

INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO

La instalación de la prótesis parcial removible en la boca del paciente es la culminación de un proceso largo y costoso tanto para el paciente como para el odontólogo. El momento en el cual se coloca la prótesis terminada en la boca es de gran expectativa para ambos. El paciente está deseoso de experimentar el confort que le brindará la restauración que fue siguiendo paso a paso y en la cual hizo una considerable inversión de tiempo, dinero y esfuerzo psico-físico. Para el profesional es el momento en el cual se pondrá de evidencia su competencia para resolver con éxito un tratamiento largo que exige pericia y dedicación.

El paciente debe ser preparado para la sesión de instalación de la prótesis poniéndolo en conocimiento de una serie de criterios:

1: La forma y el tamaño del aparato protético pueden parecer inexplicables a los fines de la prótesis que el paciente imaginó. Éste puede requerir explicaciones sobre el diseño del aparato para comprender que, además de reponer dientes, debe resolver sus problemas de estabilidad y cumplir normas que permiten preservar las estructuras con las que se vincula en forma directa e indirecta y prevenir afecciones de las mismas.

2: La primera sensación que provoca la colocación de una prótesis es la de un cuerpo extraño que le demandará un razonable esfuerzo de adaptación sensorial, funcional y emocional para superarlo. Este proceso por lo general no dura más de cinco o seis días, pero en algunas personas puede extenderse por varias semanas.

3: La prótesis terminada suele requerir una serie de ajustes después de instalada en la boca para lograr su perfecta adaptación. Estas correcciones son usuales y no significan un deterioro para el aparato. Algunos ajustes se deben realizar en forma progresiva y pueden requerir varias sesiones para completarse.

4: El éxito final del tratamiento depende de los cuidados permanentes que le brinde el paciente al aparato y a su boca así como de los controles periódicos que realice el profesional.

La instalación de la prótesis involucra un período de varias sesiones que culmina cuando el paciente sienta que el aparato se está integrando en forma adecuada a su organismo y cuando el profesional entienda que está cumpliendo sus funciones a satisfacción. La instalación provoca un impacto físico sobre las estructuras biológicas con las que se vincula y un impacto emocional en el individuo. Es un período de extensión variable, el número y la naturaleza de los ajustes a realizar en la prótesis y el tiempo que insuma la adaptación dependerán tanto la calidad de la restauración como de capacidad de respuesta biológica y emocional del paciente.

A) INSPECCIÓN DE LA PRÓTESIS.

La prótesis terminada debe ser cuidadosamente inspeccionada cuando llega del laboratorio para controlar si cumple con los requisitos necesarios para ser utilizada. La inspección se realiza en forma visual y táctil, es conveniente contar con una lupa para una mejor observación de detalles.

Durante la inspección se tomará en cuenta si el material de base ha sido procesado en forma correcta. También debe estar perfectamente limpio de restos de yeso y no debe presentar nódulos o excrescencias en su superficie interna. Se observará si el pulido final es correcto y si la extensión de las bases es la adecuada. Los bordes de las bases podrán ser finos en las

7.3010

bases dento-soportadas pero deberán ser gruesos y redondeados en las bases de vía de carga mixta. Se observará si el material de base termina en las líneas de terminación del esqueleto metálico, si las partes metálicas están íntegras y si los elementos de anclaje están adecuadamente liberados deacrílico.

La terminación de la base de la dentadura en el laboratorio es una etapa que ofrece riesgos para la integridad del esqueleto metálico, en las técnicas habituales se utilizan llaves de yeso para procesar la base. La recuperación de la prótesis de la mufla debe realizarse con precaución, pues se puede deformar o romper el aparato cuando se golpea o se hace palanca sobre el yeso que lo rodea. Las prótesis deben ser inspeccionadas a fin de controlar que no existan faltantes y que no se hayan producido fracturas ni rajaduras en sus partes.

El laboratorio debe enviar la prótesis perfectamente limpia y desinfectada, sin embargo, es de buena práctica mantenerla en una solución limpiadora de prótesis desde que se recibe hasta que concurre el paciente.

B) PRESENTACIÓN AL PACIENTE.

Previo a la colocación de la prótesis en la boca es conveniente presentársela al paciente para que la inspeccione por sí mismo. Si el paciente muestra interés se le ayudará a reconocer las partes y, en especial, se le indicará como sujetar el aparato, como diferenciar la prótesis superior de la inferior así como la posición como se ubican en la boca. Estos detalles que parecen muy elementales pueden ser imprescindibles para muchos pacientes que no tienen ningún conocimiento previo de las prótesis y muy poca habilidad para su manejo.

C) CONTROL DE INSERCIÓN Y DE RETIRO.

El primer paso de la instalación es corroborar si la prótesis se ubica en posición correcta respecto al terreno protético.

Si el eje de inserción es por traslación recta, una vez enfrentadas las bases a las brechas correspondientes, bastará realizar presión sobre las caras oclusales de los dientes artificiales para que el aparato se ubique en posición. Cuando el eje de inserción es rotacional se recordará que un extremo de la silla debe introducirse primero en la brecha para luego hacer descender el extremo opuesto. La presión que se realiza para colocar la prótesis no debe provocar molestias ni dolores en los dientes o en los tejidos blandos sobre los que el aparato se desliza. No es conveniente que el paciente coloque la dentadura mordéndola, el esfuerzo de cierre mandibular genera una fuerza que puede resultar excesiva y que puede deformar la prótesis y traumatizar dientes pilares o tejidos blandos.

Recordemos que el esqueleto fue probado y ajustado en la boca, si se observan interferencias que impiden colocar la prótesis seguramente están determinadas por el material de base con los dientes pilares o con los tejidos blandos de soporte.

Las interferencias con los dientes pilares se producen por excesos de la base que cubren en forma indebida partes de los elementos de anclaje o que toman contacto con los dientes por debajo del ecuador protético. Estos excesos deben ser eliminados por medio de fresas de corte liso con las que se corta el material de base siguiendo el eje que indica las partes rígidas de los retenedores.

Cuando las bases reproducen zonas retentivas del terreno protético puede verse impedida la inserción de la prótesis. Con frecuencia se encuentran depresiones retentivas en el flanco vestibular del maxilar superior y en la zona distal del flanco lingual del maxilar inferior. Cuando se identifiquen estas zonas retentivas se desgastarán las bases en su parte interna para

✱

que los flancos internos se orienten siguiendo el eje de inserción. En estas zonas los bordes de las bases deben de construirse gruesos para admitir el desgaste interno sin riesgo de acortar la extensión prevista para la silla.

Ocasionalmente fracturas o irregularidades del modelo pueden determinar errores en la conformación interna de las bases que impidan su inserción.

Un accidente de laboratorio posible es la deformación de las partes metálicas en la etapa de mufla, lo cual impide colocar la prótesis en posición. Toda deformación de las partes metálicas es grave, se admite que solamente se puede corregir deformaciones de los brazos elásticos de los elementos de anclaje, en principio todo cambio de forma en las partes rígidas obliga a desechar el aparato dañado.

Una vez colocada la prótesis se observará si asienta en forma adecuada, si las bases y los conectores mayores se vinculan en forma correcta con los tejidos blandos y si los elementos de anclaje se posicionan en forma exacta respecto a los dientes pilares.

Para terminar esta etapa se procede a evaluar el retiro de la prótesis que se realiza empujando el aparato con las uñas desde los brazos activos de los retenedores o desde el borde de las bases, en sentido opuesto al de su colocación. Al igual que cuando se introduce la prótesis no se deben producir molestias sobre los dientes pilares ni sobre los tejidos blandos por los que se desliza el aparato. El esfuerzo que implica esta maniobra se opone a la retención que debe tener la prótesis, se evaluará si la misma es adecuada o corresponde realizar correcciones cuando se ajusten los retenedores.

D) CONTROL DE LAS BASES.

A pesar del cuidado con el cual se hayan tomado las impresiones, y se haya realizado el encerado de las bases, corresponde realizar un adecuado control en boca de las bases terminadas.

1) Ajuste de la superficie basal.

La superficie interna de las bases debe tener un contacto íntimo con el terreno protético salvo en las zonas de alivio en las que se haya programado ausencia de contacto.

Teniendo la prótesis en posición se realiza presión sobre las caras oclusales para evaluar la reacción que se produce. En este momento la base se debe mostrar estable y el paciente no debe acusar dolor sobre los tejidos blandos. Cuando se constatan molestias se debe inspeccionar la superficie basal para controlar que no existan nódulos o excesos que estén comprimiendo la mucosa. Ocasionalmente estos excesos pueden impedir la inserción de la prótesis.

La manera más adecuada de controlar el ajuste de la superficie basal es mediante una Pasta Indicadora de Presiones (PIP). Estas pastas o cremas son de consistencia tal que permiten ser aplicadas en la base con un pincel de cerda dura, en un espesor mínimo, conservando las rayas que deja el pasaje de las cerdas del pincel. La pasta queda aplicada en líneas paralelas, en una sucesión de elevaciones y depresiones. Cuando se coloca la prótesis en las zonas en las que la base contacta el terreno la pasta se aplana, mientras que en las zonas en las que no hay contacto mantiene el rayado original. De esta manera es posible detectar las áreas de contacto y no contacto, así como controlar que en las áreas de soporte principal se determine un ajuste más íntimo que en las zonas de soporte secundario y de alivio.

Las PIP se adquieren bajo forma de diferentes marcas comerciales, o se puede fabricar en forma artesanal mezclando partes iguales en peso de óxido de zinc con margarina o vaselina.

sólida, a lo cual se le puede agregar una esencia que brinde olor y sabor (menta, almendra, etc.).

Una mezcla de alginato bien blanda puede sustituir una PIP, se utiliza para rebasar la superficie interna de la base: las zonas donde el alginato mantiene espesor indican ausencia de contacto con el terreno, donde el alginato se perfora indica íntimo contacto.

Cuando se detecta que una base presenta contactos localizados con el terreno se procede al desgaste de estas zonas, con fresones de acero de corte liso, en la búsqueda de que el contacto sea uniforme en toda la extensión. Cuando sea necesario se realizarán alivios.

La práctica indica que los retoques de las bases, en especial las de extremo libre, deben realizarse con cautela. Con frecuencia los pacientes relatan molestias, localizadas o difusas, que desaparecen a las pocas horas del uso de la prótesis, por lo cual los retoques deben realizarse en forma progresiva y siempre que se constate la presencia de una interferencia. La zona que suele requerir mayor atención en esta etapa es la línea oblicua interna en los maxilares inferiores a extremo libre.

Es conveniente no realizar los retoques en presencia del paciente. Si bien se le ha explicado que son necesarios ajustes para la instalación, algunos pacientes imaginan que los retoques están mutilando el aparato nuevo, se evitan especulaciones innecesarias realizando los ajustes en el laboratorio.

Cuando se encuentre que las bases están desajustadas respecto al terreno, sin adecuado contacto con el mismo, se indica la reparación mediante un rebasado.

2) Ajuste de la extensión de las sillas.

Las bases de extensión mínima y de extensión intermedia por lo general requieren pocos retoques de extensión.

En las bases de extensión mínima el borde coincide con los cuellos de los dientes artificiales, se controla que su contorno mantenga continuidad con los cuellos de los dientes naturales vecinos.

Las bases de extensión intermedia se limitan a cubrir los tejidos estacionarios, rellenando la pérdida de tejidos del proceso alveolar. Si bien los bordes nunca deben ser filosos, en estos casos pueden ser delgados para no formar escalones con el flanco del reborde a fin de mejorar la estética y favorecer la higiene. Al pasar el pulpejo del dedo por el flanco vestibular se debe apreciar continuidad entre el flanco de la prótesis y el flanco del reborde.

Las bases de extensión máxima deben ser controladas para asegurar que sus bordes se ubiquen a nivel de los tejidos de pasaje. Se realiza un control funcional pidiendo al paciente que mueva la lengua y movilizandó labios, mejillas, bridas y frenillos con los dedos, observándose que la prótesis no interfiera con los tejidos móviles ya sea impidiendo los movimientos o desplazándose. Cuando se detectan sobre extensiones localizadas se ajusta la extensión con fresones metálicos y se pule cuidadosamente la superficie recortada. En la zona de bridas y frenillos los retoques pueden ser realizados con fresas cilíndricas de corte liso o con discos de carborundo y de papel de lija. Se pueden realizar controles de la extensión de los bordes con el auxilio de una PIP, o visualizando el arrastre de una capa de alginato blando. En los casos en que se constata que los bordes no cubren en forma adecuada el terreno se indica la reparación mediante un remarginado.

3) Ajuste de la superficie pulida.

El modelado de la superficie pulida de la base obedece a principios estéticos y funcionales.

Las bases del sector anterior de la boca serán controladas con criterio estético, se observará que brinden adecuado soporte a labios y mejillas, que restauren el flanco vestibular en forma

8

armoniosa, que el margen gingival artificial continúe la línea del margen gingival natural y que esté de acuerdo con la línea de la sonrisa.

Los flancos de las bases deben obedecer en su diseño a las posibilidades funcionales de los tejidos que marginan la prótesis, deben ocupar el espacio protético brindando apoyo a los tejidos sin interferir con su función, generando superficies que favorezcan el barrido de los alimentos por los labios, lengua y mejillas. Los flancos linguales deben ser ligeramente cóncavos para brindar el máximo espacio necesario a la lengua y no deben interferir con la lengua durante la fonación. El sector posterior de los flancos vestibulares de las bases (a distal de las bridas laterales) debe ser ligeramente convexo para mantener contacto permanente con las mejillas y favorecer la autoclisis. En el sector anterior los flancos vestibulares deben ser ligeramente cóncavos para brindar adecuado apoyo a los labios durante la función. En la bóveda palatina el material de base debe brindar adecuado apoyo a la lengua durante la fonación sin reducir el espacio para la misma.

4) Caracterización de la base.

Para favorecer la estética se puede complementar la individualización de la base por pigmentación y/o graneado cuando la encía artificial se hace visible durante la función.

La pigmentación de la superficie vestibular de la base se realiza con acrílico autopolimerizable en aquellos pacientes que presenten coloraciones específicas de la encía. La caracterización que se realiza con mayor frecuencia es la imitación de manchas melánicas, pero también se pueden usar diferentes tonos que van desde rosa pálido hasta el rojo vinoso. La técnica más sencilla consiste en sustituir una capa de unos 2mm. de espesor del material de base por resina autopolimerizable aplicada por la técnica del pincel. Para lograr la mejor polimerización del material conviene procesarlo en una mufla hidroneumática, a falta de ella se deja polimerizar en un ambiente saturado de monómero, bajo una campana que se puede improvisar con una taza de goma invertida.

A efectos de atenuar el efecto artificial de espejo que producen las superficies lisas de las bases se puede realizar el graneado con fresas excéntricas. La textura irregular del acrílico genera un efecto óptico favorable en las superficies visibles del material de base.

E) AJUSTE DE LA OCLUSIÓN.

Una vez asentada la prótesis en el terreno protético se debe controlar la exactitud de las relaciones oclusales entre las arcadas. Con cierta frecuencia se observan alteraciones en las relaciones de oclusión debidas a errores en las etapas de construcción de las prótesis en el laboratorio. Por lo general el error es mínimo cuando, antes de retirar las prótesis de los modelos, se realiza la remonta en el articulador para ajustar la oclusión.

1) Ajuste oclusal en la boca.

Cuando se encuentran errores oclusales poco significativos se corrigen por desgaste selectivo de los dientes artificiales directamente en la boca. Se eliminan las interferencias indebidas con instrumentos rotatorios, detectándolas por medio de papel de articular, siguiendo el proceso sistemático del ajuste oclusal en la búsqueda de una oclusión óptima.

Cuando se instalan dos prótesis parciales en forma simultánea se realiza primero el control de oclusión de cada una de ellas, por separado, respecto a los dientes naturales antagonistas y luego se realiza el control con ambas prótesis instaladas.

El ajuste oclusal debe preservar la anatomía de los dientes artificiales y asegurar contactos oclusales puntiformes, contactos uniformes en oclusión máxima, canales de escape para el alimento y mantenimiento de la estética.

2) Remonta secundaria.

Cuando la discrepancia oclusal es importante, si hay ausencia de contactos o si el ajuste oclusal en una sesión clínica será imposible, la alternativa es volver las prótesis al laboratorio para realizar el ajuste mediante una remonta secundaria.

La remonta secundaria consiste en volver a montar las prótesis en el articulador mediante un registro de mordida que reproduzca la relación de las prótesis instaladas en la boca. La rutina clínica para esta maniobra se basa en realizar el registro de mordida de la oclusión máxima con las prótesis instaladas y la toma de impresiones de alginato de las arcadas con las prótesis en posición. El vaciado de las impresiones permite obtener modelos de remonta que incluyen las prótesis, a las que se les habrá eliminado las retenciones internas, con cera o papel mojado, y lubricado con vaselina para que se puedan retirar del yeso con facilidad. Con el registro de oclusión y los modelos de remonta se realiza un nuevo montaje en el articulador para proceder a la restauración de la oclusión en el laboratorio.

La tarea de laboratorio depende de la gravedad de la situación, puede consistir en el simple ajuste por desgaste y remodelado de las caras oclusales, hasta el cambio de los dientes artificiales por un juego nuevo cuando el remodelado es imposible.

F) AJUSTE DE LOS RETENEDORES DIRECTOS.

Ubicadas las prótesis en la boca se evaluará la retención directa de los elementos de anclaje principal. Se podrá realizar el ajuste de los brazos activos activándolos o desactivándolos hasta lograr el adecuado grado de retención. La activación consiste en deformar el brazo hacia el diente y/o hacia zonas de mayor retención, la desactivación consiste en separar del pilar el extremo del brazo activo.

Las aleaciones de cromo cobalto ofrecen dificultad para estas maniobras por ser duras y quebradizas mientras que las aleaciones de oro y los alambres de acero inoxidable o de cromo cobalto se manipulan con mayor facilidad.

La activación de un brazo de cromo cobalto colado se realiza con menor riesgo de fractura presionando el metal contra una superficie no resbalosa, como ser un canto de madera o de goma dura. La desactivación se realiza empujando el brazo con el mango de un instrumento, por ejemplo el mango de un espejo bucal. No se recomienda manipular estas aleaciones con alicates por el alto riesgo de fractura. Por lo general los brazos activos de cromo cobalto son de sección en media caña, se pueden realizar ajustes en el sentido del espesor pero es difícil realizar flexiones en el sentido del ancho del brazo.

Las aleaciones de oro y los alambres se manipulan con facilidad mediante alicates, corresponde utilizar herramientas de contornear que tengan por lo menos una de sus ramas curvas para no concentrar tensiones sobre un borde filoso que marca el metal, dejando un defecto que favorece la fractura. Los alambres redondos pueden ser flexionados en todos los sentidos, con un mínimo riesgo de fractura, por lo cual se puede hasta programar la reubicación en áreas más retentivas de los dientes pilares.

G) INSTRUCCIONES AL PACIENTE.

Las instrucciones al paciente sobre el uso de las prótesis son muy importantes, gran parte del éxito de un tratamiento protético radica en las medidas de autocuidado que aplique el portador de prótesis.

1) Refuerzo de instrucciones de higiene oral.

Durante todo el tratamiento protético se han realizado sesiones de instrucción y control de higiene oral, se supone que el paciente ha alcanzado un alto nivel de capacitación y motivación que lo habilitó a recibir el tratamiento protético.

En el momento de la instalación se debe volver a poner énfasis en la importancia del mantenimiento de la higiene oral por medio del cepillado y de los buches. Se destaca la necesidad de retirar la prótesis y lavar la boca después de cada comida. Se suministran tabletas colorantes para detectar cuáles son las superficies bucales en las que el uso de la prótesis provoca un aumento de la placa bacteriana y que a partir de ahora necesitarán mayor atención con los procedimientos de limpieza.

2) Limpieza de la prótesis.

Se instruye al paciente en los procedimientos de limpieza mecánica y química de la prótesis. La limpieza mecánica se realiza por medio de cepillos que penetren en todas las oquedades de la prótesis. Se recomienda el uso de cepillos especiales para este fin, que tienen penachos suficientemente largos y duros para alcanzar todas las superficies con eficiencia, los cepillos de uñas y los cepillos de dientes no siempre son eficientes. El cepillado se realizará con el auxilio de agentes deteritivos, ya sea pastas para limpieza de prótesis o detergentes líquidos comunes de los utilizados para el lavado de implementos de cocina. Las pastas se aplican directamente con el cepillo sobre la prótesis húmeda. Cuando se usan detergentes se sumerge la prótesis unos minutos en una mezcla de agua tibia y detergente para ablandar los residuos y luego se cepilla con la misma solución. Se termina enjuagando la prótesis con agua corriente para eliminar los residuos de los agentes de limpieza.

Los jabones en barra no son de primera elección pues tienen tendencia a permanecer adheridos en los pequeños espacios de las dentaduras. No es conveniente el uso de pastas de dientes u otros agentes abrasivos pues pueden alterar el pulido de las bases del aparato.

Se enseñará al paciente que, para el cepillado, la toma palmar de la prótesis es inadecuada, pues se pueden deformar las partes metálicas cuando se cierra la mano, se recomienda la toma digital de silla por silla. El cepillado se realizará sobre una toalla o sobre la pileta llena de agua para minimizar los riesgos de golpes en caso de que se tire la dentadura.

La limpieza mecánica puede complementarse con limpiadores químicos que se indican como agentes de desinfección y para eliminar pigmentaciones rebeldes al cepillado. Se utilizan como soluciones acuosas en las que se deja sumergida la prótesis ya sea unos minutos o toda la noche. Se encuentran diversas fórmulas comerciales para este fin, por lo general son a base de agentes enzimáticos o de perboratos. También se puede recomendar el uso de preparados caseros como la inmersión en vinagre para eliminar el sarro, en agua oxigenada para eliminar manchas y desinfectar, en soluciones de ácido bórico o borato de sodio como desinfectantes suaves. Cuando se dispone de un aparato de limpieza ultrasónica se potencializa el uso de los agentes químicos.

Cuando la prótesis cuenta con partes metálicas de cromo cobalto no está indicado el uso de desinfectantes clorados pues atacan el metal.

Se indica la limpieza de la prótesis cada vez que se limpie la boca, el cepillado cuidadoso se debe realizar por lo menos una vez al día, los limpiadores químicos pueden ser de uso diario o limitarse a una o dos veces por semana.

3) Uso nocturno.

Salvo excepciones la prótesis removible no debe ser utilizada en forma permanente, lo usual es retirarla durante las horas de sueño para colaborar con el mantenimiento de la salud de los tejidos subyacentes. La norma es que debe ser retirada de la boca por lo menos de 6 a 8 horas cada 24 horas.

Los tejidos cubiertos por la prótesis deben tener oportunidad de recuperarse de varias horas de uso del aparato. Las horas de sueño son el momento ideal para retirar la prótesis de la boca pues está menos solicitada para cumplir sus funciones y porque el riesgo potencial de retener placa y alimentos se agrava en estas horas de flujo salival reducido. Algunas personas prefieren retirar las prótesis en horarios diurnos.

El retiro de las prótesis permite que los tejidos blandos de soporte dejen de estar sometidos a presiones que alteran su normal irrigación y que pueden alterar la capacidad de reparación y de regeneración. También permite la acción estimulante de los tejidos parapróticos. Múltiples estudios han demostrado que el uso continuo de las prótesis favorece la estomatitis sub-placa o la hiperplasia inflamatoria, en especial cuando se asocia a otros factores como la forma patógena de la *Candida albicans*, mala higiene, hábitos parafuncionales, trauma oclusal, alteraciones sistémicas o dietarias.

Con frecuencia se observa cierta resistencia de los pacientes a retirar las prótesis, principalmente en personas jóvenes que viven en pareja. Si la prótesis es utilizada en las horas de sueño se indica realizar higiene bucal, higiene de la prótesis y buches antes de acostarse y limpieza bucal y de la prótesis al levantarse.

Durante las horas que no se utilizan, las prótesis deben mantenerse sumergidas en agua o en una solución antiséptica suave (ej. Soluciones boratadas).

No se indica retirar las prótesis para descanso cuando:

- a) ferulizan dientes con movilidad aumentada. Si las prótesis contribuyen a estabilizar dientes móviles deben ser utilizadas en forma permanente para evitar el trauma oclusal y la migración de los mismos.
- b) mantienen la dimensión vertical en pacientes con disfunción oclusal. Cuando la prótesis es determinante para el equilibrio postural de los pacientes con disfunciones de origen oclusal serán utilizadas en forma permanente para prevenir el trauma de las unidades funcionales del sistema estomatognático.

4) Colocación y retiro.

Al término de la sesión de instalación el paciente debe ser capaz de colocar y retirar la prótesis por sí mismo.

La colocará realizando presión, con los dedos, sobre las caras oclusales de los dientes artificiales y la retirará empujando con las uñas desde el borde de las bases o desde los brazos activos de los retenedores directos.

Por lo general no se observan dificultades para aprender a colocar y retirar la prótesis, basta que el paciente observe las maniobras en un espejo una o dos veces para que lo realice por sí mismo.

Para colocarla es importante que comience por identificar bien la posición de las bases respecto a las brechas y de los ganchos respecto a los dientes. Debe de tomar cuidado para no pincharse con la punta de los brazos de los retenedores cuando la lleva a la boca que y la prótesis no aprisione tejidos blandos móviles por debajo de sí misma.

Cuando los pacientes tengan dificultad para retirar las prótesis se podrán fabricar herramientas para este fin o tallar, en los flancos vestibulares de las bases, surcos para engan-

char con la uña. Las herramientas para retirar prótesis se pueden fabricar colocando un gancho de alambre de acero en el mango de un cepillo dental o con una lima para uñas que tenga el paciente. El tallado de surcos en la base de la dentadura como elemento de agarre se indica con frecuencia en las prótesis con anclajes de precisión que no tienen brazos que circunscriben el pilar por vestibular, también se indica en pacientes con escasa sensibilidad táctil y motricidad fina.

5) Precauciones.

Las prótesis son aparatos que están contruidos de manera que pueden conservarse en buenas condiciones durante muchos años si reciben un trato correcto.

Se debe prevenir al paciente que debe tomar precauciones para no dejar caer la prótesis, no es conveniente ponerla sin protección en el cajón de un mueble, en un bolsillo o en una cartera donde puedan sufrir presiones o golpes. Cuando la prótesis se encuentra fuera de la boca debe ser colocada en un recipiente indeformable, existen cajas de plástico especiales para prótesis pero se pueden improvisar con cualquier caja con tapa, una jabonera por ejemplo.

El paciente no debe intentar realizar ajustes del aparato por sí mismo ya que es más fácil mutilarlo que arreglarlo, es frecuente que el intento de ajustar un retenedor termine en una fractura y que un intento de desgastar la base la desajuste totalmente.

Las prótesis parciales no pueden pasar largos períodos fuera de la boca. Es frecuente que cuando la prótesis comienza a molestar al portador la retire de la boca "para dejar descansar unos días" y que luego de este lapso el aparato no asiente correctamente. Muchas veces "unos días" se transforman en semanas o meses. Retirada la prótesis de la boca pueden producirse migraciones dentarias o cambios en los tejidos blandos que no permitan su reinsertión. El portador de prótesis debe estar informado que cualquier problema con el uso de su aparato implica la necesidad de realizar ajustes, por lo cual obliga a la consulta profesional lo antes posible.

6) Problemas.

El paciente debe ser alertado de que se pueden presentar algunos problemas después de instalar una prótesis para que no se preocupe en caso de que los sufra. Se le debe explicar que, frente a algunas dificultades, se podrán requerir nuevos ajustes de la prótesis y que otras serán superadas por sí solas en un razonable período de acostumbramiento. El período de acostumbramiento es muy variable ya que depende de los problemas que se presentan y de factores individuales como el estado de salud, el control neuromuscular, el tipo psicológico, la edad, el tipo de prótesis.

a) Molestias y falta de confort.

Es frecuente que en los primeros días del uso de una prótesis el paciente acuse molestias por las presiones que la prótesis realiza sobre los tejidos de soporte y una sensación global de falta de confort por la alteración sensorial que le produce la presencia del aparato. Se verán afectadas las terminaciones sensoriales gustativas, de dolor, de calor y táctiles. Muchos pacientes describen una molesta sensación de boca llena.

Por lo general estas sensaciones desaparecen con pocos días del uso de la prótesis.

b) Alteración de la fonación.

Los cambios que produce la prótesis en el espacio protético, en la cámara de resonancia bucal y en las superficies con las que toma contacto la lengua terminan que la instalación de una prótesis pueda alterar la fonación. Por lo general esta función se reeduca con rapidez,

en los casos más graves el paciente debe tomar el problema con paciencia, hablar lentamente, realizar ejercicios de lectura en voz alta.

c) Dificultades en la masticación.

Si bien la mayoría de los pacientes aprende a masticar rápidamente con las prótesis, para algunos insinúa un período relativamente largo, inclusive de varios meses.

La reeducación de la masticación se facilita si en las primeras semanas se da preferencia a los alimentos blandos, si los bocados son pequeños, si se mastica lentamente y en forma bilateral. Cuando las prótesis reponen dientes anteriores no se debe intentar desgarrar con ellos hasta después de varios días de uso de la dentadura.

d) Aumento del flujo salival.

La alteración sensorial que produce la prótesis nueva suele producir un aumento del flujo salival. Los pacientes suelen quejarse que la prótesis nueva los hace babear, les mantiene la comisura mojada y hace que escupan al hablar. Estos problemas, por lo general, remiten en forma espontánea a las pocas horas o a los pocos días de la instalación.

e) Náuseas.

Una prótesis nueva puede provocar sensación de náuseas que desaparece a los pocos minutos de la instalación. Cuando la sensación perdura, sin causa aparente, se recomienda al paciente que realice un acostumbamiento progresivo al uso de la dentadura, usándola por períodos que se alargan día a día. También ayuda que el paciente coloque un caramelo en la boca cuando sienta las náuseas, que actúa como un elemento de distracción.

Las náuseas se pueden presentar en pacientes alcohólicos y cuando existe un rechazo emocional al uso de las prótesis, ambos casos pueden requerir un lapso de acostumbamiento prolongado.

Las causas de las náuseas pueden estar radicadas en fallas de la prótesis tales como el conector mayor del maxilar superior desadaptado o mal ubicado, el aumento o la disminución de la dimensión vertical que produzcan el espasmo muscular del velo del paladar, un excesivo volumen del aparato.

f) Dolores e irritaciones.

Las prótesis nuevas pueden producir dolores e irritaciones en los tejidos de soporte. Estos fenómenos requieren ajustes de la prótesis por parte del profesional, cuando se producen el paciente debe concurrir lo antes posible para su control.

7) Instrucciones escritas.

Es tal la cantidad de instrucciones que se le transmiten al paciente que es de buen criterio dárselas en forma escrita. Por lo general los pacientes agradecen todo material "extra" que reciban con su tratamiento, los folletos ilustrados con frecuencia les despierta la atención y motivan preguntas sobre el tema. El profesional puede preparar sus propios folletos o utilizar los que brindan las asociaciones profesionales o los laboratorios de productos odontológicos.

H) CONTROLES.

A pesar de los cuidados que se tengan en la construcción y en la instalación de la prótesis se puede esperar problemas derivados de su uso, por lo cual hay que establecer un plan de visitas para el control durante el período de adaptación y para controles periódicos posteriores. Después de instalada la prótesis se debe programar una visita de control a las 24 horas para atender los problemas del paciente y realizar los ajustes que sean necesarios. Los problemas deben ser detectados en forma inmediata para que no se produzcan lesiones importantes ni molestias exageradas que desaniman al paciente y lo predisponen en contra del

nuevo aparato. Cuando en la visita de control se observen problemas se podrá, si es necesario, seguir estableciendo visitas cada 24 o 48 horas hasta que los mismos estén superados.

a) Mordeduras.

En los primeros días de uso el paciente puede morderse los labios, la lengua o las mejillas durante la masticación o la fonación. Cuando no existen fallas en la prótesis este problema se soluciona por sí solo en pocos días con la reeducación funcional de los órganos que rodean la prótesis. Las mordeduras pueden ser debidas a defectos de la ubicación de los dientes artificiales tales como la falta de overjet, la ubicación muy a vestibular o a lingual por fuera del espacio protético, la ubicación muy a distal de los segundos molares.

b) Traumatismo de los tejidos blandos.

Uno de los problemas que se observa con mayor frecuencia, después de instalar una prótesis, es el trauma de los tejidos blandos producido por defectos de las bases. Este fenómeno se presenta por lo general en casos de vía de carga mixta, es raro observarlo en casos dentosoportados.

La base de la prótesis puede comprimir en forma indebida los tejidos estacionarios subyacentes o interferir, en sus bordes, con la función de los tejidos móviles y de pasaje. La reacción de los tejidos es muy variable dependiendo de factores individuales y de la intensidad del trauma, se pueden observar eritemas, erosiones o úlceras del epitelio bucal con diferentes grados de inflamación de la mucosa. Generalmente el paciente manifiesta dolores o molestias pudiendo localizar, o no, el lugar donde se originan.

En la visita de control corresponde realizar una cuidadosa inspección de los tejidos blandos de soporte, observando si existen cambios en las mucosas y palpando con presión toda la extensión del terreno en búsqueda de zonas de dolor. Colocando y retirando la prótesis se buscará el lugar exacto de la base que corresponde a la zona afectada para realizar un alivio en ese lugar. Para detectar sobre compresiones o sobre extensiones se puede trabajar con el auxilio de pasta indicadoras de presiones, o con una mezcla de alginato blanda, o marcar el lugar con lápiz tinta y colocar la prótesis en forma inmediata para pasar la marca de lápiz a la base. Las molestias pueden estar provocadas por irregularidades de la superficie interna de la prótesis, o por la compresión de un área del terreno que debe ser aliviada, o por un borde que interfiere con tejidos móviles, en todos los casos se realizará el desgaste de la zona por medio de fresones para acrílico de corte liso y el pulido con lija y pómez.

Las lesiones del terreno por compresión de las bases pueden estar vinculadas a trauma oclusal, en todos los casos además del retoque de la base se realizará un control de los contactos dentarios y el ajuste oclusal cuando esté indicado.

Una vez realizado el ajuste de la base las lesiones del terreno tienden a remitir en forma inmediata. Cuando el traumatismo es importante se puede indicar al paciente tratamientos que ayuden a remitir los síntomas y a desinflamar los tejidos. Se pueden utilizar analgésicos, pero los tratamientos más efectivos son locales por medio de tópicos. El paciente puede realizar buches o topicaciones, hasta cuatro veces por día, con preparados oro faríngeos comerciales constituidos por antisépticos y anestésicos locales que vienen bajo forma de aerosoles, gargarismos, colutorios, tabletas o toques. Siendo un tratamiento sintomático también resultan efectivos los simples buches calientes con agua, o con una solución concentrada de agua y sal, o con infusiones de hierbas medicinales.

c) Traumatismo de los dientes pilares.

Los dientes pilares pueden verse traumatizados por la instalación de la prótesis, si bien es un problema que no se presenta con mucha frecuencia. No es raro que los pacientes relaten

molestias en estos dientes, pero consideramos que existe un problema de trauma de los pilares cuando se observa dolor a la percusión y aumento de la movilidad.

Las causas más frecuentes de traumatismo de los dientes pilares por la prótesis nueva son defectos en la oclusión, falta de reciprocación en los retenedores directos o falta de ajuste de las bases de vía de carga mixta que provoca una tracción indebida de los pilares al masticar. Corresponde por lo tanto realizar un adecuado diagnóstico del origen de las fuerzas que traumatizan al pilar para realizar el ajuste correspondiente.

d) Intolerancia a la prótesis.

Un número reducido de pacientes manifiesta que la presencia de las prótesis en la boca les provoca una molestia y desagrado de tal magnitud que les impide su uso. Esta sensación por lo general se observa en pacientes con trastornos emocionales, en personas obsesivas que piensan en la prótesis como un objeto extraño o como objeto cuyo uso es ofensivo. También se observa en personas de edad avanzada con falta de vitalidad, con trastornos funcionales múltiples y con poca capacidad de adaptación. La intolerancia a la prótesis se puede manifestar de diferentes formas y ha sido descrita con diferentes nombres, entre ellos el de síndrome de dolor bucal protético. Todos estos casos son de solución difícil y reafirman la necesidad del adecuado diagnóstico del tipo psicológico y del estado general antes del inicio del tratamiento.

1) MANTENIMIENTO.

El uso de la prótesis parcial requiere un adecuado mantenimiento por parte del portador y por parte del profesional para asegurar el correcto funcionamiento. La prótesis parcial determina riesgos para el paciente que justifican el control de sus estructuras biológicas. (El propio aparato puede requerir ajustes y reparaciones de su estructura para compensar el lógico desgaste y los cambios que se producen en el terreno.

El paciente aplicará en forma diaria las medidas de autocuidado de higiene bucal y de la prótesis mientras que el profesional actuará en visitas periódicas de control

Durante las visitas periódicas se realizará:

- a) profilaxis oral, refuerzo de instrucciones de higiene oral y de la prótesis con test colorimétrico de placa bacteriana de la boca y de la prótesis.
- b) examen para detectar lesiones nuevas en las coronas de los dientes.
- c) evaluación periodontal.
- d) examen radiográfico de los dientes cada año o año y medio.
- e) examen de los tejidos blandos de la cavidad oral.
- f) evaluación de la retención de la prótesis y eventual regulación de los brazos activos de los retenedores.
- g) evaluación de la función de soporte de los dientes pilares y eventual control de fuerzas traumatógenas.
- h) evaluación de la función de soporte de los tejidos blandos y eventual necesidad de ajustes de las bases.
- i) evaluación de la oclusión y eventual necesidad de ajuste por desgastes o agregados.
- j) limpieza química y mecánica de la prótesis.

Los portadores de prótesis deben concurrir para el control periódico cada seis meses, si bien existen factores que obligan a programar visitas más frecuentes tales como:

- a) presencia de enfermedad paradencial
- b) alta susceptibilidad a la caries

- c) disfunción del sistema estomatognático
- d) avanzada reabsorción alveolar
- e) necesidad de refuerzo de motivación para la higiene
- f) casos de bio mecánica aparatológica desfavorable que determina un potencial traumatismo del soporte protético
- g) aparatos protéticos complejos

En síntesis el paciente debe comprender que el tratamiento mediante prótesis parcial requiere una atención permanente de si mismo y del profesional. Si bien el profesional establecerá un plan de control periódico es obligación del paciente cumplir con los cuidados continuos y concurrir a las visitas regulares con el profesional para asegurar el éxito del tratamiento.

---ooo000ooo---