición de Contacto Retrúsiva establecida por la determinante ósea. Siendo una posición básica los autores frecuentemente le aplican la calificación de céntrica. El concepto de Centricidad implica la existencia de las condiciones que garantizan el equilibrio biológico.

-Registro: cuando se ha perdido la dimensión vertical implica dos tiempos::

- > Determinación de la dimensión vertical:
 - métodos de registro: funcionales: fonético y reposo
 - métodos de control: métrico, estético y paralelismo de rebordes.

- > Determinación de la posición retrusiva:
 - métodos activos: > láminas de Long
 - > lengua
 - > Jig de Lucia
 - métodos pasivos: > Ramfjord
 - > Dawson

- > Fijación: - método posicional de mordida
 - indicación del uso de placas de articulación

- > Montaje del modelo inferior y verificación por la técnica del modelo hendido de Lauritzen

✓ 4) Montaje con arco facial.

- Objetivo: montar los modelos en articulador en relación a su eje intercondilar en la misma relación que las arcadas dentarias se relacionan al eje de bisagra del paciente

- Determinación del eje de bisagra:
 - > método científico: determinación del Eje de Bisagra Terminal (EBT) mediante el arco facial cinemático
 - > método presuntivo: determinación del Eje de Bisagra Arbitrario (EBA) a través de normas estándar: punto Beyron, conducto auditivo externo

- Determinación del punto de referencia anterior:
 - > punto infraorbitario: plano axio-orbital o de Francfort
 - > punto espina nasal: plano axio-nasal o de Camper

- Técnica de registro: descripción de las técnicas de:
 - > arco facial tipo Snow-Dentatus-Hanau
 - > arco facial tipo Quick-Mount de Whip-Mix, Gnatus, Bio-Art

✓ 5) Movimientos mandibulares:

- Estudio de los movimientos mandibulares

- > a nivel condilar: plano sagital: + movimiento de bisagra
+ movimiento de Walker
+ movimiento orbitante

plano horizontal: + ángulo de Bennet (movimientos inmediato y progresivo)
+ movimiento de Bennet látero-trusión, pro-trusión y re-trusión)

plano frontal: + movimiento de Bennet (látero-trusión, sur-trusión y de-trusión)

- > a nivel de la oclusión: estudio del bicuspoide en los planos sagital horizontal y frontal: trayectoria incisiva, gnatograma de Gysi, trayectoria canina

- Registro de los movimientos mandibulares:

- < Métodos: > métodos posicionales
> métodos pantográficos
> métodos estereográficos
> trayectorias funcionalmente generadas
> métodos cibernéticos
- < Ventajas, desventajas, indicaciones en prótesis parcial removible.

✓ 6) Mecanismos antagonizadores:

- Clasificación: + oclusores

- + articuladores: - arbitrarios
- estándares
- adaptables: > parcialmente adaptables de 1a. y 2a. generación
> totalmente adaptables

- Elección del mecanismo antagonizador:

- > sin oclusión remanente: oclisor
- > con oclusión remanente:
 - + sin disfunción, restauración simple: articulador estándar
 - + sin disfunción, restauración compleja: articulador parcialmente adaptable
 - + con disfunción, restauración simple: articulador parcialmente adaptable de 2a. Generación
 - + con disfunción, restauración compleja: articulador totalmente adaptable

7) Bibliografía:

McGivney: capítulo 16
Borel: capítulos 10 y 14
Stewart: pags. 393 a 421
Zarb: capítulos 16, 17 y 19
Malone: capítulo 12
Lundeen y col.: JPD 1978.

Bolilla 12: Oclusión protética y terminación de la prótesis.

1.: Objetivos de la oclusión protética:

- > contribuir a la restauración de funciones
- > cumplir con los requisitos de la oclusión óptima

2.: Oclusión óptima:

- Definición: ver bol. 5

- Principios:

- > Centricidad: la OM protética debe coincidir con la PMO
- > Reducción de fuerzas verticales: se debe incorporar en el diseño de la morfología oclusal aquellas determinantes que reduzcan la magnitud de cargas verticales y aseguren su adecuada dirección y distribución en el terreno protético:
 - OM simultánea
 - reducción de la tabla oclusal
 - altura cuspidéa máxima
 - axialización de cargas
 - se complementa con el adecuado diseño:
 - + concepción biomecánica del anclaje
 - + máximo aprovechamiento del soporte en los casos de vía de carga mixta
- > Reducción de fuerzas horizontales: se debe incorporar en el diseño de la oclusión aquellas determinantes que garanticen la adecuada distribución en el terreno protético de las cargas horizontales que se generan durante los movimientos excéntricos:

Se reconocen dos teorías:

 - Oclusión balanceada: cuando todos los dientes participan de los contactos oclusales excéntricos. Se aplica a los casos de vía de carga predominio mucoso así como en completas antagonizando con parciales
 - Oclusión mutuamente protegida: cuando los dientes posteriores protegen a los anteriores recibiendo las cargas de la OM y los anteriores protegen a los posteriores recibiendo las cargas de las relaciones excéntricas. Se describen dos variedades: -- función canina: se aplica a los casos dentosoportados cuando es la función normal existente
 - función de grupo: se aplica a los casos dentosoportados cuando es la función normal existente y a los casos de vía de carga mixta a predominancia dentaria

3) Elección de dientes:

- >de acuerdo al material: porcelana, resinas, metal, metal-resina; considerar características del material y del caso
- >forma, tamaño, color: considerando : dientes remanentes, principios de armonía dento-facial, espacio disponible.

4) Enfilado:

- >dientes anteriores: consideraciones estéticas y funcionales
- >dientes posteriores: reglas de Pound - piezografía
- >dientes adyacentes a las partes metálicas: colocación directa e indirecta

5) Articulado:

- >objetivos del articulado en OM y en oclusiones excéntricas
- >leyes de la articulación: fórmula de Thielemann
factores fijos: TC, TI, PO
factores de control: AC, CC
- >determinantes verticales: TC, TI, PO, látero-trusión, curva de Spee, curva de Wilson
- >determinantes horizontales: movimiento lateral inmediato y progresivo
látero-trusión, distancia intercondilar, posición del diente en la arcada
- >determinantes de la concavidad palatina de los dientes anteriores: TC, distancia intercondilar, látero-trusión

6) Encerado:

- >objetivos y técnicas de encerado de las bases
- >consideraciones: + estéticas
+ relación con los órganos paraprotéticos, encerado funcional, normas de Fish
+ extensión de las bases: máxima extensión, con encía, sin encía

7) Prueba estética y funcional.

- >Controles: estético, fonético, de oclusión, de estabilidad

8) Terminación:

- >materiales de base: requisitos e indicaciones. Refuerzos.
- >técnicas de construcción de bases acrílicas:
 - + por compresión: puesta en mufla por métodos directo, indirecto y mixto
 - + por colado
- >recuperación y remonta
- >pulido

- 9) Bibliografía: McGivney : pags. 391 a 412
Stewart: capítulo 15
Bocage-Zalynas: Oclusión en prótesis completa
Borel: capítulos 18 y 20
Davenport: pags. 172 a 179
Malone: capítulo 14
Guichet.

Bolilla 13: Instalación y mantenimiento.

Definición: Instalación de la prótesis parcial es una etapa del tratamiento que involucra múltiples maniobras desde la inserción de la prótesis terminada hasta la adaptación del paciente

1) Inserción de la prótesis:

- > Inspección de la prótesis:
 - + superficie basilar
 - + superficie pulida
 - + bordes periféricos
 - + dientes artificiales
 - + partes metálicas
- > Asentamiento del esqueleto metálico
- > Asentamiento de la base: ajustes de la superficie interna y de la extensión, uso de PIP
- > Control de oclusión: OM y movimientos excéntricos
 - ajuste oclusal
 - remonta secundaria

2) Instrucciones al paciente:

- > Informe del riesgo potencial que insume el uso protético, delimitación de la responsabilidad profesional, importancia del auto-cuidado y del control periódico
- > Cuidado de los tejidos bucales, remotivación de higiene oral y del control de dieta
- > Cuidado de las prótesis:
 - + inspección
 - + inserción y remoción
 - + limpieza: procedimientos mecánicos y químicos
 - + desinfección
- > Instrucciones escritas

3) Adaptación del paciente:

- > consideraciones estéticas
- > adaptación fonética
- > adaptación masticatoria
- > adaptación sensorial
- > complicaciones:
 - + tejidos blandos: dolor, eritema, ulceración
 - + dientes pilares: dolor, movilidad
 - + mordeduras
 - + náuseas
 - + inestabilidad del aparato

4) Plan de control periódico individual: > tipo de paciente > tipo de aparato

5) Bibliografía: Stewart: capítulo 16
McGivney: capítulo 19
Borel: capítulo 21
Mallat: capítulo 17
Kratochvil: capítulo 19

Bolilla 14: Reparaciones.

- 1) Rebasado: > indicaciones
 - > total y parcial, extensión de bordes
 - > técnica intra-oral
 - > técnica a dos tiempos:
 - procedimientos clínicos: + prótesis intercalar
 - + prótesis a extremo libre
 - procedimientos de laboratorio
- 2) Remonta total: > indicaciones
 - > procedimientos clínicos y de laboratorio
- 3) Reconstrucción: > indicaciones
 - > procedimientos clínicos y de laboratorio
- 4) Reparaciones de la base: > roturas con y sin solución de continuidad
 - > procedimientos clínicos y de laboratorio
- 5) Reparaciones de los dientes artificiales:
 - > recolocación
 - > pérdida o rotura
 - > agregado de dientes
 - > procedimientos clínicos y de laboratorio
- 6) Reparaciones de las partes metálicas:
 - > rotura de un brazo de retenedor
 - > rotura del conector mayor
 - > agregado de un retenedor a un nuevo pilar
 - > procedimientos clínicos y de laboratorio
- 7) Reparaciones del diente pilar:
 - > restauración colada del diente pilar
 - > procedimientos clínicos y de laboratorio
- 8) Bibliografía: Stewart: capítulo 21
McGivney: capítulos 20 y 21
Borel: capítulo 22.

Bolilla 15: Técnicas especiales.

- 1) Prótesis inmediata: Rebossio capítulo 24
- 2) Prótesis híbrida o sobredentaduras: Stewart pags. 595 a 604
Malone pags. 375 a 383
Zarb: capítulo 44
- 3) Prótesis simplificada: Borel capítulo 16
Davenport pags. 109 y 110
- 4) Prótesis articulada: Rebossio pags. 455 a 467.
- 5) Prótesis de precisión: Stewart: capítulo 22
Zarb: capítulo 43
Preiskel
- 6) Prótesis para defectos de los maxilares: McGivney cap. 23
Stewart: cap. 23
Zarb: sección 9
- 7) Prótesis unilateral: Stewart pags. 604 a 606
Mallat pags. 135 a 137
- 8) Prótesis para ancianos: Stewart capítulo 24
- 9) Prótesis parcial removible implantosoportada: McGivney pags. 463 a 468
Zarb: capítulo 46

4.4.: Bibliografía:

Textos básicos:

- Stewart, Rudd, Kuebker.: Prostodoncia parcial removible, Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, C.A. 1993
- McGivney, Castleberry.: McCracken-Prótesis parcial removible, Panamericana 1992
- Zarb, Bergman, Clyton, MacKay.: Tratamiento prostodontico para el parcialmente desdentado, Mundi 1985.
- Borel, Schittly, Exbrayat.: Manual de prótesis parcial removible, Masson 1986
- Abjean, Korbendau.: Oclusión, Panamericana 1980

Otros textos y artículos recomendados:

- Bocage, Wirgman.: Elementos de anclaje 3a ed. DPUR 1993
- Bocage, Tedesco, Wirgman, Zalynas.: Atlas de diseño. DPUR 1994
- Bocage.: Manual del Curso Clínico, DPUR 1994
- Bocage, Derboghosian, Monteserin.: Estudio experimental de la retención en prótesis parcial removible. RAOA Vol 78, nºIII julio-set-1990
- Bocage, Zalynas: Oclusión en prótesis completa. Librería médica 1987
- Mallat Desplats.: La prótesis parcial removible en la práctica diaria. Salvat 1986
- Boucher y Renner: Rehabilitación del desdentado parcial. Interamericana 1992
- Rebossio: Prótesis parcial removible, Mundi 1963
- Rudd, Morrow, Eissman: Procedimientos del laboratorio dental Vol 3.
- Weinberg: Atlas de prótesis parcial removible, Mundi 1973
- Kratochvil.: Prótesis parcial removible, Interamericana 1989
- Loza Fernández: Prótesis parcial removible. Actualidades médico odontológicas latinoamericana 1992
- Neff.: Oclusión y función. Georgetown University
- Davenport, Basker, Heath, Ralph.: Atlas en color de prótesis parcial removible, Mosby 1992
- Guichet: Occlusion, Démar Co. 1977
- Preiskel: Ataches de precisión en Odontología Mundi 1977
- Rubiano: Placa neuro-miorelajante,
- Malone, Koth,.: Tylman's Teoría y práctica en prostodoncia fija, Actualidades médico odontológicas latinoamericana 1991
- Okeson.: Management of temporomandibular disorders and occlusion, Mosby 1993
- Castro, Alvarez.: Principios para el diseño en el parcialmente desdentado, OU nº 7-8. 1964-65
- Krol,: Retenedor DPI, Clínicas odontológicas de norte américa 1973
- Carlsson-Hedergard-Koivumaa: JPD 1970
- Brill-Tryde-Stoltze-Ghamravny: JPD 1977
- Lundeen-Shryock-Gibb: JPD 1978

5.: Lista de instrumental.

- 1) instrumental clínico básico:
 - para cada paciente: espejo bucal, sonda exploradora, pinza de algodón, bandeja, guantes
 - algodonero, recipiente para residuos, esponjero con antiséptico, pulverizador con antiséptico para manos y equipo, campos para el equipo y la mesa auxiliar, mechero de alcohol y encendedor, micromotor, turbina, jabón y toallas de papel para las manos.
- 2) taza de goma mediana para alginato
- 3) taza de goma grande para yeso
- 4) espátula para alginato
- 5) espátula para yeso
- 6) medidas polvo-agua para alginato
- 7) loseta 15X15
- 8) cuchillo para cera filoso
- 9) cuchillo para yeso filoso
- 10) calentador de agua eléctrico-instantáneo
- 11) juego de cubetas de stock para parciales tipo RimLock
- 12) espátula grande para cemento
- 13) articulador semi-adaptable con arco facial
- 14) oclisor
- 15) piedras y fresones para acrílico
- 16) fresero con fresas para pieza de mano, contraángulo y turbina
- 17) mandril para pieza de mano
- 18) carboretos 7/8
- 19) lápiz dermatográfico
- 20) instrumental para profilaxis
- 21) vasos dappen
- 22) recipiente para mezclar acrílico
- 23) porta sierra de calar con sierras enrolladas para yeso
- 24) caja de endodoncia
- 25) clamps para dientes anteriores y posteriores, portaclamps y goma dique
- 26) conos y ruedas para pulir acrílico
- 27) lápices de colores X4
- 28) cubetas para hemiarquadas

6. Curso de ampliación de conocimientos.

La Clínica de Prótesis 2 dicta un curso de ampliación de conocimientos para profesionales y estudiantes que hayan aprobado su curso clínico y examen. La inscripción y asistencia están sujetas al Reglamento vigente.

-Fines: este curso tiene por finalidad ofrecer la posibilidad de consolidar y profundizar conocimientos, destrezas y actitudes en el marco de los contenidos y objetivos de la disciplina.

-Contenido: Los cursantes pueden optar por las siguientes orientaciones:

1) Perfeccionamiento : el cursante efectuará tareas que apunten al perfeccionamiento técnico, teórico o clínico sobre temas a su elección.

2) Docencia: el cursante efectuará tareas que apunten a su ejercitación para su inicio en la docencia

3) Investigación. el cursante efectuará tareas de experimentación o de investigación clínica o de laboratorio sobre temas a su elección.

-Desarrollo, evaluación y certificación: las actividades se coordinarán con el Profesor de la asignatura y eventualmente el docente encargado de grupo, los que realizarán la evaluación continua de actividades, considerando los dominios cognocitivos, psicomotores y afectivos demostrados. En el informe final del curso se consignará si el cursante merece certificación de su actuación.

Colaboraron en la realización de esta Planificación:

**Dra. Carolina Abogadro
Dra. Karen Dobrich
Dra. Laura Feuer
Dr. Marcelo Hermida
Dra. Sylvia Lordon
Dra. Andrea Néstoras
Dra. Laura Peluffo
Dr. Roberto Soler
Dra. Raquel Wirgman
Dr. Daniel Zalynas**